

PERÍCIA MÉDICA



Conselho Federal de Medicina
Gestão 2003-2008

Edson de Oliveira Andrade Presidente	Jose Hiran da Silva Gallo 1º Tesoureiro
Roberto Luiz D'Avila 1º Vice-Presidente	Ricardo Jose Baptista 2º Tesoureiro
Rafael Dias Marques Nogueira 2º Vice-Presidente	Pedro Pablo Magalhães Chacel Corregedor(A)
Gerson Zafalon Martins 3º Vice-Presidente	José Fernando Maia Vinagre Vice-Corregedor
Livia Barros Garcão Secretária-Geral	Luiz Nodgi Nogueira Filho Comissão de Tomada de Contas
Henrique Batista e Silva 1º Secretário	Wirlande Santos da Luz Comissão de Tomada de Contas
Clovis Francisco Constantino 2º Secretário	Antônio Clementino da Cruz Junior Comissão de Tomada de Contas
Abdon Jose Murad Neto	Ceuci de Lima Xavier Nunes
Alceu José Peixoto Pimentel	Claudio Jose Dias Klautau
Aldemir Humberto Soares	Dilza Teresinha Ambros Ribeiro
Aloisio Tibirica Miranda	Edward Eyi Foster
Antônio Goncalves Pinheiro	Elcio Luiz Bonamigo
Bernardo Fernando Viana Pereira	Francisco Barreiros Neto
Dardeg de Sousa Aleixo	Isac Jorge Filho
Edevard José de Araújo	Jacob Samuel Kierszenbaum
Frederico Henrique de Melo	Jose Albertino Souza
Edilma de Albuquerque Lins Barbosa	Lueiz Amorim Canedo
Genário Alves Barbosa	Luiz Fernando Galvão Salinas
Geraldo Luiz Moreira Guedes	Luiz Sallim Emed
Josilavio de Almeida Araújo	Manuel Lopes Lamego
Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior	Mauricio de Barros Jafar
Marco Antônio Becker	Nemesio Tomasella de Oliveira
Roberto Tenório de Carvalho	Neuman Figueiredo de Macedo
Rubens dos Santos Silva	Noe de Cerqueira Fortes
Álvaro Luiz Salgado Pinto	Paulo Ernesto Coelho Oliveira
Antônio de Pádua Silva Sousa	Serafim Domingues Lanzieri
Claudio Balduino Souto Franzen	Silvia da Costa Carvalho Rodrigues
Celso Murad	Teresa Cristina Mayer Ventura da Nobrega

Conselheiros

xxxx Perícia Médica.
480p.
ISBN xx-xxxx-xxx-x
1. xxxxxxxxxxxxxxxx III. Título.

CDU xxxxx

SALOMÃO RODRIGUES FILHO, ILLIAM CARDOSO DOS SANTOS,
SIMONE MORAES STEFANI NAKANO, BRAGMAR EMÍLIO BRAGA
(COORDENADORES)

PERÍCIA MÉDICA

GOIÂNIA
2007



Conselho Regional de Medicina de Goiás
Gestão 2003-2008

Salomão Rodrigues Filho Presidente	Carlos Alberto Ximenes 1º Tesoureiro
Iliam Cardoso dos Santos 1º Vice-Presidente	Célio Heitor de Paula 2º Tesoureiro
Adriano Alfredo Brocos Auad 2º Vice-Presidente	Reginaldo Bento Rodrigues Corregedor de Processos
Lueiz Amorim Canedo 1º Secretário	Mauro Pereira Machado Corregedor de Sindicâncias
Breno Prado de Sousa 2º Secretário	Ciro Ricardo Pires de Castro Diretor de Fiscalização

Ana Maria de Oliveira	José Garcia Neto
Antônio José de Araújo	José Vieira Filho
Bragmar Emílio Braga	José Wesley Benício Soares
Cacilda Pedrosa de Oliveira	Lívia Barros Garção
Caied Salin	Maurício Machado da Silveira
Daniel do Prado Figueiredo Júnior	Paulo Roberto Prata Mendonça
Eduardo Alves Teixeira	Paulo Rassi
Elias Hanna	Priscila Ribeiro Guimarães
Erso Guimarães	Robson Paixão de Azevedo
Evandélio Alpino Morato	Rômulo Sales de Andrade
Fernando Paceli Neves de Siqueira	Silas Pereira Lima
Guilherme Lopes Barbosa	Simone Moraes Stefani Nakano
Haroldo de Oliveira Torres	Sizenando da Silva Campos Jr.
Heitor Alarico Gonçalves de Freitas	Walter Vosgrau Fagundes
Ilion Fleury Júnior	Wanderly Barroso Campos
Ivane Campos Mendonça	

Conselheiros

Comissão Técnica

Iêda Gonçalves de Aguiar Lara
Copidesque, Normalização, Diagramação

XXXXXXXXXX

Capa

Reges Paulo de Moura Costa
Arte Final da Capa

© by 2007 Salomão Rodrigues Filho, Iliam Cardoso dos Santos,
Simone Moraes Stefani Nakano, Bragmar Emílio Braga
(Coordenadores)
Printed in Brazil 2007

COORDENADORES



SALOMÃO RODRIGUES FILHO



ÍLIAM CARDOSO DOS SANTOS



SIMONE MORAES STEFANI NAKANO



BRAGMAR EMÍLIO BRAGA



AUTORES

ALEJANDRO O. LUQUETTI

Mestre em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Goiás (UFG), em 1986. Especialista em Alergologia e Imunopatologia. Médico pela Facultad de Medicina Universidad de la República, Uruguai, em 1970. Professor Adjunto de Parasitologia na UFG. Médico perito do INSS desde 1975. Consultor da Organização Mundial da Saúde na área de doença de Chagas. Ex-Conselheiro Fiscal da Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social nos biênios 2003-2004 e 2005-2006. Editor da *Revista de Patologia Tropical*. E-mail: <aluquetti@gmail.com>.



ANA MARIA DE OLIVEIRA

Mestre em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Especialista em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela UFG. Professora assistente de Doenças Infecciosas do Instituto de Patologia Tropical da UFG. Conselheira do Cremego gestão 2003-2008. Ex-presidente do Cremego gestão 1997-1998. E-mail: <anamadoida@bol.com.br>.





ANTÔNIO MACENA DE FIGUEIREDO

Doutorando em Ciências da Saúde na UnB, área de concentração Bioética. Mestre em Educação, área de concentração Ética Profissional e Bioética. Especialista em Ética Aplicada e Bioética pela Fiocruz. Pós-graduado em Administração Hospitalar pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Professor de Ética, Bioética e Legislação. Professor na UFF. Professor na Faculdade de Direito da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Advogado com área de atuação em Direito Médico/Civil/ Penal. Enfermeiro. Coordenador do curso de especialização em Direito Médico da Faculdade de Direito da UERJ. Presidente da Associação de Direito Médico e da Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Adimes-RJ). Membro da Comissão Bioética e Direito da Ordem dos Advogados (OAB/RJ), Membro da Sociedade Brasileira de Bioética (Brasília-DF). Membro da Sociedade Brasileira de Vitimologia.

Publicações:

FIGUEIREDO, A. M.; LANA, R. L. (Coord). *Temas de Direito Médico*. Rio de Janeiro: Espaço jurídico, 2004. 580p. (Esgotado);

FIGUEIREDO. A. M. de. Responsabilidade criminal dos profissionais de Saúde. In: FIGUEIREDO, A. M.; LANA, R. L. (Coord). *Temas de Direito Médico*. Rio de Janeiro: Espaço jurídico, 2004. 580p.

FIGUEIREDO. A. M. de; FREIRE, H.; LANA, R. L. Profissões da saúde: bases ética e legais. Rio de Janeiro: Revinter, 2006. 651p.

FIGUEIREDO. A. M. de. Diretrizes Éticas em Pesquisas Biomédicas. In: FIGUEIREDO, A. M.; LANA, R. L. (Coord). *Temas de Direito Médico*. Rio de Janeiro: Espaço jurídico, 2004. 580p. Cap. 14, p. 329-365.

FIGUEIREDO. A. M.; SOUZA, S. R. G. de. *Como elaborar projetos, monografias, dissertações e teses: da redação científica à apresentação do texto final*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005.

E-mail: <macenaso@nitnet.com.br>, <macenaso@yahoo.com.br>.



AREOLINO LUSTOSA FILHO

Perito médico. Servidor do INSS desde novembro de 1975, por concurso público, no cargo de perito médico do INPS. Conduzido ao cargo de perito médico coordenador, em 1990. Conduzido ao cargo de supervisor da Gerência I, em 1992. Conduzido ao cargo de chefe da Perícia Médica do Serviço de Atividades Previdenciárias em 1996. Nomeado chefe do Serviço de Atividades Previdenciárias em 1998. Nomeado chefe do GBENIN em 1999 até 2002. Nomeado chefe do GBENIN em 2007. Ocupou, em substituição, a Gerência Executiva do INSS por duas vezes.

E-mail: <areolino.filho@previdencia.gov.br>.

ARISTÓTELES DE CASTRO BARROS

Médico ginecologista e obstetra. Perito médico da Previdência Social. Membro da Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social. Fundador da Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social – Regional Goiás. Ex-auditor médico do SUS. Presidente do Instituto Francisco Ludovico. 2º vice-presidente da Associação dos Hospitais do Estado de Goiás (AHEG). Diretor financeiro da Associação Médica de Goiás. Membro do CIER – GO. Fundador da Unimed Goiânia. Fundador da Unicred Goiânia. Fundador da Cred Med Goiânia e Anápolis.

E-mail: <hsmak@terra.com.br>.



BRAGMAR EMÍLIO BRAGA

Especialista em Medicina do Trabalho pela Universidade Federal de Goiás (UFG) – Fundacentro. Título de especialista em Medicina do Trabalho pela Associação Médica Brasileira/Associação Nacional de Medicina do Trabalho (Anamt). Médico pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB). Médico Perito do INSS. Coordenador das Câmaras Técnicas de Medicina do Trabalho e Perícia Médica do Conselho Regional de Medicina de Goiás (CremeGO). Conselheiro do CremeGO. Diretor financeiro da Anamt/Goiania no período de 2007 a 2010. Consultor em Ergonomia pela Ergo-BH. Diretor Técnico da Clipego.

E-mail: <climpego@cultura.com.br>.



BRUNO GIL DE CARVALHO LIMA

Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Saúde Comunitária pela UFBA. Médico. Perito Médico da Previdência Social do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS). Perito médico-legal no Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues. Membro da Câmara Técnica de Perícia Médica, Conselho Regional de Medicina da Bahia (CRM-BA). Associado da Associação Nacional de Médicos Peritos e da Associação Brasileira de Medicina Legal. *E-mail:* <brunogil@doctor.com>.





CARLOS ROBERTO CAMPOS

Especialista em Medicina do Trabalho pela AMB/CFM/ANAMT. Especialista em Ergonomia pelo COPPE/CESERG/UFRJ. Especialista em Ortopedia e Traumatologia pela AMB/CFM/SBOT. Especialização em Saúde Pública e Administração Hospitalar pela Unerp/SP. Pós-graduado em Perícia Médica Trabalhista pela Mestra, Florianópolis (SC). Ergonomista certificado pela Associação Brasileira de Ergonomia – SisCEB/14. Membro da International Commission on Occupational Health (ICOH). Membro do Grupo Técnico em Lesões Músculo-Esqueléticas da International Ergonomics Association. Membro do Grupo Técnico de Prevenção das Lesões Músculo-Esqueléticas da Abergó/ Prevenção. Ex-presidente da Associação Goiana de Medicina do Trabalho. Ex-diretor de Título de Especialista da Associação Nacional de Medicina do Trabalho. Delegado do Brasil para a Associação Latinoamericana de Saúde Ocupacional (Also). Presidente da Anamt, período 2007-2010. *E-mail:* <campos@labormednet.com.br>.



CARLOS SILVESTRE LOPES DE AZEVEDO

Médico perito do Instituto de Medicina Pericial (Imep). Consultor médico da Mongeral Seguros e Previdência e da Icatu-Hartford Seguros. Professor da disciplina Perícia Securitária no curso de pós-graduação em Perícias Médicas da Fundação Unimed. Membro titular da Sociedade Brasileira de Medicina de Seguros e da Comissão de Medicina de Seguros da Fenaseg. *E-mail:* <csja@superig.com.br>.



CELSON DA SILVEIRA BARROS

Médico ginecologista e obstetra pela Universidade Federal de Uberlândia (1974). Lotado no GBENIN – Goiânia. Superintendente do INSS (1995-2000). Diretor-geral do Hemocentro de Goiás (2001 até a presente data). *E-mail:* <celso.barros@previdencia.gov.br>.

CLAUSMIR ZANETI JACOMINI

Pós-doutor pela Universidade de Paris (Sorbonne). Doutor em Oftalmologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professor Adjunto (inativo) na Universidade Federal de Goiás. Médico. Jornalista. Advogado. *E-mail:* <clausmirjacomini@ig.com.br>.



DÉCIO ERNESTO DE AZEVEDO MARINHO

Mestre em Medicina pela Universidade Federal Fluminense. Professor assistente de Medicina Legal nas Faculdades de Direito e de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Professor na Academia de Polícia do Estado de Goiás. Médico-legista do Instituto Médico-Legal Aristocledes Teixeira, de Goiânia. *E-mail:* <de.marinho@hotmail.com>.



EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

Médico. Advogado. Mestre e doutor em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutorando em Bioética pela Universidade do Porto. Professor de Clínica Médica na Universidade do Estado do Amazonas. Professor de Bioética e Ética na Uninilton Lins. Presidente do Conselho Federal de Medicina. *E-mail:* <edsonandrade@cfm.org.br>, <eandrade@vivax.com.br>.





EDUARDO ALVES TEIXEIRA

Especialista em Ortopedia e Traumatologia, com Residência Médica (março de 1987 a março de 1990) realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG). Título de especialista em Ortopedia e Traumatologia conferido pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Graduado pela Faculdade de Medicina da UFG no período de 1981 a 1986. Perito médico-legista do Instituto de medicina legal de Goiânia, com título de especialista em Medicina Legal conferido pela Sociedade Brasileira de Medicina Legal. Médico na Clínica do Esporte, onde desenvolve atividades em consultório, ambulatório e centro cirúrgico ligadas à área de Ortopedia e Traumatologia. Médico plantonista do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (Siate). Conselheiro do Conselho Regional de Medicina (CRM), no

quinquênio 1993 a 1998, desenvolvendo atividades cartoriais e judicantes junto àquele órgão. Conselheiro do CRM, no quinquênio 1999 a 2003, desenvolvendo atividades cartoriais e judicantes. Atual conselheiro do CRM, quinquênio 2003 a 2008, desenvolvendo atividades cartoriais e judicantes, além de presidente da Comissão de Qualificação de Especialista.

E-mail: <eduardoatx@terra.com.br>.



EDUARDO HENRIQUE RODRIGUES DE ALMEIDA

Especialista em Medicina do Trabalho pela Faculdade de Ciências Médicas de Belo Horizonte (BH). Especialista em Ergonomia pela Ergo de BH. Residência em Gastroenterologia no IPSEMG de BH. Residência em Clínica Médica no IPSEMG de BH. Médico formado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, em 1981. Médico do trabalho na Telemig de 1988 a 1998. Médico perito do INSS desde 1983. Médico no Núcleo de Referência em Saúde Ocupacional da Previdência Social (Nusat) de 1989 a 1994. Supervisor de Atividades Periciais nas Gerências BH-Sul e BH-Leste de 1994 a 1999. Chefe do GBENIN de Contagem de 1999 a 2003. Idealizador do Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP). Idealizador do Nexo Técnico Epidemiológico. Ex-delegado do

Sindicato dos Médicos de Minas Gerais. Ex-Membro da Câmara Técnica de Perícias Médicas do CRM-MG. Membro da Câmara Técnica de Perícias Médicas do CFM. Ex-Presidente da ANMP nos biênios 2003-2004 e 2005-2006. Co-autor do Livro *Manual Prático de LER*. Belo Horizonte: Health. *E-mail:* <eduardo@perito.med.br>, <eduardo.mg@perito.med.br>, <eduardo@anmp.org.br>.

GENIVAL VELOSO DE FRANÇA

Curso de especialização em Medicina pelo Instituto de Medicina Legal do Rio de Janeiro. Médico e bacharel em Direito. Professor convidado no curso de pós-graduação em Medicina Forense, da Universidade de Valência (Espanha). Professor convidado no curso superior de Medicina Legal do Instituto de Medicina Legal de Coimbra – Portugal. Professor convidado no curso de pós-graduação em Direito Médico da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Ex-professor titular de Medicina Legal nos cursos de Medicina e Direito da Universidade Federal da Paraíba. Ex-professor titular de Medicina Legal no curso de Direito da Universidade Estadual da Paraíba. Membro titular da Academia Paraibana de Medicina. Ex-secretário do Conselho Federal de Medicina. Ex-presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba.



Autor dos livros -

FRANÇA, G. V. de. *Noções de Jurisprudência Médica*. 3. ed. João Pessoa: Universitária, 1984.

FRANÇA, G. V. de. *Medicina Legal*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

FRANÇA, G. V. de. *Direito Médico*. 8. ed. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 2003.

FRANÇA, G. V. de. *Pareceres*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. V. I.

FRANÇA, G. V. de. *Comentários ao Código de Ética Médica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FRANÇA, G. V. de. *Pareceres*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. V. II.

FRANÇA, G. V. de; GOMES, J. C. M.; DRUMOND, J. G. de F. *Erro Médico*. Montes Claros: Ed. da Unimontes, 2001.

FRANÇA, G. V. de. *Flagrantes Médico-Legais*. Recife: Edupe, 2002. V. VI.

FRANÇA, G. V. de; LANA, R. L. *Comentários ao Código de Processo Ético-Profissional dos Conselhos de Medicina do Brasil*. João Pessoa: A União, 2001.

E-mail: <gvfranca@uol.com.br>.

ILIAM CARDOSO DOS SANTOS

Mestre em Otorrinolaringologia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Pós-Graduação em Otorrinolaringologia pelo Service Universitaire D'Oto-Rhino-Laryngologie (Prof. Michel Portmann), Université II, Bordeaux-France. Especialista em ORL pela Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia. Membro da Academia Goiana de Medicina. Chefe do Serviço de Otoneurologia – Hospital Otorrino de Goiânia. Ex-presidente, conselheiro e 1º vice-presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (2003-2008). Coordenador da Comissão de Ética da Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia (2002-2005). Professor de Aspectos Biopsicossociais e coordenador do curso de Medicina da Universidade Católica de Goiás. E-mail: <iliamcardoso@brturbo.com.br>.





IONIRA FÁTIMA PIMENTEL

Bacharel em Biblioteconomia pela Universidade Federal de Goiás. Bibliotecária coordenadora da Biblioteca e Centro de Documentação do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás desde março de 1999. *E-mail:* <ionira2002@yahoo.com.br>.



IVANE CAMPOS MENDONÇA

Perita mediante pós-graduação no Instituto Brasileiro de Extensão Jurídica em julho de 2003. Residência Médica no Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira, em São Paulo no ano de 1990. Médica formada pela Escola Paulista de Medicina no ano de 1985. Exerceu o cargo de chefe do Ambulatório de Cicatrizes Patológicas do Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira nos anos de 1990 a 1992. Médica concursada do Serviço de Queimados do Hospital do Tatuapé em São Paulo. Delegada do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, na 5ª Delegacia de Mineiros no período de 1997 a 2000. Conselheira do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, no quinquênio 1998 a 2003, tendo exercido nesse período os cargos de membro da Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame), da Comissão de Registros de Qualificação de Título de Especialista, da Comissão de Educação em Ética Médica e da Comissão Transitória de Câmaras Técnicas. Atualmente, é conselheira do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, eleita para o quinquênio 2003/ 2008, no qual exerceu a atividade de presidente da Comissão Transitória de Câmaras Técnicas. *E-mail:* <ivane@superig.com.br>.



LÍVIA BARROS GARÇÃO

Especialista em Medicina Legal. Especialista em Ginecologia Obstetrícia. Conselheira do Conselho Regional de Medicina de Goiás (CremeGO). Secretária-geral do Conselho Federal de Medicina (CFM). Conselheira do CFM. *E-mail:* <lgsampaio@ibesp.com.br>.

JÚLIO CEZAR MEIRELLES GOMES

Mestre em Medicina Interna pela Universidade de Brasília. Médico pneumologista. Médico perito do Ministério da Fazenda. Assistente de Ensino no Serviço de Pneumologia do HUB/Unb no período de 1990-2006. Escritor e ensaísta. Presidente do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal no período de 1993-1994. Membro e primeiro secretário do Conselho Federal de Medicina gestão 1994-1999. Editor adjunto da revista *Bioética*, do CFM, no período de 2001-2004. *E-mail*: <juliomeirelles@hotmail.com>.



LUIZ CARLOS DE TEIVE E ARGOLLO

Médico do Trabalho pela Faculdade São Camilo. Médico formado em 1979 pela Universidade Católica de Salvador. Perito Médico da Previdência Social do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS). Presidente da Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social.

E-mail: <bahi1214@terra.com.br>, <argolo@perito.med.br>, <argolo@anmp.org.br>.



Especialização em Psiquiatria (Residência) pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1973. Título de psiquiatra conferido pela Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Médica Brasileira, em 1974. Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, em 1971. Registro como Especialista em Psiquiatria no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (Cremego (1983). Presidente da Associação Psiquiátrica de Goiás (1975-1977 e 2005-2008). Presidente da Associação Médica de Goiás (1979-1981). Conselheiro do Cremego (2003-2008). Coordenador da Comissão de Residência Médica da Pax Clínica Psiquiátrica – Instituto de Neurociências (2005/2008). Presidente do Cremego (2007-2008).





SIMONE MORAES STEFANI NAKANO

Doutora em Cirurgia do Aparelho Digestivo pela Universidade de São Paulo (SP), em 2005. Mestre em Cirurgia do Aparelho Digestivo pelo Hospital do Servidor Público de São Paulo (SP), em 1997. Residência Médica em Cirurgia Geral na Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Goiás, em 1992 a 1994. Formada pela Universidade Federal de Goiás em 1992. Titular em Gastroenterologia, Endoscopia Digestiva Alta, Cirurgia do Aparelho Digestivo e Cirurgia Laparoscópica. Membro do Conselho Regional de Medicina de Goiás (Cremego). Presidente da Comissão científica do Cremego. Membro da Câmara Técnica em Perícia do Cremego. Perita Médica do Instituto Nacional da Previdência Social em Goiás.

E-mail: <stefaninakano@hotmail.com>.



SONIA MARIA RODRIGUES DE ANDRADE

Pós-graduada em Gestão em Saúde – Administração e Organização Hospitalar pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em 1977 pela UniRio. Médica do Trabalho. Perita Judicial. Médica perita da Secretaria Municipal de Administração do Rio de Janeiro. Membro efetivo da Câmara Técnica de Perícias Médicas do Cremerj. Membro honorário da Sociedade Brasileira de Perícias Médicas. Professora nos cursos de especialização em Perícia Médica da Fundação Unimed. Professora no curso de especialização em Direito Médico da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Consultora e assistente técnico em empresas privadas.

E-mail: <smrandra@yahoo.com.br>.



TEREZA CHEDID

Especialista em Psiquiatria Clínica e Legal/Forense, atuando na área da Perícia Médica Previdenciária e Forense, como assistente técnica, ou perita de juízo, desde 1983, em Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, desde 1985, e em Hipnose Médica, desde 1998. Psicanalista clínica, tendo diversos cursos de extensão na área comportamental, terapias breves e análise transacional, entre outros. Formada em Medicina pela Universidade Federal Fluminense, em 1977. Professora de cursos de pós-graduação e graduação em Psicanálise Clínica. Membro da Equipe de Instrução e Treinamento do INSS, Gerência Executiva Niterói (RJ), nas áreas de Psiquiatria Previdenciária e Forense, como também na área comportamental. Membro da Sociedade Brasileira de Hipnose Médica e da Sociedade Internacional de Hipnose Médica. Membro do Projeto de Elaboração

das Diretrizes Médicas para a área da Psiquiatria Pericial Previdenciária, concluído em abril de 2007, e em fase de publicação pelo CGBENIN/ MPS/DF. Membro da Comissão de Insalubridade e Periculosidade da Gerência Executiva Niterói/INSS desde junho de 2004. Nomeada em agosto de 2007. Membro da Comissão de Ética e da Comissão de Avaliação de estágio probatório da Gerência Executiva Niterói (RJ).

E-mail: <techedid@terra.com.br>.

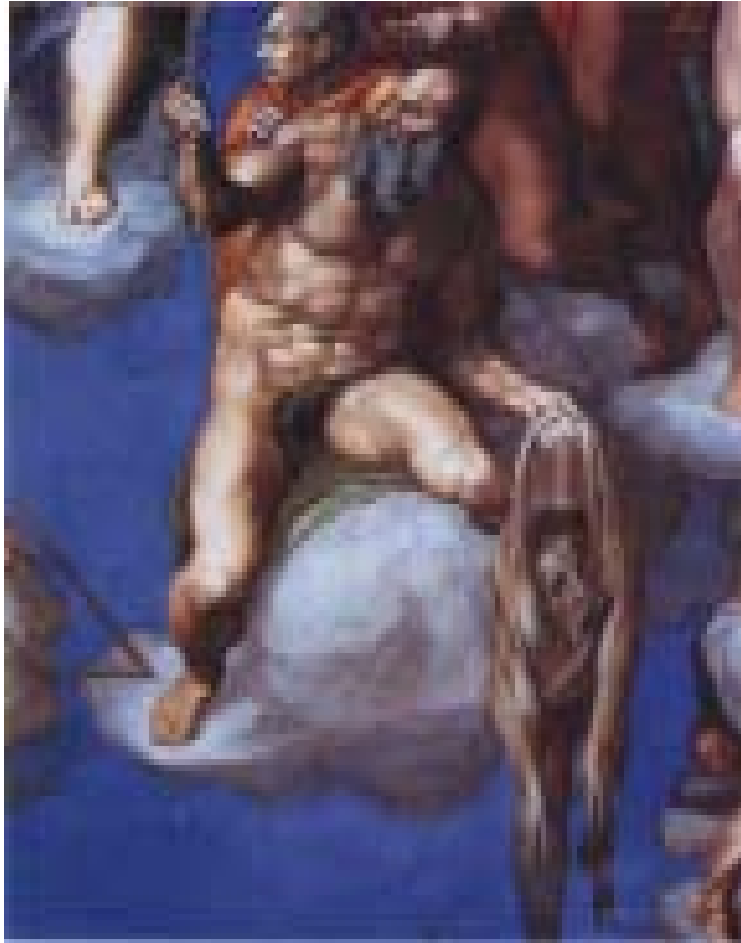


A todos os colegas médicos, os quais
parabenizamos pelo seu dia tão
especial.

Os coordenadores







Michelangelo Buonarroti. *O Juízo Final* (1541). Pintura afresco. Capela Sistina.
In: BEZERRA, Armando José China. *As belas artes da medicina*. Brasília: Ed. do CFM-DF, 2003.

“Temos de fazer o melhor que
pudermos. Essa é a nossa sagrada
responsabilidade humana”.
(Albert Einstein)



MENSAGEM





O ano de 2007 é muito especial para o Cremego, que completa 50 anos dedicados à defesa da classe médica e de assistência digna e de qualidade para a população goiana.

O nascimento deste livro foi motivo de inspiração para uma dupla e merecida comemoração: o dia do médico e o cinquentenário de nosso egrégio Conselho Regional de Medicina de Goiás. Queremos compartilhar essas comemorações com todos os médicos e médicas que, com dedicação, respeito ao próximo e ética, colocam a Medicina goiana entre as melhores do país.

A escolha do tema Perícia Médica se deu em decorrência de estar ele atualmente em constante debate e por ainda ocupar uma lacuna com relação a seu reconhecimento profissional perante as entidades competentes. É chegado o momento de uma maior divulgação e esclarecimento pericial em bases robustas. Tem este trabalho a finalidade – assim esperamos – de preencher um vazio na bibliografia nacional referente ao exercício da atividade médico-pericial.

Este livro valoriza-se pelas valiosas subdivisões na perícia e por apreciações técnicas, ao lado de meticolosas explicações sobre a atuação pericial em determinadas especialidades, que, em sua quase totalidade, foram descritas literalmente por brilhantes peritos e especialistas, além da participação de autores considerados celebridades científicas que conquistaram meritoriamente uma posição de destaque no cenário científico nacional e internacional. Não há ufanismo na afirmação de que a galeria de obras sérias sobre Perícia Médica se enriqueceu, em consonância com as melhores letras científicas de autores procedentes de diversos estados do nosso país, reunidas num único exemplar.



Como palavra final, é imperioso lembrar que a publicação deste livro não seria possível sem o zelo, o desprendimento e o entusiasmo dos organizadores, autores, colaboradores, equipe técnica e corpo de conselheiros.

A todos, os nossos mais sinceros agradecimentos.

Os autores

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO GENIVAL VELOSO DE FRANÇA	27
PERÍCIA MÉDICA SIMONE MORAES STEFANI NAKANO SALOMÃO RODRIGUES FILHO ILLAM CARDOSO DOS SANTOS	31
REFLEXÕES ÉTICAS SOBRE O TRABALHO DOS MÉDICOS PERITOS EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE	47
O PERFIL DO PERITO MÉDICO TEREZA CHEDID	51
RESPONSABILIDADE CIVIL E PENAL DO PERITO ANTÔNIO MACENA DE FIGUEIREDO	71
DEVERES DE CONDUTA DO PERITO E DO AUDITOR GENIVAL VELOSO DE FRANÇA	109
PERÍCIA JUDICIAL JÚLIO CEZAR MEIRELLES GOMES	115
SEMIOLOGIA PERICIAL EDUARDO HENRIQUE RODRIGUES DE ALMEIDA	137
PERÍCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA LUIZ CARLOS DE TEIVE E ARGOLO, BRUNO GIL DE CARVALHO LIMA	141

A PERÍCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA NO CONTEXTO ATUAL EDUARDO HENRIQUE RODRIGUES DE ALMEIDA	157
HISTÓRIA DA PERÍCIA MÉDICA EM GOIÁS ALEJANDRO O. LUQUETTI, AREOLINO LUSTOSA FILHO	163
PERÍCIA MÉDICA ADMINISTRATIVA SONIA MARIA RODRIGUES DE ANDRADE	181
PERÍCIA SECURITÁRIA CARLOS SILVESTRE LOPES DE AZEVEDO	203
MEDICINA LEGAL DÉCIO ERNESTO DE AZEVEDO MARINHO	217
PERÍCIA EM MEDICINA DO TRABALHO CARLOS ROBERTO CAMPOS	251
PERÍCIA EM CIRURGIA PLÁSTICA IVANE CAMPOS MENDONÇA	269
PERÍCIA EM INFECTOLOGIA ANA MARIA DE OLIVEIRA	283
PERÍCIA EM OFTALMOLOGIA CLAUSMIR ZANETI JACOMINI	297
PROPEDÊUTICA ORTOPÉDICA EDUARDO ALVES TEIXEIRA	315
PERÍCIA EM OTORRINOLARINGOLOGIA ILIAM CARDOSO DOS SANTOS	351
PERÍCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA TEREZA CHEDID	371

CÂMARAS TÉCNICAS BRAGMAR EMÍLIO BRAGA	397
PERÍCIA MÉDICA E CONSENTIMENTO INFORMADO ANA MARIA DE OLIVEIRA	405
A PERÍCIA MÉDICA DEVE OU NÃO SER CONSIDERADA UMA ESPECIALIDADE MÉDICA? SIMONE MORAES STEFANI NAKANO, SALOMÃO RODRIGUES FILHO, ILIAM CARDOSO DOS SANTOS, BRAGMAR EMÍLIO BRAGA, CELSO DA SILVEIRA BARROS, ARISTÓTELES DE BARROS CASTRO	419
PARECERES E RESOLUÇÕES DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA E DOS CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA DO BRASIL RELACIONADOS À PERÍCIA MÉDICA SIMONE MORAES STEFANI NAKANO, SALOMÃO RODRIGUES FILHO LÍVIA BARROS GARÇÃO, ILIAM CARDOSO DOS SANTOS ANA MARIA DE OLIVEIRA, IONIRA FÁTIMA PIMENTEL	433
CONSIDERAÇÕES FINAIS SIMONE MORAES STEFANI NAKANO	479



APRESENTAÇÃO

É neste decisivo e delicado instante, quando as perícias médicas, notadamente nas esferas administrativa e forense, despontam na atividade investigatória junto à administração pública e judiciária como matéria de irrecusável e imprescindível necessidade probante – seja no interesse imediato do desvendar de litígios, seja na contemplação doutrinária e jurisprudencial dos julgadores –, que o Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, comemorando seu cinquentenário de existência, pela vigência da lei federal n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, traz à lume a obra *Perícia Médica*, representada por um elenco de temas da maior importância sobre tal matéria.

Foi ela coordenada pelos Drs. Salomão Rodrigues Filho, Iliam Cardoso dos Santos, Simone Moraes Stefani Nakano e Bragmar Emílio Braga, além da colaboração de duas dezenas de nomes de larga experiência e projeção nacional (eu não falo por mim, mas pelos que são). Este texto aponta com clareza certas características bem distintas da perícia médica, como a responsabilidade civil e penal dos peritos, os limites da perícia judicial, a importância da perícia previdenciária e da perícia administrativa, os meandros da perícia securitária, os rigores da perícia em médico-legal, a delicadeza da perícia em cirurgia plástica, o fato de a *Perícia Médica* ser ou não considerada uma especialidade médica, entre tantas.

Ninguém desconhece o valor da prova: um pormenor bem esclarecido e uma particularidade mais bem avaliada têm o condão de conduzir o analista que lê o laudo à verdade que ali se encerra ou ao momento dramático do fato. Desse modo, a prova adquire sempre uma dimensão e uma procedência da mais irrecusável valia. E o mais elementar: se há dúvida, a prova não foi feita. Esta é uma verdade que ainda não foi contestada.

É claro que este não é um trabalho original entre nós. Mas o é se levarmos em conta a forma como esta obra é dirigida e abordada, e como algumas questões são colocadas. Por isso, e também pela qualidade da matéria tratada,

constitui tal estudo uma inestimável contribuição aos que atuam nesta e em outras áreas afins, ou que delas se subsidiam.

Todavia, é preciso ficar bem claro que na prova pericial há uma esperança muito grande de contribuição à justiça social, desde que ela esteja firmada em bases científicas, que tenha respostas para um número razoável de dúvidas ainda residuais e que se assente sobre um lastro da credibilidade e da moralidade de quem subscreve o laudo. Entender que a perícia não é apenas um amontoado de regras técnicas, mas um ato político em favor da cidadania.

Além das implicações de ordem ética e moral que devem existir na prática da prova pericial médica, há outros problemas que acredito ser de muita importância a partir da análise dos tribunais e da administração pública. O primeiro deles, com o máximo respeito, é a dificuldade que os julgadores têm de adentrar nesse mundo insondável da perícia especializada, de métodos e técnicas tão complexos, tanto no que se refere ao aspecto analítico dos resultados, quanto aos procedimentos mais particularizados. Acredito que tal fato se verifique não só pelos intrincados caminhos que a prova pode enveredar, em seus detalhes técnicos e metodológicos, mas na formação dos operadores jurídicos quando lhes faltam os ensinamentos básicos em seus cursos de Direito, particularmente agora quando a disciplina de Medicina Legal foi substituída por disciplinas de valor discutível e de aplicação irrisória.

Assim, é aconselhável não esquecer que os resultados dos laboratórios e dos serviços encarregados das provas, como, por exemplo, as realizadas em DNA, devem ser sempre avaliados com muito rigor. Este controle de qualidade tem de ser periodicamente exigido, para que não se venha a acreditar em todo e qualquer resultado numa prova tão delicada, especialmente levando em conta a precariedade dos serviços que, infelizmente, nos leva a duvidar de suas possibilidades.

Por outro lado, não se pode esquecer que algumas perícias realizadas dependem de técnicas requintadas e complexas, as quais obrigam o especialista a treinamentos constantes, atitudes cautelosas e posturas éticas exemplares. Entre nós, por exemplo, não existe nenhum organismo público ou privado que exerça fiscalização constante como controle de qualidade, e por isso não se tem como padronizar métodos e técnicas, nem muito menos como avaliar as condições operacionais dos laboratórios e a capacidade de seus técnicos.

Outra coisa: este repositório de temas surge numa hora muito delicada: quando a Perícia Médica ainda não é considerada uma especialidade médica, mesmo que a atuação de dezenas de milhares de peritos na administração pública seja uma realidade, que no Ministério do Trabalho ela esteja codificada na sua classificação de ocupações e que a União tenha realizado dois concursos públicos nacionais com cargos e lotação em órgãos previdenciários.

Pelo exposto, o mais importante é que este texto seja um bom instrumento nas mãos dos que utilizam tais conhecimentos como caminho legal de intermediação em favor dos que aguardam solução, sempre garantida pelo que a prova corresponde na avaliação dos seus justos interesses.

Fico feliz e engrandecido de ter sido o escolhido para prefaciar esta obra, que nasce sob os fulgores de um tema tão significativo e pelo lampejo cintilante de uma iniciativa vitoriosa.

É isto aí. Eis o livro.

Praia de Areia Dourada, 06 de outubro de 2007.

Genival Veloso de França



PERÍCIA MÉDICA

Simone Moraes Stefani Nakano*
Salomão Rodrigues Filho**
Iliam Cardoso dos Santos***

INTRODUÇÃO

Perícia Médica e Auditoria Médica

É importante estabelecer de início a marcante diferença entre Perícia Médica e Auditoria Médica, quer sob o aspecto ético, quer sob os aspectos administrativo e jurídico, pois, para muitos profissionais médicos, elas se confundem. Auditoria e Perícia Médica são habilidades profissionais médicas específicas e distintas em suas técnicas de atuações. O Código de Ética Médica, em seus Artigos 118, 119, 120 e 121, estabelece os limites éticos da atuação profissional do auditor médico e do perito médico.

Auditoria médica

A regulamentação da Auditoria Médica foi instituída pelo decreto n. 1.651, de 28 de setembro de 1995, cumprindo o previsto no Art. 16, inciso XIX da lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no Art. 6º da Lei n. 8.689, de 27 de junho de 1993, – as quais deram origem ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) junto ao SUS, em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo. Conforme o Parecer Consulta CFM n. 011/1999, do Dr. Paulo E. Behrens,

* Doutora em Cirurgia do Aparelho Digestivo pela Universidade de São Paulo (SP). Membro da Câmara Técnica em Perícia do Conselho Regional de Medicina de Goiás (Cremego). Perita Médica do Instituto Nacional da Previdência Social em Goiás.

** Médico Psiquiatra. Presidente do Cremego.

*** Mestre em Otorrinolaringologia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da USP. Especialista em ORL pela Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia. Vice-presidente do Cremego.

auditoria médica é o conjunto de atividades e ações de fiscalização, de controle e a avaliação do processo e procedimentos adotados, assim como o atendimento prestado, objetivando a sua melhor adequação e qualidade, detectando e saneando eventuais distorções e propondo medidas para o seu melhor desempenho e resolubilidade.

Da legislação ética pertinente, temos que o médico investido da função de auditor encontra-se sob a égide do preceituado no Código de Ética Médica, em especial o constante nos artigos 8º, 16, 19, 81, 108, 118, e 121 e da resolução CFM n. 1.614/2001, que estabelece as condutas a serem adotadas pelos auditores médicos e norteia as ações da Auditoria Médica.

Perícia médica

Perícia é todo e qualquer ato propedêutico ou exame realizado por médico, com a finalidade de contribuir com as autoridades administrativas, policiais ou judiciárias na formação de juízos a que estão obrigados. Para Alcântara (ano), perícia é a capacidade teórica e prática para empregar, com talento, determinado campo do conhecimento, alcançando sempre os mesmos resultados.

Perícia médica, em sentido amplo, é ato privativo do médico, podendo ser exercida pelo médico civil ou militar, desde que investido em função que lhe assegure a competência legal e administrativa para tal. Tem a finalidade de contribuir com as autoridades administrativas, policiais ou judiciárias na formação de juízos a que estão obrigadas.

O termo Perícia provém do latim peritia. Segundo o Dicionário Aurélio, significa qualidade de perito; habilidade, destreza; vistoria ou exame de caráter técnico e especializado; conjunto de peritos (ou um só) que faz essa vistoria; conhecimento, ciência (FERREIRA, 1999). Na linguagem jurídica, significa a pesquisa, o exame, a verificação acerca da verdade ou da realidade de certos fatos; é um meio de prova admitida no direito, sendo o perito, sob o compromisso da verdade, nomeado pela autoridade judiciária (ou administrativa) para ajudar a esclarecer um fato considerado relevante para o pronunciamento do órgão julgante (FIGUEIREDO, FREIRE, LANA, 2006).

Perícia Médica é uma sindicância de natureza médica que visa esclarecer fatos que interessam em um procedimento judicial ou administrativo. É um elemento de prova fundamental quando as normas (penais, civis, ad-

ministrativas etc) exigem conhecimentos médicos para serem executadas. Trata-se de ramo da Medicina Legal, em que os ensinamentos técnicos e científicos especiais são ministrados e suficientes para a emissão de pareceres. De conformidade com a lei n. 3.268/1957 e o decreto n. 20.931/1932, que norteiam a profissão de médico, o Conselho Federal de Medicina em parecer Jurídico de n. 163/1997, estabelece:

O Ato Pericial é ato médico. O perito-médico-legista subjugar-se aos preceitos legais que regem a matéria a ser examinada. O perito-médico-legista deve obediência aos preceitos éticos da medicina. O trabalho desempenhado pelo médico legista é de natureza médico pericial e não policial.

A finalidade da perícia é produzir a prova, e a prova não é outra coisa senão o elemento demonstrativo do fato. Assim, tem a perícia a faculdade de contribuir com a revelação da existência ou da não existência de um fato contrário ao direito, dando ao magistrado a oportunidade de se aperceber da verdade e de formar sua convicção (FRANÇA, 2000).

O PERITO

É todo e qualquer profissional especializado em determinados ofícios, artes ou ciências, capaz de conduzir quem quer que seja à verdade, quando para tal é solicitado. É todo técnico que, designado pela justiça, recebe o encargo de esclarecer fatos, acontecimentos num processo. A atuação do perito far-se-á em qualquer fase, policial ou judiciária, do processo. A legislação ética define no seu Capítulo XI do Código de Ética Médica as normas de condutas éticas, devidamente pontuadas nos artigos 118, 119, 120 e 121, complementadas pelas resoluções do CFM n. 1.488/1998, de 11 de fevereiro de 1998, sobre o desempenho ético da perícia médica.

O perito, em geral não tem funções fiscalizadoras, mas função específica no exame de documentos, objetos ou pessoas. Na área médica, consiste no exame de pessoas (ou cadáveres), com a finalidade de avaliar lesões, causas, quantificar seqüelas e disfunções para fins de indenização, mensurar comprometimento da capacidade laborativa em trabalhadores, ou atestar capacidade para ato ou função.

NORMAS NO DESEMPENHO DA FUNÇÃO PERICIAL

- 1) Perito judicial é o profissional habilitado e nomeado pelo juiz de um feito para opinar sobre questões técnicas de sua especialidade.
- 2) A perícia, quando pertinente a profissões regulamentadas, será exercida por profissionais legalmente habilitados, requeridos, ainda, reconhecida idoneidade moral, capacidade técnica e experiência profissional.
- 3) É dever do perito honrar sua função seguindo os preceitos do Código de Ética Médica.
- 4) A indicação e a nomeação para exercer a função de perito devem ser consideradas sempre como distinção e reconhecimento da capacidade e honorabilidade do profissional e delas declinará quando estiver impedido por lei, quando ocorrer suspeição de natureza íntima, quando a matéria em litígio não for de sua especialidade ou por motivo de força maior.
- 5) Ciente da indicação e antes de assumir o compromisso, deve o perito inteirar-se dos autos, verificar se não há incompatibilidade e se realmente se encontra em condições de assumir o compromisso e realizar o trabalho.
- 6) Na hipótese de recusa, esta deve ser fundamentada em petição dirigida ao juiz, o mais breve possível.
- 7) Qualquer dificuldade aposta ao bom andamento do trabalho pericial deve ser comunicada ao juiz mediante petição.
- 8) O perito não cria e não crê, isto é, insere no seu laudo os fatos e atos examinados e estudados, não fundado em simples suposições ou probabilidades, devendo apresentar suas conclusões com toda objetividade, mantendo sempre isenção e imparcialidade.
- 9) Admite-se assessoramento no trabalho pericial, desde que sob controle e revisão do perito, que deve adotar os melhores critérios para expressar sua opinião de forma clara e categórica, em linguagem adequada, tendo presente que tais características e o estilo na confecção do laudo definem e denunciam seu autor.
- 10) Todos os quesitos devem receber respostas esclarecedoras e fundamentadas, evitando-se simples afirmativas ou negativas, expressão “SIM” ou “NÃO”.
- 11) O perito deve evitar qualquer interferência que possa constrangê-lo no seu trabalho, não admitindo, em nenhuma hipótese, subordinar sua apre-

ciação a qualquer fato ou situação que possa comprometer sua independência intelectual e profissional.

- 12) O perito deve arbitrar seus honorários mediante petição ao juiz, em que indicará o tempo despendido e a complexidade do trabalho. É vedado auferir honorários diretamente das partes, qualquer que seja e a qualquer título.
- 13) O perito, cômscio de sua responsabilidade e da distinção que lhe foi conferido, deve zelar pelas suas prerrogativas, usando-as moderadamente e nos limites de sua função, fazendo-se respeitar como auxiliar da justiça e agindo sempre com seriedade e discricão, observando o sigilo necessário do que apurar ou souber.

A IMPORTÂNCIA DA PERÍCIA MÉDICA

Na atual conjuntura, o campo de atividade médico pericial expandiu-se muito, crescendo o volume de tarefas pela ampliação da abrangência de suas relevantes atividades.

Segundo França (1977, p. 8),

Cada vez que a astúcia humana torna-se mais e mais sofisticada para fugir da revelação esclarecedora, urge ampliar-se a possibilidade de investir, cada vez com maior empenho, na contribuição da técnica e da ciência, como fatores de excelência na elaboração da prova. O verdadeiro destino da perícia é informar e fundamentar de maneira objetiva todos os elementos consistentes do corpo de delito e, se possível, aproximar-se de uma provável autoria. Não existe outra forma de avaliar retrospectivamente um fato marcado por vestígios que não seja através do seu conjunto probante. A missão da perícia é informar. Visum et repertum – visto e referido, eis a questão.

O perito não cria nem crê, isto é, insere no seu laudo os fatos e atos examinados e estudados, não fundado em simples suposições ou probabilidades, devendo apresentar suas conclusões com toda a objetividade, mantendo sempre isenção e imparcialidade (RODRIGUES, 2003).

O exame médico-pericial busca o enquadramento nas situações legais, o pronunciamento conclusivo sobre condições de saúde e avaliação da capaci-

dade laborativa, visa a definir o nexo de causalidade (causa e efeito) entre doença ou lesão e a morte (definição de causa mortis), doença ou seqüela de acidente e a incapacidade ou invalidez física e/ou mental, o acidente e a lesão, doença ou acidente e o exercício da atividade laborativa, doença ou acidente e seqüela temporária ou permanente, desempenho de atividades e riscos para si e para terceiros. Portanto, o médico perito ocupa um lugar de destaque no cenário científico, judicial e social. Na área judicial, pode ainda atuar como órgão auxiliar da administração da justiça, podendo ser classificado como percipiente (simples percepção de fatos) e judicante (percepção de fatos com emissão de juízo de valor) (PAULA, 2007).

A atividade médico-pericial tem importância capital nas instituições e sistemas de previdências (ANMP, 2007; HURTADO HOYO, 2002). É, ao mesmo tempo, instrumento de paz social, pois garante o amparo legítimo ao beneficiário realmente incapacitado, e instrumento de controle para despesas evitáveis e decorrentes de pressões extra-doença e que podem colocar em risco o equilíbrio das instituições (SBPM, 2007). Esse fato corroborou para um grande progresso entre os médicos profissionais da Previdência Social, com a criação da carreira Perícia Médica da Previdência Social.

SITUAÇÃO ATUAL DA PERÍCIA MÉDICA

Ao longo das décadas que precederam o início do milênio, o Estado-Juiz tinha a difícil tarefa de encontrar o *expert* entre os profissionais de sua relação que contasse, unicamente, com a confiança necessária para desempenhar o papel de *longa manus* do julgador. Assim, comum era encontrar um clínico geral procedendo uma perícia médica judicial em feito cujo réu era um ortopedista. Tal era o grau de dificuldade que se apresentava para o Estado-Juiz com a lide de avançar, na instrução processual, para a produção de prova técnica (COUTO FILHO; SOUZA, 2005).

Há alguns anos, pareceria desnecessário propor uma definição de Medicina que ultrapassasse a cediça “Ciência e arte de curar”, usada desde a Antigüidade. Porém, a lei federal que organizou a profissão médica no Brasil, datada de 30 de setembro de 1957, sancionada conforme a lei n. 3.268, que cria o CFM e os Conselhos Regionais, sendo regulamentada pelo decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, não especificou a definição do seu campo de trabalho, generalizando o campo de atuação em fiscalizar, supervisionar, zelar,

orientar, disciplinar, julgar eticamente os médicos, defender adequadas condições de trabalho e valorização do trabalho do profissional médico. Talvez por que isso parecesse desnecessário. Julgou-se coisa notória. Não obstante, todas as demais profissões do setor saúde, instituídas ou reorganizadas após aquela data, tiveram seus campos de trabalho bem definidos nas legislações pertinentes.

Portanto, sob a visão ético-profissional, a perícia médica não tem uma regulamentação específica, não sendo regulamentada como especialidade médica ou área de atuação médica, podendo, assim, ser exercida por qualquer médico legalmente inscrito no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

A não definição da perícia médica pela classe médica vai de encontro com o que está configurado no Art. 145, § 2º, do CPC, qual seja, a necessidade de o especialista comprovar a sua “especialidade”, sendo “impossível para o Juiz-Estado cumprir essa regra da necessidade da comprovação da especialidade, inculpada no artigo supra-mencionado” (COUTO FILHO; SOUZA, 2005).

A evolução da perícia médica em nosso país se faz notar a partir da resolução CFM n. 1.634/2002, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Sendo seqüencial e dinamicamente modificadas pelas resoluções CFM n. 1.666/2003, 1.763/2005 e, finalmente, resolução CFM n. 1.785/2006, publicada no *Diário Oficial da União* de 22 junho 2006, Seção I, p. 127, definindo, no momento, a norma orientadora e reguladora de reconhecimento das especialidades médicas e áreas de atuação, determinando que os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) deverão registrar apenas títulos de especialidade e certificados de áreas de atuação reconhecidos pela Comissão Mista de Especialidades (CME). Consta da resolução CFM n. 1.785/2006 uma relação de 53 especialidades e 54 áreas de atuação reconhecidas.

Com o avanço das especialidades e áreas de atuações, devidamente reconhecidas pelo CFM, a AMB deu um grande impulso ao início de uma formação de estudiosos nas diversas especialidades com a geração ‘Peritos Especializados’. Dinamicamente, a cada ano se evidencia uma tendência da classe médica no sentido de criar novas especialidades e sub-especialidades, aumentando a cada dia esta grande fragmentação da atenção médica.

Dentro das especialidades, há uma demanda crescente pelo reconhecimento da Perícia Médica pela CME de se tornar uma ‘especialidade’ ou ‘área de atuação’. Em função do seu grau de complexidade, opiniões se dividem, cada um com seus detratores e apologistas. Portanto, evidentemente que normas orientadoras e reguladoras deverão ser estabelecidas, pela CME, para o reconhecimento da ‘especialidade médica’ ou ‘área de atuação’, com elaboração de pré-requisitos necessários, a exemplo das existentes. No caso de áreas de atuação, deverão ser listadas pela CME e terão sua certificação sob responsabilidade da AMB e suas filiadas correspondentes dentro das especialidades. A área de atuação que apresente interface com duas ou mais especialidades somente será criada ou mantida após consenso entre as respectivas sociedades.

Diversas sociedades ligadas a AMB, por meio de suas defesas profissionais e comissões de éticas, tem-se posicionado, com destaque especial para a Sociedade Brasileira de Perícias Médicas, Associação Nacional de Médicos Peritos da Previdência, Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, entre outros.

PERITO MÉDICO *VERSUS* MÉDICO ASSISTENTE

A atividade médico-pericial é especialmente particular, pois difere frontalmente da atividade da Medicina assistencial. Nesta, há a necessidade de um estreito vínculo ‘médico-paciente’, naquela, assume um papel de ‘juiz’ (SOUZA, 2007). No entanto, nada impede, sob o ponto de vista ético-legal, de desempenhar seu papel de médico e seu papel de perito médico. Evidentemente, que deve evitar periciar situações em que haja constrangimento, impedimento, para evitar suspeita de legislar em seu próprio interesse.

É interessante fazer uma analogia entre o perito médico e o médico assistente com base no excelente texto de Mário Rigatto, O Perfil do Médico no Século XXI (*apud* SOUSA, 2007, p. 1):

O médico tem que treinar relações complexas. Ele precisa aprender a ter uma roupagem por fora e outra por dentro, sem ser falso. Ele não pode franzir o cenho, pois o doente vai achar que o seu caso é grave. Não pode se emocionar a ponto de falar com a voz embargada porque a voz embargada perde força de convicção. O médico não pode chorar, pois a lágrima rouba cuidado ao que diagnostica. Ele não pode tremer

pois não faz bem ao bisturi. Então, eu quero um médico por fora com um único domínio das emoções, mas por dentro eu quero o mais sentimental dos seres humanos, que se compadeça com a dor e o sofrimento. Esta dupla roupagem é muito difícil vestir.

Embora seja difícil essa “dupla roupagem”, ela se faz necessária para o perfil do perito médico, entretanto com distintas posições. Além do que, as circunstâncias com as quais esse profissional se depara, na maioria das vezes, exigem que haja uma relação de desconfiança que merece por dever ser analisada com total imparcialidade e, ao mesmo tempo, com cortesia, atenção e educação por parte do perito. Ao contrário, na relação médico/paciente, há um clima de mútua confiança e empatia.

O médico perito deve estar atento à ética particular de sua atividade. Precisa ter em mente que, ao contrário da Medicina assistencial, em que o médico está sempre em estreito vínculo profissional com o paciente, o médico-perito é colocado pela instituição seguradora como um juiz, devendo manter um equilíbrio adequado entre as postulações desejadas e as possibilidades da lei vigente que ele deve conhecer. Deve estar preparado para reconhecer o direito, concedendo o que deva ser concedido, mas negar as pretensões ilegítimas, fruto de desejos pecuniários sem abrigo na lei constituída (GONZAGA, 2004).

O paciente escolhe seu médico livre e espontaneamente, e lhe demanda um tratamento de seus sofrimentos. Ao contrário, o periciando é solicitado por uma autoridade a comparecer diante de um perito ou junta de peritos escolhidos por essa autoridade para se verificar o estado de saúde ou das seqüelas de doenças, com fins de decisão de direitos ou aplicação de leis, que muitas vezes tem como consequência perdas para o mesmo (SOUSA, 2007).

Na relação médica com o médico assistente, o paciente retrata toda a sua intimidade, tem todo o interesse de informar detalhes sobre os seus sintomas, angústias e outros. Ao contrário da relação pericial, o periciando normalmente aborda sobre os sintomas e outras informações pertinentes naquela ocasião, podendo chegar até a omitir ou distorcer informações necessárias à conclusão pericial.

É recomendado eticamente que o médico assistente não utilize em atestados médicos o termo incapacidade laborativa, termo que é prerrogativa da elaboração de laudos periciais, segundo o Parecer n. 72/2006 do Conselho

Regional de Medicina do Rio Grande do Sul sobre médico assistencial *versus* médico perito.

ÁREAS DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL

A perícia médica pode ter atuação nas seguintes modalidades de trabalho, as quais serão, a princípio, apenas conceituadas e, posteriormente, abordadas separadamente em seus respectivos capítulos.

- Administrativa
- Judiciais/Forense
- Médico-Legais
- Previdenciárias
- Securitária

A Perícia Administrativa pode ser definida como sendo o exame médico-pericial realizado no servidor público, regido por estatuto ou regimento próprio, contribuinte de órgão previdenciário também próprio, de uma unidade administrativa, seja federal, estadual ou municipal. Portanto, destina-se ao servidor público civil e militar, os quais são avaliados quanto à capacidade laboral, mediante exame pericial pelo órgão competente. Atua como ferramenta imprescindível para o equilíbrio social e financeiro das instituições.

A perícia médica judicial é o meio de prova realizada por profissional da Medicina legalmente habilitado visando a informar e esclarecer alguma autoridade sobre fato próprio de sua especificidade funcional, no interesse da justiça e da administração. As perícias forenses têm o objetivo de instruir ações judiciais em curso que requerem a produção da prova pericial médica.

A Perícia Médico-Legal é um conjunto de procedimentos médicos e técnicos que tem como finalidade o esclarecimento de um fato de interesse da justiça, ou um ato pelo qual a autoridade procura conhecer, por meios técnicos e científicos, a existência ou não de certos acontecimentos capazes de interferir na decisão de uma questão judiciária ligada à vida ou à saúde do homem (FRANÇA, 1977). Segundo a definição de Maranhão (1989, p. 27), é “o uso de conhecimentos médicos e biológicos a serviço do Direito constituído e do Direito constituendo”, isto é, aplica-se tanto na elaboração quanto na aplicação das leis. Medicina Legal é, portanto, a ciência médica a serviço da justiça (RODRIGUES, 2003).

A Perícia Médica Previdenciária tem por finalidade precípua a emissão de parecer técnico conclusivo, quando da avaliação da incapacidade laborativa,

em face de situações previstas em lei; faz análises sobre o requerimento dos benefícios referentes à aposentadoria especial, do enquadramento do Benefício de Prestação Continuada/Lei Orgânica de Assistência Social e dos portadores da síndrome de talidomida; assessora as Procuradorias e Juntas de Recurso, com acompanhamento de processos judiciais, emitindo parecer técnico em juízo, quando convocado ou indicado como assistente técnico do INSS; homologa as concessões do auxílio-acidente, aposentadoria por invalidez e o acréscimo de 25%; avalia o dependente maior inválido, bem como delega competências de acordo com os atos vigentes; trabalha em conjunto com a fiscalização na identificação da presença de agentes nocivos nos ambientes de trabalho e estabelece nexo causal entre as doenças do trabalho, atua como um dos setores mais importantes da Seguridade Social. Cumpre ressaltar que o reconhecimento dos benefícios por incapacidade é atribuição exclusiva dos médicos-peritos (GONZAGA, 2004).

A Perícia Securitária constitui procedimento técnico diretamente ligado à Medicina de Seguros e ao ramo de seguro de pessoas. Faz avaliação de doenças pré-existentes, valoração de danos para indenização e avaliações excludentes de pagamento (suicídio/acidente). Os peritos desta área pode atuar como assistentes técnicos em ações judiciais.

PRECEITOS DESEJÁVEIS DA ATUAÇÃO MÉDICO-PERICIAL

O perito médico deve ter competência técnica e científica. É imprescindível que tenha os conhecimentos necessários das leis, normas e portarias, para que consiga o melhor desempenho em sua função.

Deve agir com imparcialidade, isenção e independência; ter urbanidade e discrição; ter disciplina operacional, respeitando com rigor os prazos previamente estipulados e as formalidades pertencentes ao rol da profissão; ter senso de justiça. “O perito Médico deve ser justo para não negar o que é legítimo e nem conceder, graciosamente, o que não é de direito”; atuar com ética profissional.

Assim como o mestre Nerio Rojas condensou em dez itens um guia prático para guiar a perícia médico-legal em seus aspectos técnicos e científicos, França (2008) propôs este decálogo como orientação ética na condução da arte pericial, baseado na tradição moral que fez desta atividade uma inestimável contribuição nas conquistas da cidadania e do respeito aos interesses mais justos da sociedade.

São estes os postulados éticos:

- 1) Evitar conclusões intuitivas e precipitadas.
- 2) Falar pouco e em tom sério.
- 3) Agir com modéstia e sem vaidade.
- 4) Manter o sigilo exigido.
- 5) Ter autoridade para ser acreditado.
- 6) Ser livre para agir com isenção.
- 7) Não aceitar a intromissão de ninguém.
- 8) Ser honesto e ter vida pessoal correta.
- 9) Ter coragem para decidir.
- 10) Ser competente para ser respeitado.

E, finalmente, a máxima da atuação pericial: “Aquele que compreender que não poderá ser um perito honesto, seja honesto, não seja perito” (Abraham Lincoln).

Em suma, trata-se de uma atividade que exige o equilíbrio, o conhecimento técnico e abrangência do papel social sempre nos princípios fundamentados de justiça e humanidade (SOUSA, 2007).

Perito – Processos Judiciais – Qualificações – Especialidade Médica

O perito designado a realizar perícia judicial está sujeito a normas e procedimentos específicos da Perícia Judicial, além de estar sob a égide de Resoluções específicas do Conselho Federal de Medicina, algumas das quais indicamos a seguir.

- Comete infração ético-profissional médico designado perito em processo judicial que não cumpre a ordem judicial, estando sujeito a penas disciplinares previstas em lei. O médico designado perito pode, todavia, escusar-se do encargo alegando motivo legítimo, dentre eles, carecer de conhecimento técnico ou científico.
- Quais qualificações são necessárias para um médico atuar como perito em processo judicial?
O perito deverá ser preferencialmente um especialista, ter conhecimentos técnicos e científicos especiais, suficientes para dar o seu parecer sobre determinada avaliação.

- É obrigatório ser especializado em Medicina Legal o médico designado perito em processo judicial?
Não, o título de especialista não é requisito para exercer qualquer área reconhecida como especialidade médica, mas sim para anunciá-la.
- Resolução n. 1.497/1998

Art. 1º – determinar que o médico nomeado perito execute e cumpra o encargo, no prazo que lhe for determinado, mantendo-se sempre atento às suas responsabilidades ética, administrativa, penal e civil.

Parágrafo único – o médico fará jus aos honorários decorrentes do serviço prestado.

Art. 2º – o médico designado perito pode, todavia, nos termos do artigo 424 do código de processo civil, escusar-se do encargo alegando motivo legítimo.

Art. 424 do Código de Processo Civil – o perito pode ser substituído quando:

I – carecer de conhecimento técnico ou científico

II – sem motivo deixar de cumprir o encargo no prazo que lhe foi determinado.

Constatada a ausência de motivo legítimo, deverá responder a PEP, com capitulação nos art. 4º, 45 e 142 do CEM.

Referências

ANMP: Associação Nacional de Médicos Peritos da Previdência Social. Disponível em: <<http://www.anmp.org.br>>. Acesso em: jul. 2007.

BRASIL. Decreto n. 20931, de 11 de janeiro de 1932. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. Disponível em: <http://www.crf-rj.org.br/crf/legislacao/leis/legis_pro_20931.asp>. Acesso em: set. 2007a.

BRASIL. Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 01 de outubro de 1957. Disponível em: <www.trt02.gov.br/geral/tribunal2/Legis/CLT/Profis_regul/L3268_57.html>. Acesso em: set. 2007b.

BRASIL. Lei n. 5.869, de 11 de janeiro de 1973. Institui o Código de Processo Civil. *Diário Oficial da União*, 17 de janeiro de 1973. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L5869.htm>>. Acesso em: set. 2007c.

BRASIL. Decreto n. 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 02 de outubro 1995, p. 15.340, seção I. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/auditoria>>. Acesso em: set. 2007d.

CABRAL, E. C. F. et al. (Coords.). *Manual de perícia médica*. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.

CFM: Conselho Federal de Medicina. Perícia Médica. In: _____. *Desafios éticos*. Brasília: Ed. do CFM, 1993.

CFM: Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1785/2006. *Diário Oficial da União*, Seção I, p. 127, 22 de junho de 2006.

CFM: Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.488/1998, de 11 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre o desempenho ético da perícia médica.

CFM: Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.246/1988. Institui o Código de Ética Médica.

CFM: Conselho Federal de Medicina. Parecer Jurídico n. 163/1997.

CFM: Conselho Federal de Medicina. Parecer-Consulta n. 011/1999. Cons. Dr. Paulo E. Behrens.

CFM: Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.614/2001.

COELHO, E. N. *Introdução a conceitos e funções da perícia médica*. Pós-graduação em perícia médica *lato sensu*. 2004/2005. (Apostila).

COUTINHO, L. M. *Código de Ética Médica Comentado*. 4. ed. Florianópolis: Ed. da OAB/SC, 2004.

COUTO FILHO, A. F.; SOUZA, A. P. 2. ed. *A improcedência no suposto erro médico*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2002.

COUTO FILHO, A. F.; SOUZA, A. P. *Instituições de direito médico*. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

FERREIRA, A. B. H. *Novo Aurélio século XXI: o dicionário da Língua Portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIGUEIREDO, A. M.; FREIRE, H.; LANA, R. L. *Profissões da saúde: bases éticas e legais*. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.

FRANÇA, G. V. *Medicina legal*. 2. ed. Rio de Janeiro: G. Koogan, 1977.

FRANÇA, G. V. *Comentários ao Código de Ética Médica*. 3. ed. Rio de Janeiro: G. Koogan, 2000.

FRANÇA, G. V. *Medicina Legal*. 8. ed. Rio de Janeiro: G. Koogan, 2008. No prelo.

GONZAGA, P. *Perícia médica da Previdência Social*. 3. ed. São Paulo: Ltr, 2004.

GUITIÉRREZ ZALDÍVAR, H.; IRAOLA, N. La importancia de los peritos medicos como auxiliares de la justicia, sus funciones y responsabilidades. *Rev. Assoc. Méd. Argent*, v. 115, n. 3, p. 39-42, 2002.

HURTADO HOYO, E. Sobre los peritos medicos. *Rev. Assoc. Méd. Argent.*, v. 115, n. 2, p. 3-15, jun. 2002.

LIMA, D. M. V. et al. *Câmara Técnica de Perícias Médicas: pareceres selecionados*. Câmaras Técnicas do Cremers. Porto Alegre: Ed. do CFM-RS, 2006.

MARANHÃO, D. R. *Curso básico de medicina legal*. 4. ed. São Paulo: RT, 1989.

PAULA, A. S. Epítome da prova pericial no estatuto processual civil brasileiro. Disponível em: <<http://www.uj.com.br/publicacoes/doutrinas/default.asp?action=doutrina&iddoutrina=1266>>. Acesso em: jul. 2007.

PIGA RIVERO, A. etica em la pericia medico-legal. *Méd.leg.*, Costa Rica, v. 17, n. 1, p. 7-8, jul. 2000.

RODRIGUES, C. A. S. *Sinopse de medicina legal*. Goiânia: Ed. da UCG, 2003.

SBPM: Sociedade Brasileira de Perícias Médicas. Disponível em: <<http://www.periciasmedicas.org.br>>. Acesso em: jul. 2007.

SOUSA, T. G. *O papel do médico perito*. Disponível em: <http://www.msites.com.br/periciamedica_apostila_per.htm>. Acesso em: jul. 2007.



REFLEXÕES ÉTICAS SOBRE O TRABALHO DOS MÉDICOS PERITOS

Edson de Oliveira Andrade*

Este pequeno texto é apenas uma breve reflexão pessoal sobre o tema, não tem ambição científica e nem doutrinária. Busca tão somente pensar sobre o médico quando atuando na função, se assim podemos dizer, *magister dix*, ou seja, detentor da última palavra sobre o assunto.

Dada a necessária explicação sobre o escopo deste artigo, passo para a cena e seus atores. Penso que ser perito médico é um desafio imenso para qualquer pessoa. É caminhar sempre sobre o fio da navalha; um fio condutor que impõe a cada um dos seus executores competência técnica e compromisso ético extremado.

O perito é alguém em quem buscamos uma opinião segura, honesta e sempre respaldada em um conhecimento atualizado.

Estas são a premissas desta breve análise do perfil do médico perito: competência e ética.

A competência aparentemente se resolve com facilidade quando consideramos que o perito é alguém que atua numa determinada faixa do conhecimento médico que domina e na qual é um *expert*. Isso é verdade em algumas circunstâncias, mas não em todas.

Os peritos dos sistemas de previdência, e também de outras instâncias, invariavelmente são bons médicos, algumas vezes possuidores de uma especialidade, mas costumeiramente são chamados a opinar sobre situações estranhas ao seu campo de atuação específico. Esse é um dos grandes questionamentos apresentados por aqueles que são contrários à utilização de médicos para opinar sobre situações fora do seu campo específico de atuação. Como atuar, então, nessas situações sem se desviar de um correto comportamento ético?

* Especialista em Clínica Médica e Pneumologia. Médico. Professor universitário. Presidente do Conselho Federal de Medicina.

O curso de Medicina é o que maior carga horária apresenta, quase o dobro de qualquer outro curso da área da saúde. Contudo, o imenso avanço científico da nossa ciência nos impõe uma constante necessidade de aprimoramento. É certo que os seis anos de estudo básico nos proporcionam uma base sólida que nos permite exercer o nosso ofício com boa segurança. Mas será que possibilita, no exercício deste ofício, atuar como um 'perito' em todos os campos da Medicina? Volto a dizer: esta é a questão principal. E logo respondo: Penso que não! O médico, hoje em dia, não tem a possibilidade de abarcar todo o conhecimento da Medicina; logo, aos médicos peritos não é possível fazer esta exigência. Como corolário dessa afirmação, também é necessário afirmar que nenhum médico perito pode, sem mostrar arrogância, se arvorar de ser exímio conhecedor de toda a ciência médica. Não há como confundir a sua perícia em legislação previdenciária, judiciária ou de Medicina complementar com a perícia médica genérica. São situações diferentes, complementares, porém, ainda assim, diferentes. Para superar este impasse, basta lançar mãos de um velho costume médico: a oitiva da opinião de reais especialistas no assunto. Se o caso exige conhecimento de Cardiologia, que chame o cardiologista. Se for uma situação cirúrgica, que se ouça um cirurgião, e por aí afora. O importante é dispor do auxílio de um colega mais bem preparado quando a situação requerer e houver insuficiência do médico perito. A ordem ética que se impõe é sempre oferecer ao indivíduo periciado o melhor que a Medicina possa lhe ofertar.

Superada a questão da competência específica, resta enfrentar os conflitos éticos da atividade pericial. E eles não são poucos, embora venhamos a abordar apenas os mais importantes.

Diversas são as situações em que o médico atua como perito. Entre elas, podemos destacar a previdência social, o auxílio técnico em processo judicial (perito judicial) e, *mutatis mutandi*, a auditoria em planos de saúde.

Em cada situação elencada existem peculiaridades que interferem na ação do médico.

Na previdência social, muitas vezes o médico é visto como um instrumento de controle de benefício a ser concedido ao trabalhador contribuinte. A sensação de quem está do lado de fora do problema – que de antemão reconheço, é quase sempre injusta – é a de que o médico é apenas mais um burocrata a obstaculizar o exercício de um direito. A estrutura burocrática destes serviços facilita esta compreensão. Nestes locais, o médico, invariavelmente, é parte de

uma estrutura que trata o ser humano de modo impessoal e com forte suspeita de ser um fraudador em potencial. Sendo o anteparo mais vistoso do sistema, não há como o médico não ser atingido nestas circunstâncias.

Resolve-se este problema adotando um posicionamento padrão em que o médico deve sempre atender às reais necessidades dos pacientes. É direito do médico perito, na busca do conhecimento desta necessidade real, proceder às investigações clínicas, incluindo requisição de informações de médicos assistentes ou de outros especialistas, que julgar necessárias. O médico deve sempre zelar pela sua autonomia profissional. Médico que age de modo subserviente é um mau médico.

O médico auditor, uma espécie do gênero médico perito, se assim podemos classificar, é o que mais vezes se encontra em situações de conflitos éticos em que interesses opostos são cortejados e o médico é utilizado como colchão entre interesses diferentes. Um dos principais equívocos encontrados nesta função (médico auditor) é quando o médico se arvora no direito de autorizar ou desautorizar procedimentos médicos solicitados pelos médicos assistentes. A função do médico auditor consiste em proceder análise *a posteriori* das condutas médicas, e quando identificar condutas erradas, indicá-las para que as providências de responsabilização possam ser desencadeadas pelas instâncias competentes. Médico auditor não é analista de contrato de prestação de serviços de planos de saúde. Isto não é trabalho médico. Neném Prancha, notório treinador de futebol de praia do Rio de Janeiro dizia que pênalti era tão importante que quem deveria batê-lo era o presidente do clube. Aproveitando a analogia, digo que a retirada de direitos de um usuário de planos de saúde é tão grave que quem deve fazê-lo deve ser o dono do plano de saúde.

Por fim, embora não de menor importância, cabe um tempo para pensar a respeito de nossa atividade como perito judicial. Nesta circunstância, o médico pode agir por solicitação do juízo ou como assistente das partes, antigamente chamados de peritos das partes.

A primeira função é mais tranqüila, na medida em que deve o médico responder às dúvidas do magistrado, agindo como um verdadeiro juiz técnico. Difícil é o trabalho de quem atua como perito assistente das partes. Esta função quase sempre traz em si o viés da tendenciosidade, posto que às partes interessa sempre fortalecer os seus pontos de vista com base na opinião técnica do médico perito. O que vemos, com infeliz frequência, são argumentos tortuosos visando apoiar situações que a realidade desconsidera por serem insus-

tentáveis. O papel do assistente das partes não é arranjar argumentos médicos para sustentar inverdades. A única obrigação é falar a verdade para quem o contrata, ainda que possa não ser agradável aos seus ouvidos. E pára aí. Do ponto de vista ético, não pode haver pena de aluguel. Não existe na Medicina Ética espaço para a triste história corrente no meio jurídico em que um parecerista contratado para emitir um parecer perguntou se era para escrever contra ou a favor. Este tipo de relativismo moral não se coaduna com o espírito ético da Medicina e nem com o compromisso histórico de seus praticantes.

Finalizando, quero homenagear os médicos peritos brasileiros que agem, em sua esmagadora maioria, com desvelo, responsabilidade e profundo sentimento de justiça, e, se deslizes ocorrem, eles servem apenas para alertar-nos para a nossa condição humana, que também é a fonte da grandeza e da beleza da Medicina.

O PERFIL DO PERITO MÉDICO

Tereza Chedid*

Antes de iniciar este capítulo, quero agradecer, com muita emoção, aos membros do Conselho Regional de Medicina de Goiás (Cremego) o convite para participar desta obra e louvar a iniciativa de, enfim, podermos colocar em literatura aberta a toda a classe médica um livro cujo tema seja a Perícia Médica.

Aos que lerão este capítulo, quero expressar que foi muito mais difícil escrevê-lo do que havia eu imaginado. A bibliografia sobre Perícia Médica, de forma geral, é escassa, particularmente no que tange aos peritos, quanto a sua personalidade, características, dificuldades e aspirações no exercício diário das atividades médico-periciais. As áreas periciais forense e legal já têm base bibliográfica mais sólida e ampla, porém a parte referente à Perícia Médica Previdenciária só agora começa a despontar no sentido de prestar-se atenção ao perito médico da Previdência Social, sua importância no contexto institucional e às condições de execução de seu trabalho. Mesmo assim, o pouco que encontramos refere-se mais às partes técnica e acadêmica.

Esta obra nos dá a oportunidade ao aprofundamento, à análise das situações complexas do dia-a-dia de um perito médico no desempenho de suas funções, como também de suas características de personalidade e temperamento para a escolha de atividade tão especial.

Traçar um perfil abrange não só a parte intelectual, técnica, didática de uma profissão ou atividade laborativa. Devemos englobar, também, a

* Especialista em Psiquiatria Clínica e Legal/Forense, atuando na área da Perícia Médica Previdenciária e Forense, como Assistente Técnica, ou Perita de Juízo, desde 1983, em Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, desde 1985, e em Hipnose Médica, desde 1998. Psicanalista Clínica, tendo diversos cursos de extensão na área comportamental, terapias breves e análise transacional, entre outros. Formada em Medicina pela Universidade Federal Fluminense, em 1977. Professora de cursos de Pós- Graduação e Graduação em Psicanálise Clínica.

parte humana, psíquica, comportamental e estrutural do profissional que exercerá a função referida. Mesmo que o médico, em nosso caso específico, tenha as atribuições de personalidade e intelecto, a inteligência emocional e o dom vocacional para exercer com brilhantismo a atividade de perito médico, não nos esqueçamos de que o homem é um todo complexo.

Exercer bem uma função, uma profissão, uma atividade, passa pela satisfação pessoal e profissional neste desempenho, passa pelo reconhecimento afetivo e emocional, pelas condições ambientais, pelo retorno material que a instituição mantenedora oferece, pelo respeito, pela moral, pela auto-estima elevada e valorizada, para que o profissional, juntando o dom e o perfil às condições dignas e satisfatórias de execução de seu trabalho, possa dele extrair a maior produtividade possível e gerar bons resultados em relação às metas que precisa atingir na execução de sua atividade.

Como este livro se destina aos colegas médicos, peritos ou não, e, sendo peritos, abrangendo todas as áreas da atuação médico-pericial, procurarei traçar um perfil único e amplo, no qual quem nos leia possa compreender melhor a personalidade base do perito médico, seja em que área ele atue.

Tentarei colocar o máximo possível de esclarecimentos das dificuldades no exercício da função, das dúvidas e mal-entendidos que fazem que esta 'especialidade' seja ainda tão mal compreendida, em qualquer das áreas de atuação médico-pericial.

Nossa intenção, ainda, é levar aos colegas médicos que desejam exercer atividades periciais, em particular legais, forenses ou previdenciárias, um apanhado geral das atribuições e das responsabilidades de que estarão imbuídos no exercício desta nobre, todavia, espinhosa atividade.

Aos colegas médicos peritos ainda novos em seus cargos – e atualmente são muitos os que ingressaram na Previdência Social –, que este traçado de perfil possa ajudá-los a centrar-se de forma mais íntima na estrutura psicológica, humana e social dos atributos, qualidades e também das dificuldades que fazem parte da rotina desta atividade instigante e desafiadora que é a Perícia Médica!

Que os colegas médicos das áreas não periciais, ao fim desta obra, tenham sobre nós, peritos, uma visão mais compreensiva, mais próxima, mais clara de nossa missão, sempre lembrando que, antes de tudo, somos todos médicos, exercendo, não importa em que área ou especialidade e quão

diferentes estas possam ser, o sacerdócio da Medicina com responsabilidade, humanidade e compaixão pelo próximo!

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Encontramos as seguintes definições para as palavras perito e perfil: *Do Latim-peritus, a, um. Que sabe por experiência, que tem prática. Perito: 1. que ou aquele que se especializou em determinado ramo, atividade ou assunto; 2. que tem experiência ou habilidade em determinada atividade; 3. Diz-se de ou técnico nomeado pelo Juiz ou pelas partes, para que opine sobre questões que lhe são submetidas em determinado processo* (HOUAISS, 2001, p. 2.191).

Perito: 1. prático; 2. Sábio, erudito; 3. Hável; 4. O que é sabedor ou especialista em determinado assunto 5. O que é nomeado judicialmente para exame ou vistoria (HOLANDA, 2002, p. 529).

Perfil: 4. Descrição de uma pessoa em traços que destacam suas características básicas (HOUAISS, 2001, p. 2.186)

CONSIDERAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA

Ainda não faz parte de nossa estrutura curricular uma disciplina de Perícia Médica a ser cursada nas Faculdades de Medicina. Embora não seja reconhecida como especialidade médica pelo egrégio Conselho Federal de Medicina, adotaremos o termo com uso de aspas simples ao referirmos à 'especialidade Perícia Médica' ao longo do texto.

Por não termos ainda nossa área de atuação pericial reconhecida como matéria curricular, ninguém sai da Faculdade 'perito médico'. Mesmo aqueles que seguem a Medicina Legal, para serem peritos legistas, após concurso público, têm que obter um treinamento mais especializado na instituição pública em que exercerão sua função. Assim ocorre também na Perícia Previdenciária, Forense/Legal, Securitária.

Em nossos longos anos de escola médica, cursamos em caráter obrigatório inúmeras matérias, especialidades da Medicina, e sempre encontramos aquela que se encaixa mais em nosso temperamento, em nosso perfil,

em nosso ideal. Por vezes, nos apaixonamos por mais de uma delas, e essa diversidade é que cria o encanto de, numa mesma profissão, termos tão diferentes tipos de atuações, especialidades, caminhos e escolhas.

Assim, para as inúmeras especialidades médicas, temos um perfil próprio nas peculiaridades que estas exigem, seja a Clínica Geral, a Cirurgia, a Psiquiatria, a Pediatria e tantas outras, que, com certeza, reunirão profissionais de perfis totalmente diversos, embora todos médicos.

A ‘especialidade’ Perícia Médica exige também um perfil próprio, um tipo de personalidade, de temperamento e caráter peculiar ao médico que pretende exercê-la.

Vimos na definição da palavra perito que este especialista terá que deter conhecimentos especiais e minuciosos, gostar de estudar leis, decretos, muitas vezes de áreas diversas à Medicina, pois, sem dúvida, a atividade pericial é interdisciplinar com a Administração, com o Direito, com a Biologia, com a Física (na área de Medicina Legal, por exemplo), exigindo do médico que pretende seguir este caminho interesses outros que não os somente relacionados às disciplinas médicas.

Como bem define o nosso nobre colega médico perito do INSS Paulo Gonzaga, cujas palavras aqui transcrevo: “A Perícia Médica é a difícil área da Medicina que não se aprende nas faculdades tradicionais, mas na faculdade da vida diária, acumulando conhecimentos da Medicina e do Direito”.

Realmente, esta é uma definição extremamente verdadeira quanto à atividade médico-pericial, que é mista, complexa, multidisciplinar, com implicações legais, forenses, previdenciárias, trabalhistas e socioeconômicas, porém, e acima de tudo, uma atividade médica!

O candidato a perito médico, e mesmo o perito médico em exercício, deve ter plena consciência desses conceitos e refletir sobre eles, para avaliar, assim como fez na escolha da sua especialidade médica: “será que eu quero ser um Perito? Tenho perfil, vocação, atributos que são essenciais nessa especialidade?”.

Com grande propriedade, a Associação Nacional de Médicos Peritos da Previdência Social (ANMP) criou seus logotipos com imagens muito elucidativas em que o símbolo da Medicina, o Bastão de Asclépio, está interligado ao símbolo do Direito, da justiça, da lei, da investigação, lembrando ao perito médico a complexidade e a interdisciplinaridade de sua missão (Figura 1):



Figura 1 – Bastão de Asclépio Interligado ao Símbolo do Direito, da Justiça, da Lei, da Investigação.

ATRIBUTOS IMPORTANTES AO PERFIL DO PERITO MÉDICO DE FORMA GLOBAL

Como existem as modalidades periciais previdenciária, administrativa, securitária, médico-legal, forense/judicial, é claro que alguns requisitos e caracteres serão mais importantes para alguma área pericial em particular, contudo este é um perfil base para o exercício da especialidade médico-pericial, especialmente no que concerne ao lado psicológico humano e comportamental e de afinidade intelectual.

Podemos relacionar os seguintes fatores como necessários, e alguns até indispensáveis, ao perfil do perito médico, devendo fazer parte de sua formação, qualificação e temperamento:

- sólida formação clínica, mesmo não sendo a Clínica Geral sua área de atuação especializada;
- curso de Especialização em Medicina do Trabalho/Saúde Ocupacional;
- curso/especialização ou domínio de conhecimentos na área de Perícia Forense/Legal;
- domínio amplo e atualização constante da legislação pertinente à sua área de atuação (forense, previdenciária, médico-legal etc);
- estar sempre atento aos atos, portarias, decretos e tudo o mais que seja concernente aos pilares legais e administrativos da atividade médico-pericial;
- conhecimentos de informática, pelo menos no que for referente aos sistemas habituais para a execução de suas atribuições;

- ser participativo e interessado nos treinamentos e atualizações ministrados pelo seu órgão gerencial/ mantenedor;
- ser imparcial, isento de preconceitos, resolutivo e independente no sentido decisório;
- assumir suas decisões embasado na segurança que provém de domínio e conhecimento na área de atuação e no apuro de sua técnica;
- elaborar seus laudos/relatórios/pareceres de forma clara, objetiva, resolutive, concisa e coerente com o que irá, ao fim, concluir de modo a não deixar dúvidas ou questionamentos pendentes. Lembrar que uma conclusão médico-pericial tem sempre implicações legais, administrativas, previdenciárias, criminais, sendo de suma responsabilidade para o perito a emissão de suas opiniões nos laudos, pareceres e relatórios que emitir;
- jamais basear suas conclusões em suposições, probabilidades, possibilidades. Na atividade médico-pericial, não há lugar para o “eu acho que...”, “pode ser que...”. Fundamentar seu trabalho em fatos concretos, situações objetivas, não dando margem a interpretações duvidosas e inconsistentes;
- comunicar-se e expressar-se com serenidade, clareza, ponderação e equilíbrio;
- saber a medida certa entre a razão e a emoção;
- manter o humanismo inerente ao exercício da Medicina, contrabalanceando com o distanciamento emocional necessário à execução do ato médico pericial;
- ser justo e seguir sua consciência. Ter o bom senso sempre à frente de qualquer decisão;
- procurar cultivar em seu local de trabalho um bom relacionamento interpessoal com os colegas médicos e com o pessoal administrativo;
- lembrar que o periciando, em quase sua totalidade, não sabe a função exata do exame pericial ou, se sabe, não gosta deste tipo de exame que é, por força da função pericial, um exame não-assistencialista, seja na Perícia Previdenciária, num exame de corpo-delito, num exame pericial forense e tantos outros;
- o perito médico não tem pacientes e, sim, periciandos, examinandos, autores, segurados, vítimas, réus e outras denominações, dependendo da área de sua atuação. Por isso, deve exercer a arte do ouvir e explicar, dentro do possível, sobre a finalidade do ato pericial, que foge à rotina da consulta médica e da relação médico/paciente que é habitual nas outras especialidades da Medicina;

- nunca abrir mão de um exame físico/psíquico/anatômico/médico-legal apurado e preciso para formar sua opinião sobre base sólida;
- abster-se ao máximo de comentários diante do segurado sobre o laudo pericial anterior, o atestado do médico ou profissional de saúde que assiste o paciente que está sendo periciado (fisioterapeuta, psicólogo e outros) e os exames complementares apresentados.
- ser o mais técnico e isento possível, guardando seus comentários para depois, caso necessário, em ambiente protegido e ético;
- o perito médico deve ter conhecimento pleno do Código de Ética Médica vigente e das resoluções e atos do Conselho Federal de Medicina e dos Regionais, particularmente dos artigos e atos inerentes à sua área de atuação.

Não podemos deixar de ressaltar quanto ao perfil do perito médico, no caso do perito legista e/ou criminal, que grandes mudanças e evolução se operaram na área da Medicina Legal, exigindo do perito atualização e novos conhecimentos, além de adaptação às condições psicossociais no que concerne ao aumento desenfreado da violência e de tipos de crimes que no passado não eram de relevância ou até não existiam.

O aumento desmesurado dos acidentes de trânsito, das mortes trágicas de crianças e jovens, dos óbitos por ingestão de drogas, das balas perdidas, das chacinhas e extermínios, pelo menos nos grandes Centros, vêm elevando a demanda de trabalho do médico legista de forma acentuada e exigindo dele maior equilíbrio psicológico diante da perversão cada vez mais grave dos tipos de crime.

Por outro lado, os grupos de direitos humanos têm conseguido um belo trabalho atuando nas denúncias de agressões a mulheres, idosos e crianças, de crimes sexuais, enfim, de tudo que já havia mas não era denunciado, demandando também, maior esforço e sobrecarga dos peritos legistas quanto aos exames de corpo delito e afins.

A evolução da ciência médica na Genética e Toxicologia forense, entre outros progressos científicos atuais, exigirão do perito legista atualização, informação, interesse pelo novo e, também, adaptação psíquica a uma nova organização social no que se refere ao crime e à violência em suas mais diversas modalidades.

O PERITO MÉDICO PREVIDENCIÁRIO

Por definição, o perito médico é o profissional especializado que, dentro da estrutura previdenciária, tem a missão de avaliar as condições de saúde

do periciando/segurado, correlacionando estas condições com a existência de incapacidade laboral, e, ainda mais, caso esta exista, definir objetivamente o grau dessa incapacidade e o tempo de afastamento pertinente ao quadro incapacitante, sempre relacionado com a atividade laborativa e com a legislação própria.

No caso da Perícia Médica Previdenciária, o periciando/examinando é denominado “segurado”.

O perito médico não examina o segurado com a finalidade de assisti-lo ou medicá-lo. O profissional imbuído da função pericial está a serviço de uma autoridade, de um ministério com uma legislação própria, e o ato pericial faz parte de um sistema que, se concessório, gerará benefícios pagos com a disponibilização de verbas públicas, do erário público.

“O Perito Médico não deve negar o que é legítimo e nem conceder o que não é devido e não é seu” (MPAS, 1993).

O profissional deve ter sedimentado que, para executar seu trabalho com probidade e correção, jamais poderá se esquecer dos três pilares que regem a Perícia Médica Previdenciária, que são: as alterações mórbidas, a doença; a atividade profissional/cargo/função laborativa; o enquadramento na legislação previdenciária pertinente e vigente à época do exame.

Logo, é importante ressaltar que, no exercício pericial, o fato de existir doença não significa que exista incapacidade laborativa, necessidade de afastamento do trabalho e enquadramento no benefício pleiteado pelo segurado.

A POSIÇÃO CONFLITUOSA ENTRE A ATIVIDADE MÉDICO-PERICIAL E A MEDICINA ASSISTENCIAL: INFLUÊNCIA NA ESTRUTURA EMOCIONAL DO PERITO MÉDICO

No dia-a-dia do perito médico, não há como negar o conflito entre a atividade médico-pericial e a do médico assistente. Ambos são médicos, exercem nobilíssimas funções, contudo estas divergem profundamente quanto às finalidades, objetivos e metas a cumprir.

A Perícia Médica, com seus três pilares básicos e inflexíveis – a doença, a atividade laboral e a lei – caminha por vezes em sentido contrário à visão médico assistencial do ser ou estar incapaz, sem que nenhum dos dois lados esteja ‘errado’. A diferença está no objetivo do paciente ao procurar o médico assistente e no objetivo do segurado, que não procura, porém, por força da lei,

é obrigado a ser examinado por um médico perito para obter ou não o que requereu à Previdência Social.

A relação do paciente com o médico assistente é de confiança, lealdade, empatia, franqueza e desarmada, é humanizada. O ideal comum, o objetivo, é o restabelecimento ou a manutenção da saúde. Este é o benefício-alvo: a prevenção, a cura ou a melhora do paciente!

A relação do segurado com o perito médico é de desconfiança, de defensiva, dissimulada, de antipatia. Não há caminho conjunto, não há ideal comum. O objetivo-alvo, o que o segurado deseja, não é a prevenção, a cura, ou o restabelecimento da saúde, e, sim, outras formas de benefício, com compensações socioeconômicas e laborais que podem ser pertinentes ou não.

A atuação médico-pericial exercida segundo o controle legal de uma autoridade central, no caso o INSS, caso admita a incapacidade do segurado, gerará benefícios pagos com a verba pública, porém caso discorde da incapacidade, pode gerar processos judiciais, trabalhistas ou recursos administrativos, entre outros meandros da lei.

É de suma importância que se saiba que o perito médico não é o responsável pela concessão do benefício pleiteado pelo segurado. O exame médico pericial e sua conclusão são apenas parte do processo concessório. Não esqueçamos do pilar legal a nortear se haverá concessão do benefício requerido.

O perito “não dá ou nega, ou corta ou tira o benefício”, ele atesta, conclui, em seu laudo/parecer, se há ou não incapacidade do ponto de vista médico pericial.

O segurado – e por que não dizer – a grande maioria da população, a mídia e até muitos de nossos colegas médicos não sabem disso. Cria-se, então, uma situação perversa e maniqueísta como “O perito é mau e negou o benefício”, “O perito é bom e deu o benefício”. Como se desse profissional dependesse todo o processo concessório... o que está muito longe da realidade.

No I Congresso de Perícia Médica Previdenciária, realizado em maio de 2007, em Salvador (BA), o vice-presidente da ANMP, Dr Eduardo Henrique Rodrigues de Almeida, em sua palestra-debate no curso de Semiologia Médico-Pericial, destacou as diferenças marcantes entre a atuação médico-pericial e médico-assistencial no tema Técnicas de Consulta em Perícia:

Há uma situação conflitante e constrangedora entre a autoridade do médico assistente e do Médico Perito. Há uma linha de tensão perene,

que necessita de normatização, de limites, de regras quanto à posição de cada profissional, quanto aos atestado emitidos. Achamos que o CFM e os Conselhos regionais podem nos ajudar muito a mediar a organizar e arrefecer estes conflitos através de maior entrosamento entre estes canais médico assistente/médico perito, em prol de maior harmonia e coesã”(ALMEIDA, 2007, p. 36) .

Reforçando com um exemplo prático as palavras do Dr. Eduardo Henrique quanto às interações e intermediações entre médicos, relato aqui uma experiência bem interessante e produtiva que tivemos no primeiro semestre deste ano, em nossa Gerência (GEXNIT – Niterói, RJ). Em virtude da grave situação, na área da Psiquiatria, quanto a atestados, desencontro de diagnósticos, diversidades de CIDs e outros problemas, foram realizadas reuniões e palestras esclarecedoras sobre a função da Perícia Médica, pela Chefia da GBENIN. Particpei como psiquiatra da Gerência, e os colegas assistentes do SUS da cidade de Niterói também compareceram, com grande representatividade e interesse, até mesmo cedendo espaço para os encontros. Os médicos assistentes também estavam ávidos por orientações, informações e esclarecimento de dúvidas sobre a conduta médico-pericial, sobre nossos conceitos de invalidez, de incapacidade, e à medida que tudo ia sendo explicitado, as coisas tomavam uma posição de equilíbrio!

Achei interessante, pelo ponto de vista humano e de solidariedade aos meus colegas assistentes, saber que eles também são pressionados, ameaçados, constrangidos por “pacientes segurados” querendo atestados, querendo que o assistente coloque CIDs que “sabem que ‘darão’ o benefício!!!”, pressionando-os emocional e afetivamente. Os colegas assistentes também tinham muitas histórias desagradáveis para contar. Após esses encontros, senti significativa melhora na relação psiquiatras assistentes de Niterói e peritos em nossa Gerência.

Em outra ocasião, abril de 2007, particpei também de uma reunião com a Gerência Caxias, onde se encontravam psiquiatras do SUS, chefes de CAPS, de ambulatórios, ONGs, representantes do Ministério da Saúde e do Ministério Público, enfim, um encontro multidisciplinar, com ótimo proveito para todos.

Fica aqui o relato dessas experiências e a sugestão de que este entrosamento se amplie, como roga o nosso vice-presidente da ANMP.

Contamos, também, para futuros projetos, com o CFM, que teve bela participação em nosso congresso último, já citado, na pessoa do presidente do Conselho Federal de Medicina, Dr. Edson Andrade, cuja palestra consta da revista da ANMP, ano I, n. 2, p. 8.

Esperamos que cada Conselho Regional apóie a categoria médica em prol de uma classe médica unida e com ideais comuns, do bem-estar da população e da nossa valorização como profissionais da Medicina, independente das especialidades exercidas.

PERÍCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA: UMA CARREIRA DE RISCO

Por tudo que até agora vimos, o perito médico previdenciário, em sua rotina, há que ter um equilíbrio psíquico invejável e uma serenidade a toda prova. Há que ser corajoso e determinado, se não, com certeza, não suportará os riscos que a cada dia vão se avolumando num crescendo.

Rotineiramente, há segurados descontentes com o não reconhecimento de sua incapacidade, ou com seus pleitos negados por força da lei. As pressões são imensas, e somos agredidos verbal, moral e fisicamente, com frequência assustadora.

Como frases-chavão publicáveis, cito algumas que, com certeza, a maioria dos peritos médicos já ouviu:

“Então o senhor está dizendo que meu médico não sabe nada?! Meu doutor dá aula e trabalha na faculdade tal, e o senhor?”

“Vou contar para o meu médico que o senhor disse que eu estou bom!!”

“Então o atestado que eu trouxe pedindo minha aposentadoria não vale nada? Ah!, vou ao Conselho!! Vou processar senhor.”

“Meu doutor pediu seis meses de licença, e o senhor me dá um mês? Vou ao Conselho, vou processar o Sr.”

“A senhora é o quê? É médica mesmo? Chama um doutor aí!!”

“Se o senhor me tirar o benefício não tenho nada para perder, aí nós vamos ‘acertar’ depois”.

“Moça, você nem médica é... é perita, não é? Não sabe nada mesmo, só serve pra dar alta na gente.”

“Estou recorrendo porque o perito é muito mau e me deu alta.”

“Olha, se eu não ganhar o benefício, sua vida não vale mais nada, viu?”

Parece cômico, mas é trágico. O perito médico previdenciário é a toda hora agredido em sua moral, auto-estima, brios, isso para não falar das agressões físicas e ameaças de morte, concretizadas ou tentadas, que são cada vez mais rotineiras em nosso exercício médico pericial.

Independente da vocação, do perfil, dos atributos e qualidades, é óbvio que o perito médico previdenciário trabalha em carga de estresse máximo, inseguro e intranquilo. Segurança é mola-mestra para o exercício da atividade pericial. É essencial, para o bom andamento do exercício desta função, que, urgentemente, a perícia médica previdenciária seja tratada como uma carreira de risco, inerente ao exercício da profissão, com sistemas de segurança modernos e eficazes.

FATORES EXTERNOS À ATIVIDADE MÉDICO PERICIAL QUE INFLUEM NEGATIVAMENTE NA ESTRUTURA PSÍQUICA E LABORAL DO PERITO MÉDICO

Além do estresse e dos riscos que já analisamos inerentes ao exercício da atividade médico-pericial, o perito médico, em sua rotina, se vê ainda mais pressionado por fatores externos, tais como:

- A ausência de informação quanto à sua real função à população, de forma clara e elucidativa, o que gera, em parte, as condutas hostis a que nos reportamos;
- Também a ausência de informação e educação populacional quanto aos deveres a cumprir com a Previdência Social para, então, ter acesso aos direitos que vem reivindicar.

A crença de parte da população de que a previdência é um ótimo negócio no sentido do “emprego complementar”, ou seja, a cultura do “vou me encostar no INSS”, “ vou pegar o benefício para completar minha renda”; ou simplesmente ver o benefício previdenciário como um “salário, um emprego”.

Essa mentalidade gera os simuladores, as situações fraudulentas, fazendo que o perito se veja, além de suas atribuições, premido a atuar com desconfiança extrema e com espírito policialesco, no temor de ser enganado, no zelo de seu perfil, íntegro e leal, por esse tipo de ‘clientela’ que, infelizmente, é ainda muito expressiva em nosso trabalho.

Fatores negativos também como conviver diariamente com situações médico-periciais que poderiam ser concluídas e resolvidas, mas não o são, por falhas/deficiências do Sistema Único de Saúde. Ora são exames que levam me-

ses para ficarem prontos, isso quando é possível fazê-los, como uma ressonância magnética, por exemplo; ora são cirurgias ‘eternamente adiadas’ por falta de vagas e que devolveriam o segurado ao trabalho; outras vezes, falta deste ou daquele especialista, não permitindo que o segurado se trate convenientemente e, não sendo culpa deste, a não melhora, a estagnação do quadro mórbido, repercutindo na manutenção de benefícios que poderiam ser curtos e resolutivos.

Como podemos concluir, o perito médico terá de usar, no exercício de sua atividade, os seus atributos máximos de bom senso, justiça, poder decisório e resolutivo, iniciativa e conhecimento técnico e legal apurado para lidar não só com os problemas inerentes ao seu desempenho mas também com os fatores exteriores que muito prejudicam o bom andamento de seu trabalho, além de contribuir para um desgaste psicológico e moral que se soma ao do exercício da função em si.

LINGUAGEM CORPORAL E EXPRESSÃO DO PERITO MÉDICO

No I Congresso de Perícia Médica-Previdenciária, quando palestrei e debati com o ilustre professor psiquiatra forense Dr. José Geraldo Taborda e com o Dr. Everson Buchi, nobre colega perito médico, sobre como identificar os simuladores, inúmeros colegas solicitaram que eu falasse posteriormente sobre o quanto a expressão e comunicação não-verbal podem influir em nossa imagem e até provocar ou evitar agressões, ofensas e outras situações inerentes à relação humana.

Assim como o paciente/periciando/segurado/vítima/réu/autor tem uma ‘linguagem própria’ que, no decorrer dos nossos anos de experiência, aprendemos a ‘traduzir’, nós também a temos, e acho interessante a todas as áreas periciais e médicos de forma geral falar alguma coisa sobre o assunto.

O grande médico e escritor Pedro Nava dizia que “o bom médico é um sujeito indiscreto, que com o olhar vive a abrir a ‘correspondência’ alheia”.

Como peritos e médicos, já vimos o quanto nosso perfil tem de ser sereno, impassível, isento e fleugmático. Não é de bom alvitre que o periciando, com o olhar, “abra a nossa correspondência”.

Devemos, mesmo com o emocional ‘gritando’ dentro de nós – seja pela compaixão, pelo amor ao próximo, seja pela indignação, pela revolta – manter o equilíbrio e uma postura exterior imparcial e isenta. Diria que isso abrange o exercício da Medicina como um todo, diante dos quadros tristes, de desespero, de dor, de sofrimento com os quais o médico se depara todos os dias.

Não é à toa que não devemos tratar de nossa parentela próxima ou não podemos periciar parentes ou amigos.

Posto isso, vamos a algumas atitudes que devemos observar no exercício de nossas atribuições.

O ser humano tem seu mundo interno, inexpugnável, seu “eu interior”, com base sobretudo em três funções do seu psiquismo: o humor, a memória e o pensamento. Só você mesmo, querido colega que lê estas linhas, sabe como ‘está por dentro’, como está seu humor; só você sabe o que pensa, e de que forma, com que sentimento registrou em sua memória as situações vividas até agora em sua vida.

Temos, porém, o “ego”, o eu exterior para o ‘consumo do dia-a-dia’. Este é o que mostramos na relação superficial e necessária com o mundo que nos cerca. Este ego, este “eu externo”, nós podemos ‘manipular, maquiuar’, e, mesmo que internamente estejamos desequilibrados em nossas emoções, podemos, por necessidade, e, no caso do Médico, dissimular certas emoções que só nos levarão a conflitos e situações de perigo, fragilidade ou constrangimento diante do periciando e do paciente.

Para ilustrar como é importante este domínio emocional, conto uma breve história de um familiar que estava em grande depressão. Eu, por ser parente, encaminhei a um colega para tratamento psiquiátrico. Bem, quando meu familiar chegou em casa, estava muito pior do que quando saiu. Disse ele que o doutor era maravilhoso, humano, mas “tanto, tanto” que, no meio dos seus relatos depressivos, confidenciou que também estava passando por situação similar. Abraçou-o, chorando e lastimando a triste situação em que ambos se encontravam... Não preciso contar a trabalhadeira que deu para consertar tão grave ‘estrago’. Ouvi do familiar: “ora, se este médico está ‘igual a mim’ e ‘atende’ tão bem”, até chorou comigo e tudo, para que vou me tratar?”. Sabemos por exemplo que, como médicos psiquiatras no exercício da psicoterapia, não devemos tratar de casos onde nós tenhamos dramas e traumas pessoais não resolvidos, pois há o processo de transferência, que foi o que aconteceu, na ‘desastrosa consulta’ que lhes relatei.

Os profissionais das áreas de saúde e segurança (médicos, bombeiros, policiais e outros mais) têm de aprender treinar o controle da emoção e dos sentimentos. São profissões estressantes, que lidam com violência, mortes, catástrofes, sofrimentos físico, social e moral, rejeição afetiva, antipatia, incompreensão populacional e da mídia. Os médicos peritos estão enquadrados neste perfil.

O médico perito deve ter cuidado não só com o que fala, mas como fala e com a entonação da voz. A rispidez, a agressividade velada, a ironia e a impaciência são sentimentos que não devemos demonstrar mesmo sentindo diante dos casos que detectamos como indevidos, fraudados ou simulados, comuns nas Perícias Previdenciária, Securitária, Criminal, Legal...

Na Perícia Legal e Criminal, os exames para avaliação de sanidade mental em criminosos psicopatas, que nada têm de doença mental, mas a simulam, são de tirar o profissional de seu equilíbrio! Muitos dos exames de corpo-de-delito, em vítimas, geram pena e compaixão intensa.

É preciso ter realmente o controle emocional que o ego exterioriza, embora o eu interior sinta e vibre de forma diversa. Dirão alguns: mas isso é neurotizante! E quem está dizendo que não é?

Por isso, devemos treinar técnicas de controle mental para o exercício de trabalho tão desgastante do ponto de vista emocional. O corpo fala, e como! O periciando/segurado/réu/vítima/autor... 'te observa', vê se você está trêmulo, com sudorese profusa, especialmente nas mãos e rosto, percebe rubor súbito nas faces, pernas inquietas, agitação na cadeira, muxoxos, caretas, a expressão facial contraída, suspiros, enfim, isso não passa despercebido a eles, e – o pior – quem mais atenta para estes sinais não são as pessoas de bem, são os fraudadores, são os simuladores, os especialistas em mentir, em enganar. Essas pessoas adoram nos 'provocar', querem exames rápidos, tumultuados, nervosos, irritação, confusão... Nada desconcerta mais um simulador do que a nossa 'aparente fleugma, a impassibilidade', a expressão corporal e facial neutra. Isso é importantíssimo no perfil do perito médico de qualquer área!

A conduta fria e impassível, de forma geral, e o distanciamento psíquico diante da provocação também desestimulam a agressão física.

Os agressores, em geral, desencorajam-se diante de uma postura 'aparentemente' firme, calma, conciliadora. Mostrar medo, raiva, irritação, indignação, de forma objetiva e confrontadora, é estímulo à agressão, particularmente física.

Não quero com este texto pedir aos meus colegas médicos de todas as áreas de atuação que se tornem 'monges tibetanos', contudo podem acreditar que estas despreziosas linhas são baseadas em estudos profundos e já comprovados por mestres do comportamento humano, como Pierre Weil, Roland Tompakow, Cristophe Dejours, Ana Cristina França, que elencarei na bibliografia.

PROBLEMAS NA ADAPTAÇÃO DO NOVO PERITO MÉDICO PREVIDENCIÁRIO

Nos últimos meses, até julho de 2007, mais de trinta médicos deixaram o quadro do INSS, a grande maioria constituída de médicos novos no sistema. Desde 2005, o número de médicos que deixou a Perícia Previdenciária após aprovação em concurso já excede a casa dos duzentos profissionais! (ARGOLO, 2007, p. 43). Não podemos, como bem o diz o ilustre Presidente da ANMP, atribuir esta demanda apenas à insegurança que ronda a atividade médico-pericial.

Até aqui, os que tiveram a gentileza e paciência de ler este capítulo constatarão que procurei traçar um perfil do que é ser um médico perito, o que é imbuir-se e integrar-se à missão que, como vimos, não é fácil nem leve. Ora, se não temos a perícia como especialidade médica nas matérias curriculares, o médico já formado e especializado em alguma área da Medicina resolve prestar concurso e ser um perito médico, contudo desconhece os atributos essenciais ao entrosamento e à adaptação à carreira pericial.

Acredito, como diz na entrevista o nosso Presidente da ANMP, Dr. Argolo, que a criação de uma Diretoria de Perícias Médicas ordenaria melhor as atividades médico-periciais com base em nosso conhecimento técnico, experiência, perfil psicológico para o trato direto com o médico, e nossa estrutura organizacional voltada ao perito médico, evitando que este, após ingresso e treinamento, venha a desistir de suas funções.

O PERFIL DO PERITO MÉDICO E A REPERCUSSÃO DA ATIVIDADE EM SUA SAÚDE

O perito médico trabalha em atividade de estresse permanente, seja pela insegurança nos locais de trabalho, seja pela atividade incompreendida e antipatizada, pela falta de retorno afetivo e emocional no exercício da função, por ter que equilibrar seu lado assistencialista e humanista com a frieza e rigidez dos dispositivos legais aos quais tem de obedecer e acatar, muitas das vezes sofrendo e penalizados com a situação social do periciando, porém, respeitando os pilares laborais e legais que complementam a atividade e tendo de negar aquilo que não é devido e não nos pertence a alguém que não tem por lei o direito de obter o requerido.

É comum a este tipo de perfil profissional o sofrimento de determinadas doenças agravadas pelo estresse crônico. Hipertensão arterial descompensada, distúrbios do sono, gastrites, enxaqueca, ansiedade com irritabilidade e dores crônicas, em geral tensionais, osteoarticulares e musculares são muito comuns.

Em médicos legistas, quando exerci minhas funções periciais como psiquiatra da Perícia do estado do Rio de Janeiro, atendi casos de síndrome do pânico e depressão com condutas de isolamento, desmotivação, evitação.

Em toda profissão/função de perfil muito estressógeno e sem retorno emocional e afetivo, é sempre bom falar sobre a síndrome de Burn-out, síndrome do desgaste profissional, da queima de todo o potencial energético e motivador para o exercício da função.

O interessante a se destacar é que o profissional vai-se tornando negligente, relapso, faltoso, desinteressado. Ele se defende psicologicamente do desgaste com o afastamento, frieza emocional e laboral que, numa área como a de médico pericial, obviamente terá repercussões muito severas para si e para o trabalho como um todo. Em geral, esta frieza no trato humano se manifesta com ironia, deboche, arrogância no trato com os colegas, os administrativos e com o periciando. Se este profissional tiver tendências compulsivas, provavelmente as seguirá, sendo comum o excesso no tabagismo e álcool.

A síndrome de Burn-out vem da decepção, da desilusão, do desgaste com a área profissional abraçada. Quem a adquire é o bom profissional que se queimou, desgastou até o extremo. Nos países de primeiro mundo, esta entidade nosológica é muito relevante nas empresas, pois se existe em quantidade significativa é sinal de que a empresa vai mal. No Brasil, começa-se a dar o valor devido a este quadro, que transforma profissionais produtivos e capazes em negligentes e relapsos.

Não conheço estatísticas nas atividades médico-periciais desta doença para mensurá-la, porém, fica aqui o alerta para que um caso de Burn-out possa ser identificado e tratado quando se apresentar.

QUALIDADE DE VIDA PARA O PERITO MÉDICO

Apesar de todas as nuances, complexidades e dificuldades relacionadas no decorrer deste capítulo, como pontos a serem considerados para a

vocação médico-pericial para o perfil do perito médico, creio que várias medidas podem ser tomadas para que esta atividade, bela, instigante e desafiadora, possa ser exercida de forma mais suave, mais humana e mais amena para o médico que, mesmo gostando de sua função e bem adaptado a ela, sofre com carências e deficiências não de seu perfil, mas institucionais e que podem ser sanadas em prol da diminuição do estresse e aumento da auto-estima do perito médico. Tais medidas poderiam ser:

- condições de segurança nos locais de trabalho, permitindo que o perito trabalhe com tranquilidade e confiança e, conseqüentemente, com índices reduzidos de estresse;
- condições ambientais, desde o mobiliário até os materiais, equipamentos e insumos necessários a cada área de atuação médico-pericial. Isto aumenta a auto-estima, o moral da equipe e evita doenças ocupacionais;
- condições salariais dignas que permitam ao perito paz de espírito e tranquilidade pessoal e material para dedicação máxima à função exercida.
- treinamentos, capacitações e atualizações constantes fornecidas pelas próprias instituições em que o perito exerça suas atividades;
- no caso específico da Perícia Médica Previdenciária, campanhas amplas de esclarecimento à população do papel do perito médico;
- uniformização das condutas médico-periciais mediante diretrizes e bases criadas por peritos médicos que contribuam com sua experiência e motivação.

MENSAGEM

Por derradeiro, desejo aos colegas médicos peritos e à classe médica de forma geral que sejamos cada vez mais unidos e presentes em nossas lutas de classe por qualidade de vida e valorização não só da Perícia Médica mas da Medicina como um todo.

Espero que nesses novos tempos, nesse novo século ao qual chegamos, nada embace o orgulho de sermos médicos. Tenhamos esperança e confiança em dias melhores. Que as dificuldades e injustiças sofridas por nossa classe sejam molas propulsoras para prosseguirmos em nossa jornada, árdua, espinhosa, porém iluminada por nossa vocação, pelo ideal que nos guiará sempre no exercício honroso e sacerdotal da profissão querida!

Acima de tudo, somos MÉDICOS, sempre!

Referências

- ALMEIDA, E. H. Técnicas de consulta em perícia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PERÍCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA, Palestra Debate do Curso de Semiologia Médica, p. 36, maio de 2007.
- ANMP EM FOCO. *Revista da Associação dos Médicos Peritos da Previdência Social*, Ano I, n. 2, ago. 2007.
- ARGOLO, L. C. A luta pela Diretoria de Perícias Médicas. *Revista da Associação dos médicos peritos da previdência social*, Ano 1, n. 2, p. 42-43, ago. 2007 .
- CARNEIRO, M. Técnica, segurança, e ética do perito médico. *Resumos científicos*, p. 14-21, 2007.
- CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. artigos 118-121: desempenho ético da Perícia Médica.
- DAMIÃO, R. T., HENRIQUES, A. *Curso de português jurídico*. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2000.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho, estudo da psicopatologia do trabalho*. 5. ed. São Paulo: Oboré, 1992.
- FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, L. A. *Stress e trabalho, uma abordagem psicossomática*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- FRANÇA, G., GIMENEZ, M. *Medicina legal*. Disponível em: <<http://www.medicinalegal.com.br>>. Acesso em: 27 ago. 2007.
- FUNDAÇÃO UNIMED. *Perícia Médica*. Disponível em: <http://www.fundacaounimed.org.br/curso_alunos/cursos/curso.php?>. Acesso em: 25 ago. 2007.
- GIL, B. Violência: novatos no alvo. In: I CONGRESSO BRASILEIRO DE PERÍCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA. *Revista da Associação dos médicos peritos da previdência social*, Ano 1, n. 2, p. 50, ago 2007.
- HOLANDA, B. A. *Mini dicionário da língua portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.
- HOUAISS, A. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- JULIANO, R. *Livro-manual de perícias*. Disponível em: <<http://www.manualdepericias.com.br/menu.asp?>>. Acesso em: 30 ago. 2007.
- MPAS: INSS. *Manual do médico perito da previdência social*. 3. ed. 1993.
- PEDREIRA, A. *A competência emocional*. 2. ed. Salvador: Casa da Qualidade, 1998.
- SENASP/SUSP. Genética Forense. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/senasp/SUSP/pericias/pericia_dna.htm>. Acesso em: 27 ago. 2007.
- TABORDA, J. G. Simulação: só os fracassados são estudados. In: I CONGRESSO

BRASILEIRO DE PERÍCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA, maio de 2007.

VILELA, J. R. *Entrevista sobre Perícia Médica*. Disponível em: <<http://www.fundacaounimed.org.br/atualizacao/entrevista/index.php?>>. Acesso em: 30 ago. 2007.

WEIL, P, TOMPAKOW, R. *O corpo fala*. 50. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

WIKIPÉDIA. Medicina Legal. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Medicina_legal>. Acesso em: 25 ago. 2007.

RESPONSABILIDADE CIVIL E PENAL DO PERITO

Antônio Macena de Figueiredo*

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O termo responsabilidade advém do latim *respondere*. Significa responder ou responsabilizar alguém por seus atos danosos causados a outrem na relação interpessoal, social ou profissional.

O profissional, sendo perito judicial ou oficial, além do dever de observância às regras gerais aplicadas a todos os cidadãos, deve observar as formalidades legais impostas pela lei e pelas normas disciplinares inerentes à sua função.

Dias (1995) atribui à responsabilidade o caráter de consequência de um comportamento; se este for conforme a lei, não gera obrigação, se contrário, acarretará sanção ao agente. A responsabilidade é, portanto, resultado da ação pela qual o homem expressa o seu comportamento em face do dever ou obrigação.

É da violação de um dever jurídico imposto pela norma que nasce a noção de responsabilidade. Essas imposições decorrem do princípio geral da ordem jurídica de que as pessoas são obrigadas a responderem por seus atos, a fim de que sejam resguardados os interesses individuais e da coletividade.

O objetivo da ordem jurídica é proteger o lícito e reprimir o ilícito. “Vale dizer: ao mesmo tempo em que a ordem jurídica se empenha em tutelar a atividade do homem que se comporta de acordo com o Direito, reprime a conduta daquele que o contraria” (CAVALIERE FILHO, 2003, p. 24).

* Doutorando em Ciências da Saúde na UnB, área de concentração Bioética. Mestre em Educação, área de concentração Ética Profissional e Bioética. Especialista em Ética Aplicada e Bioética pela Fiocruz. Pós-graduado em Administração Hospitalar pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Professor de Ética, Bioética e Legislação. Professor na UFF. Professor na Faculdade de Direito da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Advogado com área de atuação em Direito Médico/Civil/Penal. Enfermeiro.

Na esfera jurídica, objeto específico de nossa abordagem, há um dever originário, cuja violação gera um dever jurídico sucessório.

Embora não seja comum fazer a distinção entre obrigação e responsabilidade, para a compreensão da origem do dever jurídico é importante ter clara essa distinção. A obrigação é sempre um dever jurídico originário, ao passo que a responsabilidade é um dever jurídico sucessivo, pois esse é consequência da violação de uma obrigação. Se um perito, por exemplo, compromete-se a prestar um serviço à justiça, assume uma obrigação. Se não cumprir com a obrigação nos devidos limites legais, violará o dever jurídico originário, surgindo daí a responsabilidade – um dever sucessório, isto é, o dever de compor o prejuízo ou de suportar as sanções administrativa, civil ou penal correspondentes à ilicitude do ato (CAVALIERE FILHO, 2003, p. 24).

Assim, sempre que quisermos saber quem é o responsável teremos que identificar aquele a quem a lei imputou a obrigação, porque ninguém poderá ser responsabilizado por nada sem ter violado dever jurídico preexistente, afirma Cavaliere Filho (2003, p. 24).

O Código Civil, no art. 389, faz claramente a distinção entre obrigação e responsabilidade. Verbis: “Não cumprida a obrigação [obrigação originária], responde o devedor por perdas e danos [obrigação sucessiva], mais juros e atualização monetária segundo índices oficiais regularmente estabelecidos e honorários de advogado”.

Genericamente, podemos dividir a obrigação do perito no exercício de sua função em duas partes, uma de natureza legal e outra, de ordem técnica. Na parte legal, além do dever de observância às regras processuais e das legislações específicas, o perito também está sujeito às responsabilidades no âmbito disciplinar, civil e penal. Na parte técnica, são exigidos, além das formalidades profissionais, o zelo pela boa técnica e o aprimoramento, aspectos tão necessários ao desenvolvimento satisfatório dos exames periciais no universo de suas especialidades.

Sobre a responsabilidade disciplinar, segundo Stoco (2004, p.122) “atinge, tão-só o funcionário público. Ocorre quando este desrespeita um dos deveres relativos ao cargo, contribuindo para comprometer o bom funcionamento do serviço.” Origina-se de ação ou omissão que o funcionário (no caso, o perito oficial) pratique com quebra do dever do cargo. Em razão dela, fica sujeito à penalidade de caráter administrativo.

Assim, o perito oficial, sendo funcionário público, será submetido às regras disciplinares da administração pública. Neste caso, a responsabilidade será apurada por meio de processo administrativo, afirma Stoco (2004).

A responsabilidade civil, por sua vez, decorre da ação ou omissão, dolosa ou culposa, cuja consequência seja a produção de um prejuízo a terceiro – ilícito civil, ao passo que a responsabilidade penal não tem por objetivo um dano causado ao particular, mas um dano causado ao grupo social, ou seja, um dano que atinge a sociedade – ilícito penal.

Enquanto

a responsabilidade civil pretende reprimir o dano privado, restabelecendo o equilíbrio 'individual' perturbado, a responsabilidade penal tem a finalidade de restabelecer o equilíbrio 'social' perturbado indagando antes a imputabilidade do agente e da anti-socialidade de seu procedimento (STOCO, 2004, p.121-2).

É nessa linha que o tema será abordado, isto é, restringindo-se tão somente aos aspectos legais afetos à execução do nobilíssimo trabalho do perito, a começar por uma breve fundamentação teórica sobre a responsabilidade civil, deveres de condutas do perito e as possíveis consequências na esfera civil e criminal decorrentes da inobservância de suas obrigações.

FUNDAMENTOS DA RESPONSABILIDADE CIVIL

A noção de responsabilidade advém da imposição de uma obrigação e de suportar as sanções decorrentes da violação de um dever jurídico. Esta imposição obriga todos a responderem por seus atos, traduz a própria noção de justiça existente no grupo social, de onde se infere que a responsabilização é a tradução, para o sistema jurídico, do dever moral de não causar danos a terceiros.

O ato jurídico é ato de vontade, que produz efeitos de direito; ato ilícito é também ato de vontade, mas que produz efeitos jurídicos independentemente da vontade do agente. O ato jurídico, segundo o Código Civil, é ato lícito, fundado em direito, ao passo que o ato ilícito constitui delito, que é traduzido pela violação da lei civil ou penal (MONTEIRO, 1977).

O sistema do novo Código Civil, na Parte Geral, disciplina a matéria dos Fatos Jurídicos, abrangendo o Negócio Jurídico (Título I), os Atos Lícitos (Títulos II) e os Atos Ilícitos (Título III). Para Stoco (2004,p.122-3), o

ato ilícito não é, propriamente, ato jurídico na medida em que viola direito alheio e pode causar prejuízo, posto que é contaminado com alguns dos mais graves vícios da vontade e do consentimento: o dolo, a coação, a fraude e a culpa 'stricto sensu' – imprudência, negligência e imperícia.

Sumariamente, a responsabilidade civil é a obrigação que pode incumbir uma pessoa de reparar o dano causado a outrem por um fato seu, ou por um fato de terceiro ou de uma coisa dependente dela. Como assinala Silva (1999, p. 4), é “obrigação de reparar mediante indenização quase sempre pecuniária, o dano que o fato ilícito causou a outrem”. Noutros termos, exprime a idéia de obrigação, encargo, contraprestação – “designa o dever que alguém tem de reparar o prejuízo decorrente da violação de um outro dever jurídico. Em apertada síntese, a responsabilidade civil é um dever jurídico sucessivo que surge para recompor o dano decorrente da violação de um dever jurídico originário” (CAVALIERE FILHO, 2003, p. 24).

Classificação Doutrinária

A responsabilidade civil comporta várias classificações de acordo com o conteúdo do ato, a sua natureza ou a sua forma. São elas: responsabilidade contratual, extracontratual, objetiva e subjetiva.

A responsabilidade é contratual quando duas pessoas celebram uma determinada obrigação e uma delas resolve não cumprir a sua parte, causando lesão ao patrimônio da outra. A extracontratual ou aquiliana, como o próprio nome já diz, é uma categoria da responsabilidade civil que não advém de contrato. Nesse caso, não existe nenhum vínculo jurídico entre a vítima e o agente causador do dano, mas o agente é responsável porque infringiu um dever legal, causando prejuízo a terceiro. Embora o Código de Defesa do Consumidor desconsidere essa classificação, por autorizar a inversão do ônus da prova em benefício do consumidor.

Outra categoria de responsabilidade civil, que é de interesse mais direto às atividades profissionais do perito, denomina-se responsabilidade objetiva e subjetiva.

A responsabilidade contratual está regulamentada no Art. 389 do novo Código Civil, a responsabilidade subjetiva nos Arts. 186, 187, 951 a 954 e no parágrafo 4º do Art. 14 do Código de Direito do Consumidor, já a responsabilidade civil objetiva está regulada no parágrafo único do Art. 927, inciso III, do artigo 932 do novo Código Civil, no § 6º do Art. 37 da Constituição Federal de 1988 e no *caput* do Art. 14 da lei consumerista.

A responsabilidade médica em geral é subjetiva, conforme o preceito mandamental do Art. 951 do Código Civil e o parágrafo 4º do Art. 14 da lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Por conseguinte, são esses os mandamentos que regulam os mecanismos de responsabilidade civil, quando por ocasião da prestação jurisdicional, nas hipóteses de ocorrências de danos causados a outrem no exercício de uma atividade profissional do perito.

Com base nesses dispositivos legais é que serão apuradas as responsabilidades do agente causador do dano, esteja o profissional liberal investido na função de perito judicial ou oficial, assim como serão aquilantadas o grau da responsabilidade civil e a aplicação da sanção penal, sem prejuízo das demais responsabilidades no âmbito ético-disciplinar.

Vale registrar, ainda, que a responsabilidade civil pode ser classificada em direta e indireta. É direta quando a conduta é proveniente da própria pessoa imputada pelo dano e indireta, em função de um ato de terceiro vinculado ao agente.

São requisitos indispensáveis para configurarem a responsabilidade civil a ação ou omissão, o dano, o nexo de causalidade e a culpa. Na responsabilidade subjetiva, a culpa do agente deve ser, necessariamente, averiguada. Distintamente, a culpa não constitui requisito nos casos de responsabilidade de natureza objetiva, conforme será abordado no próximo título.

Requisitos da Responsabilidade Civil Subjetiva

O Código Civil brasileiro adotou a teoria subjetiva, erigida nos Arts. 186, 927 e 951. Estabelece, como regra, a teoria de que a responsabilidade civil surgirá a partir da constatação da culpa, atingindo, portanto, o perito em virtude de uma conduta não cautelosa no desenvolvimento de suas atividades. Nesse sentido, ensina Stoco (2004, p.151) que “o Direito Civil Brasileiro estabelece que o princípio geral da responsabilidade civil, em direito privado, repousa na culpa.”

A culpa, como fundamento da responsabilidade dos profissionais de saúde e por extensão da função pericial, exige a apuração rigorosa da conduta culposa sobre a figura das três modalidades de culpa: a imprudência, a negligência e a imperícia, incumbindo o ônus da prova ao autor, com base art. 333 do Código de Processo Civil, quanto à existência do fato constitutivo do seu direito.

Acordam a doutrina que não há responsabilidade sem prejuízo – dano, ou seja, “em nenhum caso, a responsabilidade das pessoas físicas ou jurídicas pode prescindir do evento danoso”, seja ela subjetiva ou objetiva (STOCO, 2004, p.129).

Outrossim, para que exista a responsabilidade civil subjetiva três elementos são necessários, quais sejam: o dano, também denominado prejuízo, que pode ser material ou moral; a culpa do agente, excluindo a culpa da vítima, eis que suprime o laço de responsabilidade entre a causa e o efeito; e um nexo de causalidade entre tais elementos (STOCO, 2004, p. 134).

Dano

Pode haver a responsabilidade sem culpa – segundo preceito da doutrina objetiva –, mas jamais haverá responsabilidade sem dano. É o que dispõe o *caput* do Art. 927 do Código Civil: “Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo [...]”

No entendimento de Varela (1977, p. 240), o dano “é toda lesão nos interesses de outrem tutelados pela ordem jurídica, quer os interesses sejam de ordem patrimonial, quer sejam de caráter não patrimonial.” Em sentido amplo, ainda de acordo com Varela (1977), o dano vem a ser a lesão de qualquer bem jurídico, e aí se inclui o dano moral. Mas, em sentido estrito, dano é, para nós, a lesão do patrimônio; e patrimônio é o conjunto das relações jurídicas de uma pessoa apreciáveis em dinheiro.

O dano é sempre indenizável, salvo quando presente algumas das excludentes do nexo causal ou da responsabilidade. Isso ocorre nas três hipóteses seguintes: culpa exclusiva da vítima, fato de terceiro e caso fortuito e de força maior. “Tanto é assim que, sem dano, não haverá o que reparar, ainda que a conduta tenha sido culposa ou até dolosa” (CAVALIERE FILHO, 2003, p. 88).

O prejuízo não tem, necessariamente, que ser patrimonial, isto é, violar direitos reais ou pessoais sofridos por qualquer das pessoas envolvidas no

processo ou até mesmo o paciente decorrente de atos dolosos ou culposos do perito. Pode ser dano não-material ou não-patrimonial, ou seja, um dano moral – violação de direitos de personalidade.

É possível distinguir a categoria dos danos patrimoniais, de um lado, e dos danos extrapatrimoniais ou morais, de outro; respectivamente, o verdadeiro prejuízo econômico, o sofrimento psíquico ou moral, as dores, as angústias e as frustrações infligidas ao ofendido (CAHALL, 1998, p. 19).

Para Gonçalves e Azevedo (2002, p. 275), o dano pode ainda ser direto ou indireto (ou reflexo). Este é também denominado “dano recochete”, isto é, quando uma pessoa sofre o reflexo de um dano causado a outrem.

Culpa

A culpa, ainda que levíssima, constitui o segundo elemento indispensável à configuração da responsabilidade subjetiva. Seja por ação ou omissão, a culpa em sentido estrito (imprudência, negligência e imperícia) precisa estar presente. Para a caracterização da responsabilidade profissional, uma dessas modalidades precisa estar presente no seu agir. Assim dispõem os Arts. 186 e 951 do Código Civil e o § 4º do Art. 14 do Código de Defesa do Consumidor. Vejamos:

Art. 186 – Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano de outrem, ainda, que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 951 – O disposto nos Arts. 948, 949 e 950 aplica-se no caso de indenização devido por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.

§ 4º do Art. 14 da lei n. 8.078/1990: A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.

O ponto de partida da culpa é a violação de uma norma de conduta em razão da falta da cautela ou do cuidado devido. Em se tratando da responsabi-

lidade do perito, seja perito oficial ou auxiliar do juiz no exercício de sua função, o dever de cautela decorre de dois aspectos distintos. O primeiro é de ordem técnica, em que são exigidas algumas formalidades necessárias para o desempenho satisfatório de sua função. Isto significa que o profissional deve ser prudente, cuidadoso e conhecedor de seu ofício. O segundo refere-se aos aspectos legais de sua atuação, pois a inobservância das disposições legais atinentes a essa nobilíssima função poderá ter reflexo na esfera da responsabilidade disciplinar, civil e criminal, eis que pode incorrer em violação de norma de ordem legal, pois, além da função pericial, submete-se à ordem civil, penal e disciplinar, estando sujeito às regras disciplinares judiciárias. Assim dispõe o Art. 275 do Código de Processo Penal: “O perito, ainda quando não oficial, estará sujeito à disciplina judiciária”.

Os peritos são distinguidos na lei dos serventuários e dos funcionários da justiça, mas não deixam de ser auxiliares eventuais da justiça, estando, assim, por força de lei, sujeitos à disciplina judiciária, uma vez que é extensivo ao perito o disposto nos Arts. 105, 112 e 280 do CPP, que dispõem sobre a aplicação, aos juízes, da suspeição e demais sanções disciplinares. *Verbis*:

Art. 105. As partes poderão também argüir de suspeitos os peritos, os intérpretes e os serventuários ou funcionários de justiça, decidindo o juiz de plano e sem recurso, à vista da matéria alegada e prova imediata [...].

Art. 112. O juiz, o órgão do Ministério Público, os serventuários ou funcionários de justiça e os peritos ou intérpretes abster-se-ão de servir no processo, quando houver incompatibilidade ou impedimento legal, que declararão nos autos. Se não se der a abstenção, a incompatibilidade ou impedimento poderá ser argüido pelas partes, seguindo-se o processo estabelecido para a exceção de suspeição [...].

Art. 280. É extensivo aos peritos, no que lhes for aplicável, o disposto sobre suspeição dos juízes (MIRABETE, 2000, p. 334, 345, 612).

Quanto à exteriorização da conduta culposa, a falta de cautela caracteriza-se mediante a imprudência, a negligência e a imperícia.

A imprudência é a falta da cautela ou cuidado por uma conduta comissiva, positiva, por ação no agir do profissional, seja na qualidade de médico em si ou investido na função de perito (CAVALIERE FILHO, 2003, p. 56). Já a negligência expressa uma omissão, “o descaso, falta de cuidado ou

de atenção, inobservância, geralmente o *nom facere quod debeat*, quer dizer, a omissão quando do agente exigia-se uma ação ou conduta positiva” (STOCO, 2004, p. 136). A imperícia, por sua vez, decorre de falta de habilidade no exercício de atividades, caracteriza uma insuficiência de conhecimentos científicos – de habilidades técnicas – no atuar dentro da atividade profissional (CAVALIERE FILHO, 2003, p. 56).

Nessas modalidades de culpa denominada *stricto sensu*, o agir é inadequado ou equivocado, por força de um comportamento não cauteloso do profissional. Embora o agente não tenha desejado o resultado lesivo, com a sua conduta não prudente, negligente ou imperita causou um prejuízo.

A culpa pode ser classificada segundo o seu grau como culpa grave, leve e levíssima. Será grave se o agente atuar com grosseira falta de cautela, com descuido injustificável ao homem médio – normal, impróprio ao comum dos homens. É a culpa com previsão do resultado, também chamada culpa consciente, que se avizinha ao dolo eventual do Direito Penal. Em ambos, há previsão ou representação do resultado. A distinção é que no dolo eventual o agente assume o risco de produzi-lo, ao passo que na culpa consciente o agente acredita que o evento não acontecerá. Haverá culpa leve se a falta puder ser evitada com a devida cautela e atenção, com o cuidado próprio do homem comum, de um bônus *pater familias*. Já a culpa levíssima caracteriza-se pela falta de atenção extraordinária, pela ausência de habilidade especial ou conhecimento singular (STOCO, 2004, p. 57).

Nexo de causalidade

Por derradeiro, a indenização só abarcará os danos causados pelo fato ilícito e pela conduta culposa se a ele estiver ligado por uma relação de causa e efeito. Essa relação é conhecida como nexo de causalidade.

O nexo fundamenta-se na teoria da causalidade adequada – que é a prevalente no âmbito da responsabilidade civil (diferentemente da responsabilidade penal, onde tem prevalência a teoria da equivalência dos antecedentes, por força do Art. 13 do Código Penal) –, restringido o conceito de causa, estabelecendo como tal apenas a condição que, formulado um juízo abstrato, apresenta-se adequada à produção de determinado resultado.

De acordo com essa teoria, causa é o antecedente não só necessário mas também adequado à produção do resultado. Logo, nem todas as condições

serão causa, mas apenas aquela que for mais apropriada a produzir o evento (CAVALIERE FILHO, 2003, p. 68).

Anota-se, porém, que não basta que o agente haja *contra jus*, isto é, não se define a responsabilidade pelo fato de se cometer um “erro de conduta”. Não basta, ainda, que a vítima sofra um dano, que é o elemento objetivo do dever de indenizar, é necessário que, além desses dois elementos, que se estabeleça uma relação causal entre a injuridicidade da ação e o mal causado, ou, na feliz expressão de Demogue (*apud* STOCO, 2004, p. 146), “é preciso esteja certo que, sem este fato, o dano não teria acontecido”. Em outros termos, é a ligação ou a relação de causa e efeito entre a conduta e o resultado danoso.

Resumidamente, mesmo que haja culpa e dano, não existe a obrigação de reparar se entre ambos não se estabelecer uma relação de causa e efeito.

Requisitos da Responsabilidade Civil Objetiva

A responsabilidade sem culpa ou objetiva surgiu da necessidade de se tentar reparar um possível dano que, juridicamente, não seria possível repará-lo com a aplicação da regra da responsabilidade subjetiva.

Como bem acentua Stoco (2004), a teoria objetiva, em vez de exigir que a responsabilidade civil seja a resultante dos elementos tradicionais (culpa, dano, vínculo de causalidade entre uma e outra), assenta-se na equação binária cujos pólos são o dano e a autoria do evento danoso. Sem cogitar da imputabilidade ou investigar a antijuridicidade do fato danoso, o que importa para assegurar o ressarcimento é a verificação se ocorreu o evento e se dele emanou o prejuízo. Tal ocorrendo, o autor do fato causador do dano é o responsável.

Pelo fato de a responsabilidade ser presumida e nela não se cogitar a culpa do agente, transfere-se ao causador do dano o ônus de provar, obrigando-o a demonstrar uma das causas excludentes da responsabilidade, ou seja, a culpa exclusiva da vítima, caso fortuito ou força maior, circunstância que arredam o nexo de causalidade. Somente nestas hipóteses afasta-se a obrigação de indenizar.

Os fundamentos da responsabilidade sem culpa vão encontrar amparo no § 6º do Art. 37 da Constituição Federal de 1988, no Art. 43, parágrafo único do art. 927, e no Art. 932 do Código Civil e, eventualmente, em legislação extravagante, como exemplo da responsabilidade presumida dos

fornecedores de produtos e serviços, erigida no *caput* do Art. 14 do Código de Defesa do Consumidor, conforme o *caput* do Art. 14.

Já a excepcionalidade da teoria objetiva no Código Civil é a regra. Um exemplo típico é a responsabilidade objetiva dos patrões por atos praticados por seus empregados. Da mesma forma, as pessoas jurídicas de direito público interno são também civilmente responsáveis por atos de seus agentes. Assim expressam o inciso III do artigo 932 – “São também responsáveis pela reparação civil: [...] O empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou razão dele” – e o Art. 43 – “As pessoas jurídicas de direito público interno são civilmente responsáveis por atos dos seus agentes que nessa qualidade causarem danos a terceiros ressalvando direito de regresso contra os causadores do dano, se houver, por parte destes, culpa ou dolo”.

O simples ato lesivo causado à vítima pela pessoa jurídica, por seu agente, faz emergir o dever de indenização pelo dano pessoal ou patrimonial sofrido, independentemente da caracterização da culpa.

Neste caso, responderá, objetivamente, a instituição estatal pelos atos comissivos de perito oficial nos casos de dolo ou culpa. Todavia, é assegurado o direito de regresso contra o responsável pelo ato danoso. É o que prevê o § 6º do Art. 37 da Constituição Federal de 1988 (*apud* MORAES, 2002, p. 899):

As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos de seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.

Qualquer que seja a entidade estatal, esta é responsável pelos fatos ilícitos absolutos, como o são as pessoas físicas e jurídicas. A culpa do agente causador do dano, por sua vez, será discutida em um segundo momento, caso o Estado impetre ação de regresso.

Sinteticamente, a responsabilidade do Estado se caracteriza pelo preenchimento dos seguintes pressupostos:

- que se trate de pessoa jurídica de direito público ou de direito privado prestadora de serviços públicos;
- que estas entidades estejam prestando serviço público;

- que haja um dano causado a particular;
- que o dano seja causado por agente (a qualquer título) destas pessoas jurídicas;
- e que estes agentes, ao causarem dano, estejam agindo nesta qualidade.

Todavia, embora a obrigação da prestação jurisdicional seja de responsabilidade estatal, o perito oficial, como funcionário público, não se exime da responsabilidade pessoal, cabendo ao órgão público o direito de regresso, sem prejuízos de outras sanções administrativas ou as previstas na lei penal.

Excludente da Responsabilidade

São excludentes da responsabilidade civil a culpa da vítima, a culpa concorrente, o fato de terceiro, o caso fortuito, a força maior e a cláusula de não indenizar, a qual está, por sua vez, relacionada ao campo da responsabilidade contratual.

- Culpa da vítima – diz o Art. 945 do CC que “se a vítima tiver concorrido culposamente para o evento danoso, a sua indenização será fixada tendo-se em conta a gravidade de sua culpa em confronto com a do autor”. Nesse caso, afasta-se por completo a responsabilidade do agente, tendo em vista que ele foi um mero instrumento do fato.
- Culpa concorrente – nesse caso, tanto o agente quanto a vítima agiram culposamente. Assim, apenas se atenua a responsabilidade, isto é, divide-se o prejuízo entre os dois concorrentes.
- Fato de terceiro – pode ser de qualquer pessoa além da vítima. Diz o Art. 930 do CC: “no caso do inciso II do art. 188 [lesão a pessoa], e o perigo concorrer por culpa de terceiro, contra ele terá o autor do dano ação de regressiva para haver a importância que tiver ressarcido ao lesado”. Mas é preciso que o terceiro seja uma pessoa por quem o agente deva responder, ou seja, empregador, prepostos ou mesmo pessoa jurídica de direito público ou privado. O terceiro, portanto, deve ser uma pessoa estranha, pois, se houver qualquer relação causal entre o terceiro com a pessoa jurídica, não haverá isenção.
- Caso fortuito ou força maior – de acordo com o parágrafo único do Art. 393 do CC, verifica-se no fato necessário, cujos efeitos não eram possíveis evitar ou impedir. Noutras palavras, é um ato alheio à vontade do agente ou das partes, num resultado lesivo à pessoa.

Já em relação à exclusão da ilicitude penal, diz o Art. 23 do Código Penal: “Não há crime quando o agente pratica o fato: I – em estado de necessidade. II – em legítima defesa; III – estrito cumprimento do dever legal ou no exercício regular de direito”. O estado de necessidade é aquela situação em que só é possível salvar ou aplacar um grave sofrimento mediante o sacrifício de outro bem juridicamente protegido. A legítima defesa justifica-se quando, moderadamente, se utiliza dos meios necessários para repelir injusta agressão, atual ou iminente, direito próprio ou de outrem. Por fim, quem cumpre um dever legítimo não pode, ao mesmo tempo, praticar ato ilícito, faltando assim a antijuridicidade, pois não há contradição na lei.

Da mesma forma, a responsabilidade objetiva do Estado comporta igualmente as mesmas causas excludentes. Tais causas atuam na desconstrução do nexo de causalidade.

Nas seções a seguir, passaremos a examinar os deveres e responsabilidades do perito, seja investido na qualidade de perito oficial ou auxiliar do juiz, sobretudo quanto aos aspectos civis e criminais de sua atuação, seja dolosa ou culposa.

Responsabilidade Civil do Perito

Deveres de conduta do perito

A noção de responsabilidade advém da imposição de uma obrigação. Essa obrigação é imposta pela lei. Descumprida a obrigação, surge a responsabilidade. A consequência é a reposição do prejuízo ou aplicação de uma sanção em virtude da violação do dever jurídico. No exercício da função pericial, são exigidos determinados deveres que, por sua vez, poderão refletir nas duas esferas da responsabilidade, civil e penal.

A partir do momento em que o perito é nomeado pelo juiz, ele passa a ser considerado auxiliar da justiça, funcionário público ou serventuário eventual da justiça. Com isso, são-lhe assegurados não apenas direitos mas, sobretudo, deveres, um dos primeiros dos quais é agir com imparcialidade.

Conforme assinala Gomes (2004, p. 30), a função do perito não é ser advogado de defesa nem funcionário do Ministério Público:

Não defende nem acusa. Sua função limita-se a verificar o fato, indicando a causa que o motivou. No exercício de sua alta missão, pode

proceder a todas as indagações que julgar necessárias, devendo consignar, com imparcialidade exemplar, todas as circunstâncias, sejam ou não favoráveis ao acusado. Expondo sua opinião científica, o perito age livremente, é senhor da sua vontade, das suas convicções, não podendo ser coagido por ninguém, nem pelo juiz, nem pela polícia, no sentido de chegar a conclusões preestabelecidas.

Tal é o altíssimo grau de responsabilidade que esta atividade pericial requer, que o legislador tomou o cuidado de especificar nas nossas leis os deveres do perito, seja investido de uma função estatal (nas perícias criminais) ou como auxiliar da justiça (nas perícias judiciais), para que se possa assegurar a imparcialidade na apuração da verdade real entre todos os envolvidos no processo, o juiz, o promotor, as partes, o perito e o advogado.

Neste tópico, enumeramos os deveres de conduta mais gerais, procurando mostrar apenas como está disciplinada a função pericial no Código de Processo Civil. A disciplina da função pericial penal será tratada no próximo item, visto que a perícia no âmbito da justiça criminal é função exclusiva do Estado.

Por uma questão meramente pedagógica, vamos agrupar os deveres do perito em duas partes, uma parte legal e outra, de ordem técnica. Na parte legal da atuação do perito, além dos aspectos relacionados aos deveres de conduta, ele também está sujeito às regras processuais civis. Já os deveres e responsabilidades técnicas, mesmo não se tratando dos aspectos legais propriamente ditos, torna-se necessário incluí-los, visto que são formalidades que estão relacionadas aos deveres de atualização da atividade pericial.

Como bem descreve França (2004, p. 151), a “avaliação da responsabilidade do perito, seja nos Conselhos Profissionais, seja na Justiça Civil ou Criminal, recomendam a doutrina e a jurisprudência que se levem em conta os deveres de conduta do acusado”.

Dentre as regras de conduta, enumera França (2004, p. 151-4), quatro que são imprescindíveis quando da avaliação da responsabilidade do perito, a seguir:

- Deveres de informação – estão relacionados neste tipo de dever todos os esclarecimentos que se consideram necessários e imprescindíveis para o correto desempenho da elaboração de uma perícia, especialmente se é mais complexa, de maior intimidade e de risco-benefício discutível. O funda-

mento destes deveres encontram-se justificados pela existência dos princípios da transparência e vulnerabilidade da vítima e pela obtenção do consentimento livre e esclarecido. Tal dever é imprescindível como requisito prévio para o consentimento e a legitimidade do ato pericial.

Considerando que é princípio de direito ninguém ser obrigado a produzir provas contra si, qualquer pessoa tem o direito de recusar um tipo de abordagem pericial, desde que traga algum prejuízo contra si, ressalta França (2004, p. 152).

- Deveres de abstenção de abuso – é necessário também saber se o médico perito agiu com a cautela devida e, portanto, descaracterizada de precipitação, de inoportunismo ou de insensatez. Isso se explica porque a norma moral exige das pessoas o cumprimento de certos cuidados, cuja finalidade é evitar danos aos protegidos.

Inclui-se entre as condutas abusivas aquelas que atentam contra a dignidade humana, até mesmo a de expor, desnecessariamente, o paciente em certos procedimentos, quando se invade a sua privacidade e se avilta a imagem e a honra alheia.

Da mesma forma, constitui desvio de poder a quebra injustificada do sigilo pericial, pois o médico tem o dever moral e jurídico de proteger as confidências e tudo aquilo de que teve ciência no exercício em face de sua atividade profissional.

- Deveres de vigilância, de cuidado e de atenção – na avaliação de um ato do profissional, numa ação pericial, quanto à sua legitimidade e licitude, deve o perito estar isento de qualquer tipo de omissão que venha a ser caracterizada por inércia, passividade ou descaso. Portanto, este modelo de dever obriga o profissional a ser diligente, agir com cuidado e atenção, procurando, de toda forma, evitar danos ou prejuízos que venham a configurar atos negligentes.
- Deveres de atualização – entre os deveres do perito encontra-se, em primeiro lugar, o de zelar pela boa técnica e pelo aprimoramento e atualização do conhecimento técnico e científico. Como bem acentua o eminente professor Genival Veloso de França (2004, p. 152), para o pleno e ideal exercício das atividades médicas periciais não se exige apenas uma habilitação legal,

Há também de se requerer deste médico um aprimoramento sempre continuado, adquirido através de conhecimentos recentes da profissão,

no que se refere às técnicas dos exames e dos meios modernos de diagnóstico, sejam nas publicações especiais, nos congressos, cursos de especialização ou estágios em centros e instituições de referência.

Considerando que a imperícia caracteriza-se pela insuficiência de conhecimentos científicos e de habilidades técnicas no exercício da atividade pericial, afirma França (2004, p. 152):

o que se quer saber é se naquele discutido ato profissional poder-se-ia admitir a imperícia. Se o profissional estaria credenciado, minimamente, para exercer suas atividades, ou se poderia ter evitado o engano, caso não lhe faltasse o que, ordinariamente, é conhecido em sua profissão e consagrado pela experiência médica.

Deveres relacionados às regras processuais civis

O regulamento da perícia civil e, por conseguinte, os deveres processuais relativos à atividade profissional do perito encontram-se enumerados nos artigos 138, 145 a 147 e 420 a 439 do Código de Processo Civil, e a seguir relacionados:

- Dos deveres de impedimentos e suspeição do perito

Conforme determina o artigo 138, III (ao perito) do Código de Processo Civil, aplicam-se os motivos de impedimento e de suspeição do juiz à atuação do perito.

Esses impedimentos estão previstos nos artigos 134 e 135. Portanto, é dever do perito manifestar o seu impedimento.

Diz o artigo 134 do Código de Processo Civil: “É defeso ao juiz exercer as suas funções no processo contencioso ou voluntário nos seguintes casos:

I – de que for parte;

II – em que interveio como mandatário da parte, oficiou como perito, funcionou como órgão do Ministério Público, ou prestou depoimento como testemunha;

III – que conheceu em primeiro grau de jurisdição, tendo-lhe proferido sentença ou decisão;

IV – quando nele estiver postulando, como advogado da parte, o seu cônjuge ou qualquer parente seu, consanguíneo ou afim, em linha reta; ou na linha colateral até o segundo grau;

V – quando cônjuge, parente, consanguíneo ou afim, de alguma das partes, em linha reta ou, na colateral, até o terceiro grau;

VI – quando for órgão de direção ou de administração de pessoa jurídica parte na causa.

Parágrafo único. No caso do nº IV, o impedimento só se verifica quando o advogado já estava exercendo o patrocínio da causa; é, porém, vedado ao advogado pleitear no processo, a fim de criar o impedimento do juiz.

Art. 135. Reputa-se fundada a suspeição de parcialidade do juiz, quando:

I – amigo íntimo ou inimigo capital de qualquer das partes;

II – alguma das partes for credora ou devedora do juiz, de seu cônjuge ou de parentes destes, em linha reta ou na colateral até o terceiro grau;

III – herdeiro presuntivo, donatário ou empregador de alguma das partes;

IV – receber dádivas antes ou depois de iniciado o processo; aconselhar alguma das partes acerca do objeto da causa, ou subministrar meios para atender às despesas do litígio;

V – interessado no julgamento da causa em favor de uma das partes.

Parágrafo único. Poderá ainda o juiz declarar-se suspeito por motivo íntimo.

A iniciativa por parte do perito de declarar seu impedimento é de peculiar importância, porque com tal conduta evitará que uma das partes envolvidas no processo possa questionar a suspeição, o que torna o fato mais grave, tendo em vista o não cumprimento de um dever ético e legal de ofício.

Entretanto, é entendimento pacífico da jurisprudência:

Sob pena de preclusão, a suspeição do perito de ser argüida na primeira oportunidade em que a parte falar nos autos, após ter ciência da nomeação (RT 497/104,601/148,RJTJESP 44/242, 89/296, JTA 88/131, 88/251, bem fundamentado), após haver tomado conhecimento do fato

que autoriza a alegação de suspeição.

Um exemplo – ilustra a jurisprudência: “O médico não pode ser perito de paciente seu, por força do Código de Ética Médica” (JTAERGS 73/136) (NEGRÃO, 2006, p. 454).

Por outra parte, os assistentes técnicos não estão sujeitos à suspeição, conforme determina o Art. 422:

O perito cumprirá, escrupulosamente, o encargo que lhe foi cometido, independentemente de termo de compromisso. Os assistentes técnicos são de confiança da parte, não sujeitos a impedimento ou suspeição.

No mesmo sentido é a nota do STJ: “Não há mais suspeição nem impedimento de assistente técnico (RSTJ 95/ 189; v.p. 191)” (NEGRÃO, 2006, p. 235).

- Dever de não prestar informações falsas

O perito que, por dolo ou culpa, prestar informações inverídicas responderá pelos prejuízos que causar à parte, ficará inabilitado por dois anos a funcionar em outras perícias e incorrerá na sanção que a lei penal estabelecer (Art. 147 do CPC).

- Do dever do cumprimento dos prazos

Nomeado o perito, o juiz fixa de imediato o prazo para a entrega do laudo – Art. 421. Tal parâmetro se deve à complexidade do exame. Mas, uma vez estipulado o prazo, se o perito julgar insuficiente, é seu dever solicitar ao magistrado a sua prorrogação, pois é dever do juiz conceder nova prorrogação – Art. 432: “Se o perito, por motivo justificado, não puder apresentar o laudo dentro do prazo, o juiz conceder-lhe-á, por uma vez, prorrogação, segundo o seu prudente arbítrio.”

Entretanto, há um prazo que o perito não deve negligenciar – o que precede a audiência de instrução e julgamento, sob pena de processo administrativo disciplinar e multa, bem como o prazo de dez dias para os assistentes técnicos apresentarem seus pareceres. Assim, disciplinam o artigo 433, parágrafo único, e o inciso II, parágrafo único do Art. 424, *verbis*:

Art. 433. O perito apresentará o laudo em cartório, no prazo fixado pelo juiz, pelo menos vinte dias antes da audiência de instrução e julgamento. Parágrafo único – Os assistentes técnicos oferecerão seus pareceres no prazo comum de dez dias após a apresentação do laudo, independentemente de intimação.

Art. 424 – O perito pode ser substituído quando: [...] II – sem motivo legítimo, deixar de cumprir o encargo no prazo que lhe foi assinado. Parágrafo único – No caso previsto no inciso II, o juiz comunicará a ocorrência à corporação profissional respectiva, podendo ainda impor multa ao perito, fixada tendo em vista o valor da causa e o possível decorrente do atraso no processo.

Direitos do perito

- Do direito de escusa do encargo

É dever do profissional escusar o encargo, desde que justificando no prazo legal. Poderá alegar motivo legítimo, com fundamento no parágrafo único do artigo 146 do Código de Processo Civil:

Art. 146 – O perito tem o dever de cumprir o ofício, no prazo que lhe assina a lei, empregando toda a sua diligência; pode, todavia, escusar-se do encargo alegando motivo legítimo.”

Parágrafo único – A escusa será apresentada dentro de 5 (cinco) dias, contados da intimação ou do impedimento superveniente, sob pena de se reputar renunciado o direito a alegá-la (art. 423).

Nesse sentido, diz o artigo 423 do Código de Processo Civil: “o perito pode escusar-se (art. 146), ou ser recusado por impedimento ou suspeição (art. 138, III)”. Ao aceitar a escusa ou julgar procedente a impugnação, o juiz nomeará novo perito.

Constituem motivos legítimos para a escusa, entre outras justificativas, força maior, em perícia relativa à matéria sobre a qual se considere inabilitado para apreciá-la, seja por falta de um melhor domínio sobre o assunto controverso, seja se o assunto não tiver pertinência com sua especialidade; versar a perícia sobre questão a qual não possa responder sem grave dano a si ou ao seu cônjuge e

parentes consangüíneos ou afins, em linha reta, ou na colateral em segundo grau; versar a perícia sobre assunto em que interveio como interessado e sobre os casos já relacionados nos art. 138, III, por imposição dos dispositivos precedentes.

Pode, ainda, recusar o encargo de perito por motivo de impedimento, conforme as circunstâncias descritas no Art. 134 do CPC:

- é parte no processo;
- atuou no processo como mandatário de uma das partes, oficiou como assistente técnico, perito, promotor, prestou depoimento como testemunha;
- quando estiver atuando no processo seu cônjuge ou qualquer parente seu, consangüíneo ou afim, até o segundo grau; quando for órgão de direção ou de administração de pessoa jurídica, parte na causa.

Da mesma forma, pode alegar motivo de suspeição para escusar-se da perícia, na forma do Art. 135 do CPC:

- amigo íntimo ou inimigo capital de qualquer das partes;
- algumas das partes for sua credora ou devedora, ou de seu cônjuge ou seu parente até o terceiro grau;
- se for herdeiro de alguma das partes;
- se receber presentes de uma das partes antes ou depois de iniciado o processo ou aconselhar alguma das partes sobre o objeto da perícia;
- se tiver interesse no julgamento ou favorecimento da perícia em favor de uma das partes;
- declarar-se suspeito, ou seja, recusar o encargo de perito por motivo íntimo.

- Do direito aos honorários periciais

De acordo com o Art. 33 do Código de Processo Civil,

cada parte pagará a remuneração do assistente técnico que houver indicado; a do perito será paga pela parte que houver requerido o exame, ou pelo autor, quando requerido por ambas as partes ou determinado de ofício pelo juiz.

Parágrafo único – O juiz poderá determinar que a parte responsável pelo pagamento dos honorários do perito deposite em juízo o valor correspondente a essa remuneração. O numerário, recolhido em depósito bancário à ordem do juízo e com correção monetária, será entregue ao perito após a apresentação do laudo, facultada a sua liberação parcial, quando necessária (MACHADO, 2006).

O entendimento da jurisprudência é o seguinte, segundo decisão do TST (RR 913/2004-022-24-00.4):

Os honorários periciais integram benefícios da justiça gratuita, caso em que cabe ao Estado à responsabilidade pelo pagamento dos honorários do perito. A Constituição Federal garante justiça integral e gratuita a todos os cidadãos que não têm condições de arcar com as despesas processuais. Essa assistência jurídica integral deve incluir também o custeio de prova técnica (perícia) quando esta é necessária para a solução dos conflitos. Com este entendimento, a Segunda Turma do Tribunal Superior do Trabalho manteve decisão que determinou à União o pagamento de honorários periciais numa ação envolvendo a Seara Alimentos e uma ex-empregada, em processo relatado pelo juiz convocado Márcio Ribeiro do Valle.

No mesmo sentido, Súmula 256 do STF (honorário sem pedido expresso): “é dispensável pedido expresso para condenação do réu em honorários, com fundamento nos arts. 63 ou 64 do CPC” (MORAES, 2006, p. 2.812).

- Do direito de desempenho livre da função pericial

É direito do perito ter acesso ao processo, podendo retirá-lo da Secretaria da Vara para conhecer dos fatos e do objeto da prova pericial, assim como deve ter acesso amplo e irrestrito ao local da perícia e contato direto com as partes, advogados, assistentes técnicos.

Determina o Art. 429 do CPC:

para desempenho de sua função, podem o perito e os assistentes técnicos utilizar-se de todos os meios necessários, ouvindo testemunhas, obtendo informações, solicitando documentos que estejam em poder de parte ou em repartições públicas, bem como instruir o laudo com plantas, desenhos, fotografias e outras quaisquer peças.

Da mesma forma, para o fiel cumprimento de sua missão, o perito não deve aceitar qualquer tipo de ingerência ou pressão no seu trabalho que venha a comprometer a verdade dos fatos.

Exemplificando, não é razoável querer que o exame do preso que alega ter sido torturado seja feito nas dependências da delegacia ou do presídio. As vítimas desse tipo de crime devem ser encaminhadas aos estabelecimentos de perícias oficiais, como o Instituto de Medicina Legal e Instituto de Criminalistas, assim como o perito não deve aceitar com parcialidade que o exame seja feito na presença de policias, pois sempre existe a possibilidade de intimidação da vítima (MAMEDE, 2005, p. 5).

- Do direito de reserva de prestar esclarecimentos

Reservam-se, ainda, o perito e o assistente técnico, o direito de só prestar esclarecimentos a quem interessar, quando devidamente intimado e respeitados os prazos que a lei estabelece, segundo o parágrafo único do Art. 435.

Art. 435 – A parte que desejar esclarecimento do perito e do assistente técnico requererá ao juiz que mande intimá-lo a comparecer à audiência, formulando desde logo as perguntas, sob forma de quesitos.

Parágrafo único: O perito e o assistente técnico só estarão obrigados à prestar os esclarecimentos a que se refere este artigo, quando intimados cinco (5) dias antes da audiência.

Portanto, analisando o rol das prerrogativas do perito listadas no art. 429, após aceitar o encargo, conclui-se que ele poderá utilizar-se de todos os meios legais, bem como os moralmente legítimos, mesmo que não constantes do Código de Processo Civil, para apurar e apreciar os fatos sobre os quais deverá emitir a sua opinião.

FUNDAMENTOS DA RESPONSABILIDADE PENAL

A finalidade do Direito Penal é a proteção da sociedade, mais precisamente a defesa dos bens jurídicos mais relevantes e fundamentais. Para Noronha (1978, p. 12), o Direito Penal constitui um “conjunto de normas jurídicas que regulam o poder punitivo do Estado, tendo em vista os fatos de natureza criminal e as medidas aplicáveis a quem os pratica”. No mesmo sentido, Jesus (1997, p. 5), citando Von Liszt, afirma que o Direito Penal “é o conjunto das prescrições emanadas do Estado, que ligam o crime, como fato, a pena como consequência”.

Para haver a responsabilidade penal, a conduta do agente deve infringir uma norma de ordem pública, ou seja, de interesse para toda a sociedade, como exemplo qualquer ato lesivo à vida, à integridade física ou mental, à honra, à liberdade, aos costumes, à saúde pública, ao patrimônio ou qualquer outra conduta tipificada no Código Penal. Nesses casos, a consequência é a pena e não a indenização pecuniária, como ocorre na responsabilidade civil.

Conceito e Classificação dos Crimes

Quanto ao conceito de crime, há diversas definições. Mirabete (1996, p. 21) apresenta três definições doutrinárias: considerando o aspecto formal, crime é “uma conduta (ação ou omissão) contrária ao Direito, a que a lei atribui uma pena”; sob a visão material, “crime é a conduta humana que lesa ou expõe a perigo um bem jurídico protegido pela lei penal”. É qualquer fato do homem lesivo de um interesse que possa comprometer as condições de existência, de conservação e de desenvolvimento da sociedade. Por último, a doutrina finalista moderna tem considerado o crime como a “ação humana, antijurídica, típica, culpável e punível” – em resumo crime é um fato típico e antijurídico.

Quanto à sua classificação, os crimes são definidos em dois grupos, dolosos e culposos. Diz o Art. 18, do Código Penal: “I – do crime doloso: quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo; II – do crime culposo: quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia”. Como resultado, deve-se entender a lesão ou o perigo de lesão a um bem jurídico. Para a configuração da prática criminosa, portanto, independe da lesão *in concreto*, basta o risco de lesão.

Na primeira parte do inciso I – “quando o agente quis o resultado” –, é o que se denomina dolo direto, isto é, o agente realiza a conduta com o fim de obter o resultado. Exemplificando, no caso de falsa perícia – hipótese do Art. 342 do Código Penal –, o perito deliberadamente teve a intenção de fazer uma afirmação falsa ou mesmo negar ou calar a verdade sobre fatos no laudo pericial, caso em que comete crime doloso. “Art. 342. Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral”.

Já na segunda parte do inciso I, a lei trata de dolo eventual, pois o agente “assumiu o risco de produzi-lo”. Nessa hipótese, a vontade do agente não está dirigida diretamente para a obtenção de um resultado concreto, mas

ele aceita assumir o risco. Mesmo havendo uma previsão em que o evento possa ocorrer, ainda assim ele assumiu o risco (MIRABETE, 1996, p. 136).

No inciso II, configura-se o crime culposo com a conduta voluntária (ação ou omissão) que produz o resultado antijurídico não querido, porém é previsível e excepcionalmente previsto que pode, com a devida atenção, ser evitado.

Age com culpa quem realiza o fato legalmente descrito por inobservância do dever de cuidado que lhe incumbe, de acordo com as circunstâncias e suas condições pessoais e, no caso de representá-lo como possível, se conduz na confiança de poder evitá-lo (MIRABETE, 1996, p. 140).

Requisitos da Responsabilidade Criminal

Existem, no ilícito penal, os mesmos elementos caracterizadores dos demais tipos de atos ilícitos, porém com algumas peculiaridades, que são:

- a ação ou omissão (conduta) deve ser antijurídica (é a contrariedade entre o fato concreto e o ordenamento jurídico como um todo) e típica, ou seja, corresponde ao tipo penal, isto é, ao modelo de conduta definida na lei penal como crime ou contravenção;
- dolo ou culpa, sem possibilidade de haver hipótese de responsabilidade objetiva. Conduta dolosa (a consciência e a vontade do agente) ou culposa (o resultado, a relação de causalidade e a tipicidade).

Existem para cada um dos elementos caracterizados da conduta criminosa – dolosos ou culposos – requisitos específicos para que se configure o ilícito penal. São elementos do crime culposo: conduta, a inobservância do dever de cuidado objetivo, o resultado lesivo involuntário, a previsibilidade e a tipicidade. A conduta é ação humana – a ação ou a omissão. Em si, a inobservância do dever de cuidado objetivo não constitui conduta típica porque é necessário outro elemento do tipo culposo, qual seja o resultado. Porém, só haverá crime culposo se da ação contrária ao cuidado resultar lesão ou perigo de lesão a um bem jurídico. Se, apesar da ação descuidada do agente, não houver resultado lesivo, não haverá crime culposo. A previsibilidade é a possibilidade de ser antevisto o resultado, nas condições em que o sujeito se encontrava. Exige-se que o agente, nas circunstâncias em que se encontrava, pudesse prever o resultado de seu ato. A condição mínima de culpa em sentido estrito é a previsibilidade; ela não existe se o resultado vai além do previsto. A tipicidade diz respeito a ser o crime doloso ou culposo. Para

identificar se o crime é culposo, basta analisar a norma penal incriminadora, isto é, o Código Penal faz referência expressa à culpa; em contraste, quando o Código silencia a respeito da culpa, a modalidade é dolosa. Exemplificando, no Art. 129 do CP, o tipo penal é: “Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem”. O § 6º diz: “se a lesão é culposa: Pena – detenção, de dois meses a um ano.” Ao contrário, observa-se que, no crime de falsidade de perícia (Art. 342 do CP), nenhuma observação é feita, portanto trata-se de um crime doloso.

- Relação de causalidade – é a ligação entre o comportamento humano e consequência da ação que resultou no dano, perigo de lesão ou lesão, ou seja, há uma relação de causa e efeito. É necessário ficar patente que a lesão ou o dano foi consequência daquele ato imprudente, negligente ou imperito, em se tratando das hipóteses de crimes culposos.

A teoria da equivalência das condições ou equivalência dos antecedentes é a prevalente no âmbito da responsabilidade penal, por força da 2ª parte do Art. 13 do Código Penal. *Verbis*: “O resultado de que depende a existência do crime, somente é imputável a quem lhe deu causa. Considerando causa a ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido”. Considera-se causa a ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido. Também denominada teoria da *condicio sine qual non*.

Para que se possa reconhecer essa condição, utiliza-se o processo hipotético de eliminação, segundo o qual a causa é todo antecedente que não pode ser suprimido *in mente* sem afetar o resultado (MIRABETE, 1996, p. 107).

- Dano ou perigo de dano – nem sempre é necessário que o dano se concretize, basta haver o risco de dano, como ocorre na tentativa de determinados crimes que põem em risco a incolumidade pública.

Sintetizando, para a existência do crime é necessário que estejam presentes os seguintes elementos: a conduta (ação ou omissão), a antijuridicidade, a tipicidade, o dolo ou culpa, a relação de causalidade e o dano ou o risco.

No crime culposo, deve estar presente, ainda, a conduta, a inobservância do dever de cuidado objetivo, o resultado lesivo involuntário, a previsibilidade e tipicidade. E, no crime doloso, a consciência e a vontade do agente terão que estar presentes (MIRABETE, 1996, p. 96-140).

Do exposto, concluímos que, muito embora a responsabilidade penal ser entendida como a obrigação do agente em arcar com as consequências jurídicas dos seus atos, não é tão simples a caracterização de uma conduta criminosa, seja no âmbito da responsabilidade médica em si ou da responsabilidade pericial.

Responsabilidade Penal do Perito

Deveres relacionados às regras processuais penais

- Da incompatibilidade, impedimentos e suspeição do Perito

Assim como na área processual cível é dever do perito abster-se de servir no processo quando houver incompatibilidade ou impedimento legal, fazendo-o por escrito nos autos ou em comunicação ao juiz, prevê o Art. 112 do Código de Processo Penal:

Art. 112. O juiz, o órgão do Ministério Público, os serventuários ou funcionários de justiça e os 'peritos' ou intérpretes abster-se-ão de servir no processo, quando houver incompatibilidade ou impedimento legal, que declararão nos autos. Caso não seja manifestada a abstenção, a incompatibilidade ou impedimento poderá ser argüido pelas partes, seguindo-se o processo estabelecido para a exceção de suspeição.

Quanto à suspeição do perito, na lei processual penal, por extensão, são aquelas aplicadas ao juiz, conforme prevê o artigo 280: "É extensivo aos peritos, no que lhes for aplicável, o disposto sobre suspeição dos juízes". O dispositivo específico relativo à suspeição dos magistrados é o art. 254 do CPC (MACHADO, 2006).

- Do dever de prestar compromisso

O perito deve buscar desempenhar suas atribuições com o máximo de zelo e cumprimento aos preceitos e desempenho técnico e legais. Outrossim, o fato de o assistente técnico não ser obrigado a prestar compromisso, por basear-se, exclusivamente, na confiança de quem o contratou, não o exime de desempenhar sua função com o mesmo grau de responsabilidade do perito oficial ou dos auxiliares do juiz. Ressalvando que não há a figura do perito particular ou assistente técnico no processo penal.

Diz o § 2º do Art. 159 do Código de Processo Penal: "§ 2º Os peritos não oficiais prestarão o compromisso de bem e fielmente desempenhar o encargo".

Uma vez nomeado pelo juiz, por meio de petição, o perito deve manifestar a aceitação do cargo e firmar o seu compromisso, comprometendo-

se a assumir o dever de atender fielmente às disposições legais, éticas e deontológicas atinentes à realização da perícia.

Ao contrário dos peritos judiciais ou auxiliares do juiz, os peritos oficiais não estão obrigados a prestarem compromisso, pois esta condição já está implícita na investidura na função de agente público.

- Do dever de elaboração do laudo minuciosamente

O perito deve elaborar laudo, minuciosamente, e entregá-lo no prazo de dez dias. Esse prazo, porém, pode ser prorrogado, em casos excepcionais, a requerimento do perito ao juiz. Assim diz o Art. 160 do CPP e seu parágrafo único.

O laudo deve ser escrito de forma clara e objetiva, evitando-se o excesso de termos técnicos, explicando o que houver, pois, ao contrário do que muitos pensam, o exagero de terminologias técnicas mais atrapalham do que ajudam. Não se deve esquecer de que os laudos são lidos pelos advogados das partes, pelo juiz e, muito provavelmente, pelos desembargadores de instância superior, que não têm obrigação de entender a terminologia específica da Medicina.

Sendo prerrogativa das autoridades e das partes, é dever do perito responder os quesitos (Art. 160 CPP), assim como jamais poderá respondê-lo depois de analisado o conteúdo do laudo, sob pena de ferir o art. 181 do CPP.

Conforme já foi sublinhado por Gomes (2004), a função do perito não é ser advogado de defesa nem funcionário do Ministério Público. Ele não defende, nem acusa. Sua função limita-se a verificar o fato, indicando a causa que o motivou.

Após a confecção do laudo, deve ele ser encaminhado ao juiz mediante petição. Sendo a perícia um meio de prova admitida em Direito, o laudo será juntado a outras provas nos autos, com a finalidade de formar a convicção do juiz. Porém, prevê o art. 182 do CPP que o juiz não ficará adstrito ao laudo, podendo aceitá-lo ou rejeitá-lo, no todo ou em parte (GOMES, 2004, p. 3).

- Dos deveres e formalidades aplicadas ao perito

Por fim, os peritos, estando por força da lei sujeitos à disciplina judiciária, são obrigados a seguir algumas formalidades. Os peritos oficiais, no processo penal, em geral integram os quadros da Polícia judiciária, os não oficiais, pessoas idôneas nomeadas para prestarem seus serviços em cada processo em particular, estão igualmente sujeitos às regras da autoridade judiciária.

Seguem, relacionadas entre os Arts. 274 a 280 (CPP), as regras dos funcionários da justiça:

Art. 274. As prescrições sobre suspeição dos juízes estendem-se aos serventuários e funcionários da justiça, no que lhes for aplicável.

Art. 275. O perito, ainda quando não oficial, estará sujeito à disciplina judiciária.

Art. 276. As partes não intervirão na nomeação do perito.

Art. 277. O perito nomeado pela autoridade será obrigado a aceitar o encargo, sob pena de multa de cem a quinhentos mil-réis, salvo escusa atendível. Parágrafo único. Incorrerá na mesma multa o perito que, sem justa causa, provada imediatamente:

- a) deixar de acudir à intimação ou ao chamado da autoridade;*
- b) não comparecer no dia e local designados para o exame;*
- c) não der o laudo, ou concorrer para que a perícia não seja feita, nos prazos estabelecidos.*

Art. 278. No caso de não-comparecimento do perito, sem justa causa, a autoridade poderá determinar a sua condução.

Art. 279. Não poderão ser peritos:

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

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

III – os analfabetos e os menores de 21 (vinte e um) anos.

Art. 280. É extensivo aos peritos, no que lhes for aplicável, o disposto sobre suspeição dos juízes.

- Dos deveres de não prestar informação falsa

Se o perito causar algum dano ou prejuízo à parte ou interessado, seja por dolo ou culpa, em face de informações inverídicas ou dados que não

correspondem à realidade dos fatos ou emprego de fórmulas ou elementos inidôneos para chegar ao resultado pretendido, deve responsabilizar-se pelos prejuízos, além de responder, na esfera penal, pelo crime de falsa perícia – Art. 342 do Código Penal.

Direitos do Perito

Na esfera criminal, encontra-se o direito de proteção contra desobediência e desacato. Conforme teor do Art. 327 do Código Penal, o perito detém determinadas prerrogativas legais como, por exemplo, goza das regalias do preceito do Art. 330 do Código Penal – crime de desobediência, ou seja, crime praticado por particular contra a administração em geral. Considera-se crime de desobediência: “Desobedecer a ordem legal de funcionário público: Pena – detenção, de 15 (quinze) dias a 6 (seis) meses, e multa”. De igual modo, aplica-se à função pericial o crime de desacato tipificado no Art. 331 do Código Penal: “Desacatar funcionário público no exercício da função ou em razão dela: Pena – detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, ou multa”. Portanto, quem desobedecer ou desacatar o perito, numa tentativa de dificultar ou interferir no trabalho pericial, comete crime.

Ilícitos do Perito na Esfera Criminal

Sempre que a conduta dolosa ou culposa do perito enquadrar-se em uma norma jurídica penal, será configurada e tipificada como crime. Todavia, há condutas que poderão ser qualificadas, agravadas ou atenuadas, assim como há crimes que exigem do agente uma capacidade especial como, por exemplo, ser funcionário público. Nesse caso, a prática delituosa, com a conseqüente condenação, poderá ter efeito sobre o cargo, a função pública ou o mandato eletivo, conforme prevêm os Arts. 92 e 295 do Código Penal. *Verbis*:

Art. 92. São também efeitos da condenação:

1- perda de cargo, função ou mandato eletivo: a) quando aplicada pena privativa de liberdade por tempo igual ou superior a um ano, nos crimes praticados com abuso de poder ou violação de dever para com a

Administração Pública'. b) Quando for aplicada pena privativa de liberdade por tempo superior a quatro anos nos demais casos. [...].

Art. 295. Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo [perito oficial], aumenta-se a pena de sexta parte.

As penalidades são ainda qualificadas pela lei penal, conforme veremos a seguir, na primeira parte do § 1º do Art. 342 do CP.

Tratando-se das infrações do perito propriamente ditas, nos Arts. 342, 343 e 357 do Código Penal estão delineados, de forma genérica, alguns delitos em que podem incorrer o profissional, indiferentemente, de a função pericial ser oficial ou judicial.

O Código Penal, a partir de 28 de agosto de 2001, passa a ser grafado por força da lei n. 10.268/2001, que veio a alterar dispositivos do decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940, como segue: “Os Arts. 342 e 343 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, passam a vigorar com a seguinte redação”.

Falsa perícia

Art. 342. Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, 'perito', contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral: Pena - reclusão, de um a três anos, e multa.

§ 1 [1ª parte] As penas aumentam-se de um sexto a um terço, se o crime é praticado mediante suborno ou [2ª parte] se cometido com o fim de obter prova destinada a produzir efeito em processo penal, ou [3ª parte] em processo civil em que for parte entidade da administração pública direta ou indireta.

§ 2 O fato deixa de ser punível se, antes da sentença no processo em que ocorreu o ilícito, o agente 'se retrata' ou declara a verdade.

A primeira parte do § 1º do referido dispositivo qualifica o crime pelo suborno, já a segunda qualifica pela natureza do processo e a terceira, quando for parte a respectiva entidade pública em processo civil. Ressalvando que o fato deixa de ser punível se houver retratação, posição pacífica na jurisprudência.

Corrupção ativa envolvendo a atividade pericial

Art. 343 c/c 333. Dar, oferecer ou prometer dinheiro ou qualquer outra vantagem a testemunha, 'perito', contador, tradutor ou intérprete, para fazer afirmação falsa, negar ou calar a verdade em depoimento, perícia, cálculos, tradução ou interpretação: Pena – reclusão, de três a quatro anos, e multa. Parágrafo único. As penas aumentam-se de um sexto a um terço, se o crime é cometido com o fim de obter prova destinada a produzir efeito em processo penal ou em processo civil em que for parte entidade da administração pública direta ou indireta.

A conduta incriminadora é dar (entregar, presentear), oferecer (pôr à disposição) e prometer (garantir alguma coisa). Se o perito aceitar, incidirá na previsão do Art. 343, porém, para quem ofereceu, independe a conduta de o perito aceitar ou não – comete o crime de corrupção ativa.

Exploração de prestígio

Art. 357 – Solicitar ou receber dinheiro ou qualquer outra utilidade, a pretexto de influir em juiz, jurado, órgão do Ministério Público, funcionário de justiça, 'perito', tradutor, intérprete ou testemunha: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa. Parágrafo único – As penas aumentam-se de um terço, se o agente alega ou insinua que o dinheiro ou utilidade também se destina a qualquer das pessoas referidas neste artigo.

Tratando-se de funcionário público em geral aplica-se o Art. 332. No tráfico de influência, o “elemento subjetivo é a vontade de obter vantagem ou promessa desta, sabendo que não tem prestígio para influir no funcionário ou que este não é acessível a suborno (TJSP, RT 519/319)” (DELMANTO, 2006, p. 620).

Extravio de documento por perito

Extravio do processo ou de qualquer outro documento que estiver sob a guarda do perito é de sua responsabilidade. Será responsabilizado somente pela reorganização do documento, pelos custos, pelos atrasos do processo e

pelo prejuízo às partes. As partes poderão mesmo processá-lo por danos materiais e morais que porventura vier a acarretar. Além disso, poderá ser responsabilizado penalmente, nos termos do art. 314 do CP: “Extraviar livro oficial ou qualquer documento, de que tem a guarda em razão do cargo; sonegá-lo ou inutilizá-lo, total ou parcialmente: Pena – reclusão, de um a quatro anos, se o fato não constitui crime mais grave.”

Crime de prevaricação cometido pelo perito

Prevaricar, nos termos do Art. 319, é “retardar ou deixar de praticar, indevidamente, ato de ofício, ou praticá-lo contra disposição expressa de lei, para satisfazer interesse ou sentimento pessoal. Pena – detenção, de três meses a um ano, e multa”.

Trata-se de um crime próprio do funcionário público, atingindo especialmente o perito oficial. Segundo o Art. 327 do CP, “considera-se funcionário público, para efeitos penais, quem, embora transitoriamente ou sem remuneração, exerce cargo, emprego ou função pública”.

Entretanto, há hipóteses diversas incluídas no *caput* do Art. 327 para a classificação como funcionário público, como vereadores, escrevente de cartórios, serventuários da justiça, funcionários de cartórios e peritos judiciais (STF, RT 640/349; TJSP, RJTJSP 170/293, RT 686/319, TAMG RT569/376) (DELMANTO, 2006, p. 578).

O fato é que, embora o perito judicial se submeta aos prazos do art. 433 do CPC para a entrega do laudo, de conformidade com a determinação do magistrado, não se configura prática delituosa. É o entendimento jurisprudencial. *Verbis*:

Não se configura prevaricação quando imputada a perito judicial, apenado na forma do art. 433, parágrafo único, do CPC; ausência de ressalva legal da cumulação das penalidades civil e criminal (STF, RT, RTJ 119/170) (DELMANTO, 2006, p. 568).

Diz o Art. 433:

O perito apresentará o laudo em cartório, no prazo fixado pelo juiz, pelo menos vinte dias antes da audiência de instrução e julgamento.

Parágrafo único - Os assistentes técnicos oferecerão seus pareceres no prazo comum de dez dias após a apresentação do laudo, independentemente de intimação.

Lesão corporal em decorrência de exame de corpo de delito

O Art. 129 do CP disciplina a lesão corporal: “Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem. Pena – detenção de três meses a um ano”. O delito de lesão corporal pode ser conceituado como o “dano ocasionado à normalidade funcional do corpo humano, quer do ponto de vista anatômico, quer do ponto de vista fisiológico ou mental” (MIRABETE, 2000, p. 103).

“A dor física só, sem dano anatômico ou funcional, não constitui lesão corporal (TACrSP, julgado 82/412. 76/343,67/261 e 394, RT 716/460)”. Entretanto, uma simples equimose, hematoma, já configura lesão corporal leve (DELMANTO, 2000, p. 254).

De forma que

a mais simples alteração, causada de maneira culposa ou dolosa, da estrutura anatômica, ou mesmo histológica, de uma pessoa é uma lesão corporal. Um beliscão (escoriação simples) ou um tapa (rubefação) é o bastante para caracterizar uma ofensa à integridade de outrem (FRANÇA, 2006, p. 72).

Na realização de um exame de corpo de delito, por exemplo, poderá o perito incorrer numa lesão corporal culposa. Especificamente, na realização de exame no intróito vaginal para investigação se houve ou não conjunção carnal, por algum descuido, pode ocorrer tal incidente. Na evidência de comprovação da culpa de alguma lesão causada pelo profissional durante o procedimento investigativo, o mesmo encontrar-se-á diante de um delito de lesão corporal.

Violação do segredo na prática da perícia

Quanto à violação do segredo, é necessário fazer uma distinção entre o sigilo no exercício da prática médica propriamente dita da atividade pericial.

Tratando-se do sigilo da atividade pericial, temos algumas peculiaridades: o perito não é o médico do paciente. Não havendo relação médico/paciente, portanto, não há sigilo médico quanto ao conteúdo da perícia, salvo se o juiz decretar o segredo de justiça. Nesse caso, não se aplica a regra do artigo 154 e sim do Art. 325 do Código Penal – violação do sigilo funcional –, assim como na esfera administrativa, tratando-se de juntas médicas oficiais, aplica-se o Art. 205 da lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

O artigo 154 do Código Penal diz:

Revelar a alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão e cuja revelação possa produzir dano a outrem: Pena: detenção de 3 meses a 1 ano ou multa. Parágrafo único. Somente se procede mediante representação.

O Art. 325 diz:

Revelar fato de que tem ciência em razão do cargo e que deva permanecer em segredo [caso em que o juiz poderá decretar segredo de justiça], ou facilitar-lhe a revelação: Pena – detenção, de seis meses a dois anos, ou multa se o fato não constituir crime mais grave.

Ocorre que o sujeito ativo desse crime é o funcionário público. Para efeitos da lei, considera-se funcionário público aquele que se enquadra na classificação do Art. 327 e §§1º e 2º do CP.

Diz o art. 327, *caput*: “Considera-se funcionário público, para os efeitos penais, quem, embora transitoriamente ou sem remuneração, exerce cargo, emprego ou função pública”.

Na esteira de Fragoso, ressalta Delmanto (2000, p. 577), que

além de cargo ou emprego, a lei penal menciona função pública, com o que ‘quis deixar claro que basta o simples exercício de uma função pública para caracterizar, para efeitos penais, o funcionário público’.

Diz ainda o autor que estão incluídos na conceituação de funcionário público os serventuários da justiça, os funcionários de cartórios e os peritos judiciais ou auxiliares do juiz. Esta é, portanto, a posição jurisprudencial.

Verbis: “É, quando no exercício da função de auxiliar do juiz (TFR, Ap. 6.12, DJU 12.12.86, p.25160)” (DELMANTO, 2000, p. 578).

Do exposto, pode-se, pois, deduzir que, nos casos de revelação de segredo indevido da função pericial, no que se refere aos peritos judiciais ou oficiais, salvo posição em contrário, aplica-se o Art. 325 do CP.

Por outro lado, tratando-se de sigilo na perícia médica das juntas de oficiais poderá ocorrer, isoladamente ou concomitantemente, infração administrativa, nos termos do Art. 205 da Lei dos Servidores Públicos.

Esta é a lição do insigne mestre França (2004, p. 71):

A perícia médica, quando da realização dos exames em juntas oficiais, no tocante ao segredo médico, está regulada pelo art. 205, da Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que assim estatui: ‘o atestado e o laudo de junta médica não se referirão ao nome ou natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidentes em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas no artigo 186, parágrafo 1º.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obrigação é sempre um dever jurídico originário, ao passo que a responsabilidade é um dever jurídico sucessivo. Não cumprida a obrigação, surge a responsabilidade, isto é, o dever de compor o prejuízo ou de sofrer as sanções de natureza civil ou penal correspondentes à ilicitude do ato.

Mas para que se configure a responsabilidade civil do perito há de se observar os três requisitos necessários à obrigação de indenizar, que são o dano, a culpa e o nexo de causalidade. No ilícito penal, seguem-se os mesmos requisitos, com algumas diferenças, como a conduta deve ser antijurídica, típica, dolosa ou culposa e deve haver uma relação de causalidade.

No exercício da função pericial, são exigidos determinados deveres que, por sua vez, poderão refletir nas duas esferas da responsabilidade, a civil e a penal. Todavia, diante do grau de conflito que envolve o trabalho do perito na área médica, por mais que cumpra fielmente os deveres da nobre função, jamais agradará a todos, razão pela qual deve ater-se na sua restrita função, ou seja, limitar-se a verificar o fato, indicando a causa que o motivou de forma imparcial e baseando a sua convicção nos fundamentos científicos, legais e éticos.

Referências

- AGUIAR DIAS, J. de. *Da responsabilidade civil*. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1995.
- CAHALL, Y. S. *Dano moral*. 2. Ed. São Paulo: RT, 1998.
- DI PIETRO, M. S. Z. *Direito administrativo*. 11. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- DELMANTO, C. et al. *Código penal comentado*. 5. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.
- DELMANTO, C. et al. *Código penal comentado*. 6. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.
- DIAS, J. de A. *Da responsabilidade civil*. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1995.
- ESPINDULA, A. *Perícia criminal e cível: uma visão geral para peritos e usuários da perícia*. 2. ed. Campinas: Millennium, 2005.
- FRANÇA, G. V. de. *Flagrantes médico-legais*. Recife: Edupe, 2004. V. VII.
- FRANÇA, G.V. (Org.). *Perícia médica judicial*. 2. ed. Rio de Janeiro: G. Koogam, 2006.
- FILHO, S. C. *Programa de responsabilidade civil*. 5. ed. São Paulo; Malheiros, 2003.
- GONÇALVES, R. C.; AZEVEDO, A. J. de (Coord). *Comentários ao código civil: parte especial*. São Paulo: Saraiva, 2002. V. II.
- GOMES, H. *Medicina legal*. 33. ed. Atualizador Dr. Hygino Hercules. Rio Janeiro: F. Bastos, 2004.
- MACHADO, A. C. *Código de processo civil interpretado e anotado*. São Paulo: Manole, 2006.
- MAMEDE, M. *Protocolo brasileiro de perícia forense no crime de tortura*. Brasília: Secretária de Direito Humanos, 2005.
- MIRABETE, J. F. *Manual de direito penal*. 11. ed. São Paulo: Atlas, 1996. V. I.
- MIRABETE, J. F. *Código de direito penal*. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2000. V. III.
- MONTEIRO, W. de B. *Curso de direito divil*. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 1977. V. II.
- MORAES, A. de. *Constituição do Brasil interpretada*. São Paulo: Atlas, 2002.
- MORAES, A. *Constituição do Brasil interpretada e legislação constitucional*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- NEGRÃO, T.; GOUVÊA, J. R. F. *Código de processo civil*. 38. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.
- NORONHA, E. M. *Direito penal*. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 1978. V. I.
- NUNES, L. A. R. *Comentários ao código de defesa do consumidor*. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.
- STOCO, R. *Tratado de responsabilidade civil*. 6. ed. São Paulo: RT, 2004.

SILVA, C. M. da. *Responsabilidade civil*. Rio de Janeiro: Forense, 1999.

TEPEDINO, G. A responsabilidade médica na experiência brasileira contemporânea. *Revista Jurídica*, p. 20, set. 2003.

VARELA, A. *Direito e obrigações*. Rio de Janeiro: Forense, 1977.



DEVERES DE CONDUTA DO PERITO E DO AUDITOR

Genival Veloso de França*

Quando da avaliação da responsabilidade profissional em um contestado ato nas ações de um auditor ou de um perito, seja nos Conselhos Profissionais, seja na justiça civil ou criminal, recomendam a doutrina e a jurisprudência que se levem em conta os deveres de conduta do acusado. A prática tem demonstrado que isto, além de imprescindível, torna a tarefa mais simples e racional.

Dessa forma, para se caracterizar a responsabilidade do profissional nestas atividades não basta apenas a evidência de um dano ou de um ilícito, mas que reste demonstrada uma forma de conduta contrária às normas morais e às regras técnicas vigentes adotadas pela prudência e pelos cuidados habituais e que o resultado pudesse ser evitado por outro profissional em mesmas condições e circunstâncias.

As regras de conduta argüidas quando de uma avaliação da responsabilidade ética e legal do auditor e do perito são relativas aos seguintes deveres:

- Deveres de informação – neste tipo de dever, estão todos os esclarecimentos que se consideram necessários e imprescindíveis para o correto desempenho quando da elaboração de uma auditoria ou de uma perícia, particularmente se ele é mais complexo, de maior intimidade e de risco-benefício discutível. O fundamento destes deveres de informação encontra-se justificado pela existência dos princípios da transparência e da vulnerabilidade da vítima ou do auditado e pelas razões que justificam a obtenção de um consentimento livre e esclarecido.

* Curso de Especialização em Medicina pelo Instituto de Medicina Legal do Rio de Janeiro. Médico e bacharel em Direito. Professor convidado no curso de pós-graduação em Medicina Forense da Universidade de Valência (Espanha), no curso superior de Medicina Legal do Instituto de Medicina Legal de Coimbra – Portugal e no curso de pós-graduação em Direito Médico da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Membro Titular da Academia Paraibana de Medicina. Ex-Secretário do Conselho Federal de Medicina. Ex-Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba.

Esta obrigação de informar sobre riscos está na proporção de um dano real e efetivo. Por isso, quanto mais complexa e arriscada for a conduta pericial, mais imperiosa se torna a advertência sobre seus riscos.

O dever de informar é imprescindível como requisito prévio para o consentimento e a legitimidade do ato pericial ou de auditoria a ser utilizado. Isso atende ao princípio da autonomia ou princípio da liberdade, em que todo indivíduo tem por consagrado o direito de ser autor do seu destino e de escolher o caminho que lhe convém, quaisquer que sejam os motivos que o levem a submeter-se a uma perícia ou ação de auditoria.

Além do mais, exige-se que o consentimento seja esclarecido, entendendo-se como tal o obtido de um indivíduo capaz de considerar razoavelmente uma conduta médica em que fiquem evidentes suas vantagens e desvantagens, riscos e benefícios, sem a necessidade de se chegar aos detalhes das complicações mais raras e mais graves (princípio da informação adequada).

O paciente tem também o direito de recusar um tipo ou forma de abordagem pericial ou auditorial, desde que isso lhe traga algum prejuízo, pois é princípio de direito que ninguém está obrigado a fazer provas contra si próprio. Entendo que praticar qualquer ato pericial ou de auditoria contra a vontade do examinado é uma afronta constitucional e um grave desrespeito aos mais elementares princípios de civilidade. A recusa do paciente é uma contra-indicação absoluta de qualquer procedimento nesta área.

Mesmo que a indicação de uma auditoria no campo da assistência médica seja uma decisão eminente ligada a uma lógica clínica e em favor do paciente, este, em algumas situações, pode optar por outra forma de atendimento, desde, é claro, que isto não lhe impeça de um atendimento em situações de iminente perigo de vida.

- Deveres de atualização profissional – para o pleno e ideal exercício da atividade de auditoria e perícias médicas e médico-legais, não se exige do facultativo apenas uma habilitação legal. Há também de se requerer deste médico um aprimoramento sempre continuado, adquirido por intermédio de conhecimentos recentes da profissão no que se refere às técnicas dos exames e dos meios modernos de diagnóstico, sejam nas publicações especializadas, nos congressos, cursos de especialização ou estágios em centros e instituições de referência. Em suma, o que se quer saber é se naquele discutido ato profissional poder-se-ia admitir a imperícia. Se o profissional

estaria credenciado minimamente para exercer suas atividades, ou se poderia ter evitado o engano, caso não lhe faltasse o que ordinariamente é conhecido em sua profissão e consagrado pela experiência médica. Este conjunto de regras, chamado de *lex artis*, deve ser aplicado a cada ato profissional em perícia e auditoria, sem deixar de serem considerados a complexidade do caso, o recurso material disponível, a qualificação do perito ou do auditor e o local e as condições de trabalho.

Em tese, todo mau resultado advindo de uma atividade médica avaliativa pode ser sinônimo de negligência. Todavia, tal fato deve ser avaliado de forma concreta, pois nem sempre é possível caracterizar como culpa um equívoco decorrente da falta de aprimoramento técnico e científico, pois o acesso às informações atualizadas tem um custo e uma exigência que podem não estar disponíveis a todos profissionais. O correto será avaliar caso a caso e saber se em cada um deles era possível se exigir a contribuição de um conhecimento atualizado.

- Deveres de abstenção de abusos – é necessário também saber se o médico auditor ou perito agiu com a cautela devida e, portanto, descaracterizada de precipitação, de inoportunismo ou de insensatez. Isso se explica porque a norma moral exige das pessoas o cumprimento de certos cuidados cuja finalidade é evitar danos aos bens protegidos. Exceder-se em medidas arriscadas e desnecessárias é uma forma de desvio de poder ou de abuso. No entanto, ninguém pode negar que, em certos procedimentos propedêuticos, a medicina de hoje seja uma sucessão de riscos e que esses riscos, muitas vezes, são necessários e inadiáveis, particularmente quando se necessita de desesperado resultado. Isto atende às razões do princípio do risco proveito.

Podem-se também incluir entre as condutas abusivas aquelas que atentam contra a dignidade humana, até mesmo quando se expõe desnecessariamente o paciente em certos procedimentos, quando se invade sua privacidade e avilta-se a imagem e a honra alheia. O mesmo se diga quando do uso de meios e práticas especulativas e experimentais sem o devido consentimento do paciente e com os riscos considerados desnecessários.

A quebra injustificada do sigilo pericial ou de auditoria é também uma forma de desvio de poder, pois o médico tem o dever moral e jurídico de proteger as confidências e tudo aquilo que teve ciência no exercício ou em face do exercício de sua atividade. Exceção-se as situações em que há permissão do paciente, justa causa ou dever legal.

- Deveres de vigilância, de cuidados e de atenção – na avaliação de um ato profissional numa ação de perícia ou de auditoria quanto a sua legitimidade e licitude, deve ele estar isento de qualquer tipo de omissão que venha ser caracterizada por inércia, passividade ou descaso. Portanto, este modelo de dever obriga o facultativo a ser diligente, agir com cuidado e atenção, procurando de toda forma evitar danos e prejuízos que venham a ser apontados como negligência ou incúria.

Está claro que estes deveres são proporcionalmente mais exigidos quanto maior for o risco de prejuízo ao que se quer apurar. Numa análise mais fria, vamos observar que os casos apontados como culposos sob responsabilidade de certos profissionais resultam quase sempre da falta do cumprimento deste dever.

Dessa forma, é mais que justo, diante de um caso de mau resultado ou equívoco na prática pericial ou de auditoria na vida profissional e ética de um agente de conduta irrepreensível, existir a devida compreensão e a elevada prudência quando se considerar alguns resultados, pois eles podem ser próprios das condições e das circunstâncias que rodearam o ‘indesejado resultado’, sem imputar levianamente a isso uma quebra dos compromissos morais ou uma transgressão aos deveres de conduta. Não se pode consignar como culpa aquilo que transcende a prudência, a capacidade e a vigilância humana.

DECÁLOGO ÉTICO DO PERITO E DO AUDITOR

Assim como o mestre Nerio Rojas condensou em dez itens um guia prático para guiar a perícia médico-legal em seus aspectos técnicos e científicos, estamos propondo este decálogo como orientação ética na condução da arte pericial, baseado na tradição moral que se fez desta atividade uma inestimável contribuição nas conquistas da cidadania e do respeito aos interesses mais justos da sociedade. São estes os postulados éticos:

- 1) Evitar conclusões intuitivas e precipitadas – conscientizar-se de que a prudência é tão necessária quanto a produção da melhor e mais inspiradora perícia. Jamais se firmar no subjetivismo e na precipitada presunção para concluir sobre fatos que são decisivos para os interesses dos indivíduos e da sociedade. Concluir pelo que é racional e consensual na prática convencional da legisperícia.
- 2) Falar pouco e em tom sério – convencer-se de que a discrição é o escudo com que se deve proteger dos impulsos irrefreáveis da vaidade, sobretudo

quando a verdade que se procura provar ainda está *sub judice* ou quando ainda não se apresenta nítida e isenta de contestação. Fugir das declarações precipitadas e sensacionalistas em entrevistas espalhafatosas. Falar o imprescindível, com argumentação e sempre com a noção da exata oportunidade.

- 3) Agir com modéstia e sem vaidade – aprender a ser humilde. Controlar o afã ao vedetismo. O sucesso e a fama devem ser um processo lento e elaborado na convicção do aprimoramento e da boa conduta ética e nunca pela presença ostensiva do nome ou do retrato nas colunas dos jornais e nos vídeos das tevês. Não há nenhum demérito no fato de as atividades periciais correrem no anonimato, delas tendo conhecimento apenas a administração judiciária e as partes interessadas.
- 4) Manter o sigilo exigido – o segredo pericial deve ser mantido na sua relativa necessidade e na sua compulsória solenidade, não obstante os fatos que demandam perícias terem vez ou outra suas repercussões sensacionalistas e dramáticas, quase ao sabor do conhecimento de todos. Nos seus transes mais graves, deve o perito manter sua discricção, sua sobriedade, evitando que suas declarações sejam transformadas em ruidosos pronunciamentos e nocivas repercussões.
- 5) Ter autoridade para ser acreditado – exige-se também uma autoridade capaz de se impor ao que se afirma e conclui, fazendo calar com sua palavra as insinuações cavilosas e oportunistas. Tudo fazer para que seu trabalho seja respeitado pelo timbre da fidelidade à sua arte, à sua ciência e à tradição médico-legal. Decidir com firmeza. A titubeação é sinal de insegurança e afasta a confiança que se deve impor em momentos tão delicados. Se uma decisão é vacilante, a arte e a ciência tornam-se fracas, temerárias e duvidosas.
- 6) Ser livre para agir com isenção – concluir com acerto mediante a convicção, comparando os fatos entre si, relacionando-os e chegando às conclusões sempre claras e objetivas. Não permitir de forma alguma que suas crenças, ideologias e paixões venham influenciar um resultado para o qual se exige absoluta imparcialidade e isenção.
- 7) Não aceitar a intromissão de ninguém – não permitir a intromissão ou a insinuação de ninguém, seja autoridade ou não, na tentativa de deformar sua conduta ou dirigir o resultado para um caminho diverso das suas legítimas e reais conclusões, para não trair o interesse da sociedade e os objetivos da justiça.

- 8) Ser honesto e ter vida pessoal correta – é preciso ser honesto para ser justo. Ser honesto para ser imparcial. Só a honestidade confere um cunho de respeitabilidade e confiança. Ser íntegro, probo e sensato. Ser simples e usar sempre o bom senso. A pureza da arte é como a verdade: tem horror ao artifício. Convém evitar certos hábitos, mesmo na vida íntima, pois eles podem macular a confiança de uma atividade em favor de quem irremediavelmente acredita nela.
- 9) Ter coragem para decidir – coragem para afirmar. Coragem para dizer não. Coragem para concluir. Ter coragem para confessar que não sabe. Coragem para pedir a orientação de um colega mais experiente. Ter a altivez de assumir a dimensão da responsabilidade dos seus atos e não deixar nunca que suas decisões tenham seu rumo torcido por interesses inconfessáveis.
- 10) Ser competente para ser respeitado – manter-se permanentemente atualizado, aumentando cada dia o saber. Para isso, é preciso obstinação, devoção ao estudo continuado e dedicação apaixonada ao seu mister, pois só assim seus laudos terão a elevada consideração pelo rigor que eles são elaborados e pela verdade que eles encerram.

PERÍCIA JUDICIAL

Júlio Cezar Meirelles Gomes*

*A decadência moral é
O resultado da riqueza sem trabalho,
Do prazer sem escrúpulos,
Do conhecimento sem sabedoria,
Da consciência sem moral,
Da política sem ideal,
Da religião sem sacrifícios,
E da ciência sem humanismo. (Ghandi)*



Boccaccio. A necropsia de Agripina. Gravura. *Le cos des nobles et femmes* (1410). Biblioteca Nacional de Paris. In: BEZERRA, Armando José China. *Admirável mundo médico: arte na história da medicina*. Brasília: Ed. do CRM-DF, 2002. p. 88

* Mestre em Medicina Interna pela Universidade de Brasília. Médico pneumologista. Médico perito do Ministério da Fazenda.

INTRODUÇÃO E APRESENTAÇÃO

A Medicina de hoje acresce às suas responsabilidades tradicionais novas qualidades de valor, a saber: 1) produção do conhecimento; 2) profissionalização e, por fim, 3) a adequação moral perante a sociedade; agora, mais uma de elevada estirpe, qual seja a tradução da Medicina para a autoridade médica judicial, a verdade médica ou biológica, isto é, a própria tradução juramentada e com o grau da sua fé pública dos fatos biológicos, adversos ou benéficos ocorridos em seres humanos. A Medicina Legal, até poucos anos, era vista como a disciplina singular de interface entre a Medicina e o Direito, aliás entre Medicina e justiça, como responsável quase exclusiva pela emissão de pareceres para a formação de juízo, produção de provas e para o esclarecimento pleno da autoridade judicial ou senão administrativa.

A competência singular não era exclusiva, exceto na emissão dos laudos privativos da esfera médico-legista, sob apanágio do Estado. O médico, especialista ou não, podia ser chamado pelo poder judiciário para interpretar os fatos ainda submersos no oceano da saúde ou relativos à infortunística. A Medicina Legal, outrora tão estudiosa das lesões provocadas por agentes físicos, pela violência do meio e do próprio homem, além de estudar a morte como fenômeno biológico terminal, após construir seu acervo propedêutico básico, viu-se agora privada de legitimidade pela própria confraria acadêmica e gestora do ensino superior, que, na década de 1990, a suprimiu do currículo médico como disciplina obrigatória; além da posição de desvantagem na elucidação dos fatos biológicos adversos diante de especialidades emergentes dotadas de um refinado arsenal técnico, como Genética, Bioengenharia, Medicina Molecular, Medicina Fetal, entre tantas.

Ao médico-legista ficou reservado sem dúvida o conjunto de provas inerentes ao corpo de delito, sobretudo no cadáver, já aos especialistas de ponta a interpretação de dados alusivos ao ser vivo, ao homem na sua integridade física e psíquica, ou na adversidade das lesões com êxito letal.

E, assim, caminha a ciência médica em uma lógica pós-moderna de conhecimento compartilhado, fluente e transparente, mas mesclada pela teia da infortunística e pela submissão ao viés do consumo como direito fundamental do cidadão.

Tudo bem. Cabe tão somente deplorar o rebaixamento da Medicina Legal para disciplina facultativa, uma afronta à plêiade de expoentes e notá-

veis que, na esteira do iluminismo francês, produziu entre nós um acervo técnico-científico de primeiro mundo. Isto mediante a colaboração de iluminados e pioneiros como Estácio de Lima, Nina Rodrigues, Afrânio Peixoto, Leonídio Ribeiro, Sousa Lima, Alcantra Machado, Tanner de Abreu, entre tantos luminares. Nosso tema, objeto desta exposição, é deveras oportuno e bem cabe de antemão a ressalva: perícia judicial médica, sendo que aqui o agente essencial, o sujeito é que qualifica a oração, torna basilar a natureza de investigação no universo da doença e da saúde humanas.

Há quem diga que não há tratamento no âmbito da perícia ou da Medicina Legal. Alto lá! Parece coisa de desavisado. Com efeito, assistir ao infortúnio provocado por erro profissional, por má fé ou imperícia do ser humano é de certa forma curá-lo da mais grave ofensa à sua dignidade: a injustiça.

O tema é oportuno porque a perícia médica cresceu para além dos limites da Medicina Legal, ganhando espaço aberto, sem fronteiras, nas lides administrativas, securitárias e previdenciárias, trabalhistas e outras, no delicado contraditório entre o capital e o trabalho, entre demanda e oferta, entre o consumo e a prestação de serviços, títulos emergentes na ordem jurídica pós-moderna.

O mundo caminha em direção ao conflito negociável, apesar dos nichos esparsos de selvajeria, das zonas de conflito armado e intolerância ainda fumegantes, aqui e acolá, no grande vazio entre o agreste da razão e o pantanal dos instintos.

HISTÓRIA E EVOLUÇÃO

“A medicina legal é a aplicação de conhecimentos científicos aos misteres da justiça”, já sentenciava Afrânio Peixoto (1936, p. 5).

O código penal de 1830 inaugurava em nosso país a necessidade de intervenção médica sobre questões de homicídio: “O mal se julgará mortal a juízo dos facultativos” (BRASIL, 1873, Art. 195). O código de processo penal de 1823 e seu regulamento havido em 1842 exigiam que a avaliação do corpo de delito fosse feito por dois profissionais e peritos na matéria que se tratasse e na sua ausência “por pessoas entendidas e de bom senso” (Art. 258).

O artigo 259 daquele código citava médicos, cirurgiões e boticários como profissionais preferidos para avaliação do corpo de delito, ressalvada as urgências, que, na ausência daqueles, “outros quaisquer”.

Nas principais capitais do país, a partir do século XIX, os médicos peritos ou especializados em perícias são chamados para avaliação do corpo de delito perante a justiça. Era costume entre os magistrados da época, até o primeiro cartel do século XX, a convocação de médicos conhecidos para a realização de perícia judicial. Independentemente da especialização.

Em abril de 1856, o decreto imperial n. 1.740 criava junto à secretaria de polícia da corte uma assessoria médica para ações periciais. Os primeiros médicos designados para o cargo foram Antonio José Pereira Neves e José Francisco Sousa Lemos, cuja atribuição precípua consistia em “exercerem em corpos de delito e quaisquer exames médicos necessários para averiguação dos crimes e dos fatos como tais imputáveis”. Era o início da Medicina Legal sob a égide do Estado em nosso país. Em junho de 1890, o decreto n. 463 dava novo regulamento para a secretaria de polícia e aumentava de dois para seis o número de médicos legistas. Em abril de 1900, o decreto de n. 3.640 ampliava de assessoria para gabinete médico-legal e criava o exame obrigatório de sanidade mental para pessoas suspeitas de alienação antes de serem recolhidas ao hospício nacional.

Ensino da Medicina Legal

A Medicina Legal tem como data-base de sua criação o ano de 1832, com a criação oficial das Escolas de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro.

A reforma no ensino de 1854 no Brasil Imperial muda para ciências acessórias o seu título e cria o laboratório de toxicologia. Em 1891, as faculdades de Direito foram dotadas do curso de Medicina Legal.

CONCEITO, DEFINIÇÃO E FINALIDADE DA PERÍCIA MÉDICA JUDICIAL

Afrânio Peixoto, em seu magistral *Compêndio de Medicina Legal*, editado em 1936 no Rio de Janeiro, dispõe:

É a medicina legal a aplicação de conhecimentos científicos aos misteres da justiça [e prossegue] não é uma ciência autônoma no sentido exato da expressão, mas o conjunto de aquisições de várias origens para um fim determinado. [e mais] a função do perito: saber os fatos da

prática, conhecê-los pela observação [...] e claramente sem subterfúgios dizer à justiça sua opinião (PEIXOTO, 1936, p. 5).

Perícia médica, no sentido amplo, segundo Alcântara (2006, p. 2), “é todo e qualquer ato propedêutico ou exame feito pelo médico com a finalidade de colaborar com as autoridades administrativas, policiais ou judiciais na formação de juízo a que estão obrigadas”.

Perícia é a capacidade teórica e prática para empregar com talento determinado campo do conhecimento, alcançando sempre os mesmos resultados.

Falsa perícia ou o que não é perícia é uma afirmação contra a verdade; a negação da verdade, e o silêncio sobre a verdade. É crime previsto no artigo n. 342 do código penal. Em perícia, por sua vez, é a ignorância, o desconhecimento técnico, a inabilidade ou a descapacitação capaz de gerar danos previstos no artigo 29 do CEM/1988 e artigo 15, inciso 2º do código penal.

Perícia é o meio de prova feito pela atuação de técnicos ou doutores, promovida pela atividade policial ou judiciária com a finalidade de esclarecer a justiça sobre fatos relevantes.

A perícia médica ocorre quando a matéria da perícia é de natureza médica.

Segundo Gagli (*apud* PARECER AJ CFM..., 2004), “perito de fato é aquele que por capacidade técnica especial é chamado a dar seu parecer sobre a avaliação de uma prova”.

Perícia médica judicial é o ato ou o conjunto de procedimentos, diagnósticos e prognósticos realizados por médico legalmente habilitado, destinado a informar e esclarecer autoridade judicial sobre provas e fatos de natureza médica, contribuindo para a formação de juízo de valor sobre a prova que diz respeito à saúde, integridade ou injúria no ser humano. É, pois, um conjunto de procedimentos técnicos atribuídos aos médicos pela legislação. Deve ser realizado apenas por profissional da Medicina legalmente habilitado a informar e esclarecer a autoridade judicial sobre fato próprio da sua especialidade, no interesse da justiça. Segundo o parecer n. 163/97 do setor jurídico do CFM,

O ato do perito médico é um procedimento médico profissional; ao emitir seu laudo usa o vasto conhecimento científico e sua capacidade técnica, respeitando a disciplina legal e administrativa. Seus requisitos

básicos a habilidade de ser médico, a habilitação legal devida, a formação clínica e o domínio técnico.

A palavra perícia vem do latim *peritia* (habilidade, saber), que, na linguagem jurídica, significa diligência realizada por peritos para evidenciar determinados fatos.

A finalidade da perícia médica judicial, segundo França (*apud* GARÇÃO, 2004), é produzir a prova, e a prova é o elemento demonstrativo do fato. Destarte, a perícia contribui para a revelação da existência ou não de um fato contrário ao direito, dando ao magistrado oportunidade de perceber a verdade e formar sua convicção. O perito aponta a evidência biológica para o discernimento judicial.

O perito judicial é um técnico designado pela justiça e encarregado de esclarecer fatos e acontecimentos contidos no processo. A atuação do perito far-se-á em qualquer fase – policial ou judiciária – do processo. É ainda qualquer profissional especializado em determinados ofícios (*in casu*, a Medicina), artes ou ciências, capaz de conduzir quem quer que seja à verdade, quando para tal é solicitado.

As perícias médicas criminais são aquelas realizadas por instituições médico-legais ou por médico designado pelo juiz para informar sobre provas constantes nos autos. Em pessoas vivas, são: lesão corporal, atentado ao pudor e conjunção carnal; em cadáver, são o exame necroscópico, a exumação e outros.

Segundo Alves Menezes (*apud* GARÇÃO, 2004), o laudo médico-pericial é o cartão de visita do profissional legista, a sua ficha de identidade técnica, o repositório da sua sabedoria, o estojo da sua experiência, a chave do seu prestígio e o passaporte para sua glória. Mas como punhal traiçoeiro e bi-cortante poderá ser também o óbito da sua fama e o epitáfio da sua reputação. Sábias palavras, sem dúvida.

QUALIDADES DO PERITO. PERFIL DE ATRIBUTOS DE QUALIDADE

A cláusula pétrea ou recomendação considerada como padrão-ouro inerente à qualidade do médico perito está contida no preceito basilar do artigo 118 do Código de Ética Médica (CEM), de 1988, que exige do médico no exercício da perícia “atuar com absoluta isenção, assim como não ultrapas-

sar os limites das suas atribuições e competência”. Ora, há que se ater aos termos da norma e tê-los bem à vista, como por exemplo, a isenção absoluta, atributo essencial do juiz mesmo que não seja togado, como é o nosso caso. Bem aí está o princípio ético da justiça, tanto melhor se a justiça for do tipo equânime, como preconizava de antanho o festejado jurista Rui Barbosa, numa visão assimétrica da justiça distributiva, uma espécie de vaso comunicante no sistema de distribuição de pressões. Em segundo lugar, está a virtude do comedimento, da temperança, virtudes gregas em sua origem mais remota, no sentido de não ser autoritário, nem complacente e respeitar a autonomia do periciado sem ferir a própria autonomia. Aliás, convém assinalar ainda que, respeitadas a lei e a técnica, o perito médico deve ser independente e responder apenas à sua consciência.

Lacassagne e Martin (*apud* FÁVERO, 1940), renomados autores, traçaram no início do século passado as seguintes normas, ou aforismos, para balizar a conduta do médico perito:

- é preciso aprender a duvidar;
- os casos mais simples podem ser os mais complexos;
- ver com atenção e focar bem o caso;
- evitar teorias precipitadas e desconfiar dos arroubos da imaginação;
- não formular hipóteses complicadas;
- agir com ordem e método mediante planejamento prévio;
- *vigil et prudens*;
- a vantagem médico-legal é não criar uma inteligência restrita aos domínios da disciplina;
- perito médico-legista – ofício, ciência e arte; o ofício se aprende, a arte exige qualidades naturais e, com a prática e o trabalho, torna-se um sábio;
- *ars et homo additus naturae* (BACON);
- bem julga quem duvida no momento certo (BOSSUET);
- a ciência da justiça e do universo é uma só; mister que a justiça se esclareça com as ciências psicológicas.

Henrique Barreto Prager (*apud* FÁVERO, 1940), ainda nos primórdios do século XX, oferece-nos as regras a seguir, muito judiciosas, na avaliação do autor Flaminio Fávero:

- ter competência prévia para avaliar o caso;
- agir com paciência e doçura com o periciado;
- ter sagacidade para valorizar os comemorativos;

- agir com imparcialidade;
- manter a fidelidade;
- elaborar relatório conciso e claro;
- não afirmar o que não seja demonstrável;
- não ultrapassar a esfera das suas atribuições;
- não submeter o interesse da justiça ao espírito da classe ou ao orgulho profissional.

O perito médico, para o pleno desempenho de suas atribuições, precisa de uma sólida formação clínica, amplo domínio da legislação, profundos conhecimentos de profissiografia, disciplina legal e administrativa e atributos de caráter e personalidade/integridade, independência e equilíbrio, isenção de espírito, além da qualidade da comunicação e do bom relacionamento, conforme nos ensinam os compêndios de Medicina Legal, sempre preocupados com a sólida e robusta compleição moral e técnica do sujeito.

Genival Veloso de França, renomado autor e médico-legista de nomeada, ofereceu-nos em boa hora, e com seu jeito coloquial de sábio travestido em monge, o famoso Decálogo do Médico Perito:

- 1) evitar conclusões intuitivas e precipitadas;
- 2) falar pouco e em tom sério;
- 3) agir com modéstia e sem vaidade;
- 4) manter o segredo exigido;
- 5) ter autoridade e cordialidade;
- 6) ser livre para agir com isenção;
- 7) não aceitar intromissão de terceiros;
- 8) honesto e ter vida pessoal correta;
- 9) coragem para decidir;
- 10) competência profissional para gozar de respeito.

Por fim, o mesmo autor, do alto da sua larga experiência como professor da Escola Superior de Magistratura da Paraíba e auto-denominado peregrino da ética médica ou semeador de normas, ainda dispõe com muita propriedade sobre os Deveres de Conduta do Médico Perito. Os quais são, afinal:

- dever de informação
 - transparência
 - vulnerabilidade da vítima/periciado
 - consentimento informado;

- dever de atualização profissional/educação continuada/revisão permanente do acervo científico;
- dever de abstenção de abusos/teoria do risco proveito/respeito à dignidade/autonomia;
- dever de vigilância/cuidado e atenção/não negligência.

A Associação dos Peritos Profissionais do Estado de São Paulo adota as seguintes normas e procedimentos da perícia judicial, com certeza válidas também para os médicos investidos na função pericial:

- o Perito Judicial (PJ) deve ser profissional habilitado e nomeado pelo juiz para opinar sobre questões da sua especialidade;
- o PJ deve ser profissional regularmente inscrito e habilitado, dotado de idoneidade, experiência e capacidade técnica;
- deve honrar sua função;
- a sua indicação como perito já é prova de distinção;
- observar as condições de impedimento ou suspeição;
- avaliar bem os autos para averiguar qualquer incompatibilidade ou suspeição;
- em caso de recusa da designação, peticionar em juízo a dispensa, dentro dos prazos;
- estudar o processo por inteiro;
- buscar sempre que possível provas documentais;
- como meios de diligência, levantar bibliografia pertinente e referências;
- casos de recusa ou dificuldade com terceiros devem ser comunicados ao juiz;
- o perito não crê e não cria nada, apenas conclui com objetividade;
- seu trabalho deve ser planejado e criterioso.

Com efeito, o trabalho do perito médico precisa demonstrar a existência denexo causal entre a ação do agente e seu resultado, conforme recomendação clara e expressa, bem disposta na Revista dos Tribunais (457/33). Não basta, nesse sentido, a autoridade do perito para legitimar a conclusão, ela tem que ser bem fundamentada para o controle de erros ou acertos do próprio raciocínio. O perito ademais pode ser único ou singular, o que não enseja nulidade ou arguição especial; cabe às partes, por sua vez, o direito de dispor de (peritos) assistentes técnicos, na forma de um perito especial. Boa perícia depende da vigilância também do magistrado, sempre atento às condições do processo, como um zeloso fiscal da tramitação, do andamento e da boa instrução dos autos. Afinal, trata-se da autoridade máxima gestora dos autos e senhor do destino judicial.

Qualidades Essenciais do Perito

- Honestidade
- Paciência (tolerância)
- Justiça
- Respeito
- Diligência
- Discrição
- Imparcialidade
- Perspicácia
- Independência
- Competência

A PERÍCIA MÉDICO-JUDICIAL E AS ESPECIALIDADES MÉDICAS

De antemão, à guisa de Guimarães Rosa, “não”. Assim esse renomado autor, médico e diplomata, inicia um dos seus contos em *Tutaméia*. Quase pelo fim, à sua maneira transversa e esconsa das verdades pelo meio, sem fim nem cabeça, mas com a voz do povo ou povaréu. E, de fato, a perícia médica, sobretudo na sua versão judicial, configura uma área de atuação ou concentração do conhecimento contígua à Medicina Legal, sem dúvida, sobreposta quase sempre a uma especialidade pertinente ao caso, ou à natureza essencial da lesão. Dispõe hoje de uma atuante e proffuca Sociedade Brasileira de Pericia Médica (SBPM), com sede no estado do Paraná, destinada a promover o aprimoramento técnico do perito, dar cursos de formação e especialização, concentrar o conhecimento específico (construir as ferramentas, delimitar o acervo cultural etc) e, sobretudo, construir elementos de convicção junto ao CFM/AMB para pleitear seu reconhecimento como especialidade médica.

Dispõe como área de concentração, de uma co-irmã – diríamos ainda órfã também da consagração formal –, que é a auditoria médica como atividade assemelhada na propedêutica, capaz de aferir o fato mórbido, confrontá-lo com a lida profissional e buscar o inaparente nexo de proporção e causalidade. Tudo para sua conversão em moeda corrente junto à fonte pagadora, para empresas ou convênios na maioria. Na perícia, sobreleva o dano ou benefício ocorrido como alvo principal da averiguação; já na auditoria, o que se põe em relevo é a quantidade e qualidade do ato médico junto ao paciente ou exames subsidiários à Medicina Clínica.

A Perícia Médica Judicial, como se vê, é ela mesma, acrescida de suas pompas e circunstâncias. Menos mal.

O perito médico-judicial deve dispor de pelo menos três qualidades, ditas essenciais, que são ciência, consciência e técnica.

Segundo Hélio Gomes (*apud* GARÇÃO, 2004), com esses três sintéticos, mas fundamentais requisitos, o perito está sempre apto a servir à justiça com imparcialidade e exemplar ética profissional; com essas três armas [armata] saberá sempre cumprir o seu dever.

A Perícia Médica tem como objetivo primordial buscar o nexo de causalidade entre o agente lesivo e a lesão resultante, como se vê a seguir:

- doença ou lesão e morte;
- doença ou seqüela de acidente e incapacidade/invalidéz;
- acidente e lesão;
- doença ou acidente e exercício laborativo;
- doença ou acidente – seqüela;
- desempenho de atividade e riscos.

Afinal, a busca do nexo, a devida vinculação e adequação entre agente e lesão, a proporcionalidade e simetria decifrada pelo perito conferem o selo de qualidade ao seu trabalho e, mais, consagra o princípio da busca obsessiva da verdade.

A SBPM, por sua vez, pleiteia junto às entidades médicas nacionais seu reconhecimento como especialidade, sua maioria formal, convencida de que já existe uma massa crítica de conhecimentos técnicos, técnicas operacionais e habilidades singulares que lhe conferem identidade própria e espaço exclusivo. Ademais, cabe olhar para cima e para frente; o futuro já começou para a Perícia Médica. Ela não pode mais ser considerada apenas uma ferramenta de trabalho. Não é ainda, como se vê, uma especialidade médica, mas sobrepõe-se, como luva, a tantas; não é, nem se assemelha, a uma atividade policial, nobre igualmente na investigação e diligência sobre ilícitos penais e crimes contra a ordem e o patrimônio, mas atuante em faixa própria e específica. Embora também atue por designação judicial, investido de função pública, como agente público concorrente para aferição de provas de interesse criminal prevalente, ou ainda inserido como legista na Secretaria de Segurança pública ou instituição oficial, não pode ser confundido com a autoridade coatora e fiscal da ordem pública. Assim nos fala a própria assessoria jurídica do CFM, Pena, mediante parecer elaborado e aprovado na década de 1990 sobre a matéria em apreço.

Convém deixar claro que não há perito médico oficial, mas perito do juiz e assistente técnico das partes envolvidas. Entretanto, esse fato não caracteriza o ato pericial como um ato policial, mesmo que realizado no campo do Direito Penal, posto que compete tão-somente às autoridades policiais a prática de tal ato, no qual não se enquadra a categoria médica. Pelo exposto, tem-se a intelecção que o ato de um perito médico-legista é, por excelência, um ato da natureza médico-legal e não um ato policial.

O ato do médico perito legista é, com certeza um procedimento médico que visa esclarecer fatos duvidosos ou controvertidos *sub-judice*, utilizando-se o médico para tanto do seu vasto conhecimento científico e sua capacidade técnica, respeitando, contudo, a disciplina legal e administrativa. Os peritos, com supedâneo em seus conhecimentos técnicos específicos, avaliam e emitem conclusões sobre o que examinam. A perícia compõe-se de duas partes: uma elucidativa ou descritiva e outra, conclusiva. Assim como o perito médico é, primordialmente, um médico, deve, em princípio, atentar para as disposições do Código de Ética Médica, às resoluções do CFM, bem como à lei que regula o exercício da medicina, consubstanciando-se aqui a natureza médica do ato pericial.

ACERVO LEGAL, NORMAS E FUNDAMENTOS DA PERÍCIA MÉDICA JUDICIAL

Salvador de Miranda Sá, psiquiatra, cultor das letras éticas e membro do Conselho Federal de Medicina (CFM) dispõe, em boa hora, que o trabalho do médico perito obedece a quatro princípios, a saber:

- princípio da veracidade – compromisso solene e irretroatável com a verdade;
- princípio da fidelidade profissional – sociedade > periciando;
- princípio da imparcialidade e justiça – equidistância/justiça equânime/tolerância;
- princípio da liberdade técnica/autonomia profissional.

Acrescemos, aos quatro princípios do autor referido, um quinto, relativo à autonomia do periciando, sua vontade e aceitação esclarecida sobre o ato pericial e as técnicas usadas; em verdade, o próprio princípio do consentimento esclarecido ou informado.

Os princípios éticos que balizam a atividade do Médico Perito Judicial (MPJ) são os seguintes: justiça (*prima facie*), autonomia, sigilo e responsabilidade.

A seguir, ilustramos algumas normas ou leis que disciplinam a atividade do médico perito:

- Código de Ética Médica, versão 1988

*Art. 4: Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.
[...]*

Art. 8: O médico não pode em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto renunciar a sua liberdade profissional, devendo evitar quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficácia e correção do seu trabalho.

O código de ética médica, em sua versão de 1988, oferece ainda aos médicos um capítulo em que trata exclusivamente da questão pericial de forma bem clara e auto-aplicável. Vejamos:

*Capítulo XI
Perícia Médica*

É vedado ao médico: [...]

Art 118: deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência;

Art. 119: assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal quando não os tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame;

Art 120: Ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho;

Art 121: Intervir quando em função de auditor ou perito nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinando, reservando suas observações para o relatório.

- Resoluções Normativas do CFM:
 - Resolução 1.601/2001 CFM
 - Resolução do CFM n. 1.630/2002 – dispõe sobre condições para realização de exame de aptidão física para aquisição de CNH;
 - Resolução do CFM n. 1.635/2002: estabelece normas para realização de exames de corpo delito em seres humanos sob contenção ou no interior de prédios prisionais;
 - Resolução 1.636/2002 CFM
 - Resolução 1.637/2002 CFM
 - Resolução do CFM n. 1.488/1998: normatiza a atividade do médico perito para assistência ao trabalhador;
 - Resolução do CFM n. 1.497/1998: dispõe sobre a atuação do médico quando designado perito por autoridade pública;
 - Resolução do CFM n. 1.810/2006: veda ao médico de segurança e do trabalho de uma empresa sua atuação como perito judicial frente a servidores da mesma empresa.

- Código de Processo Civil e Lei n. 8.455/1992
 - Artigo 145 – Dispõe sobre o direito do juiz de solicitar perícia em caso de prova técnica;
 - Artigo 146 – O perito tem o dever legal de aceitar a nomeação; pode escusar-se do dever por escrito e dentro de prazo;
 - Artigo 147 – Informação inverídica do perito, responde pelos prejuízos; Artigo 420;
 - Artigo 421 – Cabe ao juiz nomeação do perito;
 - Artigo 422 – Estabelece prazo para realização da perícia;
 - Artigo 423 – Dispõe sobre direito de escusa do múnus;
 - Artigos ns. 424, 425, 426, 427, 428, 429, 432 e 439;
 - Artigo 436 – artigo preserva autonomia do juiz diante da prova pericial; pode o magistrado, caso se mostre insatisfeito com a matéria e o conjunto das provas reunidas, determinar nova perícia médica.

- Código de Processo Penal
 - Artigo 275 – o perito, ainda que não seja oficial, está sujeito à disciplina judiciária;
 - Artigo n. 276 – as partes não podem interferir na nomeação dos peritos;

- Artigo 279 – estabelece que os peritos: estão sujeitos à interdição de direito, conforme artigos 1º e 4º e artigo 69º do código penal; Prestar depoimento e opinião prévia sobre o objeto da perícia; Ser analfabeto ou menor de 21 anos.
- Artigo 280 – estende aos médicos peritos as mesmas suspeições que recaem sobre os juízes.

- Do exame de corpo delicto.
 - Artigo 158 – infração com vestígios a perícia é obrigatória;
 - Artigo 159 – dois peritos oficiais para CD;
 - Artigo 160 – Elaboração do laudo Oficial;
 - Até o artigo 186 (excetuar os artigos 173 e 174, não alusivos ao médico).

- Pareceres do CFM com teor normativo, regulamentador e orientador sobre a atividade do médico perito:
 - PC CFM n. 19/1999
Recomenda que o médico perito, na confecção do laudo ou do relatório final, “não emita parecer, ainda que por indícios, da existência de negligência, imperícia ou imprudência, pois isto é um julgamento, missão privativa de juiz ou dos conselhos de Medicina.
 - PC CFM n. 5.968/2004
Ementa – o comportamento do médico perito deve pautar pela legislação específica, pelo CEM/1988 e resolução n. 1.488/1998;
 - PC CFM n. 8.880/2005
Ementa – o periciando não poderá ter suas condições de saúde avaliadas por médico perito a ele subordinado.
 - PC CFM n. 4.278/2006
Ementa – função pericial e assistencial são inacumuláveis, mesmo em entidade pública.
 - PC CFM n. 4.703/2003
Dispõe sobre o exercício pleno das atividades médico-legistas sem interferência de não médicos e fora de locais prisionais.
 - PC CFM n. 1.829/2006
Dispõe sobre a presença de terceiros durante exame médico pericial; apenas com consentimento expresso das partes, sem interferência de qualquer espécie, ressalvada a privacidade do ato e a autonomia das partes.

- PC Cremec n. 2.914
Estabelece que concurso público para médico perito não pode exigir título de especialização em perícia médica como pré-requisito para investidura no cargo.
- Parecer CFM/AJ n. 1.554/1997
Dispõe sobre competência do médico perito ou engenheiro sanitário para avaliação de insalubridade e periculosidade.
- Parecer CFM/AJ n. 5.983/1997
Dispõe que o ato pericial médico-legista é ato médico e não ato policial.
- Protocolo CFM/AJ, parecer n. 306/1998
Dispõe sobre obrigatoriedade da perícia *versus* direito de escusa.
- PC CFM n. 0148/1993
Estabelece prazo de validade para atestado médico para detento.
- Protocolo CFM n. 3.059/1997
Dispõe sobre competência para perícia de doença do trabalho ou ocupacional como exclusiva do médico do INSS.
- Parecer CFM n. 33/1998
Dispõe que a perícia médico-judicial prescinde do título de especialista.

RELAÇÃO PERITO/PERICIADO

Simulação em Perícia Médico-Judicial

Há que se distinguir a posição do médico que examina uma pessoa com objetivo de tratamento e do médico que a examina como perito. O cliente, por exemplo, escolhe o seu médico livre e espontaneamente e relata seus sofrimentos. Ao contrário, o periciado é solicitado pela autoridade a comparecer diante do perito ou junta de peritos escolhida pela autoridade para verificar o estado de saúde ou seqüela de doenças, com o fim de decisão de direito ou aplicação de leis.

O cliente tem todo interesse de informar ao médico assistente seus sintomas e condições de aparecimento, tendo a convicção de que assim o profissional pode chegar a um diagnóstico correto e devido tratamento. Na relação pericial, o periciado tem o interesse de obter um benefício, com a diferença de que nem sempre tem esse direito. Isto pode fazê-lo prestar informações que levem ao resultado pretendido. Leva-o a omitir e distorcer as informações

necessárias à conclusão pericial. Na relação médico/paciente, há um clima de mútua confiança e empatia, enquanto na relação pericial pode ocorrer, ao contrário, a mútua desconfiança e, muitas vezes, a antipatia por parte do periciado (Ministério da Saúde, 1998, p. 11).

Sem dúvida, a relação perito/periciando (RP/P) tem um eixo diverso da relação médico/paciente, que busca por excelência a obtenção da cura, a remissão da doença ou a promoção da saúde e, assim, tem como eixo crítico a transparência total. De um lado, a busca obsessiva da verdade, pelo médico; do outro lado, o paciente, desejoso da cura, confessando os seus males e padecimentos.

A RP/P não é bem assim. A busca do interesse financeiro ou da vantagem pecuniária pode ensejar omissão de dados, falseamento, exageros ou simplesmente a simulação de doenças da parte do periciando. Rui Menezes (2007b), em primoroso artigo publicado em *Perícia Médica*, chama a atenção para a figura da simulação, que, segundo o dicionário, significa “fingir o que não é”, ou, ainda segundo a OMS, “a produção intencional ou invenção de sintomas ou incapacidades tanto físicas quanto psicológicas motivadas por estresse ou incentivos externos”.

O tema não é novo. Está até mesmo inserido na Bíblia. Davi, fugindo às iras de Saul, refugiou-se na corte do rei Aquis, e, como ali fosse mal visto, recorreu ao ardil de simular loucura, que lhe valeu a piedade dos inimigos, permitindo sua permanência na corte. Galeno, médico grego (131-201 a C) é autor de um tratado de doenças simuladas. Há pelo menos dois conceitos em jogo na motivação dessa conduta, cabendo ao perito manter-se em alerta para eles: 1) o ganho secundário (pecuniário, financeiro) e 2) reforço ambiental (vantagem funcional ou dispensa de obrigações). Convém lembrar ainda que a simulação ocorre em situações de conflito na RP/P (embate entre a pretensão e a resistência).

Convém, portanto, ao MPJ manter-se alerta diante desse tipo de ocorrência que se presta para ludibriar o judiciário, dificultar a lida do perito e expor profissionais menos atentos ao risco de falsos atestados ou laudos mal fundamentados.

Peixoto (1936) já chamava de “Indenizofilia”, sinistrose, como denominava Brissaud, ou ainda torna-se, na opinião daquele autor, “a luta desonesta pela vida”, que faz concorrência à luta honesta. O quadro pode corresponder ainda a uma chamada neurose de compensação. O Código In-

ternacional de Doenças/10 dispõe no código n. 256.5 sobre a situação de “desacordo com o patrão e colegas de trabalho”, que pode estar na base da simulação diante do perito.

HONORÁRIOS DO MÉDICO PERITO JUDICIAL

“Digno é o trabalhador do seu salário” (LUCAS)

O Dicionário Aurélio define honorário como “remuneração àqueles que exercem uma profissão liberal; advogado, médico, etc; proventos”.

Do latim, temos a palavra *honorare*, que significa honrar. Da tradição mosaico-cristã, advém a expressão “*Honorare patrem et matrem*” (honrar pai e mãe), que significava, na Antigüidade, que o filho deveria conceder ao pai e a mãe na senectude uma compensação financeira como forma de reconhecimento pela criação.

A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos não dispõe de tabela ou valor definido para o ato médico pericial.

Cabe ao MPJ, na ausência de uma tabela onde possa aferir a dimensão e o valor exato do trabalho dispendido, observar o que dispõe o próprio CEM em seu artigo 86, que veda ao médico “receber remuneração pela prestação de serviços a preços vis ou extorsivos, inclusive de convênios”. Por outro lado, temos como baliza para fins de cobrança o artigo 596 do Código Civil, que dispõe: “Não se tendo estipulado, nem chegado a acordo as partes, fixar-se-á por arbitramento a retribuição segundo costume do lugar, o tempo de serviço e a sua qualidade”. Por fim, a resolução n. 1.497/1998 do CFM, que estabelece no parágrafo único do artigo 1º: “o médico fará jus aos honorários do serviço prestado”.

ROTEIRO DO LAUDO PERICIAL

- I – Identificação
 - Nome
 - Filiação
 - Data de Nascimento
 - Naturalidade

- Registro Geral
- Escolaridade
- Profissão
- Endereço
- II – Data, Hora, Local e Motivo
- III – Súmula do exame
 - a) Histórico
 - b) Exame físico
- IV – Discussão
- V – Conclusão
- VI – Respostas aos quesitos

EQUÍVOCOS FREQUENTES EM PERÍCIA MÉDICA

Cabe esclarecer de antemão que o “perito de fato é aquele que, por capacidade técnica especial, é chamado a dar o seu parecer sobre a avaliação de uma prova. Tratando-se de um juízo científico, não pode ele variar conforme a finalidade ou o interesse da parte que oferece a perícia”. É o que dispõe Gagli (*apud* PARECER AJ CFM..., 2004a, p. 10, nota 2).

O erro em perícia ou a imperfeição no ato pericial pode ocorrer conforme as seguintes possibilidades:

- Erro pessoal de avaliação
 - Exame clínico
 - Interpretação de exames complementares
 - Diagnóstico
 - Prognóstico;
- Má formação do perito
 - Capacitação insatisfatória
 - Especialidade diversa da questão
 - Inexperiência em procedimentos periciais;
 - Desconhecimento da legislação;
- Inobservância da relação ética entre
 - Perito/Periciando
 - Perito/Médico assistente;
- Equívocos de competência;
- Equívocos profissionais singelos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Perícia médica é uma difícil área da medicina que não se aprende nas faculdades tradicionais, mas na escola da vida diária, acumulando conhecimentos de medicina e de direito” (GONZAGA *apud* TREZUB, 2007).

A perícia médico-judicial é de fato uma área de atuação médica e concentração de conhecimentos de caráter emergente. Não é uma especialidade médica, como vimos em capítulo anterior, mas oxalá se torne em breve, visto que já dispõe de uma massa crítica de conhecimentos que alcança os limites da capacidade cognitiva dos médicos, quando se superpõe a grade curricular da Medicina e/ou a capacidade médica crítica. Constitui uma área de atuação que alcança o limite do acervo científico da Medicina, quiçá a fronteira com outras humanidades, além de não caber por inteiro na Medicina Legal. Mas dela não se exclui por completo, como ilustra a superposição das figuras (Figura 1).

A perícia médico-judicial já faz parte do acervo de mutações culturais da Medicina pós-moderna, é irreduzível e irretroatável por excelência; não dispõe de áreas de atrito ou litígio de fronteiras com outras profissões liberais ou técnicas. Vale considerar por sinal o melhor relacionamento obtido junto à magistratura e a advocacia em geral. A MPJ tem com o Direito uma parceria acadêmica e tem, com a Medicina Ética, o seu lastro de humanidades e referências normativas. Veio para ficar. É a Medicina a serviço da ordem jurídica como legítima aliada do Estado e parceira do cidadão, tudo sob a égide do seu grau e fé pública.

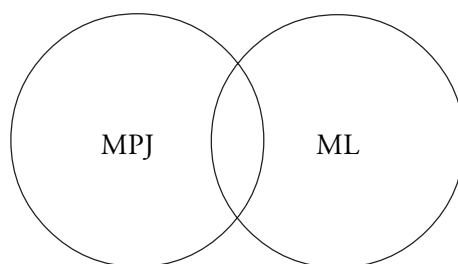


Figura 1 – Ilustração da Superposição entre Perícia Médico-Judicial e Medicina Legal

Referências

ALCANTARA, H. R. *Perícia médica judicial*. 2. ed. Rio de Janeiro: G.-Koogan, 2006.

BRASIL. *Código Criminal do Império do Brasil*. Rio de Janeiro: Eduardo e Henrique Laemmert, 1873.

BRASIL. Decreto-lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941.. Institui o Código de Processo Penal. *Diário Oficial da União*, 13 de outubro de 1941.

BRASIL. Lei n. 5.869, de 11 de janeiro de 1973. Institui o Código de Processo Civil. *Diário Oficial da União*, 17 de janeiro de 1973.

BRASIL. Lei n. 8.455, de 24 de agosto de 1992. Altera dispositivos da lei n. 5.869, de 11 de janeiro de 1973 – Código de Processo Civil, referentes à prova pericial *Diário Oficial da União*, 25 de agosto de 1990.

CAVALCANTE, J. A responsabilidade pelo pagamento dos honorários do perito judicial e do assistente técnico. In: ENCICLOPÉDIA JURÍDICA SOIBELMAN. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br>>. Acesso em: 21 set. 2007.

CFM: Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica*: resolução CFM n. 1.246/1988. 5. ed. Brasília: Ed. do CFM, 2003.

CFM: Conselho Federal de Medicina. *Pareceres do CFM*. Brasília: Ed. do CFM , 2004a.

CFM: Conselho Federal de Medicina. *Resoluções do CFM*. Brasília: Ed. do CFM , 2004b.

FAVERO, F. Perícia médica. In: _____. *Deontologia médica*. Rio de Janeiro: Pereira Melo, 1940.

GARÇÃO, L. B. Aspectos gerais das perícias médicas. In: VII ENCONTRO DOS CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA DAS REGIÕES NORTE E CENTRO-OESTE, Manaus, 2004. Palestra.

PARECER AJ CFM n. 163/1998. As. Jurídica Dra. Claudia Pene N. Queiroz. In: CFM: Conselho Federal de Medicina. *Pareceres do CFM*. Brasília: Ed. do CFM , 2004a.

PARECER AJ CFM n. 33/1998. As. Jurídica Dra. Claudia Pena N Queiroz. In: CFM: Conselho Federal de Medicina. *Pareceres do CFM*. Brasília: Ed. do CFM , 2004b.

PARECER AJ CFM n. 306/1998. Aprovação em julho de 1998. As. Jurídica Dra. Claudia Pena. In: CFM: Conselho Federal de Medicina. *Pareceres do CFM*. Brasília: Ed. do CFM, 2004c.

PEIXOTO, A. *Medicina Legal*, In: PEIXOTO, A. *Compêndio de Medicina Legal*. 2. ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1936. V. II.

REIS MENEZES, J. S. *Honorários em perícia médica Judicial*. Disponível em: <<http://www.periciasmedicas.med.br/livros.htm>>. Acesso em: 21 set. 2007a.

REIS MENEZES, J. S. *Simulação em perícias médico-judiciais*. Disponível em: <<http://www.periciasmedicas.med.br/livros.htm>>. Acesso em: 21 set. 2007b.

RELAÇÃO DO MÉDICO PERITO COM A INSTITUIÇÃO. *Ética – Revista CRM-DF*, Ano V, n. 1, p. 24-25, jan./fev. 2007.

RELAÇÃO DO MÉDICO PERITO COM O PERICIADO. *Jornal de Perícias Médicas*, Ministério da Saúde, Brasília, 2005.

ROSA, J. G. *Tutameia*: coletânea de contos, terceiras estórias. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

SANTOS, W. A. Perícia médica judicial cível: o direito e os assistentes técnicos. In: CAFÉ ACADÊMICO. Disponível em: <<http://www.wellingtonsantos.com/academico10.htm>>. Acesso em: 21 set. 2007.

SOUZA; DARDEG; SÁ MIRANDA. Perícia médica/auditoria e ética. *Jornal do CFM*, p. 9, ago. 2002.

TAVARES, E. Perícia Médica. In: CFM: Conselho Federal de Medicina. *Desafios Éticos*. Brasília: Ed. do CFM, 1993. p. 240-250.

TREZUB, C. Sociedade Brasileira de Perícias Médicas. Disponível em: <<http://www.periciasmedicas.org.br/Internet>>. Acesso em: set. 2007.

SEMIOLOGIA PERICIAL

Eduardo Henrique Rodrigues de Almeida*

Semiologia, todos sabem, é a técnica de explorar os sinais e sintomas na busca do diagnóstico. Os sintomas, descritos da forma mais espontânea possível, são os elementos semióticos de maior valor, de tal forma que o diagnóstico clínico já está praticamente formulado antes mesmo do exame físico, na maioria dos casos cotidianos.

Em Perícia Médica, é diferente, o perito não investiga diagnósticos com base na história e no exame físico, procura, sim, constatar a doença ou a limitação alegada pelo examinado que, em geral, já tem um diagnóstico firmado, e, no caso da Perícia Previdenciária, dimensionar a extensão do comprometimento da capacidade de trabalho. Aqui, vale um parêntese, o bem jurídico segurado pela Previdência Social é exatamente a capacidade de trabalho, não a higidez. Para fazer jus ao auxílio-doença, apesar do nome, é necessário haver incapacidade total para o exercício da atividade habitual.

Muito importante também é estabelecer a época em que a doença teria tido seu início, aqui entendido como manifestação clínica, e a época em que se tornou incapacitante. Para isso, é necessário conhecer a história natural das doenças, os aspectos que lhes aceleram ou limitam a evolução, os sinais clínicos de desuso, de repouso prolongado, de estado nutricional, de estado mental, de esforço contra-lateral vicariante etc.

Boas entrevistas, que explorem minúcias de aspectos relevantes do caso, são o segredo principal para identificar quem realmente está incapacitado, quem exagera e quem simula doenças. Pouca coisa escapa a uma boa anamnese.

Complementarmente, o exame clínico dirigido, utilizando técnicas semióticas e correlacionando os achados – positivos e negativos – aos elemen-

* Especialista em Medicina do Trabalho pela Faculdade de Ciências Médicas de Belo Horizonte (BH). Especialista em Ergonomia pela Ergo de BH. Residência em Gastroenterologia no IPSEMG de BH. Residência em Clínica Médica no IPSEMG de BH. Médico formado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, em 1981.

tos da entrevista dão ao perito a segurança necessária para um julgamento justo da incapacidade, bem como para um relatório consubstanciado, administrativa e juridicamente consistente.

Saúde não é ausência de doença, mas o equilíbrio entre agente e hospedeiro, entre antígeno e anticorpo, entre dano e reparação. Se doença é o desequilíbrio, pode-se esperar que seja individual a forma de se portar física e socialmente perante ela. Assim, a perícia precisa individualizar a incapacidade. O aforismo clássico “não há doenças; há doentes” é muito presente em Perícia Médica Previdenciária. A prática médico-pericial previdenciária demonstra que o mais difícil nem sempre é verificar a existência da doença, mas dimensionar a incapacidade dela resultante. Este é o maior e permanente desafio.

O amadurecimento na prática médico-pericial proporciona uma postura isenta, equidistante, serena e firme perante o examinado. Isto acontece na medida em que o perito abandona o receio de ser enganado como foco central da perícia e passa a admitir que ocultar certas informações e destacar outras é esperado como comportamento normal de quem se submete a uma perícia. A valoração das queixas vai ganhando sua verdadeira dimensão com o transcurso normal da entrevista e do exame clínico. Não há quem sustente inverdades diante de um entrevistador interessado e minucioso que não adota postura moralista diante das simulações nem dos exageros, mas que precisa enxergar através destes comportamentos, como se fosse um véu, para dimensionar corretamente a incapacidade subjacente. Mesmo o simulador pode estar doente e incapaz.

A postura do perito determina, em grande parte, a do examinado. Mesmo ao prestar informações, o perito deve ser comedido, encontrando o equilíbrio entre ser firme e imparcial e ser cortês, compreensivo. O exagero nas medidas, no detalhamento, a voz alta e a repetitividade nas respostas denotarão insegurança e potencializarão reações coercitivas por parte de alguns examinados.

Há diferenças fundamentais entre uma consulta médica, à qual todos estão familiarizados, e as perícias médicas. A principal delas é que a perícia não é ‘para’ o examinado, mas para a autoridade constituída que requereu o ato médico, no caso, o presidente do INSS.

A conclusão da perícia, portanto, é um ato interno, e o examinado recebe uma comunicação do resultado de seu requerimento de benefício assinado pelo presidente do INSS, não o resultado da perícia. Entretanto, o laudo fica registrado em sistema e pode ser requisitado pelo interessado.

O segundo aspecto a destacar é a impessoalidade exigida do agente público, que faz com que o perito não possa ser escolhido e não permite também que o perito examine parentes, amigos ou pacientes próprios ou vinculados a empresa à qual tenha relações capazes de interferir em seus julgamentos.

O terceiro aspecto de diferenciação é a relação investigativa em substituição à relação de mútua confiança, pilar indispensável da relação médico/paciente. Muitos clínicos têm dificuldade em se portar como peritos, tal a sua formação acadêmica que desde cedo vincula Medicina à relação interpessoal elevada, franca e sincera.

Em Perícia Médica, não há relação médico/paciente conforme compreendemos, mas relação perito/examinado em um ato médico que demanda toda a habilidade do clínico em tranquilizar o paciente, inspirar-lhe compreensão e segurança mediante uma entrevista interessada e respeitosa e um exame físico respeitoso.

O ato médico-legal que é a Perícia Médica, além de demandar expertise própria, requer profundo conhecimento da legislação previdenciária (e também trabalhista e processual).

As diversas legislações contemplam incapacidade de forma própria, de maneira que não se pode, por exemplo, avaliar direito a isenção do IRPF tendo em mente a incapacidade para o trabalho, nem considerar a invalidez dos deficientes para a Lei Orgânica da Previdência Social (Loas) como se fosse para o trabalho no Regime Geral da Previdência Social (RGPS).

Atenção aos detalhes, exame físico dirigido e comparativo, dimensionando os achados (em centímetros, cruzes) e decisão fundamentada são as bases da Perícia Médica.

Por fim, gostaria de destacar a importância de registrar tudo que for dito e observado durante a perícia, sem esquecer os dados negativos, cujas ausências são de suma importância em certas circunstâncias, e a boa descrição da atividade laboral e suas exigências cognitivas e bio-mecânicas, pois perícia previdenciária avalia a capacidade para o trabalho, não é mesmo?



PERÍCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA

Luiz Carlos de Teive e Argolo*
Bruno Gil de Carvalho Lima**

“A cada um segundo o seu direito”

PERÍCIA MÉDICA: ASPECTOS GERAIS

A atividade pericial é um ramo da Medicina que se distingue dos demais em razão de não se destinar diretamente aos cuidados com a saúde humana, mas antes emprega as técnicas e saberes médicos para responder questionamentos de outros campos das relações humanas. Insere-se na especialidade da Medicina Legal, reconhecida conjuntamente pelo Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Comissão Nacional de Residência Médica, conforme convênio celebrado em 2002, por intermédio da Comissão Mista de Especialidades (CFM, 2002). É responsável pela execução de atos médicos para elaboração de laudos que geram conseqüências nas diversas áreas do Direito (Penal, Cível, Administrativo, Trabalhista, Previdenciário e outras) (ABML, 2007; FRANÇA, 2004). Embora sua face mais reconhecida seja a perícia médico-legal, exercitada nos institutos médico-legais, é possível que o maior volume de procedimentos periciais ocorra nas suas outras instâncias.

Os atos periciais realizados pelos médicos podem ser, de uma maneira geral, catalogados como perícias judiciais, quando determinadas pelo Poder Judiciário; legais, quando feitas para questões de segurança pública; trabalhistas, quando destinadas a instruir processos de reconhecimento de insalubridade, periculosidade e tomada de decisões médicas sobre o gerenciamento do ambiente de trabalho; e administrativas, que são aquelas realizadas por seguradoras para avaliação de danos que façam por merecer o recebimento de

* Médico do trabalho pela Faculdade São Camilo. Médico formado em 1979 pela Universidade Católica de Salvador. Perito médico da Previdência Social do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS). Presidente da Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social (ANMP).

** Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Saúde Comunitária pela UFBA. Médico. Perito médico da Previdência Social do Instituto Nacional da Seguridade Social do INSS. Perito médico-legal no Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues. Membro da Câmara Técnica de Perícia Médica, Conselho Regional de Medicina da Bahia (CRM-BA).

parcelas indenizatórias e, no âmbito de regimes de administração específicos (federal, estaduais e municipais), para os servidores desses segmentos.

PERÍCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA

A perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) constitui atividade médico-pericial administrativa e existe, em primeiro grau, para avaliar segurados do Regime Geral da Previdência Social (RGPS). A carreira de perito médico, após luta incessante da Associação Nacional de Médicos Peritos da Previdência Social, foi criada pela lei n. 10.876, de 02 de junho de 2004 (BRASIL, 2004a). Essa lei define, em seu artigo 2º, as funções privativas dos médicos do quadro da autarquia, que são:

- I – emissão de parecer conclusivo quanto à capacidade laboral para fins previdenciários;
- II – inspeção de ambientes de trabalho para fins previdenciários;
- III – caracterização da invalidez para benefícios previdenciários e assistenciais;
- IV – execução das demais atividades definidas em regulamento.

Essa lei estabelece parâmetros legais da atividade médico-pericial e é fruto da luta da própria categoria, que se encontrava numa classificação geral de médicos do serviço público federal, sem reconhecimento de suas prerrogativas e incapaz de contribuir com os processos decisórios da autarquia em assuntos que tecnicamente diziam respeito a avaliações médicas. É o reconhecimento de uma atividade própria do Estado brasileiro, conquistada ao lado de lutas salariais e por condições adequadas de trabalho, sendo uma de suas grandes bandeiras a segurança, não só institucional, mas sobretudo pessoal.

ATOS PREVIDENCIÁRIOS COM PARTICIPAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA

O bem segurado pela previdência pública é a capacidade de o trabalhador prover o próprio sustento e o da sua família, em outras palavras, sua capacidade laborativa (BRASIL, 1988). Daí decorre o primeiro aspecto de suma importância para compreender a atividade médico-pericial no INSS. A mera presença de doença não dá direito a qualquer benefício, cuja concessão está vinculada à impossibilidade de exercer sua atividade profissional habitual. O benefício denominado, erroneamente, de auxílio-doença, é um dos be-

nefícios garantidos pela seguradora oficial, pública e compulsória do Estado brasileiro. Seria essa a primeira e original atividade pericial, para compor a parcela técnica do referido benefício. Outros benefícios previdenciários (aposentadorias por invalidez, acréscimo de 25% em aposentadorias por invalidez, qualificação de dependente maior inválido para recebimento de pensão por morte, avaliação de condições especiais de trabalho que propiciem o recebimento de uma aposentadoria antecipada, concessão de nexo técnico em doenças ocupacionais), não previdenciários (auxílio-acidente, isenção de imposto de renda, quitação do saldo devedor do financiamento junto ao Sistema Financeiro de Habitação, benefício de prestação continuada da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS) e serviço (reabilitação profissional) também dependem de apreciação pela Medicina Pericial.-

A lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991 (BRASIL, 1991) dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social. Já no seu artigo 1º, define a finalidade da Previdência, que é

assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de ‘incapacidade’, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente (grifo nosso).

O princípio da seletividade, instituído pelo inciso III do artigo 2º, enfatiza que não é a qualquer um dos segurados que venham a requerer benefícios que eles serão devidos, mas àqueles que preencherem certos requisitos.

- Auxílio-Doença

O auxílio-doença atende aos artigos 59 a 63 da lei n. 8.213, regulamentada pelo decreto n. 3.048, de 06 de maio de 1999, que institui o Regulamento da Previdência Social (artigos de 71 a 80) (BRASIL, 1999). Requerido o auxílio-doença, faz-se necessário avaliar o segurado do INSS em relação à sua capacidade laboral. Como já foi dito, a existência de doença por si só não dará direito ao referido benefício, mas sim a incapacidade para exercer a atividade habitual. Esta avaliação é o principal ponto da atividade médico-pericial na seguradora oficial. Os parâmetros devem se basear numa anamnese bem realizada, exame físico que contemple o aparelho afetado, a leitura atenta de relatórios e exames complementares apresentados. Importa, na anamnese, além

da história atual da doença alegada como incapacitante, a ocupação exercida, a idade, condições de escolaridade e outras informações que vão subsidiar o exame físico, o qual, em muitos casos, vai ser o determinante da conclusão pericial (ALCÂNTARA, 2006; FRANÇA, 2004).

Fundamental na anamnese é o estabelecimento da Data do Início da Doença (DID) e da Data do Início da Incapacidade (DII). A doença pré-existente, anterior ao ingresso do segurado no RGPS, não dará direito ao benefício a não ser que haja agravamento, conforme o Art. 59, parágrafo único, da lei n. 8.213. A DII obrigatoriamente deverá ser posterior ao ingresso do segurado no RGPS. Para os eventos isentos de carência – acidente de trabalho, acidente de qualquer natureza, doenças isentas de carência listadas por relação comum do Ministério da Previdência e Ministério da Saúde –, essa DII deverá ser posterior ao ingresso mas poderá ser anterior ao período de carência.

O conceito de carência existe na legislação previdenciária para alguns benefícios, sendo um deles o auxílio-doença (TAVARES, 2006). Exigem-se 12 prestações pagas, com as exceções já definidas. Então, fundamental é a fixação correta da DID e, mais ainda, da DII. A DID é uma data que se prende à história médica relatada. A DII tem que ter uma fixação clara, baseada em evento comprovado, um relatório médico fidedigno, um internamento, um atestado de acidente. A DII é uma data técnica, própria da atividade médico-pericial, não delegada a nenhuma outra instância. Por isso, deve ser estabelecida segundo um critério preciso, defensável em qualquer instância recursal (ou administrativa, via Conselho de Recursos da Previdência Social ou jurídica, via poder judiciário), afinal é a fixação da DII que vai ser um dos pilares do benefício, já que é ela que vai estabelecer se o benefício é passível de concessão ou não, pois sua determinação terá que ser dentro do período em que o requerente tem qualidade de segurado. A qualidade de segurado é dada a partir do momento em que as contribuições começam a ser pagas e, também, dependendo da espécie de segurado, períodos após o desemprego, que são chamados períodos de graça. Por exemplo, se a pessoa tem até dez anos de contribuição, terá direito a um ano de graça, se tiver mais de dez anos, terá direito a dois anos de graça, ou seja, terá mantida a qualidade de segurado mesmo que não esteja contribuindo para a Previdência Social durante esse período. Também acrescem a tal período a inscrição em órgão público para emprego, como o Sistema Nacional de Emprego (Sine) do Ministério do Trabalho. As doenças isentas de carência são periodicamente revistas, e são hoje

as seguintes: alienação mental, cardiopatia grave, cegueira, espondilite anquilosante, estados avançados de doença de Paget (osteíte deformante),

hanseníase, mal de Parkinson, nefropatia grave, neoplasia maligna, paralisia irreversível e incapacitante, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids), tuberculose ativa, hepatopatia grave, contaminação por irradiação e doença fibrocística.

Os critérios de cada uma das definições segue, normalmente, os consensos das sociedades das diversas especialidades, existindo uma Orientação Interna do INSS, a de número 117, de 2005 (INSS, 2005), que orienta o corpo de peritos médicos com relação a isso. No caso de doença isenta de carência, em que a DII poderá ser fixada antes das 12 contribuições (a carência exigida para o benefício por incapacidade), a DID terá que ser obrigatoriamente após a entrada do requerente no regime geral da Previdência, conforme o Art. 26, inciso II, da Lei 8.213, regulamentado pelo art. 28, inciso II, do decreto n. 3.048. Nos casos em que não haja isenção de carência, a DID poderá ser anterior a essa entrada, desde que haja agravamento do estado inicial da doença. No aspecto técnico (médico) do benefício, além da constatação da existência de incapacidade laborativa, é a DII o dado mais importante.

O exame pericial deve, portanto, estar atento à anamnese, histórico ocupacional, profissiografia, exame físico detalhado para aquele segmento do corpo afetado, relatórios e exames complementares apresentados. Os exames complementares e relatórios serão importantes mas, como impera na boa Medicina, a clínica é soberana. Portanto – é sempre bom frisar – a competência para determinar incapacidade para o trabalho é privativa dos médicos peritos (BRASIL, 2004a). O médico assistente deverá, ao emitir um relatório, se ater ao quadro clínico, datas, terapêutica instituída, prognóstico do quadro nosológico. É princípio geral da Medicina Legal que o perito atue de forma isenta e imparcial, e o reconhecimento da capital importância desse mandamento cristalizou-se no próprio Código de Ética Médica, que em seu artigo 120 declara ser vedado ao médico “ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho” (CFM, 1988). Os possíveis atritos entre empregadores e empregados não podem permear o relacionamento entre médicos, que precisa permanecer harmônico, respeitando-se as áreas de atuação privativas de cada profissional. Assim, somente o médico assistente poderá fazer o diagnóstico e prescrever tratamento, seja ele clínico ou cirúrgico. Ao médico do trabalho,

compete assegurar a salubridade e segurança do ambiente laboral, decidindo pela indicação de adaptação funcional em casos de trabalhadores com incapacidade laborativa restrita a parte das atividades inerentes à sua profissão. É o perito detém o monopólio legal da conclusão sobre capacidade *versus* incapacidade laborativa (BRASIL, 2004a).

A profissiografia é outro fator a ser considerado na avaliação pericial, o que advém da própria natureza do benefício, que é por incapacidade 'de exercer determinada atividade'. Não seria possível fazer ilações sobre a possibilidade de um trabalhador exercer uma atividade desconhecendo-se o *modus operandi* inerente a ela. Esse aspecto não precisa ser avaliado pelo médico assistente, que tampouco tem o dever de manter-se inteirado sobre a constantemente alterada legislação previdenciária, ao contrário do perito médico.

Reconhecida a existência de incapacidade, à Perícia Médica caberá estabelecer um tempo para que o requerente possa retornar ao trabalho. Com o progresso da Medicina, hoje se estima o tempo de incapacidade, se mais longo ou curto, se o caso é para uma aposentadoria por invalidez ou para reabilitação profissional, conforme a regulamentação do decreto n. 5.844, de 13 de julho de 2006 (BRASIL, 2006). Saliente-se que a fixação de data futura para cessação do benefício não constitui exercício de adivinhação, mas uma atividade médica de prognóstico, que faz parte legítima dos procedimentos da profissão e assemelha-se, em natureza, ao ato do médico que faz uma provisão de dias de internamento ao avaliar o paciente na admissão hospitalar ou que fornece um atestado para justificar faltas ao trabalho por até 15 dias. Assim como em tais atividades, também na definição do fim do afastamento custeado pelo INSS pode-se inserir um erro de prognóstico, facultando-se ao profissional reavaliar sua conclusão inicial, sem prejuízo do segurado.

O prazo de concessão de benefício poderá ser temporário, com duração de até dois anos. O segurado que não se sentir em condições de retornar ao seu trabalho, poderá formular um pedido de prorrogação, se antes da data estabelecida da cessação do benefício, ou pedido de reconsideração, se após essa data. Passadas essas possibilidades, restará ao segurado a solicitação de recurso. O recurso se dará em instância administrativa e será feito à Junta de Recursos, existindo várias nas diversas regiões brasileiras, compondo o Conselho de Recursos da Previdência Social, que pertence ao Ministério da Previdência Social, ou seja, não está na estrutura do INSS, e sim superior a ele, em termos de decisão. Acima desse recurso, que, como já dissemos, é administra-

tivo, restará, como em qualquer outra demanda, o recurso à justiça. No caso das pendências perante o INSS, recorre-se à justiça federal. Nos recursos judiciais, caberá à Procuradoria Federal Especializada, hoje quadro não mais do INSS, mas da Advocacia Geral da União (AGU), o acompanhamento da pendência como representante da previdência e que contará com os peritos médicos do quadro como assistentes técnicos da ação.

Os segurados habilitados para o auxílio-doença e todas as suas consequências poderão ser os empregados, os desempregados (dependendo do período de graça a que tenham direito e mantenham a qualidade de segurado), o segurado especial, que é o rural, o autônomo e o facultativo.

- Reabilitação Profissional

A reabilitação profissional não é um benefício, mas um serviço previdenciário. Será oferecida para aqueles segurados que, impossibilitados de retornarem à sua função original, terão capacidade para outras atividades, dentro da própria empresa ou fora dela. Nesse caso, levam-se em consideração o tipo de lesão, de doença, de limitação e de incapacidade, a seqüela e a própria história do indivíduo – idade, escolaridade – e o potencial para outro tipo de labor. Essa análise será realizada por um médico perito e por um orientador profissional, que terá entre suas atividades o contato com a empresa, a viabilização de cursos que permitam ao segurado desenvolver novas aptidões. Com a legislação que obriga as empresas a empregarem um certo número de deficientes e egressos da reabilitação da Previdência, essa perspectiva tem melhorado, mas longe ainda está do ideal, já que algumas empresas se mostram resistentes ao aproveitamento de seus funcionários incapacitados para a atividade original, conforme artigo 93 da lei n. 8.213, regulamentada pelo decreto n. 3.048, artigos 136 a 141.

É importante ressaltar que, conforme o parágrafo 1º do artigo 140 do decreto n. 3.048, “não constitui obrigação da previdência social a manutenção do segurado no mesmo emprego ou a sua colocação em outro para o qual foi reabilitado, cessando o processo de reabilitação profissional com a emissão do certificado [...]”, ou seja, a Previdência Social tem compromisso legal com a empregabilidade, com a capacidade laborativa, mas não com o emprego em si, matéria que inclusive fica a cargo de outro Ministério. Os peritos médicos atuam de forma contínua nos processos de reabilitação, definindo quais as restrições impostas pela doença ao segurado, encaminhando-o oficialmente à

reabilitação profissional, interagindo com o orientador profissional na seleção da nova função para treinamento, reavaliando o segurado ao longo do seu aprendizado, inclusive para prorrogar o período de benefício, e participando da avaliação conjunta final quando do cumprimento do estágio programado e cessação do benefício por incapacidade.

- Aposentadoria por Invalidez

A aposentadoria por invalidez é cabível quando a incapacidade for comprovadamente para toda e qualquer atividade, total e insuscetível de reabilitação profissional. É um benefício que deveria ser revisto a cada dois anos, o que a administração federal só realizou uma vez, em virtude de dificuldades operacionais (quadro de médicos só agora inteiramente próprio do serviço público, além de uma demanda enorme por exames novos, pedidos de reconsideração, de prorrogação e de recursos). Essa conclusão será sugerida por um perito e homologada por outro, de instância superior.

O vínculo empregatício do segurado aposentado por invalidez não cessa, pois existe a possibilidade de recuperação da capacidade laborativa. É facultado ao mesmo requerer nova avaliação pericial para retornar ao trabalho caso se julgue apto, ou isso pode acontecer a qualquer tempo, por iniciativa da autarquia, além da revisão bienal já mencionada.

- Reconhecimento de Nexo Técnico

Nesses benefícios (auxílio-doença e aposentadoria por invalidez), cabe lembrar a competência da Perícia para o estabelecimento de nexos técnicos, ou seja, a relação do dano incapacitante com o exercício da atividade. Daí, diferenciarem-se benefícios previdenciários de acidentários, que são aqueles decorrentes de acidente de trabalho típico – ocorrido no local do exercício do trabalho, de percurso – no trajeto casa/trabalho/casa, e por doença do trabalho. Mesmo com a nova legislação, o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) caberá à Perícia, quando da realização do exame, a confirmação quanto à incapacidade estar relacionada à atividade desempenhada ou não. O NTEP é uma ferramenta nova que emprega princípios epidemiológicos para detectar associações entre certos grupamentos de atividades produtivas e patologias, disponibilizando para o perito o resultado de um algoritmo automático para embasar a conclusão quanto ao nexos. Naturalmente, assim como nas atividades médico-clínicas e médico-cirúrgicas, a

Medicina Pericial não se utiliza apenas da Epidemiologia como subsídio para concluir, podendo descaracterizar o nexu epidemiológico ou ainda reconhecer nexu não detectado pelo programa.

Esse reconhecimento acarreta várias mudanças em relação ao auxílio-doença previdenciário. Embora o valor pago seja o mesmo, inserem-se desdobramentos em outras esferas, como a obrigação da continuidade do depósito de FGTS pela empresa, a estabilidade de um ano no emprego a partir do primeiro dia após a cessação do benefício e a possibilidade de os empregados moverem ações contra os empregadores.

- Auxílio-Acidente

Do auxílio-doença, seja ele previdenciário ou acidentário, poderá resultar o auxílio-acidente, devido quando, já apto a retornar ao serviço, o segurado apresentar seqüelas definitivas que se enquadrem no anexo III do decreto n. 3.048. Esse benefício, antes definitivo, será encerrado por ocasião da aposentadoria ou suspenso se houver novo benefício decorrente do acidente de trabalho inicial, chamado de reabertura do acidente de trabalho. O auxílio-acidente diferencia-se dos demais benefícios oferecidos pela Previdência pública, por seu caráter indenizatório. É importante ressaltar que o objetivo da Seguridade Social deve ser sempre a preservação da saúde, da integridade física e psíquica do trabalhador e da sua capacidade laborativa, investindo-se na melhoria do ambiente de trabalho para evitar ao máximo a necessidade de pagamento do auxílio-acidente, concedido em situações muito graves de seqüela e limitação.

- Benefício de Prestação Continuada

Outro benefício avaliado pela Perícia Médica com bastante freqüência é o Benefício de Prestação Continuada (BPC), fruto da lei n. 8.742/1993 – Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (BRASIL, 1993). Esse é um benefício assistencial, e não previdenciário, de natureza mista, considerando miserabilidade e incapacidade/deficiência. Seu mantenedor não é o Ministério da Previdência Social, mas o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O INSS é o operador, julgando o nível social – cada membro da família deverá ter como renda mensal menos que 1/4 do salário mínimo – e situação médica. Tal benefício deverá também estar sujeito a revisões periódicas e tem seus critérios de incapacidade, não só para o trabalho como

para atos da vida diária, bastante rígidos, com exceção de menores de 16 anos. Para esses, o critério de deficiência atenderá ao disposto no decreto n. 5.296, de 02 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004). Ações na justiça tentam mudar esse conceito, e, possivelmente, deverá entrar em vigor um critério de funcionalidade. O BPC não gera pensão e não dá direito a abono natalino.

- Pensão por Morte

A Perícia Médica também atua em avaliações para reconhecimento de dependente maior inválido. São casos em que o dependente apresenta quadro de invalidez antes de sua emancipação e anterior ao óbito do segurado.

- Majoração de 25% sobre Aposentadorias por Invalidez

Outro campo de atuação da Perícia Médica será a observação ao disposto no anexo I do decreto n. 3.048. Especificando o disposto no artigo 45 do decreto, o anexo lista nove situações em que o aposentado por invalidez terá direito a um acréscimo de 25% no valor de sua aposentadoria para custear o necessário apoio de uma terceira pessoa no seu dia-a-dia, valor não incorporado à pensão que dela possa resultar.

- Isenção de Imposto de Renda

Também na avaliação de isenção de Imposto de Renda, obedecendo ao que estabelece a legislação tributária, conforme lei n. 11.052, de 29 de dezembro 2004, a Perícia Médica do INSS é chamada a emitir parecer, sendo esse documento enviado à Receita Federal para a devida aplicação (BRASIL, 2004b). Saliente-se que qualquer médico do serviço público nas três esferas é competente para fornecer o laudo à Receita, mas o desconhecimento de muitos profissionais que não se dedicam cotidianamente a atividades previdenciárias ou trabalhistas sobre o tema termina por drenar grande parte dessa demanda para os peritos do INSS.

- Enquadramento de Exposições para Aposentadoria Especial

A partir de 1999, com a entrada em vigor do decreto n. 3.048, cabe à Perícia Médica a avaliação da exposição aos agentes nocivos – físicos, químicos e biológicos – aos requerentes que se julgam aptos ao benefício denominado aposentadoria especial. Até a lei n. 9.032, de 1995, cabia para grande parte de atividades, além de exposições aos agentes nocivos, o referido benefício

(BRASIL, 1995). As atividades encontram-se relacionadas nos decretos n. 53.831, de 25 de março de 1964 (BRASIL, 1964), e n. 83.080, de 24 de janeiro de 1979 (BRASIL, 1979). A partir de 29 de abril de 1995, apenas a exposição aos agentes nocivos de maneira permanente dá direito ao reconhecimento da atividade exercida como especial. Os agentes estão relacionados nos decretos ns. 53.831, 83.080, 2.172, de 05 de março de 1997 (BRASIL, 1997), 3.048 e 4.882, de 18 de novembro de 2003 (BRASIL, 2003). Checagem de limites de tolerância, se haverá análise qualitativa ou quantitativa, se as mensurações foram de acordo com a legislação do Ministério do Trabalho, a obrigatoriedade de apresentação de laudo técnico (emitido obrigatoriamente por engenheiro de segurança ou médico do trabalho, conforme art. 68 do decreto n. 3.048), de Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP) (INSS, 2006), enfim todos os elementos passíveis de avaliação deverão fazer parte da competência da perícia médica.

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DA ATIVIDADE PERICIAL PREVIDENCIÁRIA

A filiação da Perícia Médica Previdenciária à especialidade da Medicina Legal insere algumas peculiaridades. Assim como em qualquer ato pericial, há que se considerar, primeiramente, qual é a autoridade competente para requisitá-la (ALCÂNTARA, 2006; FRANÇA, 2004). A resposta a tal questionamento deixa claro, de imediato, “quem é o cliente” da Perícia Médica. No caso, é a autarquia previdenciária. Desnecessário dizer que o fim último da atividade médica no INSS é o segurado, tanto no sentido do reconhecimento de seus direitos como na salvaguarda do patrimônio da Previdência Social, que é de todos. Mas, em termos formais, não há relação entre o perito e o periciado no INSS. O segurado apresenta seu requerimento ao Instituto, e é dele que espera uma resposta. Nada solicita ao perito. O perito é chamado pela autarquia a pronunciar-se sobre questões que somente quem detém conhecimentos específicos (o médico) pode responder. Não deve nenhuma resposta ao periciado. É precisamente esse distanciamento que preserva a isenção da avaliação pericial, que *a priori* não é concessória nem denegatória. O perito não pode ter interesse pessoal na concessão ou negação do benefício (CFM, 1988). Tampouco pode ser escolhido pelo segurado. A clareza dessa visão também resolve um pretense problema, relacionado à co-

municação do resultado ao requerente. Não se pode solicitar à Perícia Médica que absorva tal encargo, pois o segurado não vai ao INSS pedir uma perícia, mas requerer um benefício cuja concessão depende de vários outros fatores, além do único a ser indicado pelo perito, que é a existência de incapacidade. O resultado é do requerimento feito à autarquia, e, portanto, ela, como instituição, deve comunicá-lo.

Outro ponto importante são os limites da atuação pericial. O perito atua no exíguo espaço deixado pelas normas vigentes, e não pode extrapolá-lo. Não se pode imaginar que a conclusão pericial seja um ato volitivo, estando ela tão indelevelmente atada à lei. A concessão de um auxílio-acidente, conforme já discutido, não passa apenas pela consideração quanto a uma seqüela exigir do trabalhador que empregue maior esforço para a execução da mesma tarefa, o que poderia compreender inúmeras interpretações de cada médico chamado a analisar os casos, mas fica adstrita aos itens do anexo III do decreto n. 3.048, que descrevem situações bastante objetivas.

Como em toda ação médico-pericial, a finalidade do laudo é fornecer respostas aos quesitos encaminhados pela autoridade requisitante (ALCÂNTARA, 2006; FRANÇA, 2004). No âmbito do INSS, tais quesitos não estão formulados concretamente, mas podemos identificá-los ao longo de todo o raciocínio que o perito terá necessariamente que desenvolver. O primeiro é o principal: Existe incapacidade laborativa? Uma resposta negativa indica a pronta conclusão pericial contrária à concessão do benefício. Se existente a incapacidade, pergunta-se se ela abrange todas as atividades inerentes à profissão do segurado, pois quando apenas algumas delas estão impossibilitadas, não há base para auxílio-doença, sendo obrigação legal do empregador exigir do trabalhador apenas aquelas que podem ser realizadas sem prejuízo da sua saúde, promovendo a readaptação funcional e ouvindo o Serviço de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho ou congêneres. Sendo a incapacidade total, o próximo quesito versa sobre a duração da mesma. Se temporária, havendo elementos para estimar um prazo para recuperação da capacidade, fixa-se uma Data de Cessação do Benefício. Se provavelmente temporária, mas sem elementos para tal fixação, como em casos graves de quadro clínico ainda não definido, pode-se sugerir revisão em dois anos. Se a incapacidade aparenta ser permanente, passa-se ao quesito seguinte. Interessa, então, saber se a incapacidade restringe-se à atividade atual do trabalhador ou se abarca todas as profissões. No primeiro caso, indica-se reabilitação profissional. Quando, entretanto,

a incapacidade é total, permanente e omni-profissional, a conclusão deverá ser de aposentadoria por invalidez.

O trabalho pericial foge ao que aprendemos e vivenciamos na faculdade. Foge, mesmo, ao que se propõe primeiro o médico, que é confortar e aliviar o sofrimento humano. Entretanto, tem uma importância vital, de sobrevivência até, para os que estão realmente incapacitados para o trabalho, lembrando que esta seguradora pública é compulsória para milhões de pessoas. O compromisso da Perícia Médica com a gestão do dinheiro público – afinal, são bilhões de reais, de um dinheiro que vem da própria população, por via direta, contribuição dos empregados e autônomos, e por via dos empregadores – é total. Como diz o Manual do Médico Perito: “Ele deve ser justo para não negar o que é legítimo nem conceder graciosamente o que não é devido e não é seu”. Os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência precisam ser aplicados à atuação médico-pericial previdenciária de forma inegociável

Portanto, é fundamental o exercício de uma Perícia Médica isenta, técnica, ética, livre de amarras administrativas, com condições físicas e emocionais de exercer seu julgamento, livre de pressões e ameaças. Tem que ser claro esse entendimento por parte da sociedade, já que esse dinheiro é liberado após análise técnica do médico perito. Tem que ser compreendido pelos médicos assistentes que cabe ao perito definir incapacidade. Que uma fraude, que pode ser uma simulação, um atestado tendencioso e/ou gracioso, um atestado realmente falso, ou até mesmo fruto de crime organizado por parte de quadrilhas, será sempre um dano a toda a sociedade, trabalhadores honestos, empresas que cumprem suas obrigações trabalhistas e previdenciárias, que sustentam todo o sistema com suas contribuições/prestações. Quanto mais técnico for o perito, mais adequado e justo será seu trabalho. É uma atividade que gera conflitos, expectativas não atendidas, a natureza pericial é essa. A sua defesa, em qualquer instância, administrativa, em conselhos regionais e justiça, será a essência do trabalho bem feito, a boa técnica, o laudo circunstanciado, o bom senso e a ética médica.

Referências

ALCÂNTARA, H.R. *Perícia médica judicial*. 2. ed. Rio de Janeiro: G. Koogan, 2006.

ABML: Associação Brasileira de Medicina Legal. *Conheça a ABML [apresentação]*. Disponível

em: <http://abml-medicinalegal.org.br/joomla/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=26>. Acesso em: 27 ago. 2007.

BRASIL. Decreto n. 53.831. Dispõe sobre a aposentadoria especial instituída pela Lei 3.807, de 26 de agosto de 1960. *Diário Oficial da União*, 30 de março de 1964.

BRASIL. Decreto n. 83.080. Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social. *Diário Oficial da União*, 29 de janeiro de 1979.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União*, 05 de outubro de 1988.

BRASIL. Lei n. 8.213. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 25 de julho de 1991.

BRASIL. Lei n. 8.742. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 07 de dezembro de 1993.

BRASIL. Lei n. 9.032. Dispõe sobre o valor do salário mínimo, altera dispositivos das Leis nº 8.212 e nº 8.213, ambas de 24 de julho de 1991, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 29 de abril de 1995.

BRASIL. Decreto n. 2.172. Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social. *Diário Oficial da União*, 06 de março de 1997.

BRASIL. Decreto n. 3.048. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 07 de maio de 1999.

BRASIL. Decreto n. 4.882. Altera dispositivos do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. *Diário Oficial da União*, 19 de novembro de 2003.

BRASIL. Decreto n. 5.296. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 03 de dezembro de 2004.

BRASIL. Lei n. 10.876. Cria a Carreira de Perícia Médica da Previdência Social, dispõe sobre a remuneração da Carreira de Supervisor Médico-Pericial do Quadro de Pessoal do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 03 de junho de 2004a.

BRASIL. Lei n. 11.052. Altera o inciso XIV da Lei no 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pela Lei no 8.541, de 23 de dezembro de 1992, para incluir entre os rendimentos isentos do imposto de renda os proventos percebidos pelos portadores de hepatopatia grave. *Diário Oficial da União*, 30 de dezembro de 2004b.

BRASIL. Decreto n. 5.844. Acresce parágrafos ao art. 78 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999. *Diário Oficial da União*, 14 de julho de 2006.

CFM: Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução 1.246/1988. *Diário Oficial da União*, 26 de janeiro de 1988.

CFM: Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.634/2002. *Diário Oficial da União*, 29 de abril de 2002.

FRANÇA, G. V. *Medicina legal*. 7. ed. Rio de Janeiro: G. Koogan, 2004.

INSS: Instituto Nacional do Seguro Social. Instrução Normativa INSS/PRES n. 11. *Diário Oficial da União*, 21 de setembro de 2006.

INSS: Instituto Nacional do Seguro Social. Orientação Interna DIRBEN Nº 117. *Boletim de Serviço*, 26 de maio de 2005.

TAVARES, M. L. C. M. *Carência para benefícios previdenciários por incapacidade*. Brasília: Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social, 2006.



A PERÍCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA NO CONTEXTO ATUAL

Eduardo Henrique Rodrigues de Almeida*

Assim como para tomar uma sopa quente, a prudência manda começarmos de fora para dentro, assim o entendimento será melhor ou, ao menos, creio que me expressarei mais claramente situando a perícia no tempo e espaço antes de abordá-la propriamente. Em que contexto histórico e social está sendo realizada a perícia? Sendo um procedimento meramente técnico, essa pergunta anterior faria sentido? Faria todo o sentido, porque perícia é julgamento sobre uma constatação de doença. Perícia previdenciária julga incapacidade laboral e incapacidade não existe *per se*; é sempre 'para'. Se exerço o papel de julgador, sofro influências do meio e do momento histórico; é inegável. Para muitos peritos, isso soa como negativo, mas, na verdade, estabelece um plano mais elevado ainda para a nobre atividade médico-pericial. Evidentemente, aumenta também as dificuldades e potencializa os conflitos.

Do ponto de vista semântico, perito é aquele que domina certo saber. Nesse sentido, e também no sentido jurídico, todos os médicos são peritos. Quando um médico emite um laudo pericial, o médico legalmente habilitado está no exercício de sua profissão. Quando se fala em culpa, todos nos lembramos que, não havendo dolo, ela existe sob três formas básicas, negligência (não agir), imprudência (agir em excesso) e imperícia (agir sem estar preparado). Portanto, todo médico legalmente habilitado pode perfeitamente ser perito, mas o Código de Ética Médica, sabiamente, veta ao médico assistente atuar como perito de seu paciente para impedir que ganhos secundários, pecuniários, contaminem a relação médico-paciente.

Estamos falando de perícia médica como especialidade de fato (dissociada da assistência médica) e do perito como um médico que, além dos co-

* Especialista em Medicina do Trabalho pela Faculdade de Ciências Médicas de Belo Horizonte (BH). Especialista em Ergonomia pela Ergo de BH. Residência em Gastroenterologia no IPSEMG de BH. Residência em Clínica Médica no IPSEMG de BH. Médico formado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais de BH, em 1981.

nhcimentos inerentes à profissão, precisa dominar a legislação previdenciária, boa parte da legislação trabalhista, conhecer ergonomia, profissiografia e riscos ambientais à saúde dos trabalhadores. Não bastasse tudo isso, o perito precisa ter sensibilidade social e crítica política, sabendo todos os interesses que influenciam e decorrem de seu trabalho.

Embora ainda não reconhecida como especialidade, a perícia é uma forma peculiar de exercício da Medicina, ao exigir habilidades específicas que nem todo médico tem. Destaco como pré-requisitos, além de sólida formação médica e humanística, sensibilidade social e crítica aguçada, pois, muitas vezes, a análise do caso concreto requer considerações que transcendem o mero conhecimento técnico. O especialista em perícias precisa ter senso de justiça que o norteie, evitando muita flexibilidade que o faça desviar-se da retidão, o que lhe trará angústia e insegurança. Deve evitar também a rigidez excessiva, que pode ser uma forma de comodismo usada para proteger-se e transferir seu julgamento para a fria interpretação literal da norma legal. Os mais jovens e neófitos tendem mais para a rigidez excessiva, somente o tempo lhes permitirá ser mais flexíveis sem se perderem em decisões incoerentes.

A “perícia médica” é expressão que consta em diversos diplomas legais, portanto estamos falando de um ato médico; um ato diferente do habitual, complexo, que contrapõe interesses, desagrada, conflita. Percebemos movimento de setores sindicais em que se cogita até em torná-lo multidisciplinar que é uma forma dissimulada de esvaziar o poder inerente ao exercício da Medicina. Como os magistrados, o perito previdenciário está condenado a julgar, mesmo diante de poucos elementos. Seu parecer precisa sempre ser conclusivo, não há direito à dúvida. Um modelo multidisciplinar não evitaria que o perito, ao fim, tivesse que proferir uma sentença, mas lhe traria outros subsídios e também outras pressões ideológicas.

O contexto econômico e o nível de emprego são importantes fatores determinantes da demanda por benefícios previdenciários. A mesma condição clínica com a qual o trabalhador convivia trabalhando será alegada perante o perito se o desemprego acontecer. A estatística de indeferimentos reflete muito bem isso ao se revelar dez vezes mais alta entre autônomos e desempregados quando comparados a empregados. Caberá ao perito avaliar o efetivo comprometimento da capacidade laboral, a possibilidade de reemprego do portador da doença sem se deixar influenciar pelo drama social do desemprego propriamente dito, para o qual o governo dispõe de amparos específicos.

O contexto político também pode pressionar o perito. Quando as correlações de força entre empregados e empregadores encontrarem-se muito desequilibradas, os trabalhadores, impotentes diante das reduções de postos de trabalho com oferta abundante de mão-de-obra, sentir-se-ão fragilizados e, teoricamente, até mais propensos a diversos adoecimentos e acidentes. Tem sido comum buscarem refúgio na Previdência. A fomentar essa conduta, a legislação previdenciária tem incursões trabalhistas, como a estabilidade de 12 meses após retorno de afastamento acidentário, aspecto muitíssimo valorizado nas situações descritas. Muitos trabalhadores buscam no INSS, portanto, soluções para problemas trabalhistas e não previdenciários.

Aquele que busca provar que está doente afasta-se da cura e, efetivamente, pode adoecer. O perito convive diariamente com segurados com discutível comprometimento da capacidade de trabalho que pressionam, munidos de inúmeros atestados e exames, para serem considerados incapazes ou inválidos tendo como motivação oculta, consciente ou não, insatisfação, insegurança ou conflitos trabalhistas.

Ainda no contexto político, há sindicatos que buscam demonstrar teses ideológicas através da incidência elevada de certas patologias que procuram associar ao processo produtivo, assim emitem inúmeras comunicações da mesma doença, geralmente ósteo-musculares ou psiquiátricas. Já evidenciamos também empresas que, para evitar lides com o sindicato e demandas trabalhistas futuras, emitem comunicações de doenças inexistentes que, ao serem descaracterizadas pela perícia, proporcionam-lhes documento a ser arquivado como prova negativa.

Não é possível ser um bom perito desconhecendo todos os interesses que estão em jogo e que procurarão influenciá-lo. Algumas vezes, há verdadeira coação moral ou até mesmo física que podem não passar de meras manifestações culturais, pois, para boa parte da população, não tem constrangimento moral algum fraudar a Previdência. O perito precisa compreender e não reagir emocionalmente e nem sequer deixar-se influenciar negativamente em seu julgamento. Alguém que exagera em suas queixas pode estar efetivamente incapaz, e o perito precisa enxergar através da cortina da simulação.

Com o esforço pela profissionalização da Perícia Médica Previdenciária, tem havido maior número de indeferimentos e, sobretudo, cessação de auxílios-doença prolongados, alguns por até dez anos! Sabemos que o benefício prolongado é uma iatrogenia que leva à invalidez social, não é fácil encerrá-lo

a partir do sexto mês, mas isso tem sido feito com muita firmeza e coragem da nova geração de peritos da Previdência. Os segurados resistem e buscam robustecer seus atestados, o que nem sempre é possível perante médicos éticos e sérios, portanto têm recorrido, com muita frequência, a fraudadores e falsários, quadrilhas de agenciadores e outros que lhes fornecem até mesmo laudos de ressonância nuclear magnética e de laudos anátomo-patológicos falsos.

O movimento sindical não compreende a conquista que representa a perícia pública, comprometida com o Estado e com os cidadãos, independente de pressões e voltada para a qualidade das decisões, e reage fazendo coro com parcela minoritária de seus filiados, distanciando-se da compreensão histórica e patriótica do salto de qualidade da gestão responsável do patrimônio público.

É preciso compreender que são vários os atores sociais envolvidos na prevenção, preservação e recuperação da saúde do trabalhador, como o próprio sindicato, os empresários, as prefeituras, o SUS, o Ministério Público, as delegacias do trabalho, para citar apenas os principais. O INSS é o último elo dessa cadeia, com a responsabilidade reparatória do dano para garantir renda após todos os elos anteriores terem falhado. O que se vê é que, de todas, o INSS é a instituição mais consolidada e que paga regamente 23 milhões de benefícios mensais; as demais estão se consolidando ou se enfraquecendo ao longo dos momentos históricos.

É exatamente sobre o INSS que recaem todas as pressões, reflexo de nossa cultura que não sabe investir em prevenção. Quando tem origem sindical, as pressões revelam miopia política, interesses imediatistas e eleitorais. É frequente as rescisões contratuais serem homologadas pelos sindicatos, dando-lhe fé e referendando os exames demissionais e, pouco depois, os mesmos sindicatos emitirem CAT alegando que o trabalhador estava doente e incapaz.

O prefixo “pré” do vocábulo previdência significa que haverá postura credora dos usuários, ou seja, investimento presente para benefício futuro, mas muitos segurados são registrados por seus patrões após terem sido acidentados ou, quando autônomos, desempregados ou facultativos, ingressam como contribuintes já avançadamente doentes, idosos ou incapazes.

Por que vivemos um momento tão conflituoso? Em 2001, a Diretoria colegiada do INSS decidiu delegar poderes decisórios à rede de médicos credenciados. A partir de então, o custo do auxílio-doença, que era estável em cerca de dois bilhões de reais, explodiu, chegando a nove bilhões em 2004 e

12,5 bilhões de reais, em 2005. A demanda por perícias cresceu, mas 70% delas eram perícias de manutenção, ou seja, os segurados retornavam frequentemente para novas e novas perícias, insuflando artificialmente a demanda e empurrando a fila de marcação dos primeiros atendimentos para até 180 dias do requerimento ao atendimento. Os médicos credenciados atuavam como se fossem médicos assistentes, acompanhando seus pacientes e recebendo por consulta realizada, sem compromisso com a Previdência Pública, sem autoridade de representantes do Estado, sem segurança nenhuma para contrariar o examinado, pois atuavam em consultórios privados, sem conhecimentos previdenciários e trabalhistas. Este modelo absurdo fez com que mais e mais pessoas recorressem ao INSS, evitassem o mercado formal de trabalho e incorporassem o benefício à sua renda fixa, que era enriquecida por eventuais biscates.

Nessa época, mais do que agora, a Previdência tinha preocupações estritamente arrecadatórias e não se preocupava suficientemente com o atendimento que prestava nem com os recursos que gastava. Foi preciso que os médicos do INSS, que respondiam por apenas 27% dos atendimentos iniciais, se organizassem para exigir uma carreira, fim da terceirização e moralização do serviço. Para serem vitoriosos, buscaram apoio nas entidades médicas, no Ministério Público Federal, frente parlamentar da saúde, sindicatos, entretanto, só após uma greve maciça que durou 89 dias, a primeira da classe médica de âmbito nacional em vinte anos, é que a sociedade conquistou a lei n. 10.876/2004, que deu o passo inicial para a reforma completa do modelo.

Atualmente, vivemos o momento da mudança, naturalmente difícil, sobretudo porque a estrutura do INSS não dispõe de uma diretoria específica para a área médica, o que faz que não haja conhecimento nem monitoramento da clientela, nem sequer diretrizes detalhadas para as diversas patologias, fazendo que o médico da ponta sinta-se sem retaguarda. A mudança vem ocorrendo basicamente por voluntarismo dos médicos, sem um projeto institucional integrado, sem o devido esclarecimento público do que venha a ser Perícia Médica e benefício por incapacidade.



HISTÓRIA DA PERÍCIA MÉDICA EM GOIÁS*

Alejandro O. Luquetti**
Areolino Lustosa Filho***

INTRODUÇÃO

A Perícia Médica em Goiás inicialmente compreendia todo o estado de Goiás. Posteriormente, com a nova estrutura do Instituto Nacional do Seguro Social, em 1999, o estado foi dividido em duas gerências executivas, a de Anápolis e a de Goiânia. Vamos referir inicialmente a história da perícia no estado, acompanhando posteriormente a estrutura da instituição, com abrangência apenas do acontecido na gerência executiva de Goiânia. Assim, dividimos a história nessas duas partes.

A PERÍCIA MÉDICA NO ESTADO DE GOIÁS ATÉ 1999

Nos primórdios da atividade médico-pericial, conseguimos resgatar alguns nomes de ilustres colegas que compuseram os primeiros quadros, após as fusões que deram origem à previdência no Brasil, nos idos de 1964. Entre eles, citamos os nomes dos Drs. João Honorato, Belarmino Melo, Divino Rassi, Clovis Figueiredo e Ruy Fernandes.

Na estrutura inicial do chamado Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), cada estado tinha uma Superintendência, à qual estava subordinada a Perícia Médica. O Serviço de Atividades Previdenciárias (SAP) foi criado

* Agradecimentos aos colegas peritos médicos Drs. Bragmar e José Eduardo, que auxiliaram a resgatar algumas datas e eventos acontecidos nestes 32 anos de história vivenciada.

** Mestre em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Goiás (UFG), em 1986. Especialista em Alergologia e Imunopatologia. Médico pela Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguai, em 1970. Professor adjunto de Parasitologia na UFG. Médico perito do INSS desde 1975. Consultor da Organização Mundial da Saúde na área de doença de Chagas. Conselheiro Fiscal da Associação Nacional dos Médicos Peritos desde 2003. Editor da *Revista de Patologia Tropical*.

*** Perito Médico. Chefe do GBENIN, GEx Goiânia (GO).

posteriormente. A perícia foi chefiada na época pelo saudoso Dr. Jorge Nabuth, colega carismático, respeitado por todos os colegas, dirigiu a entidade até 1979. Este cargo foi ocupado posteriormente por outros colegas de destaque na previdência do estado (Nagib Neme, Cláudio Borges, Atenógenes Melo Figueiredo, José Eduardo C. Gabriel e um de nós (ALF¹), agora com o nome de SAP. Outros colegas faziam parte do SAP, auxiliando com recursos e processos, entre os quais lembramos de Cláudio Borges, ortopedista de reconhecida competência, assim como alguns docentes da Universidade Federal de Goiás. A sede era o prédio do ex-Inamps, na Praça Cívica, recentemente inaugurado. Nessa época, o SAP tinha como subordinados o Grupamento Médico Pericial, o Serviço Social e o Núcleo de Reabilitação Profissional.

O Grupamento Médico Pericial, em que se encontravam os médicos peritos, foi chefiado na década de 1970 pelo colega Atenógenes Melo Figueiredo, de reconhecida competência e assiduidade, que, como poucos, abraçou a perícia médica no estado até a sua recente aposentadoria. Naquela época, toda a atividade de ponta, onde se faziam as perícias, era o prédio da Rua 23, em frente ao Teatro Goiânia. Lembramos das enormes filas, que começavam na madrugada, e do prédio antigo, onde, no primeiro andar, eram executadas as perícias. Havia três salas para exame, com funcionamento de manhã e à tarde. O quadro de médicos, que era reduzido, de aproximadamente 25 colegas, foi incrementado durante o ano de 1975, com o ingresso de 12 colegas contratados, entre eles, nós (Anexo 1). Nessa época, éramos aproximadamente trinta peritos. Nossa carga de perícias estava sempre lotada, devido aos requerimentos contínuos de benefícios por incapacidade, assim como as perícias de maior inválido, dependente e outras. As perícias por acidente de trabalho eram realizadas por uma equipe de colegas (Marco Túlio Tahan, Max Maury Lopes, Nilzio A. da Silva e Bragmar, posteriormente), inclusive com o auxílio de um administrativo (Paulo), em forma separada das demais.

Existia a figura do médico perito coordenador (MPC), que validava todas as perícias realizadas pelos peritos. Cada MPC era responsável por três ou mais médicos, e existia campo próprio na Conclusão de Perícia Médica (CPM) para a aposição da trilogia “carimbar, datar e assinar”, que aprendemos no início. Também eram encarregados de preencher os formulários dos hansenianos, que, à época, não compareciam a exame, em geral confinados na Colônia Santa Marta. As perícias do interior efetuadas por alguns colegas do quadro e outros credenciados também eram validadas pelo MPC. É também daquela época o

jargão pericial atribuído a algum colega MPC que executava rapidamente o seu trabalho, sem a devida análise, de “médico perito carimbador”.

O CID empregado, era o CID 8, anterior ao CID 9 e ao atual CID 10, contido em livreto de formato pequeno, de cor branco-amarela, que, após milhares de consultas, perdia parte das suas páginas, bastante disputado. Como sempre, o diagnóstico mais freqüente, pós-operatório, era o lembrado “Y-79”, transformado para 206601 no anterior CID 9. Os mais jovens logo aprendiam de cor os principais códigos, de saudosa memória. Os formulários de preenchimento, utilizados até há pouco, incluíam a cópia carbonada na Conclusão Médico Pericial (CPM). Após executar o trabalho diário, colocávamos todos os prontuários na gaveta do coordenador, que, como consequência, sempre estava lotada. Todos os laudos, acompanhados dos exames trazidos pelos requerentes, eram incluídos em envelope branco, que incluíam as segundas vias da Comunicação de Resultado de Exame Médico (Crem), documentação que abarrotava cada envelope.

O regime de trabalho era de trinta horas semanais para a maioria dos médicos do quadro, pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A carga de exames era de 15 por dia. Na época, não existia computador, pelo que todo o trabalho era manual. Por vezes, os antecedentes médico-periciais não eram encontrados. Existiam as figuras de AX1, 2, 3 etc, PR1 (pedido de reconsideração 1), executado por outro médico perito, e o PR2, em regime de junta médica. Se o benefício fosse negado, dava-se entrada na 6ª. Junta de Recursos da Previdência Social.

Entre 1976 e 1977, foi ministrado o curso de Medicina do Trabalho (1ª. Turma), coordenado por nosso colega Célio Cezar Moura, com patrocínio da Fundacentro e da UFG, ao qual participaram como alunos vários colegas da perícia, como Areolino, Atenógenes, Bragmar, Dione, Max, Marco Túlio, Sebastião Ludovico, Syd e outros. Este curso permitiu uma abordagem mais profissional à época, em particular nos acidentes de trabalho.

O Concurso Nacional de 1976 e a Peregrinação da Sede da Perícia Médica

Este concurso público, de abrangência nacional, teve grande repercussão, pelo número de vagas, em todas as especialidades médicas à época. Para a Perícia Médica em Goiás, existiam aproximadamente 12 vagas, que foram preenchidas por quase todos os que tínhamos entrado como contratados, efe-

tivando assim o cargo. Ele foi o único existente até 2004, em que houve a renovação do quadro em Goiânia e em todo o Brasil.

A comunicação com a Direção Geral em Brasília era esporádica e não existia contato com as instâncias superiores. Não existia fax, e toda comunicação vinha por malote.

As perícias domiciliares e em hospitais eram habitualmente cobertas por um dos médicos do quadro, o Dr. Cassiano P. Lemos.

Na década de 1980, a Superintendência mudou-se para o atual prédio da Gerência Executiva, na avenida Goiás. Esse prédio, que pertencia originalmente à Polícia Federal, foi remodelado para a ocupação pelo ex-INPS, que compreendia à época o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas) com função de arrecadação, o INPS (previdência) e o Inamps (assistência médica). Junto com a Superintendência, mudou o SAP. A Perícia Médica também mudou, na década de 1980, do prédio da rua 23 para a atual sede da agência Centro, porém, em face de problemas técnicos com o prédio, tivemos que mudar logo depois para instalações provisórias em condições bastante precárias, em prédio no setor Campinas, até que as adequações fossem realizadas. Logo após, mudamos para um prédio na Rua 7, Setor Central, onde o atendimento administrativo era feito no andar inferior, bem mais amplo que o espaço que tinha na Rua 23, sendo que as perícias eram realizadas no 1º andar. Enfim, no final da década de 1980, a Perícia Médica mudou-se para o prédio atual da Agência Centro. O SAP também mudou nessa década para o antigo prédio da rua 23, agora já remodelado. Junto com ele, mudaram as chefias do Serviço Social e do Núcleo de Reabilitação Profissional (NRP) a ele subordinados.

Outras mudanças aconteceram nesse período. O antigo NRP, cuja sede era inicialmente na Av. Tocantins, em local pequeno, e que sempre se destacou pela excelência do serviço, comandado à época pela AS Eva, mudou para o prédio atual, construído especificamente para esses fins, e que ocupa um quarteirão no Setor Coimbra. Assistimos à colocação da pedra fundamental, pelo próprio presidente do INSS, na década de 1980, porém a ocupação do mesmo aconteceu em 1989. Concomitantemente, foi ascendido à categoria de Centro de Reabilitação Profissional (CRP), contando com modernas instalações e equipes multi-profissionais, incluindo fisioterapia, salas de aula para ensino fundamental e especialistas em mercado de trabalho.

No CRP, também foram lotados peritos, embora no início eram transferências de outros Institutos Federais, como da Funai. A chefia foi ocupada

após a aposentadoria de Eva, sucessivamente por várias AS, como Alba Eugenia Javanez, Maria José, e Marilene, sendo dirigida na atualidade por Luciana. Posteriormente, a chefia médica foi ocupada por médicos do quadro e, a partir de 2000, pelo Dr. Abelardo e, posteriormente, a Dra. Leila F. de Rezende, que conta hoje com uma equipe de peritos médicos dos recentes concursos.

Em 1984, os quadros da perícia médica em Goiás se viram enriquecidos com a contratação de uns 16 colegas que começaram a trabalhar conosco e, em meados da década de 1990, com a separação do Iapas em Inamps e INSS, uma nova leva de 16 médicos do ex-Inamps passou a integrar os quadros de peritos. Assim, recebemos um contingente novo de médicos, que permitiu dobrar o número de peritos, diminuindo o número de filas nas nossas dependências. (Anexos 2 e 3). Paralelamente, houve por parte do novo INSS cobrança por resultados e preocupação com a qualidade.

As Mudanças Acontecidas na Segunda Metade da Década de 1980

Consideramos que até 1985 a Perícia Médica de Goiás cumpriu seus objetivos em forma rotineira, como em outros estados. A partir dessa data, verificamos uma mudança paulatina no desempenho da perícia em Goiás, com diferenciação crescente das perícias realizadas em outros estados. Houve um salto de qualidade, um diferencial não observado anteriormente.

Várias razões podem ter contribuído para essas diferenças, tais como o interesse do próprio INSS em melhorar o atendimento, dando impulso a novas idéias, entre as quais destacamos:

- O Coordenador da Coordenação de Atividades Previdenciárias na Direção Geral em Brasília, Dr. Baldur Schubert, que assumiu nessa década, sempre incentivou novas abordagens e convocou inúmeras reuniões em Brasília com colegas de vários estados.
- O Chefe do SAP em Goiânia, com novas idéias de gerenciamento, provocou uma série de mudanças no funcionamento da perícia médica.
- Houve, pela primeira vez, um equilíbrio no número de perícias por médico, face a inclusão de vários médicos do desmembrado Inamps.
- A seção de recursos humanos, a partir da Direção Geral, provocou vários cursos anuais visando à melhoria do atendimento, para todos os servidores do INSS, incorporando o conceito de “cliente interno e externo”, com ênfase nos direitos do segurado. Estas aulas eram de caráter obrigatório, por turmas.

- Foi criado o Peritograma, a partir do Dr. Jany Wolff, de Santa Catarina, visando a correção de distorções nas conclusões da perícia e melhoria dos laudos. Posteriormente foi chamado de Qualitec.
- Em 1995, foi nomeado um médico perito, Dr. Celso S. Barros, como Superintendente no estado de Goiás.

Acreditamos que, pelo menos em parte, e com a colaboração dos médicos do quadro, alguns dos fatores assinalados, influenciaram na mudança de filosofia da perícia em Goiás e um evidente diferencial salto de qualidade.

O primeiro passo foi um novo gerenciamento, atribuindo novas funções a alguns dos nossos colegas. Assim, um de nós (ALF) foi designado responsável pela estatística. Formaram-se duas equipes com médico e assistente social, uma no período matutino, liderada pelo Dr. Geraldo com a AS Josane, e outra com um de nós (AOL²) e a AS Terezinha de Jesus Asevedo. Essas equipes tinham como função fazer a pré-seleção de candidatos à reabilitação profissional, antes do encaminhamento a CRP. Os médicos das equipes deveriam entrar em contato com cada perito, durante o atendimento, promovendo o encaminhamento, em fase precoce. Também problemas de documentação eram atendidos pela equipe. Foi designado um chefe de perícia médica, que atenderia a todas as demandas e problemas surgidos diariamente. O Dr. Agenor Caldas ocupou esse cargo. Essas mudanças provocaram um atendimento de melhor qualidade, com maior resolutividade da perícia.

Essas equipes funcionaram a contento por aproximadamente três anos. Posteriormente, com a mudança da chefia do SAP, houve um retrocesso, pois foram consideradas duplicações de serviços. Nesse momento, com o objetivo de melhorar o trabalho no CRP, um de nós (AOL) foi incumbido de comparecer uma vez por semana ao CRP para fazer a perícia no próprio local, pois o trânsito de antecedentes era demorado, e alguns segurados tomavam proveito da situação para demorar o comparecimento. Além disso, verificou-se que, por vezes, o perito não percebia que o segurado tinha sido desligado e prorrogava desnecessariamente o benefício.

Face ao crescimento do número de segurados, em todo o Brasil, em Goiânia, em particular, foram abertas várias agências, desmembrando o núcleo central, da Av. Goiás. Na época, foram inauguradas a agência Universitária, Leste, Oeste e, posteriormente, Aparecida de Goiânia. Algumas agências tinham infra-estrutura precária, em particular a de Aparecida, que, vários anos após, foi corrigida com mudança da sede.

Essa abertura de outras agências, melhorando o atendimento, fez surgir algumas lideranças entre os médicos nelas lotados. Assim, destacou-se a colega Leila na agência Universitário, onde, entre outras muitas melhoras, foi feito um cotejamento entre os dados ingressados no sistema Prisma e o retorno desses dados após o processamento no Rio de Janeiro. Nessa ocasião, foi verificado que havia uma perda de mais de 30% dos benefícios, indicando deficiências no sistema, a diferença do trabalho efetivamente realizado. Isto revertia na produtividade dos médicos, onde o trabalho real não era corretamente computado.

Também na agência Oeste destacou-se o colega Geraldo, que promoveu reuniões semanais com os colegas discutindo casos e impulsionou o movimento associativo, destacando o número de benefícios que passavam pela perícia como fator importante de controle de despesas. Os números gerados pelo Dr. Geraldo serviram de fonte para iniciar o nosso movimento de reivindicação de uma carreira de Perícia, por volta do ano de 1995.

A Primeira Jornada de Perícias Médicas do Centro-Oeste e o Primeiro Curso de Atualização em Perícias Médicas, 1995

Enquanto existia uma visível melhora do atendimento, os autores foram chamados para formar parte do SAP, com atribuições de controle do peritograma entre outras, em 1995. Surgiu a necessidade de fazer um evento para, entre outros motivos, relatar as melhoras obtidas em Goiânia. Face a experiência em eventos de um de nós (AOL), que já havia organizado alguns na academia, foi feito um programa tentativo com a intenção de trazer alguns peritos de destaque de outros estados. Face ao envolvimento de peritos de outras superintendências, assim como pela subordinação à Direção Geral de Brasília, foram feitos contatos com a chefe de Perícias Médicas na DG, Dra. Isa Maria Pagano Castilho. Após vários contatos, ela determinou o comparecimento a Brasília para melhor discussão. Uma tarefa que parecia fácil foi, na realidade, cheia de dificuldades, com consulta a outros estados, até que formalizamos o encontro. Parecia inverossímil aos olhos da DG que um grupo de Goiânia enfrentasse essa empreitada. Com o decidido apoio das chefias em Goiânia inclusive do colega Celso, recentemente empossado como Superintendente, além de algumas autoridades em Brasília que entenderam a importância de tal reunião, foi realizado o encontro de 20 a 23 de setembro de 1995. Na sessão inaugural, contamos com o prestígio do presidente do INSS, Dr. Crésio

de Matos Rolim, assim como o de Baldur Schubert, coordenador geral de Serviços Previdenciários, e com o comparecimento de colegas de Brasília, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Tocantins. Foram chamados colegas de Rio de Janeiro (Lucia Maria Monteiro Dias Nogueira e Waldonely Antonio de Oliveira), de Brasília (Jose Omar de Melo) e de Santa Catarina (Francisco Cortes Fernandes, Alfredo Gandur Dacach e Jany Rogério V. Wolff, a época Gerente Nacional de Auditorias Médicas do INSS), que abrilhantaram o evento. Compareceram também todos os peritos de Goiás, em jornada que começou uma quinta-feira à noite e estendeu-se até o sábado ao meio dia, nas dependências do Adress Hotel de Goiânia. O serviço de Recursos Humanos foi acionado, comparecendo vários servidores da seção de treinamento.

O Diferencial da Perícia Médica em Goiás: 12 anos de reuniões científicas ininterruptas

Após o sucesso do Congresso Regional sobre Perícia Médica, foi levantada a necessidade de reuniões esporádicas entre os colegas, para uniformizar padrões de decisão pericial, assim como repassar as informações que agora chegavam de Brasília com maior periodicidade. Por outro lado, com a criação de novas agências, os colegas que conviviam diariamente na única agência agora se encontravam dispersados e com contatos muito esporádicos. Depois de muito planejamento e consultas, foi decidido realizar reuniões mensais. Para obter a aquiescência do setor de Recursos Humanos, assim como para assegurar o comparecimento de todos, entramos em contato com a unidade de Treinamento e Desenvolvimento, que já tinha participado ativamente na organização do nosso congresso. Obtivemos uma ótima acolhida, parceria que se mantém até os dias de hoje. Houve necessidade de obter o aval de RH na DG em Brasília, obtida após alguns ajustes. Foi ajustada a duração da mesma, o local e a estrutura, assim como um planejamento anual, indicando as datas e horários com antecedência, para facilitar o comparecimento de todos e evitar a marcação de exames na data dos eventos. As reuniões tiveram duração de duas horas, das 10h ao meio dia, nas segundas quintas-feiras de cada mês, de março a novembro, em uma primeira instância. O comparecimento sempre foi obrigatório e a frequência, sempre controlada pela seção de Treinamento e Desenvolvimento. Sempre contamos com o apoio total de Guilcimar e Terezinha para esse mister. A primeira reunião científica teve lugar em março de 1996 e continua até os dias de hoje.

Com a chegada dos novos peritos concursados, assim como a ocupação de cargos nas agências do interior do estado, neste ano de 2007, aumentamos a carga horária em meia hora, com início às 9h 30min. Também foi mudado o dia, para facilitar o comparecimento dos colegas lotados no interior, que também comparecem. Por último, a periodicidade, que era mensal durante nove meses do ano, passou a compreender também os meses de fevereiro e dezembro. Existe, ao final de cada reunião, uma avaliação dos colegas, visando a melhoria das próximas reuniões. Os resultados dessa avaliação são compilados pela seção de T & D, e as ações decorrentes são equacionadas, na medida do possível. Embora na maioria das reuniões os nossos próprios peritos desenvolvam os temas, temos trazido colegas da perícia e de universidades de outros estados. O custo para a instituição é próximo de zero. Embora nos primeiros tempos alguns colegas se queixassem de mais esta atividade, hoje em dia se transforma em motivo de conagraçamento e aperfeiçoamento, que vem a facilitar o nosso dia a dia. A estrutura das reuniões compreende um tema principal, de 45 minutos de duração, apresentação de casos, notícias do GBENIN e da nossa associação. Temos orgulho de que este modelo já tenha sido recomendado para outras Gerências Executivas no país pela Direção Geral.

Os Peritos do Estado de Goiás na Direção Geral do INSS em Brasília

A partir da Primeira Jornada de Perícias Médicas, a perícia em Goiás foi considerada com outro olhar. Fomos convidados pela DG em muitas oportunidades, fazendo parte de diversos grupos de trabalho, no período de 1996 a 1998. A chefia de Perícia Médica estava localizada na época no anexo do Ministério da Previdência. Em um deles, comparecemos (AOL) durante várias semanas para implantar a LOAS no país, em dupla com Adalberto Brunca na parte administrativa. Foram assim criados os formulários e redigidos os diversos documentos necessários, inclusive o regimento. Vários de nossos peritos compareceram à auditoria realizada nos estados do Piauí e do Maranhão, em 1996 e 1997. Posteriormente, integramos o grupo de trabalho para redigir a Consolidação dos Atos Normativos da Perícia Médica, documento que, antes da implantação do Sabi, regia a perícia do INSS. A Dra. Leila também tem-se destacado pela sua experiência com a atual UTRP e tem sido chamada com frequência para ministrar cursos na área. Em 2003, fomos chamados para compor o modulo de Perícia no projeto de educação a distância, comparecen-

do inclusive a São Paulo para a capacitação pertinente. Este projeto foi abandonado posteriormente.

Os Primórdios do Movimento Associativo no Brasil e a Participação de Goiás

A Perícia Médica em Goiás iniciou seu movimento corporativo com o Dr. Agenor de Macedo Caldas, que fundou a Associação de Peritos do Estado de Goiás, em 20 de agosto de 1993, com o nome de Associação dos Médicos Peritos do INSS Goiás (Ampi-GO), conforme consta do Estatuto registrado no Cartório do 5º Ofício, protocolado em 22/12/1993, sob o número 0097110. Posteriormente, formaram parte, como presidentes, um de nós (AOL) e a Dra. Leila. Posteriormente, foi re-fundada, por problemas de documentos, e atualmente tem atividade bem destacada no comando sucessivo de vários colegas, entre os quais cabe destacar o Dr. Roberto Tiburcio, que compôs a mesma em diferentes gestões. Hoje em dia, os seus dirigentes são os delegados da Associação Nacional, com participação muito ativa (Dres. Celso e Aristóteles).

O movimento associativo começava a crescer no Brasil e acompanhamos o presidente da antiga Associação de Peritos da Previdência Social, à época o Dr. Luiz Humberto de Magalhães, em inúmeras oportunidades, fazendo reivindicações perante às autoridades do INSS e do Ministério. Assim, entrevistamos o Dr. Reinhold Stephanes e outras autoridades. Ao visitar o Ministro do Ministério da Administração e Reforma (Mare), Dr. Bresser Pereira, e ele perguntar quando tinha sido o último concurso, ouvimos dele que na realidade nossa carreira estava em extinção!! Também iniciamos nossos contatos com os deputados e senadores, embora sem a infra-estrutura necessária para tarefa de tal envergadura. Na nossa inocência de principiantes, íamos de gabinete em gabinete, ouvindo sempre palavras de apoio, porém com poucas conseqüências. Somamos muitos quilômetros caminhando no prédio anexo e no próprio Congresso Nacional. Pelo menos, pouco a pouco, fomos informando aos políticos da existência de uma Perícia Médica que muitos desconheciam no seu real significado.

Em 1995, foi aprovada a equiparação de fiscais e procuradores de vários órgãos, sem a presença da Perícia Médica. A única saída proposta pelo Ministério para melhorar os rendimentos foi a concessão de jornada dupla, etapa de dura luta, finalmente aprovada pelo Presidente do INSS, após pressão política, em particular do deputado Jovair Arantes.

Em várias oportunidades, os colegas de Goiás comparecemos em caravana para apoiar o andamento das negociações com os políticos. Nessas via-

gens, além de nos, fomos acompanhados freqüentemente por outros colegas, destacando os colegas Abelardo, José Eduardo e Tiburcio, entre outros. Em inúmeras oportunidades, comparecemos em grupos menores, em particular com os colegas Paulo Figueiredo e Aguinaldo Parrode, em carro do primeiro, sempre às nossas custas. Participamos de muitas reuniões com a Anasps em Brasília, em movimento conjunto de luta.

Posteriormente, um de nós (AOL) foi nomeado secretário da antiga Associação Nacional, sendo presidente o colega Raymond, do Rio de Janeiro. Por ocasião de doença do titular, assumiu o Dr. Luiz Humberto, e, entre nós dois, conduzimos a tumultuada assembléia da categoria no Rio de Janeiro em 2002. Houve outra também tumultuada em Belo Horizonte e outra em São Paulo. Como conseqüência das mesmas, surgiu a atual Associação Nacional dos Médicos Peritos do INSS (ANMP) de conhecida atuação. Fizemos também parte da assembléia inicial da AMNP em Brasília, onde foram nomeados o Dr. Eduardo Almeida e Luiz Argolo como presidente e vice da nova entidade. Desde a sua fundação em 2003, um de nós (AOL) forma parte do seu conselho fiscal até os dias de hoje, ora como titular, ora como suplente, comparecendo regularmente a Brasília para a fiscalização correspondente.

Goiás Chefiando Interinamente a Perícia Médica no Brasil

Em 1998, foi realizado o concurso para médicos peritos supervisores (MPS), com 200 vagas. Seis médicos foram alocados para o estado, onde foi oferecida capacitação de vários meses, sendo responsáveis pela mesma a Dra. Leila e um de nós (AOL). Um deles foi destinado a Anápolis e os outros cinco a Goiânia. Posteriormente, uma colega foi transferida para Minas Gerais.

Acompanhamos o nascimento do Sabi em reunião em Salvador, onde foram apresentados os primeiros detalhes por empresa especializada no assunto, em 1998. Nesse momento, a Dra. Isa, chefe da Perícia Médica no Brasil, estava deixando o cargo, para aposentadoria. Embora houvesse o nome da Dra. Maria Virginia Eloy para ocupar o cargo vacante, a mesma tinha entrado em recente concurso para o Ministério do Trabalho e haveria que compatibilizar o seu cargo com o da chefia de Perícia Médica na DG. Esse processo foi demorado, e o Dr. Schubert solicitou, em caráter interino, que um de nós (AOL) assumisse o encargo. Fomos designados em 28 de dezembro de 1998, até que a Dra. Virginia assumisse. Foram vários meses de permanência na DG

em Brasília, resolvendo os problemas habituais desse encargo. Na época, estavam alocados três supervisores médicos peritos, encarregados de análise de dupla jornada e outras atividades. Na nossa tarefa, atendíamos consultas telefônicas de todo o país, além das reuniões com diferentes grupos e análise de processos. Numa primeira análise, solicitamos ao Dr. Zeno de Holanda, responsável médico do RH, a lista de peritos no Brasil e à Dataprev, o número de benefícios por estado. Verificamos, em primeira análise, o número de peritos com sua respectiva lotação, identificando falta de peritos em alguns estados e excesso em outros. O desempenho ruim de alguns estados era às vezes consequência de enorme demanda com quantitativo baixo de peritos. Tomamos conhecimento do número de peritos e de algumas situações irregulares. Foram feitos relatórios e repasse das informações aos órgãos competentes.

Nessa mesma época, com a mudança na Coordenadoria de Atividades Previdenciárias de Baldur Schubert para Cezar Oliveira, assistimos em Brasília a mudança de estrutura do INSS e a implantação de 98 gerências executivas em novo modelo de gestão. O trabalho foi extremamente intenso, pois tínhamos que alocar cada perito em cada nova GEx. Peritos que atuavam em junta de recursos e outras atividades foram agrupados novamente nas suas respectivas lotações e GEx. Nessa tarefa, fomos auxiliados pela equipe técnica, em particular pelo Raimundo Nonato Lopes de Souza.

A HISTÓRIA RECENTE DA PERÍCIA MÉDICA APÓS A NOVA ESTRUTURA

Nova Estrutura e Sucessivas Mudanças de Chefia no GBENIN da GEx de Goiânia

Com a criação das Gex, o estado de Goiás foi dividido em duas Gex, Goiânia e Anápolis, com independência total. A superintendência foi anulada. O antigo SAP desapareceu, dando lugar aos GBENIN, com função similar, porém não idêntica. O Serviço Social perdeu a sua autonomia e as unidades de CRP passaram a ser Unidade Técnica de Reabilitação Profissional (UTRP). Todas essas modificações foram absorvidas lentamente, nem sempre a contento. A UTRP, que sempre tinha mostrado excelente desempenho, deveria atomizar-se, em pequenos grupos em cada agência. Esse modelo descentralizador, embora com evidentes vantagens, não foi absorvido na UTRP. A Gex nomeada, com

total autonomia, designou primeiro um de nós (ALF) para esta função. Começaram as viagens ao interior, com um quadro de médicos cada vez menor; que também deveriam atender ao Previmóvel, de início nesta época. Formavam parte do GBENIN oito médicos com diversas atribuições. Após um ano, houve desentendimentos com alguns colegas que resistiam à obrigatoriedade de viagens ao interior (para os servidores de 40h), pelo que foi solicitado ao colega Atenógenes que assumisse como chefe do GBENIN. Essa chefia continuou com as atividades habitualmente desenvolvidas durante dois anos, a contento. Nesse período, foi criado o Núcleo de Aposentadoria Especial. Após vários embates com a GEx, durante as férias do servidor, o mesmo foi exonerado do cargo de chefia, nomeando os colegas Frazão e Paulo Figueiredo como chefe, em 2003. O primeiro deixou a Previdência poucos meses após, e ambos decidiram lotar todos os peritos que atuavam no GBENIN, a maioria com mais de 25 anos de perícia, para trabalhar na linha de ponta. À mesma época começaram a chegar no GBENIN inúmeros processos dos procuradores do Estado, solicitando a nomeação de peritos para análise dos processos respectivos. Esta época foi de grande acúmulo de trabalho, com enorme acúmulo de perícias, com quadro reduzido e grande demanda. Em 2005, após mudança de gestor, voltaram ao GBENIN a maioria dos médicos que o ocupavam previamente. O colega Euler foi nomeado como chefe, e, recentemente (2007), um de nós (ALF) ocupa essa função, ocupando aquele o cargo de vice-chefe.

A Participação dos Peritos de Goiás nas Lutas de Classe por uma Carreira de Perito Médico

As lutas pela carreira de perito sempre foram acompanhadas pelos colegas de Goiás, em parte pela proximidade com Brasília, com acesso via terrestre, em uma época em que a Associação da época não tinha uma estrutura viável para pagamento de passagens e diárias. Com bastante sacrifício, acompanhamos o líder à época, Dr. Luiz Humberto, entre 1996 e 2002, em suas peregrinações pelos Ministérios e o Congresso Nacional. Por vezes, aproveitávamos uma convocação pela Direção Geral para formar grupos de trabalho, e estendíamos a nossa jornada ou a adiantávamos, para atender as nossas reivindicações. Posteriormente, também acompanhamos o novo líder, Raymond, com participação, em algumas oportunidades maciça, de vários colegas de Goiânia, transitando no Congresso, visitando deputados e senadores. Acompanhamos passeatas da

nossa e de outras categorias, inclusive com carros de som, ao sol do meio dia, na avenida Monumental em Brasília. Após muitos insucessos, um grupo de colegas de outros estados, em particular de Minas Gerais e Bahia, inconformado com o andamento das negociações, durante Assembléia da categoria, convocada no Rio de Janeiro, decidiu por votação integrar a diretoria, visando a desfechos mais efetivos, assim como estruturar melhor a antiga Associação, de estrutura precária. Depois de várias assembleias com participação de colegas de vários estados, inclusive São Paulo, foi possível detectar opiniões diferentes e decidiu-se por fundar uma outra associação, com estatuto interno e decidida a atuar. Um de nós (AOL) participou ativamente de ambos os grupos, inclusive com mandato de mediação, que não foi possível efetivar. Na época, a cisão dos peritos em dois grupos significava fragilização, dividir esforços em uma luta inútil, e um de nós (ALF) veiculou, na época de Natal uma mensagem dirigida a todos os peritos do Brasil, que já se comunicavam por *E-mail*, conclamando a união de todos, por uma causa comum, 'a carreira'.

Nessas épocas difíceis, a nova Associação (ANMP) tomou a iniciativa e partiu para a luta. Assim, surgiu a dupla Eduardo e Argolo. O primeiro, com absoluto domínio dos recursos da *Internet*, iniciou um *site* que continua até os dias de hoje; de discurso moderado, porém firme, expressou em inúmeras oportunidades às autoridades o que se pretendia. O segundo, com grande poder de interlocução, enfrentou autoridades e ministros, por vezes em ásperos diálogos. Acompanhamos ambos em muitas oportunidades em Brasília, por exemplo quando da reunião com o recentemente empossado Ministro da Previdência, Ricardo Berzoini, no início do governo Lula, que tinha prometido auxiliar os peritos antes da votação e não o fez. Depois de muitas promessas e poucos avanços, foi decidido o início de uma greve, por tempo indeterminado. Foi com muito pulso e coragem que a ampla maioria dos colegas da categoria abraçou a causa. Nosso delegado à época, Atenógenes, conduziu o movimento de paralisação em Goiás com determinação e valentia. Foi secundado por todos os peritos da GEx de Goiânia, que reuníamos diariamente as 11h, na Associação Médica de Goiás, para ouvir os avanços e recuos dos nossos dirigentes em Brasília, assim como atender a mídia.

No meio da greve, salientou-se que algumas agências no Brasil tinham atividade normal de atendimento e a causa eram os médicos credenciados. Em Anápolis em particular, os credenciados estavam 'faturando' com a greve, e em outros estados tinha credenciados que estavam ganhando mais de dez mil reais

por mês, quando nosso salário não passava de dois mil reais. Comparecemos às nossas associações de classe. A AMG sempre nos apoiou e inclusive cedeu sua sede para as nossas reuniões. O CRM e o Sindicato dos Médicos também auxiliaram, e publicaram na mídia um documento de apoio às nossas reivindicações. Inclusive o Presidente do Sindicato dos Médicos de Goiás, após varias reuniões conosco, encaminhou cartas aos credenciados de Anápolis alertando da conduta não ética no meio da greve. O nosso delegado decidiu viajar para Anápolis, após contatos com o CRM local, e partimos em comitiva para reunião na sede de Anápolis, à noite, além do delegado, o Dr. Euler e nós. Em reunião tensa, apresentamos nossas reivindicações. Posteriormente, fomos em outra viagem visitar cada um dos credenciados, que prometeram aderir ao movimento.

Esta foi a primeira paralisação nacional de médicos de uma categoria no Brasil. Passaram semanas, um mês, outro mês e a situação estava tornando-se insustentável. Houve mudança de Ministro da Previdência, tendo como causa principal a greve dos peritos. A Previdência parou nos meses de dezembro e janeiro de 2004. Comparecemos em diversas oportunidades a Brasília, de carro, o delegado e um de nós (AOL) para apoiar o movimento, junto com colegas de outros estados. Obtivemos o apoio firme do Conselho Federal de Medicina, em cuja sede reunimos em muitas oportunidades, durante o movimento. Houve *outdoors* financiados pelo CFM, em conjunto com a AMB e o Sindicato Nacional dos Médicos, afixados em locais estratégicos de Brasília e várias capitais.

Finalmente, o novo ministro, Amir Lando, acenou com um acerto, que foi disputado milimetricamente nos seus detalhes por nossos dirigentes. Também acompanhamos pessoalmente esses momentos de extrema tensão. Embora não obtivemos todas as pautas de luta, a carreira estava aprovada. Só voltamos a trabalhar em meados de fevereiro, após a publicação no *Diário Oficial*, acostumados às promessas políticas não honradas de épocas anteriores.

O Concurso e as Conquistas Obtidas após a Memorável Greve de 2003-2004

Os primeiros meses após a greve foram de intenso trabalho, pois éramos poucos médicos do quadro, com uma demanda reprimida de vários meses. Houve acordo da ANMP em trabalhar com carga maior, até que a demanda fosse estabilizada.

Pouco tempo depois, assumiram 18 médicos concursados, que foram instruídos pelos médicos do GBENIN, facilitando sobremaneira a atividade até

então sobrecarregada. Em 2006, nova leva de médicos concursados, agora com lotação no interior, permitiu novamente atingir uma perícia de qualidade.

Dos tempos mais recentes, deve ser destacada a atuação de vários colegas na mídia, em particular um de nós (ALF), que tem concedido entrevistas no rádio, televisão e jornais locais. Também fomos convidados em diversas oportunidades para palestras em eventos promovidos pela Fundação Sesc, Senac e Associação Goiana de Medicina do Trabalho (Agomt).

Na atualidade, o quadro de médicos peritos na GEx de Goiânia, que abrange várias cidades do interior do estado, inclui 82 colegas, transformando-se em força científica e política atuante, que tem participado ativamente, além das nossas reuniões mensais, de outros eventos no estado e fora dele. Do ponto de vista acadêmico, contamos com alguns mestres em áreas como Otorrinolaringologia, Medicina Tropical e outras e alguns colegas cursando pós-graduação.

Após longa negociação com o Conselho Regional de Medicina, obtivemos o reconhecimento de atividade especial, que ainda se encontra sob análise para o respectivo credenciamento. Neste ano, foram convocados todos os colegas para a eleição da Comissão de Ética, realizada sob o controle do CRM, porém que ainda deve ser empossada após a regularização das diferentes agências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resumo, após longa trajetória de mais de 32 anos de lutas e esforço conjunto, hoje em dia formamos um grupo de médicos coeso e atuante, com excelência técnica e consciência política. Caberá aos mais jovens substituir as gerações mais antigas, para o que estamos envidando esforços. Esperamos que o exposto tenha utilidade para manter a força viva da Perícia Médica do INSS, e, em futuras oportunidades, acrescer mais histórias e fatos que, ou por falta de espaço ou por esquecimento, possam ter passado despercebidas neste primeiro ensaio.

Notas

¹ ALF são as iniciais de Areolino Lustosa Filho, que, doravante, será citado desta forma.

² AOL são as iniciais de Alejandro O. Luquetti, que, doravante, será citado desta forma.

Anexo 1 – Colegas que Compuseram os Quadros até 1975 e os que Ingressaram no Período de 1975-1976

Até 1975	1975-1976
1) Adalberto Cavarzan	1) Alberto Las Casas
2) Aécio Melo	2) Alejandro ⁽¹⁾
3) Agenor Caldas	3) Areolino ⁽¹⁾
4) Atenógenes (Chefe da Perícia Médica)	4) Bragmar ⁽¹⁾
5) Divino Rassi	5) Cassiano
6) Etevaldo	6) Célio Cezar
7) Francisco ⁽¹⁾	7) Fabio >OMS
8) Francisco Peixoto	8) Joaquim
9) Heitor de Paula	9) Oswaldo ⁽¹⁾
10) Helio Moreira	10) Geraldo (transf. de Santos)
11) João de Araújo Castro	11) Luiz Lourenço ⁽¹⁾
12) Jose de Ávila	12) Carlos Matos ⁽¹⁾
13) Jose Eduardo C.Gabriel	13) Osmar ⁽¹⁾
14) Jose Tiburcio ⁽¹⁾	
15) Jorge Nabuth (Chefe do SAP)	
16) Marcilio Gomide	
17) Marco Túlio Tahan	
18) Max Maury Lopes	
19) Nagib Neme	
20) Nilzio A. Silva	
21) Pedro Paulo França	
22) Régio	
23) Renato Posterli (1976)	
24) Rildo	
25) Rui Fernandes	
26) Sebastião Costa	
27) Tacio Vaz ⁽¹⁾	
28) Syd de O. Reis	

Nota: ⁽¹⁾ Em atividade até hoje

Anexo 2 – Colegas que Ingressaram em Meados da Década de 1980 por Nomeação

Nome	Nome
1) Aguinaldo	9) Luiz Augusto
2) Celso ⁽¹⁾	10) Luis Carlos
3) Dione ⁽¹⁾	11) Mauro ⁽¹⁾
4) Eloísa	12) Maria da Luz ⁽¹⁾
5) Jose Dias ⁽¹⁾	13) Maria Tereza
6) Jorge Nabuth Filho	14) Nerci
7) Leila ⁽¹⁾	15) Sebastião Ludovico ⁽¹⁾
8) Lindomar	16) Sergio ⁽¹⁾
Interior:	
1) Geraldo William ⁽¹⁾	2) George ⁽¹⁾
3) Jose da Cunha ⁽¹⁾	

Nota: ⁽¹⁾ Em atividade até hoje.

Anexo 3 – Colegas que Ingressaram na Perícia Médica por Transferência de Outros Órgãos, na Década de 1990

Nome	Nome
1) Abelardo ⁽¹⁾ (1995)	9) Luiza
2) Amélia (1995)	10) Maria Aparecida ⁽¹⁾
3) Aristóteles ⁽¹⁾ (1995)	11) Maria de Lourdes Puty
4) Edelmiro ⁽¹⁾ (1995)	12) Noboru ⁽¹⁾
5) Euler ⁽¹⁾ (1995)	13) Paulo ⁽¹⁾
6) Fernando ⁽¹⁾ (1995)	14) Paulo Rudolph
7) Frazão (1995)	15) Viviane ⁽¹⁾
8) Guilherme (1995)	16) Wilton Costa

Nota: ⁽¹⁾ Em atividade até hoje.

Legenda: (1995) – aprovados no concurso de 1995.

PERÍCIA MÉDICA ADMINISTRATIVA

Sonia Maria Rodrigues de Andrade*

CONCEITOS

Para que se entenda a abrangência da Perícia Administrativa, é importante ter uma noção geral da importância da Perícia Médica como um todo. Embora ainda não reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina, alguns dos conselhos regionais já têm em seus quadros de câmaras técnicas uma câmara específica para estudar os casos relacionados à Perícia Médica separadamente dos de Medicina do Trabalho e de Medicina Legal, por entenderem sua especificidade em relação a estas e por ser tamanha a demanda de casos nessa área. São os casos do Rio de Janeiro e do Distrito Federal.

Na Perícia Médica, destacam-se as áreas previdenciária, trabalhista, legal, judicial e administrativa. Esta última, que é o foco central de nossa abordagem, destina-se ao servidor público civil e militar. Portanto, servidores estatutários, regidos por seus próprios estatutos, que são avaliados quanto à capacidade laborativa mediante exame pericial pelo órgão competente.

O atual aprimoramento da gestão e administração de pessoal no serviço público fez que a perícia médica administrativa despontasse como ferramenta imprescindível para o equilíbrio social e financeiro das instituições. Por conta disso, vem-se percebendo um crescente progresso no que diz respeito à capacitação de profissionais e à valorização da atuação desta área junto aos mais diversos órgãos do poder público.

* Pós-graduada em Gestão em Saúde – Administração e Organização Hospitalar pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em 1977 pela UniRio, antiga Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Médica do Trabalho. Perita Judicial. Médica perita da Secretaria Municipal de Administração do Rio de Janeiro. Membro efetivo da Câmara Técnica de Perícias Médicas do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Membro honorário da Sociedade Brasileira de Perícias Médicas. Professora nos cursos de especialização em Perícia Médica da Fundação Unimed. Professora no curso de especialização em Direito Médico da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Consultora e assistente técnico em empresas privadas.

Impossível falar de perícia médica administrativa sem abordar a noção de previdência. Esta nada mais é do que um seguro que prevê um sistema de proteção social, assegurando o sustento do trabalhador e de sua família, compensando a alteração ou a perda da capacidade de ganho pelo trabalho por motivo de doença, acidente, gravidez, prisão, morte ou velhice.

A Previdência Social, de um modo geral, compreende o Regime Geral de Seguridade Social e os regimes próprios de previdência dos servidores públicos. Diferentemente regulamentadas, diversas são as legislações que ditam os regimes de previdência, desde o Regime Geral de Previdência Social (INSS), Regime Jurídico Único (Servidores Federais), estatutos dos servidores estaduais e municipais até o Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM).

Como todo trabalhador, do servidor público é descontado em seus vencimentos um percentual destinado ao órgão de previdência próprio, cuja finalidade é justamente garantir uma série de direitos e benefícios previstos em lei, entre eles aqueles que envolvem aposentadoria por invalidez, licença para tratamento do próprio servidor e seus dependentes, licença maternidade e aleitamento (em alguns órgãos), licença médica por acidente de trabalho, entre outros.

Para que seja legitimado o ato executivo e/ou administrativo de concessão de qualquer benefício ou direito relacionado à saúde ou doença, é necessário que haja uma avaliação técnica do médico perito no caso, que irá concluir sobre a pertinência ou não da concessão. Portanto, podemos definir a Perícia Médica como um ato médico que tem por finalidade informar, esclarecer e amparar alguma autoridade sobre fato específico de sua área de atuação, em prol da justiça e da administração pública, mediante o exame direto ou indireto dos fatos, enquadrando-os de acordo com a legislação adequada.

Este profissional da Medicina, legalmente habilitado, tem algumas funções específicas que o diferenciam diametralmente do médico assistente, embora, logicamente, com algumas semelhanças básicas. Dentre as funções do médico perito administrativo, podemos citar as seguintes:

- Comprovar a situação alegada – o médico tem de ter provas do que está sendo relatado como fato. Muitas vezes, deverá concluir seu parecer sem levar em conta as informações prestadas pelo examinado. À primeira vista, tal afirmação pode soar conflitante, pois a relação médico/paciente é baseada em confiança mútua. Entretanto, o perito tem que ter em mente que o examinado não se trata de paciente e, sim, de servidor, que ali está em busca de algum ganho, que pode ser legítimo ou não. Apenas para elucidar a

situação, podemos citar o caso do paciente que chega ao consultório do clínico e informa cefaléia, febre ocasional, dor torácica e adinamia há cinco dias. Imediatamente, o médico partirá em pesquisa do diagnóstico e, além do exame físico, nada encontrando de objetivo, solicitará exames complementares, medicando-o sintomaticamente, com base nos dados subjetivos relatados. Isto porque existe uma credibilidade nas informações prestadas. No caso do perito, ao receber as mesmas informações haverá necessidade de provas da ocorrência da incapacidade laborativa, não bastando apenas que o servidor relate sintomas se estes não puderem ser respaldados clinicamente mediante exame físico ou complementar. Isto significa que ‘a prova’ tem que ser apresentada por quem busca o benefício.

- Caracterizar o estado de saúde ou doença – note-se que não estamos falando em firmar diagnóstico para estabelecer um tratamento. Tais conceitos são utilizados pelo médico assistente, que precisa tratar seu paciente. O perito caracteriza o estado de higidez ou não do servidor, seja para admiti-lo no serviço público quando apto, seja para afastá-lo do trabalho quando incapaz. Portanto, mais importante que atestar um diagnóstico, o perito tem que avaliar se o estado de saúde permite a permanência no trabalho ou exige o afastamento deste.
- Definir a incompatibilidade da doença com a atividade a ser exercida pelo servidor – o perito deve ter em mente o perfil profissiográfico do servidor, conhecendo todas as atividades a que estará exposto no exercício do cargo. Dessa forma, poderá avaliar sua capacidade ou não para realizar estas funções, levando em conta o estado de saúde apresentado no exame pericial, como dito. Muito comentado e extremamente didático é o exemplo da disfonia. Uma professora rouca está incapaz para o exercício de sua atividade, que tem a voz como instrumento de trabalho, e deve ser afastada por licença médica. Entretanto, um profissional da informática ou da contabilidade necessariamente não precisará ser afastado, pois suas atividades não exigem constante utilização da voz. Estamos, portanto, diante da mesma doença, com conclusões periciais diferentes, por conta da análise das atividades do servidor.
- Respeitar a boa técnica médica – independentemente da função exercida, a realização de um ato médico pressupõe eticamente sempre o respeito à boa técnica e a utilização de todos os meios necessários para o melhor desempenho em sua realização. O perito tem o compromisso de examinar e avaliar

todos os dados que lhe são apresentados, utilizando-os para fundamentar sua conclusão pelo deferimento ou não do pleito.

- Cumprir a disciplina legal e administrativa – sabidamente, todas as conclusões periciais devem estar amparadas nos ditames legais e administrativos. No caso da Perícia Administrativa, é fundamental que o médico perito esteja familiarizado com o Estatuto dos Servidores, a Lei orgânica, pareceres da Procuradoria e com todas as normas e regulamentos vigentes.
- Concluir pela concessão ou não do benefício – esta não só é uma de suas funções, mas a principal finalidade do médico perito administrativo. Diante de sua conclusão, serão legitimados os atos do Executivo perante os órgãos de Previdência, tribunais de contas e controladorias, assim como servirá de amparo à Procuradoria nos casos de demandas judiciais contra o Estado.

Este profissional, com funções tão diferenciadas, necessita ter um perfil característico, devendo para isso contar com sólido conhecimento clínico para concluir, como dito, muitas vezes sem contar com a colaboração do examinando, ter conhecimento das bases legais e éticas, firmeza para transmitir sua conclusão e serenidade para não se deixar envolver por pressões externas ou fatores extra-doença. Mais uma vez, afastando-se do conceito da medicina assistencialista, o perito administrativo não pode ter sua conclusão embasada em questões sociais e emocionais, sendo necessária uma análise fria e puramente técnica da questão. É frase comumente citada nos livros de Perícia Médica “o perito deve conceder o que é legítimo e de direito, e negar o que é indevido”.

TERMINOLOGIA

Existem alguns termos que precisam estar bem claros no entendimento do perito, pois serão habitualmente utilizados nas conclusões periciais. Com finalidade didática, exemplificamos no quadro abaixo tal terminologia:

- Incapacidade para o trabalho
 - Quanto ao critério de tempo:
 - Temporária
 - Permanente
 - Quanto ao critério de grau:
 - Relativa
 - Total

Combinando os fatores anteriores, podemos entender que a incapacidade temporária e total irá gerar uma licença médica para tratamento de saúde. Teremos, neste caso, o servidor que não tem capacidade para o exercício de qualquer atividade por um tempo determinado ou, pelo menos, com uma previsão de retorno por recuperação do seu estado de saúde.

A incapacidade temporária e relativa, entretanto, permite que o servidor exerça algumas atividades do seu cargo, impossibilitando-o apenas para algumas outras. Neste caso, estaremos falando da readaptação funcional, pois não há necessidade de um afastamento total do trabalho e, sim, de uma adequação para que sejam realizadas apenas as tarefas compatíveis com o estado de saúde do servidor.

O mesmo tipo de raciocínio deve ser empregado na incapacidade permanente. Diante de um caso em que seja concluído pela incapacidade permanente e total, teremos a definição de uma aposentadoria, com caracterização da invalidez para toda e qualquer atividade (total) de forma definitiva (permanente). Quando se tratar de incapacidade para o trabalho permanente e relativa, deve-se pensar na readaptação permanente, prevista em algumas legislações, tratada pela perícia previdenciária como reabilitação profissional.

No caso da Previdência Social, o trabalhador de fato assume outro tipo de trabalho por força da reabilitação, passando a exercer muitas vezes atividades totalmente diferentes das anteriores. No caso do servidor estatutário, concursado, uma vez nomeado em cargo público, não pode haver mudança do cargo propriamente dito, cabendo ao órgão de perícia sinalizar para o administrador quais as possibilidades de aproveitamento dentro das funções inerentes ao cargo do servidor.

ATUAÇÃO DO ÓRGÃO MÉDICO PERICIAL

O órgão pericial responde pela avaliação para concessão de licença médica, readaptação funcional, aposentadoria por invalidez, benefícios como redução de carga horária e salário-família especial, isenção de imposto de renda, admissão dos servidores estatutários, inclusão do portador de deficiências para concorrer a vagas especiais em concurso público, pensão para dependente inválido, entre outros benefícios.

Nota-se que este escopo da atividade pericial é muito ampla e, por seu caráter basicamente administrativo, a maioria dos órgãos de perícia médica é vin-

culada às secretarias de Administração, já que estas são responsáveis pelo controle de pessoal e obtêm junto à perícia médica o registro e controle do absenteísmo ligado à doença, bem como o remanejamento de pessoal motivado por limitações de saúde e o amparo técnico para a concessão de benefícios gerados por deficiências ou doenças, sejam no servidor ou em seu dependente, que além de déficit de pessoal por afastamento, podem levar a uma despesa pecuniária considerável.

A Perícia Administrativa faz interfaces com todas as demais secretarias, a Procuradoria da União, do Estado ou do Município, órgãos de Previdência, Ministério da Fazenda, órgãos securitários e poder judiciário, atuando como verdadeiro instrumento de paz social, pois garante o amparo legítimo ao beneficiário realmente incapacitado, sendo ferramenta no controle para despesas evitáveis e decorrentes de pressões extra-doença, que podem colocar em risco o equilíbrio das instituições e do erário público.

CRITÉRIOS TÉCNICOS DE AVALIAÇÃO PARA LICENÇA MÉDICA

A licença médica pode ser concedida para tratamento de saúde do próprio servidor, para que preste assistência à pessoa da família, por acidente de trabalho, devido à maternidade e para aleitamento, em algumas legislações.

Tratamento de Saúde do Próprio Servidor

É a licença concedida ao servidor público que se encontre acometido por patologia, a qual o incapacite totalmente para o exercício de suas funções, por um determinado período. Nesse caso, o servidor deverá solicitar avaliação pelo órgão de Perícia Médica, com fins de iniciar licenciamento para tratamento de saúde, amparado pela legislação pertinente. O prazo de licença levará em conta o cargo do servidor, o tipo e o grau da doença apresentada.

Há situações em que o servidor está impedido de comparecer ao órgão de perícia por motivo de doença. Nesses casos, será realizada uma perícia externa, que pode ser domiciliar ou hospitalar.

Existem algumas tabelas que relacionam os tipos de patologia com uma estimativa do tempo de afastamento. Entretanto, é muito importante que o perito tenha autonomia para avaliar cada caso em especial, lembrando-se de que não se trata apenas de caracterizar a doença mas, particularmente, sua relação com o trabalho.

Um servidor que trabalhe exercendo esforço físico provavelmente necessitará de mais tempo de recuperação no caso de um procedimento cirúrgico abdominal do que aquele que trabalhe em serviços burocráticos. Da mesma forma, um professor deverá ser afastado por um período maior que um ascensorista, num caso de laringite. Portanto, a avaliação pericial é fundamental quanto ao tipo e prazo do licenciamento.

A conclusão quanto à incapacidade para o trabalho exige que o perito verifique no servidor os sinais da patologia referida e que avalie os sintomas relatados. É preciso que o servidor se apresente o mais rápido possível à perícia, para que não se perca o 'momento pericial'. Todos os dados complementares, como laudos, exames, comprovantes de atendimento, devem ser levados à perícia.

Nos casos agudos, em que o servidor se encontra acometido por patologia que o impede de exercer toda e qualquer função, não há dúvidas quanto à concessão da licença. Nessa situação, o perito poderá concluir acertadamente sobre a concessão da licença, o período necessário e o encaminhamento de cada caso. Algumas vezes, entretanto, o servidor comparece ao órgão de perícia sem quaisquer vestígios da patologia alegada e sem dados que permitam a convicção do examinador para concluir por sua incapacidade no período faltoso. Nesses casos, o perito negará a licença. É importante ressaltar que a negativa ou a concessão de uma licença deverão estar embasadas sempre num exame físico acurado, direcionado para as queixas do periciando, levando em conta o tipo de atividade por ele exercida, pois o que se está atestando é a capacidade ou não para o trabalho e não simplesmente a presença ou não de doença. Na visão da perícia administrativa, e também da previdenciária, ninguém é afastado do trabalho para tratamento de saúde por que está doente, mas sim porque está Incapaz.

Surge aí um impasse muito discutido por todos os profissionais da área médica, tanto assistentes quanto peritos: a questão da divergência entre o atestado do médico assistente e a conclusão do médico perito.

De um lado, o assistente atesta uma patologia, recomenda um tratamento específico e indica o afastamento do trabalho; do outro, o perito ciente do caso, não afasta o servidor do trabalho em licença médica, como que negando o estado patológico descrito. Ocorre, porém, que, embora o indivíduo seja um só, há casos em que a patologia apresentada não tem qualquer relação com o trabalho exercido por ele, não havendo perda da capacidade laborativa

ou riscos de agravamento caso se mantenha no trabalho. Como fica a questão ética nesses casos?

Bem, de acordo com o Código de Ética Médica, o atestado médico deve traduzir o ato profissional realizado, correspondendo à verdade (artigo 110), sendo obrigatória sua emissão, sempre que solicitado pelo paciente (artigo 112). O atestado deve ser emitido em formulário adequado, não podendo ser elaborado em documento de hospital público quando atestado o fato em clínica privada (artigo 113). Além disso, é vedado ao médico expedir boletim médico falso ou tendencioso (artigo 116) e revelar o diagnóstico, prognóstico ou tratamento sem a expressa autorização do paciente (artigo 117). Vale ressaltar que algumas vezes o perito é questionado pelo próprio periciado quanto à sua especialidade ao divergir do opinamento de um colega especialista nesta ou naquela área da Medicina.

Existem diversos pareceres e resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) que ressaltam a autonomia do perito de decidir quanto aos meios necessários para seu convencimento, além do que é exigido, pelas diversas legislações, que o atestado do médico assistente seja homologado pelo perito para que produza efeitos administrativos (resolução CFM n. 1.658/2002). Portanto, o perito não estará negando o atestado do médico assistente, simplesmente, ele tem liberdade para ter um entendimento divergente quanto à capacidade laboral do periciado, não configurando tal divergência ilícito ético.

Voltando à licença médica, o servidor não pode se negar a comparecer ao exame pericial quando convocado pelo órgão competente, tratando-se de um dever estatutário.

Nos casos de prorrogação, se o servidor não comparecer na data agendada, os dias em aberto serão considerados como falta, até que seja periciado, quando então será definida sua incapacidade laborativa.

Na maioria dos estatutos e regimentos, após 24 meses contínuos de licença deve ser avaliada a pertinência da concessão de aposentadoria.

Assistência a Pessoa da Família Doente

De acordo com a legislação, é necessário que o servidor prove ser indispensável sua assistência pessoal à pessoa da família doente e que esta assistência não pode ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo. As questões envolvidas são: Quem é pessoa da família? O que é assistência pesso-

al indispensável? Em que casos não pode ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo?

Na maioria dos estatutos, como pessoa da família há previsão para o ascendente, o descendente, o cônjuge ou pessoa que viva às expensas do servidor ou em sua companhia.

Algumas vezes, mesmo comprovada a doença não caberá a licença. Por exemplo, paciente internado em CTI ou em unidades que não permitam acompanhante; tratamentos que podem ser agendados fora do horário de trabalho do servidor; paciente em casa, com grau de autonomia e independência que não exija a presença do servidor em tempo integral, permitindo que este cumpra sua carga horária, prestando-lhe assistência no resto do tempo. O exame pericial deve evidenciar a necessidade da assistência do servidor ao dependente. A perícia é semelhante à realizada no servidor, sendo indispensável a inspeção médica e o exame físico.

Quanto ao tempo da concessão, não há relação direta com o período total de doença ou incapacidade do familiar. A licença será concedida apenas durante os dias em que for indispensável a assistência pessoal do servidor. Muitas vezes, o cônjuge operado, por exemplo, ficará afastado por trinta dias, mas sua esposa, como servidora, necessitará apenas de uma semana de licença para assisti-lo.

O servidor que permanecer de licença para acompanhar pessoa da família terá uma perda gradativa em seus vencimentos, chegando a ter o pagamento suspenso se ultrapassado determinado período. Os critérios quanto à suspensão do pagamento encontram-se regulamentados de forma específica por cada unidade administrativa.

No Regime Jurídico da União, que atinge os servidores federais, a licença é concedida sem perda salarial por até trinta dias, podendo ser prorrogada por até mais trinta dias, mediante parecer de junta médica. Excedendo esses prazos, é concedida sem remuneração por até noventa dias (medida provisória n. 1.573-9, de 03/07/1997). No município do Rio de Janeiro, por exemplo, o salário só é suspenso após dois anos de licença.

Por Acidente de Trabalho

É o evento que ocorre pelo exercício do trabalho, ou a serviço da instituição, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda/redução temporária/permanente da capacidade laborativa.

Na maioria das legislações, o instituto legal que estabelece a licença médica concedida por ocasião de acidente de trabalho é o mesmo que contempla a doença profissional.

Não são consideradas como acidente de trabalho ou doença ocupacional as doenças inerentes a grupos etários e as doenças degenerativas.

O acidente pode ser típico, de trajeto, a serviço da instituição, equiparados ou doenças ocupacionais. Todo acidente de trabalho deve ser notificado, independentemente de sua gravidade.

No acidente típico, o evento que gera a incapacidade tem relação direta com o exercício da função desempenhada pelo servidor. O de trajeto é sofrido pelo servidor durante o percurso de casa para o trabalho e vice-versa. A serviço da instituição, quando em atividades ou viagens patrocinadas pelo empregador.

O comparecimento ou representação do servidor junto ao órgão de perícia deve ocorrer o mais precoce possível e dentro do prazo previamente estipulado, sendo indispensável a apresentação da Notificação de Acidente Trabalho (NAT) devidamente preenchida e assinada. No INSS, por exemplo, o prazo para comunicação do acidente de trabalho é de 24 horas. No município do Rio de Janeiro, foi determinado um prazo de até cinco dias. O preenchimento da NAT (CAT) permitirá a caracterização do nexu administrativo do acidente de trabalho.

Além da NAT, o servidor deve apresentar todos os documentos de que dispuser para comprovar seu atendimento médico ou mesmo outros tipos de registros, como Boletim de Ocorrência Policial, Registro Hospitalar etc, para caracterização do nexu causal. É necessário que haja inspeção médico-pericial no intuito de constatar a incapacidade laboral e licenciar o funcionário pelo tempo necessário.

Nos casos de acidente de trabalho ou doença ocupacional em que o servidor venha a ser considerado inválido para o serviço público, sua aposentadoria dar-se-á com proventos integrais, sem prazo de carência. Nestes casos, também terá direito a isenção de imposto de renda sobre os proventos.

Licença-Maternidade

Trata-se de um direito constitucional e é concedida à servidora gestante a partir do oitavo mês de gravidez. Caso o parto ocorra antes que a servidora

tenha ido à perícia pedir a licença, o início do afastamento será contado a partir da data do evento. O prazo de afastamento é de 120 dias.

É imprescindível a inspeção médico-pericial. Depois do oitavo mês, o amparo legal para o afastamento da gestante é pela licença-maternidade. Em alguns casos, porém, é possível que a concessão se dê por instituto legal diferente, desde que o motivo do afastamento não tenha nenhuma relação com a gestação (Por exemplo: um entorse de tornozelo no início do oitavo mês de gestação).

Outro enfoque importante diz respeito ao nati-morto e ao neo-morto. Pelo RJU (servidores federais), decorridos trinta dias do evento a servidora será submetida à inspeção pericial com vistas ao retorno ao trabalho. Alguns estados e municípios concedem os 120 dias independentemente das condições do nacíturno.

Licença-Aleitamento

Algumas legislações contemplam a licença-aleitamento, na qual o objeto da perícia é o lactente e, portanto, é imprescindível sua presença no exame médico-pericial. Não são todos os estados e municípios que concedem esta licença. Pelo RJU, não há sua concessão. Segundo a lei n. 8.112, Art. 209: “Para amamentar o próprio filho, até a idade de seis meses, a servidora lactante terá direito, durante a jornada de trabalho, a uma hora de descanso, que poderá ser parcelada em dois períodos de meia hora”.

Pelo INSS, podem ser concedidos mais 15 dias após a licença-maternidade, com fins de aleitamento.

No estado do Rio de Janeiro, é concedido, pelo estatuto, um prazo de até noventa dias, em períodos de trinta em trinta dias, com início imediatamente após o término da licença-maternidade. A partir de março de 2007, no município do Rio de Janeiro, foi decretada concessão de licença-aleitamento por oito meses ou até que complete um ano do parto, desde que comprovada a amamentação.

Licenças Administrativas

A licença-adoptante e a licença-paternidade não envolvem procedimentos periciais. A lei n. 8.112/1990, em seu Art. 210, prevê que a servidora que

adotar ou obtiver guarda judicial de criança de até um ano de idade terá concessão de noventa dias de licença remunerada. E acrescenta, em seu parágrafo único: “No caso de adoção ou guarda judicial de criança com mais de 1 (um) ano de idade, o prazo de que trata este artigo será de 30 (trinta) dias”.

No município do Rio de Janeiro, a licença-adoptante é de 120 dias.

Quanto à licença para o pai, diz a Constituição Federal:

Art. 7º - XIX - licença-paternidade, nos termos fixados em lei;

Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

Art.10 - Parágrafo 1º - Até que a lei venha a disciplinar o disposto no art.7º, XIX, da Constituição, o prazo da licença-paternidade a que se refere o inciso é de cinco dias.

Amparo Gestacional

Tal benefício concede à funcionária gestante o direito, mediante laudo médico, de ser aproveitada em funções compatíveis com seu estado, a partir do quinto mês de gestação. Deve ser comprovado que não existe necessidade de licença médica, para que possa ser concedido o amparo.

Readaptação Funcional

Significa adequar a função do servidor às limitações impostas por sua doença. O legislador, ao conceber a readaptação funcional, pretendeu proteger, de forma legítima, aquele trabalhador que, sendo acometido por determinada doença, teve sua capacidade laborativa comprometida, não configurando, porém, incapacidade total (licença médica) nem definitiva (aposentadoria).

Veamos o exemplo da professora que deixa de dar aulas e passa a ser encarregada de secretaria da escola, do motorista que é colocado para desempenhar serviços burocráticos, ou, ainda, da merendeira que, em vez de cozinhar, toma conta das crianças, atuando como inspetora de alunos.

Cabe à Perícia Médica caracterizar a incapacidade relativa do funcionário por motivo de doença, podendo neste caso ser ele aproveitado em funções diferentes das que lhe cabem, contanto que compatíveis com sua limitação.

Muitas vezes, a readaptação é solicitada pelo trabalhador mediante processo administrativo, quando o funcionário percebe uma perda gradativa de

sua capacidade laboral, com queda do desempenho e aumento da penosidade no trabalho. A outra forma de iniciar o processo de avaliação de readaptação se dá quando o trabalhador vem sendo mantido de licença médica e o perito conclui que houve recuperação parcial e/ou relativa da capacidade para o trabalho, embora ainda haja limitação para determinadas funções inerentes ao cargo. Neste último caso, o próprio perito solicita uma junta médica *ex officio* para que se avalie a concessão da readaptação.

O período de readaptação está diretamente relacionado ao grau de comprometimento do trabalhador pela doença, da função desempenhada e da reversibilidade esperada para cada caso.

Aposentadoria por Invalidez

Para caracterizar a invalidez, o perito tem que analisar a relação da atividade desempenhada e a patologia apresentada pelo servidor. Para isso, deverá realizar um exame médico pericial cuidadoso, analisar o perfil profissiográfico do servidor, estudar os dados epidemiológicos relacionando a doença ao cargo e verificando a legislação aplicada diante do caso específico.

Cabe lembrar que a incapacidade laborativa é a limitação para o exercício de uma atividade determinada. É a impossibilidade do desempenho das funções específicas de um cargo em virtude de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente. A invalidez é a comprovação da incapacidade permanente e total, para toda e qualquer atividade laboral, e a impossibilidade de ser readaptado/reabilitado.

Assim como ninguém é licenciado por estar doente, ninguém é aposentado por ser portador de uma doença, mesmo que seja uma das doenças elencadas em lei. É óbvio que o fator causal para concessão de uma aposentadoria por invalidez será sempre uma doença, porém o que deverá ser atestado pela perícia é a incapacidade laboral total e permanente, em razão de tal enfermidade. Após a determinação da invalidez, procede-se ao estudo da tipificação da entidade nosológica relacionada, concluindo-se, então, pelo tipo de termo para fixação dos proventos do aposentado.

Alguns estados prevêem integralidade de proventos para todos os aposentados por invalidez, entretanto a grande maioria dos municípios, o regimento dos militares e o do servidor civil federal concluem pela aposentadoria proporcional ao tempo de serviço, com exceção aos portadores das doenças

listadas em lei, quais sejam: tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondilite anquilosante, nefropatia grave, osteíte deformante, Sida, contaminação por radiação, hepatopatia grave, esclerose múltipla e outras que a lei determinar.

Os critérios para caracterização da invalidez para cada uma das situações acima é motivo de estudo detalhado de semiologia com o objetivo de pontuar os níveis e graus de comprometimento do indivíduo pela doença e seu caráter de irreversibilidade. Repetindo, portanto, não basta ser portador.

Raciocínio oposto deve ser feito quanto ao benefício fiscal concedido pela Receita Federal. Estas mesmas doenças permitem o amparo para isenção do imposto de renda, de acordo com a legislação, bastando que o indivíduo seja portador:

Art 6º – [...]

XIV – Ficam isentos de tributação na fonte os proventos de aposentadoria ou reforma motivados por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), síndrome da imunodeficiência adquirida, com base na conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma (LEI FEDERAL n. 7.713/1988).

Art 47 – Os proventos de aposentadoria ou reforma, desde que motivadas por acidente em serviço, e os percebidos pelos ‘portadores’ de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, ‘esclerose-múltipla’, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), ‘contaminação por radiação’, síndrome da imunodeficiência adquirida, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma (LEI FEDERAL n. 8.541/1992).

Art 30 – A partir de 1º de janeiro de 1996, para efeito do reconhecimento de novas isenções de que tratam os incisos XIV e XXI do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pelo art. 47 da Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, a moléstia deverá ser comprovada ‘mediante laudo pericial emitido por serviço médico oficial, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios’.
§ 1º O serviço médico oficial fixará o prazo de validade do laudo pericial, no caso de moléstias passíveis de controle.
§ 2º Na relação das moléstias a que se refere o inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pelo art. 47, da Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, ‘fica incluída a fibrose cística (mucoviscidose)’ (LEI FEDERAL n. 9.250/1995).

Altera o inciso XIV da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pela Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, para incluir entre os rendimentos isentos do imposto de renda os proventos percebidos pelos ‘portadores de hepatopatia grave’ (LEI FEDERAL n. 11.052/ 2004).

Não se fala em invalidez ou incapacidade, apenas em ser portador. Muito importante ressaltar que a avaliação da isenção de imposto de renda também pode ocorrer em momento diferente da aposentação. Estando-se diante de invalidez por uma doença contemplada pela lei, a concessão do benefício é automático, como dito. Ocorre que há casos em que o servidor se encontra aposentado por tempo de serviço e é acometido por uma das doenças citadas. Deverá, então, solicitar, via processual, uma avaliação pelo órgão de perícia, que, após inspeção médica, emitirá laudo atestando se o indivíduo é portador ou não da doença, desde que data foi firmado o diagnóstico e se a mesma é passível de cura. Neste último caso, o laudo deverá mencionar também o prazo para revisão do benefício.

Afastamento Compulsório

O afastamento compulsório é um instituto legal que consta da maioria dos estatutos e regimentos dos servidores públicos. Durante algum tempo, este tipo de afastamento não era avaliado pelo órgão pericial, bastando que o servidor apresentasse o boletim de afastamento compulsório emitido pelas

unidades de saúde pública para que este fosse automaticamente registrado em sua folha funcional, por ato administrativo. Em algumas unidades administrativas, ainda ocorre dessa forma. Na grande maioria, porém, a perícia médica ficou responsável pela análise destes casos.

É necessário que primeiramente se diferencie com cuidado os casos de notificação compulsória dos outros nos quais deve haver afastamento compulsório.

Por definição conceitual, na notificação compulsória há obrigatoriedade, por parte do médico, assistente de comunicar aos órgãos de controle epidemiológico quando do diagnóstico das doenças definidas pela legislação. Tal determinação visa a obtenção de um registro fiel da ocorrência destas patologias, permitindo medidas de controle e planejamento.

A conduta do médico assistente encontra-se disciplinada na portaria n. 2.325 do Ministério da Saúde, de 08 de dezembro de 2003. Neste ato, está definida a relação de doenças cuja notificação é compulsória às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e ao Ministério da Saúde, em todo território nacional, nos seguintes termos:

Portaria Nº 2325 do Ministério da Saúde – Anexo I:
Botulismo, Carbúnculo ou ‘antraz’, Cólera, Coqueluche, Dengue, Leishmaniose Tegumentar Americana, Leishmaniose Visceral, Leptospirose, Malária, Difteria, Hepatites virais, Doenças de Chagas (casos agudos), Doenças Meningocócica e outras Meningites, Meningite por Haemophilus influenzae, Peste, Poliomielite, Paralisia Flácida Aguda, Varíola, Esquistosomose (em área não endêmica), Febre Amarela, Febre do Nilo, Febre Maculosa, Rubéola, Raiva Humana, Síndrome da Rubéola Congênita, Sarampo, Febre Tifóide, Hanseníase, Hantavíroses, Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical, Sífilis Congênita, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), Síndrome Respiratória Aguda Grave, Tétano, Tularemia, Tuberculose.

O afastamento compulsório, entretanto, pretende impedir a disseminação pelo portador de alguma doença infecto-contagiosa, fazendo com que se mantenha fora do convívio social, de forma a prevenir a ocorrência de outros casos. É o caso da tuberculose em fase bacilífera, ou ainda da epidemia de

conjuntivite, por exemplo. Teremos casos, portanto, em que uma mesma doença – a conjuntivite, por exemplo – poderá ser encarada ou não como de afastamento compulsório, dependendo de seu impacto na saúde pública. Em caso de epidemia, a Secretaria de Saúde determinará o afastamento compulsório dos pacientes acometidos e, nesta ocasião, os servidores públicos terão a licença médica concedida pelo instituto legal que assim o defina. Passado o período epidêmico, um caso de conjuntivite isolado não será considerado como de afastamento compulsório e, sim, de licença para tratamento de saúde.

O mesmo raciocínio pode ser levado para a análise de um caso de tuberculose. Enquanto o servidor se mantiver bacilífero, deverá ser considerado como de afastamento compulsório. Tornando-se abacilífero, caso mantenha a incapacidade para o trabalho, deverá ser afastado por licença para tratamento de saúde.

Em termos administrativos, não há qualquer prejuízo funcional para o servidor que está em afastamento compulsório diferentemente daquele afastado para tratamento de saúde, o qual adia seu período aquisitivo (que lhe dá direito a férias), percepção de licença especial, ou ainda perdas salariais e de gratificações, quando assim determinado por resoluções ou decretos específicos de algumas categorias.

CRITÉRIOS PARA O INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO

Como dito, os órgãos de perícia médica, em sua maioria, fazem parte da estrutura organizacional das secretarias de administração. Por competência legal, cabe ao órgão de perícia a inspeção médica que visa a comprovar a boa saúde do candidato, sendo a aptidão concluída em exame pericial, requisito básico para a posse, conforme instituído nos estatutos e registrado nos editais de concurso público. Exemplo típico encontra-se na lei n. 8.112/1990. Vejamos:

Art. 14. A posse em cargo público dependerá de prévia inspeção médica oficial.

Parágrafo único. Só poderá ser empossado aquele que for julgado apto física e mentalmente para o exercício do cargo.

Basicamente, o exame médico admissional tem por finalidade avaliar o estado de saúde física e mental do candidato e dar cumprimento a uma das fases eliminatórias do concurso público, portanto, de cunho administrativo.

Deverá ser atestado que o candidato apresenta capacidade laborativa para o desempenho das funções do cargo pretendido e a ausência de patologia grave que possa vir a resultar em prejuízo à própria saúde ou em incapacidade para o exercício de suas funções.

O exame admissional é revestido de características diferenciadas no que tange à avaliação pericial. Após ser aprovado no concurso público e tendo cumprido todo trâmite administrativo-legal, o candidato é encaminhado ao órgão pericial a fim de que seja qualificado quanto à sua condição física e mental para o ingresso no serviço público. A postura do aspirante ao cargo visa somente à obtenção de seu intento, cabendo ao médico perito examinar, pesquisar e concluir, naquele momento específico, pela aptidão ou não do periciando. É jargão no meio pericial de que “não há maior estado de higidez do que o referido pelo candidato, no momento do exame admissional”. Faz-se necessário que haja por parte do perito um grande conhecimento de Clínica Médica e Semiologia, visão sobre o perfil profissio-gráfico do cargo a ser desempenhado, além de estudos sobre os aspectos legais e éticos que envolvem o processo admissional. Deve ser estabelecida uma rotina de exames médicos a ser seguida por todos os candidatos a cargos no serviço público, seja municipal, estadual ou federal, além de uniformização dos critérios de inaptidão, levando-se em conta o cargo e a limitação apresentada pelo postulante.

Além do exame clínico cuidadoso, o perito pode se valer de exames complementares específicos, que deverão ser elencados no edital para que o candidato fique ciente de que será necessária a realização de tais exames para embasar a conclusão pericial.

O parecer pela inaptidão permite ao candidato recurso administrativo, devendo ser designada junta de três médicos para reavaliação do caso.

INCLUSÃO DO PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS

De acordo com a Convenção da OIT n. 159, de 1983, ratificada pelo Brasil por meio do decreto legislativo n. 51, de 28 de agosto de 1989, conceitua-se o portador de deficiência, no Art. 11, da seguinte forma:

Para efeitos da presente Convenção, entende-se por ‘pessoa deficiente’ todo indivíduo cujas possibilidades de obter e conservar um emprego adequado

e de progredir no mesmo fiquem substancialmente reduzidas devido a uma deficiência de caráter físico ou mental devidamente reconhecida.

A Constituição Federal cita em vários artigos a atenção necessária:

- Art. 7, inciso XXXI – trata da igualdade de direitos no trabalho. Proíbe qualquer discriminação de salário e admissão do trabalhador portador de deficiência.
- Art. 23, inciso II – afirma que é de competência comum da União, Estados e Municípios cuidar da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências;
- Art. 37, inciso VIII – trata da reserva cargos e empregos públicos para pessoas portadoras de deficiência.
- Art. 203, inciso IV – Trata da reabilitação da pessoa portadora de deficiência e sua reintegração na vida comunitária.

A lei n. 7.853/1989 dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público e define crimes:

Art 2º, Parágrafo único – Na área de formação profissional e do trabalho

a) o apoio governamental à formação profissional, à orientação profissional, e a garantia de acesso aos serviços concernentes, inclusive aos cursos regulares voltados à formação profissional.

b) o empenho do Poder Público quanto ao surgimento e à manutenção de empregos, inclusive de tempo parcial, destinados às pessoas portadoras de deficiência que não tenham acesso aos empregos comuns;

c) a promoção e ações eficazes que propiciem a inserção, nos setores público e privado, de pessoas portadoras de deficiência.

d) a adoção de legislação específica que discipline a reserva de mercado de trabalho, em favor das pessoas portadoras de deficiência, nas entidades da Administração Pública e do setor privado, e que regulamente a organização de oficinas e congêneres integradas ao mercado de trabalho, e a situação, nelas, das pessoas portadoras de deficiência.

A lei n. 8.212/1991 confere poderes ao poder executivo para estabelecer mecanismos de estímulo para a contratação, pelas empresas, de pessoas portadoras de deficiência.

A lei n. 8.213/ 1991 fixa um percentual dos cargos das empresas para ser preenchido por pessoas portadoras de deficiência:

Art. 93. A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, na seguinte proporção:

I - até 200 empregados 2%;
II - de 201 a 500 3%;
III - de 501 a 1.000 4%;
IV - de 1.001 em diante. 5%.

§ 1º A dispensa de trabalhador reabilitado ou de deficiente habilitado ao final de contrato por prazo determinado de mais de 90 (noventa) dias, e a imotivada, no contrato por prazo indeterminado, só poderá ocorrer após a contratação de substituto de condição semelhante.

O decreto-lei n. 3.298/1999 conceitua os portadores de deficiência em seu artigo 3º, definindo a deficiência como

toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

Incapacidade, por sua vez, é conceituada no inciso III como

uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

O conceito técnico trazido pelo Art. 4º da lei n. 3.298/1999 e alterado pelo decreto n. 5.296, de 2 de dezembro de 2004, passou a ter a seguinte redação:

É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:

I – deficiência física – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

II – deficiência auditiva – perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

III – deficiência visual – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

IV – deficiência mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: a) comunicação; b) cuidado pessoal; c) habilidades sociais; d) utilização dos recursos da comunidade; e) saúde e segurança; f) habilidades acadêmicas; g) lazer; h) trabalho;

V – deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências.

O candidato, ao declarar-se deficiente, fará prova junto ao órgão responsável pelo concurso mediante documentação exigida no edital ou será avaliado por médico perito da instituição, que caracterizará ou não a deficiência de acordo com a lei.

Além do enquadramento legal, o perito conclui sobre a compatibilidade da deficiência com o cargo pretendido. Cada legislação específica a forma como será formada a junta que irá avaliar a compatibilidade da deficiência com o cargo. De acordo com a lei federal n. 3.298/1999, a junta é formada por três profissionais capacitados e atuantes nas áreas das deficiências em questão, sendo um deles médico, e três profissionais integrantes da carreira almejada pelo candidato.

O decreto municipal RJ n. 5.890/1986 prevê a formação de junta por um especialista na deficiência em questão, um portador da mesma deficiên-

cia, ouvido o Conselho Municipal de Defesa dos Direitos das PPD, e um especialista na atividade profissional em questão, ouvida a Secretaria Municipal de Administração, que emitirá laudo após a realização de provas especiais.

No município de São Paulo, a lei n. 13.398, de 2002, fala sobre a junta de especialista:

Art 10 [...] Comissão multidisciplinar específica, composta de: I – dois médicos do Departamento de Saúde do Trabalhador Municipal – DESAT, da Secretaria Municipal de Gestão Pública, um deles preferentemente atuante na área de medicina do trabalho; II – dois titulares do cargo ou emprego público objeto do certame; III – dois representantes do Conselho Municipal da Pessoa Deficiente ou por este indicados; IV – dois representantes da Secretaria Municipal competente para a realização do concurso.

O exame admissional propriamente dito será realizado dentro dos mesmos critérios utilizados para os candidatos não beneficiados pela lei, desconsiderando-se, entretanto, a deficiência alegada no ato da inscrição, e que a esta altura, já foi caracterizada como compatível com o exercício do cargo. Cabe à Administração superior a adequação dos meios e recursos para o bom desempenho do trabalhador, ressalvadas suas limitações.

Referências

BRASIL. Decreto n. 3.048, 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 07 de maio de 1999.

BRASIL Decreto n. 57.654, de 20 de janeiro de 1966. Regulamenta a lei do serviço militar, lei n. 4.375, de 17 de agosto de 1964. *Diário Oficial da União*, 31 de janeiro de 1966.

BRASIL. Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1992. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. *Diário Oficial da União*, 19 de abril de 1991.

CFM: Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1. 246, de 08 de janeiro de 198. Código de ética médica. *Diário Oficial da União*, 26 de janeiro de 1988.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. Lei n. 94, de 14 de março de 1979. Dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos do Poder Executivo do Município do Rio de Janeiro e dá outras providências. *Diário Oficial do Rio de Janeiro*, 16 de março de 1979.

PERÍCIA SECURITÁRIA

Carlos Silvestre Lopes de Azevedo*

INTRODUÇÃO E HISTÓRICO

A Perícia Securitária constitui procedimento técnico diretamente ligado à Medicina de Seguros e ao ramo de seguro de pessoas. Entende-se como seguro de pessoas aquele que contempla coberturas de vida e acidentes pessoais, diárias por incapacidade temporária, diárias por internação hospitalar, perda do certificado de habilitação de vôo, entre outras, podendo ser contratado individualmente ou em grupo.

Neste capítulo, abordaremos aspectos práticos da atividade médica securitária, procurando inicialmente traçar um histórico do seguro privado desde seus primórdios até os dias atuais.

A noção de mutualismo, prática em que algumas pessoas se unem para socorrer outra em um momento de infortúnio, remete-nos à antiguidade (2.300 a. C.). Nos momentos em que a caça ou a pesca eram escassas, as comunidades reuniam-se para prover as necessidades de alguns de seus membros.

Com o desenvolvimento do comércio marítimo e o aumento na incidência de perdas materiais, seja de navios ou de mercadorias transportadas, surgiram séculos depois as primeiras regulamentações do seguro e as primeiras sociedades seguradoras. A primeira apólice que temos conhecimento surgiu em Gênova, para celebrar um contrato de seguro marítimo. Nasceu também, naquela época, o conceito primário dos seguros de vida, acidentes pessoais e saúde, contratados de forma voluntária ou, em alguns casos, compulsória. Tal conceito baseia-se em quatro pontos principais: prevenção, incerteza, mutualismo e cálculo de probabilidades.

* Médico perito do Instituto de Medicina Pericial (ImeP). Consultor médico da Mongeral Seguros e Previdência e da Icatu-Hartford Seguros. Professor da disciplina Perícia Securitária no curso de pós-graduação em Perícias Médicas da Fundação Unimed. Membro titular da Sociedade Brasileira de Medicina de Seguros e da Comissão de Medicina de Seguros da Fenaseg.

A partir daí, a atividade securitária expandiu-se pelo mundo, chegando ao Brasil em 1850. Naquele ano, constituiu-se na Bahia a primeira seguradora brasileira, a Companhia de Seguros Boa Fé.

O Código Civil brasileiro promulgado em 1916 regulamentou todos os aspectos securitários até o início de vigência do atual Código Civil.

Em 1939, foi criado pelo governo federal o Instituto de Resseguros do Brasil (IRB) com a função de dar sustentação às seguradoras em atividade e, em 1966, o Sistema Nacional de Seguros Privados (SNSP), consolidando toda a legislação securitária no país.

COMPOSIÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS

O Sistema Nacional de Seguros Privados compõe-se de cinco instâncias, que atuam em níveis distintos, porém relacionados.

Em uma hierarquia administrativa, temos, em primeiro lugar, o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), órgão ligado ao governo federal pelo Ministério da Fazenda, responsável pela normatização das operações do SNSP.

Esta normatização é feita por meio de resoluções e pareceres específicos aos diversos ramos de seguros.

A Superintendência de Seguros Privados (Susep), segundo órgão na hierarquia, é responsável pela execução da política e das normas traçadas pelo CNSP. Cabe a ela também supervisionar as atividades de todas as seguradoras em atividade no país.

A seguir, temos o Instituto de Resseguros do Brasil (IRB), responsável especialmente por operações de resseguro e cosseguro.

O resseguro é o 'seguro do seguro', ou seja, a operação que garante às seguradoras condições de repassar os riscos superiores à sua capacidade financeira.

Temos o cosseguro quando duas empresas seguradoras assumem juntas o mesmo risco na apólice.

Na seqüência, estão as seguradoras, empresas responsáveis pela operação dos contratos de seguro, desde a aceitação dos riscos até a regulação dos sinistros. Em última análise, elas cumprem as obrigações assumidas perante os segurados.

Na extremidade inferior do SNSP, estão os corretores, responsáveis pela intermediação entre os segurados e as seguradoras.

LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA DO SEGURO DE PESSOAS

A operação do mercado segurador no ramo de seguro de pessoas segue hoje uma regulamentação atualizada em relação à vigente há alguns anos.

Anteriormente, havia no mercado dois ramos diferentes para o seguro individual ou coletivo, vida e acidentes pessoais. Cada ramo tinha uma regulamentação diferente, sendo o ramo vida regulado pela Circular Susep n. 17/1992 e o ramo acidentes pessoais, pela Circular Susep n. 29/1991.

Em 17 de dezembro de 2004, o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) emitiu a Resolução CNSP n. 117/2004, que veio alterar e consolidar as regras de funcionamento e critérios para operação das coberturas de risco oferecidas em planos de seguros de pessoas. Esta resolução entrou em vigor em 1º de julho de 2005 e trouxe algumas alterações na cobertura de acidentes pessoais, anteriormente regulada pela Circular Susep n. 29/1991.

Uma das alterações mais marcantes foi a inclusão do suicídio, ou sua tentativa, no conceito de acidente pessoal e exclusão formal das lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos (LER, Dort, LTC) do mesmo conceito.

Em 19 de setembro de 2005, a Superintendência de Seguros Privados (Susep) publicou a Circular n. 302/2005, que dispõe sobre as regras complementares de funcionamento e dos critérios para operação das coberturas de risco oferecidas nos planos de seguro de pessoas. Esta circular trouxe como principal novidade a substituição da antiga cobertura de Invalidez por Doença (IPD) pelas coberturas de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) e Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD).

As coberturas anteriores serão mais bem descritas posteriormente.

Os dois documentos oficiais citados se complementam e, atualmente, regulam a maioria das operações que envolvem risco pessoal.

Além das coberturas de risco, temos as coberturas por sobrevivência, reguladas pela Resolução CNSP n. 140/2005, Circular Susep n. 293/2005 e Circular Susep n. 209/2002.

Tais coberturas podem ser oferecidas em cinco modalidades diferentes, e, em face de não envolverem risco, não são objeto de análise médico-securitária.

Trataremos a seguir das principais coberturas de risco oferecidas atualmente pelo mercado segurador.

RISCOS COBERTOS NOS SEGUROS DE PESSOAS

O profissional médico que atua junto às seguradoras, seja como consultor médico ou médico perito, deve conhecer em detalhes as coberturas usualmente oferecidas ao mercado.

Cada seguradora tem autonomia para criar e lançar produtos diversos, desde que estejam em consonância com o disposto na legislação específica e sejam autorizados à comercialização pela Susep.

Os riscos cobertos em cada produto devem estar descritos de forma precisa e em linguagem acessível à população, assim como a indicação das coberturas básicas e adicionais, se estas forem oferecidas. Estas informações devem constar obrigatoriamente nas Condições Gerais da Apólice ou no Manual do Segurado entregue a este no ato da contratação do seguro.

Segundo o artigo 4º da Circular Susep n. 302/2005, as coberturas do seguro de pessoas podem ser divididas em básicas e adicionais, sendo que o produto sempre deve abranger pelo menos uma das coberturas básicas.

A primeira cobertura que abordaremos é a de morte natural. O capital segurado será indenizado aos beneficiários indicados na apólice em caso de morte do(a) segurado(a) decorrente de causas orgânicas ou naturais. Veremos que as doenças comprovadamente diagnosticadas e não informadas antes da contratação do seguro que tenham nexos diretos com a *causa mortis* não serão passíveis de indenização.

A cobertura de morte acidental garante a indenização do capital segurado nos eventos decorrentes de acidente pessoal.

De acordo com a Resolução CNSP n. 117/2004, considera-se acidente pessoal os eventos com data caracterizada causados direta e exclusivamente por fator externo, súbitos, involuntários e causadores de lesões físicas que por si só e independente de qualquer outra causa tenham como consequência a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado.

Estão inclusos nesse conceito os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; os acidentes decorrentes do escape acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de seqüestros ou sua tentativa; os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de etiologia traumática, causadas exclusiva-

mente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas e os casos de suicídio ou de sua tentativa, observada legislação em vigor.

Cabe ressaltar que este último caso de inclusão foi motivo de vasta discussão entre as comissões de medicina de seguros e a área técnica do órgão regulador, estando tal inclusão até o momento mantida na legislação.

Em relação aos casos de acidente pessoal, caracterizados de acordo com o conceito exposto, temos também a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), que garante ao segurado o pagamento de indenização relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou sentido, causada exclusivamente por trauma.

Após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis, tendo persistido alguma seqüela funcional definitiva, haverá indenização segundo tabela específica contida nas Condições Gerais da Apólice.

A tabela para cálculo da indenização por perdas funcionais definitivas mais utilizada ainda é a contida na Circular Susep n. 29, editada em 1991, e reproduzida sinteticamente na Tabela 1.

Tabela 1 – Perdas Funcionais (%)

Perdas Funcionais Totais	(%)
Perda total da visão em ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Perdas Funcionais Diversas	(%)
Perda total da visão em um olho	30
Perda total da visão em um olho, quando o segurado não tiver a visão no outro	70

Continua...

...Continuação	
Perdas Funcionais Diversas	(%)
Surdez total e incurável em ambos os ouvidos	40
Surdez total e incurável em um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade total no segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade total no segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Perdas Funcionais Membros Superiores	(%)
Perda total do uso de um membro superior	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de antebraço (rádio/ulnar)	30
Anquilose total em um dos ombros	25
Anquilose total em um dos cotovelos	25
Anquilose total em um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares (inclusive o metacarpiano)	25
Perda total do uso de um dos polegares (exclusive o metacarpiano)	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de um dos dedos mínimos	12
Perda total do uso de qualquer falange, excluída a falange distal do polegar	1/3 do valor da perda total do uso do respectivo dedo

Continua...

	...Conclusão
Perdas Funcionais nos Membros Inferiores	(%)
Perda total do uso de um membro inferior	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-fibulares	25
Fratura não consolidada da patela	20
Fratura não consolidada de um dos pés	20
Anquilose total de um quadril	20
Anquilose total de um joelho	20
Anquilose total de um tornozelo	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e uma parte do mesmo pé	25
Amputação total do 1º dedo	10
Amputação total de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso ou amputação de uma falange do 1º dedo	½ do valor total do dedo
Perda total do uso ou amputação de qualquer outro dedo	1/3 do valor total do dedo
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
– menos de 3 centímetros	Não indenizável
– de 3 centímetros	6
– de 4 centímetros	10
– de 5 centímetros ou mais	15

Nos casos em que houver perda parcial do uso do membro ou anquilose parcial em uma articulação, incidirá sobre o valor expresso na tabela o percentual de limitação funcional indicado na declaração médica. Por exemplo, quando há uma perda de 20% do uso da mão direita, teremos o seguinte cálculo: 20% de 60% (perda total do uso) = 12% do capital segurado.

Quando não houver percentual indicado e sim o grau de limitação funcional da articulação ou membro lesado (mínimo, médio ou máximo), aplicar-se-á os percentuais de 25%, 50% e 75% do valor expresso na tabela, respectivamente.

Por exemplo, quando há perda em grau médio do uso da mão direita, teremos o seguinte cálculo: 50% de 60% (perda total do uso) = 30% do capital segurado.

As seqüelas funcionais definitivas não inclusas na Tabela 1 deverão ser analisadas tendo por base a perda funcional global do indivíduo ou poder-se-á adotar tabelas complementares de avaliação do dano corporal, tais como os baremas já publicados em diversos países.

Quando do mesmo acidente resultar incapacidade funcional de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se os percentuais respectivos, não podendo a indenização total ultrapassar os 100% do capital segurado. De forma análoga, quando houver mais de uma seqüela funcional definitiva em um mesmo membro ou órgão, a indenização total não poderá ultrapassar o percentual previsto para a perda total do mesmo.

A regulamentação da cobertura também prevê que nos casos em que após o pagamento da indenização por IPA houver a morte do segurado, em decorrência do mesmo acidente, seja descontado do capital segurado o valor inicialmente indenizado pela invalidez.

Em relação aos casos de invalidez causada por doenças, temos as já citadas coberturas de Invalidez Funcional Total por Doença (IFPD) e Invalidez Laborativa Total por Doença (ILPD).

Essas coberturas diferem da antiga cobertura de Invalidez por Doença (IPD), que contemplava os casos de doenças geradoras de incapacidade total e permanente para o trabalho genérico e aqueles em que os recursos terapêuticos disponíveis já haviam sido esgotados.

Houve, com o advento da Circular Susep n. 302/2005, uma nova abordagem da cobertura antiga e separação da mesma em duas coberturas distintas.

A cobertura de ILPD estabelece que a indenização é devida nos casos de doença suficientemente grave que não haja expectativa de recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento para a atividade laborativa principal do segurado.

O artigo 15 da Circular Susep n. 302/2005 determina que a atividade laborativa principal é aquela por meio da qual o segurado obteve maior renda,

dentro do exercício anual definido nas condições contratuais. Não podem ser admitidos no grupo segurado aqueles que não exerçam qualquer atividade laborativa.

Para efeito dessa cobertura, consideram-se também inválidos os segurados portadores de doença em fase terminal devidamente atestada por seu médico assistente.

As indenizações referentes a essa cobertura poderão ser pagas de uma só vez ou em forma de renda mensal temporária ou vitalícia.

A cobertura de IFPD garante o pagamento de indenização nos casos de doenças geradoras da perda da existência independente do indivíduo, caracterizada quando há quadro clínico incapacitante que inviabilize irreversivelmente o pleno exercício de suas relações autonômicas. Também são considerados inválidos, para fim da cobertura, os portadores de doenças em fase terminal devidamente atestadas nos moldes já citados.

Objetivando uma melhor criterização da cobertura de IFPD, a Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (Fenaseg) propôs ao órgão regulador uma cláusula adicional à referida cobertura. Nessa cláusula adicional, foram propostos critérios mais específicos para a caracterização da invalidez mediante a indicação de condições médicas geradoras dela, a saber:

- doenças cardiovasculares crônicas, enquadradas sob o conceito de cardiopatia grave pelas associações de cardiologia.
- Neoplasias malignas ativas, com prognóstico evolutivo e terapêutico desfavorável, não mais inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico.
- Doenças crônicas progressivas, com presença de disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas e repercussões em órgãos vitais, sem prognóstico terapêutico favorável.
- Alienação mental total e permanente, de etiologia orgânica, com perda das funções cognitivas superiores.
- Neuropatias com seqüelas encefálicas e/ou medulares que levem à repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital ou sentido de orientação ou nas funções de dois membros, em grau máximo.
- Doenças degenerativas do aparelho locomotor, geradoras de incapacidade total para locomoção do indivíduo sem qualquer auxílio.
- Doença oftalmológica geradora de cegueira legal bilateral, de acordo com os critérios adotados pelas associações médicas especializadas.

- Doenças em estágio terminal, nas condições descritas no artigo 17 da Circular Susep n. 302/2005.
- Doenças geradoras de perda completa e definitiva da função de dois membros, da função das duas mãos, da função dos dois pés ou de uma das mãos associada a um dos pés.

Os casos não contemplados anteriormente, seriam avaliados por meio de um Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), composto por dois documentos. O primeiro é uma tabela de relações existenciais, condições médicas/estruturais e estados conexos, em que são analisadas, por intermédio de escalas, as condições médicas do indivíduo e de sua conectividade com a vida.

O segundo documento é uma tabela de dados antropométricos, fatores de risco e de morbidade. Os atributos constantes em ambos os documentos receberão uma pontuação pré-estabelecida de, no máximo, 80 pontos possíveis. A caracterização do quadro clínico invalidante se dá pelo somatório de, no mínimo, 60 pontos.

A Circular Susep n. 302/2005 regulamenta também a cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária (DIT). Esta cobertura é devida nos casos em que haja incapacidade total, contínua e ininterrupta do segurado para exercer sua profissão ou ocupação durante o período em que estiver sob tratamento médico. Para efeito de indenização das diárias, considera-se o início da cobertura no primeiro dia após o período de franquia do seguro.

O período de franquia deverá ser de, no máximo, 15 dias a contar da data do evento gerador, e o limite máximo de diárias indenizáveis por evento deve ser fixado nas Condições Gerais da Apólice.

Outras coberturas podem ainda ser oferecidas no seguro de pessoas e contemplam o reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, iniciado nos primeiros trinta dias após o acidente pessoal coberto. Não são passíveis de indenização as despesas decorrentes de estados de convalescença após a alta médica, despesas com acompanhantes, com órteses de qualquer natureza e próteses de caráter permanente (salvo aquelas pela perda de dentes naturais). As despesas deverão ser devidamente comprovadas, nos termos estabelecidos no contrato de seguro.

No caso da cobertura de Diárias por Internação Hospitalar (DIH), há uma indenização proporcional ao período de internação do segurado, observados o período de franquia de no máximo 15 dias e o limite contratual por evento, fixados no contrato.

Por fim, temos a cobertura de Doenças Graves (CDG), novidade trazida pela mesma Circular e que garante a indenização do capital segurado em decorrência do diagnóstico de doenças previamente especificadas e caracterizadas nas Condições Gerais da Apólice. É vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas médicas e/ou hospitalares incorridas pelo segurado para o tratamento da doença.

RISCOS EXCLUÍDOS NO SEGURO DE PESSOAS

A definição dos riscos excluídos nas coberturas do seguro é informação obrigatória nas Condições Gerais da Apólice e segue os critérios preconizados pela legislação securitária vigente.

Cada seguradora tem autonomia para também excluir outros riscos definidos pela política técnica da empresa.

Na cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), constituem riscos excluídos os seguintes:

- as doenças, inclusive as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções e embolias resultantes de ferimento visível causado por acidente coberto.
- As intercorrências ou complicações resultantes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
- As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Contínuo (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica, bem como as suas conseqüências pós-tratamento específico.
- As situações reconhecidas por instituições previdenciárias oficiais como “invalidez acidentária”, nas quais o evento gerador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definida no artigo 5º da Resolução CNSP n. 117/2004.

Não pode ser estipulada no contrato de seguro cláusula que exclua o suicídio ou sua tentativa após os dois primeiros anos de vigência inicial da apólice ou da reinclusão do segurado após suspensão temporária dela.

Para a cobertura de morte natural e invalidez por doença, estão excluídas todas as doenças comprovadamente conhecidas pelo proponente na data da contratação do seguro.

Os danos causados pelo segurado ou seus beneficiários, através de atos ilícitos dolosos, estão excluídos de cobertura em todos os produtos oferecidos pelo mercado, porém é vedada a exclusão em qualquer das coberturas dos eventos provenientes da utilização de meios de transportes arriscados, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

ÁREAS DE ATUAÇÃO DA MEDICINA DE SEGUROS

O campo de atuação da Medicina de Seguros torna-se cada vez mais amplo, em face do crescimento progressivo do mercado segurador, especialmente no seguro de pessoas. As seguradoras cada vez mais necessitam da intervenção médica em seus setores de aceitação do risco e regulação de sinistros.

O consultor médico tem como atribuição analisar, segundo os critérios técnicos estabelecidos por cada seguradora, os riscos médicos na aceitação das propostas de seguro, com base na Declaração Pessoal de Saúde (DPS) preenchida pelo proponente e nas coberturas pleiteadas por ele. Com base no informado pelo proponente, o consultor médico deve avaliar a necessidade de solicitar esclarecimentos médicos complementares, sugerir a recusa da proposta ou a sua aceitação sem restrições.

No outro extremo do processo, ou seja, na regulação dos sinistros ocorridos, o consultor médico tem o papel de analisar toda a documentação médica enviada e o enquadramento do caso nos critérios da cobertura solicitada, até mesmo avaliando a possibilidade de irregularidade do pleito por pré-existência de doenças.

Nos casos em que a documentação enviada não é esclarecedora para a conclusão do pleito, cabe ao médico de seguro orientar a seguradora no sentido de solicitar outros documentos médicos úteis ou proceder a perícia médica para real avaliação da condição clínica atual do segurado.

A perícia médica para fim de regulação de sinistro deve ser focalizada no enquadramento ou não do segurado nos critérios da cobertura pleiteada. O médico perito deve estar atento às particularidades do produto e à possibilidade de fraudes, muito comuns nos sinistros de acidente pessoal.

Quando há necessidade de acesso mais detalhado a informações médicas específicas, importantes à avaliação da regularidade do sinistro, a seguradora pode solicitar ao médico de seguro a realização de uma sindicância. Para este procedimento, assim como para qualquer outro procedimento médico pericial, é indispensável a autorização expressa de consentimento, emitida pelo segurado ou seu representante legal.

Nos casos em que há discordância ou divergência em relação à conclusão do processo, é facultada ao segurado a solicitação de junta médica desempatadora. Este procedimento médico securitário é realizado por três médicos, sendo um representante do segurado, um representante da seguradora e o terceiro (desempatador) escolhido em comum acordo pelos dois primeiros.

Por fim, com o aumento das demandas judiciais enfrentadas pelas seguradoras nos processos de indenização por morte ou invalidez, tornou-se cada vez mais importante a atuação do médico perito como assistente técnico de uma das partes.

Procuramos, neste capítulo, trazer de forma objetiva e sucinta os aspectos mais importantes no cotidiano da perícia médica securitária. Muitas outras nuances se apresentam a cada dia no mercado segurador, e acreditamos que em curto intervalo de tempo teremos uma participação mais efetiva da Medicina de Seguros em outros campos de atuação.

Referências

BELMOK, T. A.; SILVA, W. F. M. (Orgs.). *Medicina de seguros*. Belo Horizonte: Instituto de Medicina Pericial, 2003.

CAMARGO, R. M. C. *Medicina de seguro: estudo sobre a conceituação e área de competência médica no seguro privado*. Rio de Janeiro: Fenaseg, 1991.

CNSP. *Resolução n. 117/2004*. Disponível em: <<http://www.susep.gov.br>>. Acesso em: 10 ago. 2007.

SILVA, W. F. M. *Legislação securitária*. Disponível em: <<http://www.medicinapericial.com.br>>. Acesso em: 24 ago. 2007.

SUSEP. *Circular n. 302/2005*. Disponível em: <<http://www.susep.gov.br>>. Acesso em: 10 ago. 2007.



MEDICINA LEGAL*

Décio Ernesto de Azevedo Marinho**

A Medicina Legal apresenta característica singular entre as diversas áreas de atuação do profissional médico, pois além da abrangência coletiva, transcendendo o indivíduo, assemelhando-se à Medicina Preventiva, diferencia-se desta pela particularidade de servir à justiça, seja na elaboração de leis ou na produção de provas. Como corolário dessa peculiaridade, o médico legista muitas vezes não conta com a colaboração do examinado, sabedor de que o agravamento das suas lesões podem resultar em maior punição dos seus agressores ou maiores vantagens pecuniárias. Entretanto, também podemos dizer que a Medicina Legal contribui para o desenvolvimento de outras áreas da Medicina, pois a própria Medicina Preventiva pode se socorrer com os dados estatísticos da Medicina Legal.

A necessidade do julgador de conhecimentos médicos para estabelecer a origem e extensão dos danos, seqüelas, doenças ou deficiências pré-existent das vítimas ou dos agressores, questões relacionadas ao casamento, gravidez, parto e puerpério, obrigaram-no a ouvir o médico, já que a Medicina também abandonava suas práticas 'mágicas' e o empirismo para utilizar métodos científicos. Conceitua-

* Quando convidados para escrever sobre as perícias médico-legais, sabíamos que o escopo da publicação não permitiria que ocupássemos muitas páginas, outros colegas com temas também interessantes dividiriam a edição desta obra. Por outro lado, presumíamos que alguns assuntos seriam abordados por mais de um autor, com efetivo risco de redundâncias em razão da escassez de espaço disponível. Optamos, então, por selecionar temas mais pertinentes à Medicina Legal, além, é claro, da frequência com que comparecem nas nossas estatísticas. Abrimos com breve resumo histórico da Medicina Legal; os quesitos dos relatórios mais comuns foram expostos, bem como os agentes vulnerantes mais utilizados, seus efeitos lesivos, o estudo da Tanatologia Forense e a cronologia da morte, com seus fenômenos conservadores e destrutivos; os principais crimes de natureza sexual. Agradeço aos colegas peritos que, gentilmente, cederam algumas das imagens estampadas neste artigo, colaborando imensamente para o seu resultado final.

** Mestre em Medicina pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Professor Assistente de Medicina Legal nas Faculdades de Direito e de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Professor na Academia de Polícia do Estado de Goiás. Médico-legista do Instituto Médico-Legal Aristocledes Teixeira, de Goiânia.

se então a Medicina Legal “como o conjunto de conhecimentos médicos e biológicos necessários para a resolução dos problemas jurídicos, tanto na aplicação prática das leis como no seu aperfeiçoamento e evolução” (CALABUIG, 2004).

Para os estudiosos das legislações mais primitivas, algumas leituras do Código de Hamurabi, das leis de Manu, das leis hebraicas e do antigo Egito e do direito romano já mostram a necessidade dos conhecimentos médicos para a aplicação da justiça.

Somente no século XVI que Ambroise Paré, cirurgião do exército francês, coligiu os conhecimentos da época no seu *Traité des Relatoires*, obra que ainda abrigava algumas credences próprias do ambiente cultural da época (HERCULES, 2001).

No Brasil, podemos falar que a Medicina Legal adquiriu grande importância no cenário médico-jurídico a partir da Escola da Bahia, com o professor Nina Rodrigues, e, posteriormente com as escolas do Rio de Janeiro e de São Paulo, com Afrânio Peixoto e Oscar Freire, ambos discípulos do grande mestre. Curiosamente, na época, os estudantes das Ciências Jurídicas e da Medicina enfrentavam grande dificuldade pela escassez de referencial bibliográfico. A produção nacional era tímida, a demanda quase inexistente. Atualmente, estudiosos da matéria encontram uma abundância de publicações nacionais de qualidade equiparável às encontradas nos melhores centros, temos professores de excelente cepa, centros com tecnologias mais sofisticadas. A prova pericial passou a ser entendida como “o prefácio de uma sentença” (GOMES *apud* FRANÇA, 2001, p. 1).

Paradoxalmente, as nossas escolas jurídicas estão, cada vez mais, limitando o ensino da disciplina, seja reduzindo a carga horária, seja tornando-a opcional ou simplesmente eliminando-a da grade curricular. Tal constatação infelizmente também pode ser feita no ensino médico, com suas disciplinas cada vez mais limitadas por novas matérias que nascem no dia-a-dia da evolução da Ciência Médica. Por todas essas razões, é que assistimos com desalento operadores da justiça formularem quesitos de forma inadequada, não detectarem erros nos relatórios que manuseiam diariamente e não utilizarem todas as potencialidades que a Ciência Forense põe a serviço do Direito.

PERÍCIA MÉDICO-LEGAL

O Código de Processo Penal brasileiro dedica vários artigos — nos seus artigos 6º, 158 até 184, 275 ao 281 — às perícias, incluindo a perícia médico-legal.

Pela leitura da nossa lei adjetiva, entende-se que o médico-legista deve ser servidor público e, em função da própria atividade, servir à justiça com o compromisso da verdade. Então, o médico-legista é um perito oficial designado pelo Estado para atender às solicitações da justiça, através das requisições das autoridades policiais ou judiciais. Nas localidades onde não exista o médico legista, a autoridade policial ou judiciária poderá nomear um médico para o atendimento de uma perícia médico-legal, são os chamados peritos *ad hoc* ou louvados ou graciosos.

O perito médico-legista, de ofício ou louvado, deverá atender a autoridade requisitante elaborando um relatório sobre o exame feito, chamado de laudo ou auto, conforme seja redigido pelo próprio perito ou ditado a escrivão. Convém lembrar que o crime de falsa perícia está previsto no nosso Código Penal e que os peritos louvados também podem ser sujeitos ativos de tal delito, que consiste não apenas em fazer uma afirmação falsa mas também em calar-se ou negar a verdade, conforme reza o artigo 342 da lei substantiva penal.

O relatório médico-legal pode ser dividido em sete partes, a saber:

- preâmbulo – em que deverá constar os nomes dos peritos, do diretor que os designou, da autoridade que requisitou os exames periciais, o dia e o local onde a perícia foi realizada e o nome do periciando. Quando o local não tiver médico-legista oficial, o perito médico será designado pela própria autoridade requisitante, que lavrará um termo de compromisso no qual o médico se compromete a fielmente desempenhar suas atribuições. O perito oficial já é compromissado na sua própria investidura na função pública;
- quesitos – nas perícias médico-legais, quase sempre os quesitos já estão formulados. Não obstante, a autoridade requisitante poderá acrescentar outros, até mesmo atendendo aos advogados das partes, já que estes não podem fazê-lo diretamente aos peritos. Nas perícias psiquiátricas, não existem quesitos prévios, os quais só podem ser solicitados pela autoridade judicial, quando se tratar de imputabilidade penal. Também as exumações, em razão das peculiaridades do exame, não têm quesitação prévia;
- histórico ou comemorativo – são as informações a respeito do caso, das circunstâncias em que ele teria ocorrido e das suspeitas que pairam sobre o fato. Corresponde à anamnese feita pelo clínico. Os peritos devem consignar no seu relatório tais informações, evitando omissões e sem ser prolixo, com muito cuidado para não emitir opiniões nem dirigir seus exames balizado pelo que ouviu dizer ou pelo escrito das requisições policiais, quase sempre lacônicas e imprecisas;

- descrição – é a parte mais importante do relatório, em que o perito expõe minuciosamente o que viu, com extrema cautela e método, descrevendo as lesões encontradas no seu tamanho, forma, contorno, relevo, coloração, número, arranjo e localização de acordo com os segmentos corporais, no sentido crânio-caudal. É o chamado visum et repertum que, com as atuais facilidades de acesso e operação de câmeras fotográficas, devem ser acompanhados, sempre que possível, com filmes ou fotos ilustrativas;
- discussão – aqui, o perito deverá fazer o seu diagnóstico, podendo mesmo cotejar duas ou mais hipóteses, de acordo com o que observou na parte descritiva do relatório e com as possíveis confrontações com as suspeitas levantadas pelos comemorativos;
- conclusão – os peritos sintetizarão de maneira objetiva suas opiniões, em conformidade com a descrição e a discussão. Se os peritos não tiverem plena convicção ou se faltarem elementos para a afirmação ou negação do que foi solicitado, não deverão hesitar em declarar a impossibilidade de se concluir o relatório;
- Respostas aos quesitos – conforme falamos, os quesitos quase sempre são previamente formulados de acordo com o tipo de exames, nada impedindo que a autoridade acrescente alguns pertinentes ao fato. As respostas devem ser as mais diretas – “sim”, “não”, “prejudicado, sem elementos ou na dependência de algum exame complementar”, seja laboratorial ou para avaliar a evolução.

Quesitos

Conforme dito, nas perícias médico-legais quase sempre os quesitos são prévios e variam pouco de um Instituto Médico Legal (IML) para outro. Os exames mais freqüentes apresentam formulários com os quesitos inclusos, dos quais citamos como exemplos:

- exame cadavérico – 1º) Se houve morte; 2º) Qual a causa da morte; 3º) Qual o instrumento ou meio que produziu a morte; 4º) Se a morte foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou outro meio insidioso ou cruel (resposta especificada);
- exame de lesão corporal – 1º) Há ofensa à integridade corporal ou à saúde? 2º) Qual o instrumento ou meio que a produziu? 3º) Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por outro meio insidioso ou cruel? (resposta especificada) 4º) Houve perigo de vida? 5º) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? 6º) Resultou

incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, aborto ou aceleração de parto ou deformidade permanente? (resposta especificada).

- exame de conjunção carnal – 1º) Houve conjunção carnal? 2º) Qual a data provável dessa conjunção? 3º) Era virgem a examinada? 4º) Houve violência para essa prática? 5º) Qual o meio dessa violência? 6º) Da violência, resultou para a examinada: incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função; ou deformidade permanente, ou aborto (resposta especificada)? É a examinada débil ou alienada mental? 8º) Houve qualquer outra causa diversa da menoridade, alienação ou debilidade mental que tivesse impossibilitado a examinada de resistir?;
- exame de atentado violento ao pudor – 1º) Há vestígios de ato libidinoso? 2º) Há vestígios de violência? 3º) Qual o meio dessa violência? 4º) Da violência, resultou para a vítima: incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou aceleração de parto, ou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente, ou aborto (resposta especificada)? 5º) É a vítima alienada ou débil mental? 6º) Houve qualquer outra causa diferente da menoridade (menor de 14 anos) e da alienação ou debilidade mental que tivesse impossibilitado a vítima de resistir?;
- exame para verificação de aborto – 1º) Houve aborto? 2º) Foi ele provocado? 3º) Qual o instrumento ou meio empregado? 4º) Em consequência do abortamento ou do instrumento ou meio empregado para provocá-lo, sofreu a vítima: incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente (resposta especificada)? 5º) É a vítima alienada ou débil mental? 6º) Se provocado por médico, era o único meio de salvar a vida da gestante?;
- exame para verificação de embriaguez – 1º) O examinado está embriagado? 2º) Que espécie de embriaguez? 3º) No estado em que se encontra, põe em risco a segurança própria ou alheia? 4º) Ele se embriaga habitualmente? 5º) Qual o prazo, aproximadamente, em que deve ficar internado para a necessária desintoxicação?

Agentes Lesivos ou Vulnerantes

São agentes físicos, químicos, biológicos ou mistos que ofendem a integridade física do indivíduo provocando lesões corporais e até mesmo a morte. O médico-legista deverá estar capacitado para identificar o instrumento ou agente lesivo por meio da lesão resultante do trauma sofrido, tarefa nem sempre muito fácil, pois requer um grande senso de observação, além de conhecimento. Os agentes físicos podem ser divididos em mecânicos, térmicos, elétricos, barométricos, sonoros, luminosos e radioativos.

Agentes físicos mecânicos

Os agentes físicos mecânicos constituem a imensa maioria dos agentes lesivos em qualquer levantamento estatístico dos IMLs, vulnerando o indivíduo mediante a energia produzida pela massa de um objeto em movimento. Os instrumentos ou meios de ação mecânicos podem ser:

- cortantes – quando apresentam gume ou fio e atuam através da pressão e deslizamento. Produzem as chamadas feridas incisivas, cujas bordas são regulares e têm profundidade variável, no que difere das feridas cirúrgicas que apresentam profundidade uniforme. A navalha, o caco de vidro, a gilete, o apontador de lápis e o bisturi são exemplos de tais instrumentos. É importante ressaltar que nas agressões em que a vítima tenta se defender, tais lesões podem ser observadas nos membros superiores. Quando a ferida incisiva é observada na face anterior do pescoço é chamada de esgorjamento (Figura 1); se a ferida for na face posterior do pescoço, é degolamento. O termo decapitação é usado quando a cabeça é separada do corpo;
- perfurantes – atuam através da pressão exercida em um ponto. Neste caso, as fibras dos tecidos musculares são pouco lesadas, ocorrendo afastamento das mesmas pelo agente vulnerante, ao contrário do que ocorre com os instrumentos cortantes. Costumam ser divididos em instrumentos perfurantes de pequeno e de médio calibre. Os de pequeno calibre produzem as chamadas feridas punctórias, cujo importante exemplo são as feridas produzidas por agulhas de injeção, que pelo tamanho podem passar despercebidas ou não valorizadas. Na projeção dos trajetos venosos superficiais, as feridas punctórias podem traduzir a injeção de drogas, lícitas ou não, eventualmente muito importantes na elucidação de envenenamentos e in-

toxicações. Os instrumentos de ação perfurante de médio calibre produzem lesões em forma de botoeira, cujos eixos maiores são formados de acordo com as linhas de força que agem no tegumento;



Figura 1 – Esgorjamento + presença de múltiplas feridas perfuroincisas e perfurocontusas (produzidas por Chuço com ponta romba).

- contundentes – não possuem gume nem ponta, a massa em movimento transfere sua energia ao organismo através de uma superfície (Figura 2). São os instrumentos mais freqüentes na produção de dano. O traumatismo por instrumento ou meio de ação contundente pode produzir lesões abertas ou fechadas, dependendo da quantidade de energia transferida, da região atingida e da dinâmica do trauma. Podem atuar de modo ativo (soco, chute, paulada, coronhada etc) ou passivamente (queda ao solo). As alterações vão desde o eritema ou rubefação até o esmagamento. Em alguns casos, as lesões denunciam o instrumento vulnerante de modo específico, como marcas produzidas por fivelas de cintos (Figura 3). Já tivemos a oportunidade de observar um caso em que o traumatismo foi produzido por um instrumento utilizado para cortar cana (cortocontundente), porém o golpe foi desferido com a parte lateral do objeto, imprimindo na pele da vítima a forma peculiar da lâmina (Figura 4), podendo-se mesmo inferir que o agressor não tinha a intenção de matar a vítima (*animus necandi*);



Figura 2 – Ilustração de ferida contusa no couro cabeludo provocada por instrumento de ação contundente
Nota: as bordas são irregulares.

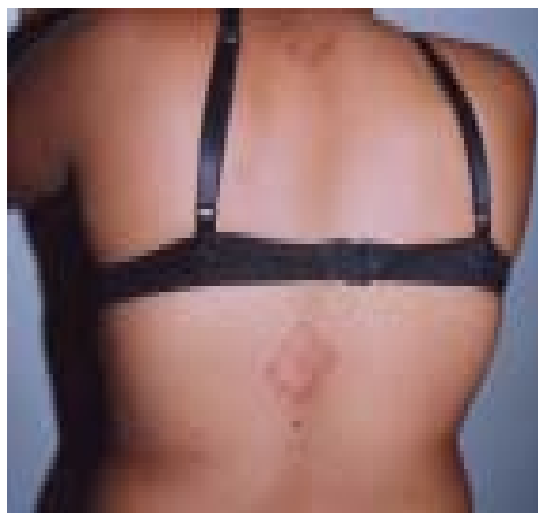


Figura 3 – Lesão com “assinatura” (fivela de cinto) em provocada por instrumento de ação contundente.

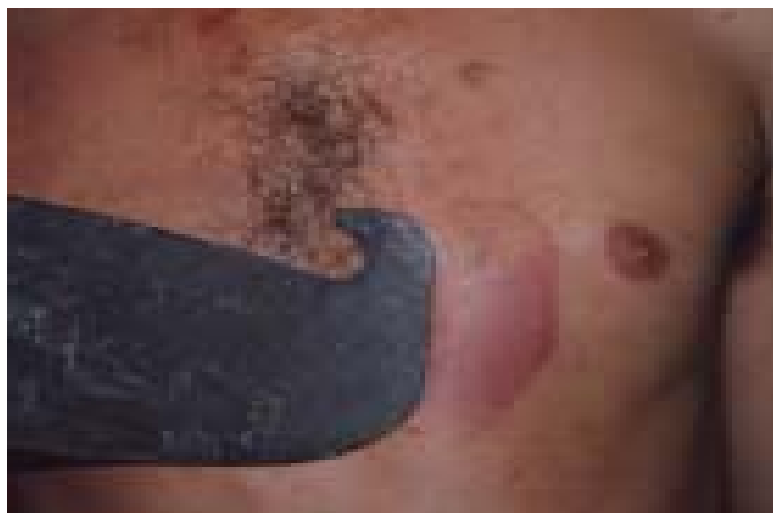


Figura 4 – Ação contundente – equimose com a forma do agente lesivo
Nota: pode-se inferir a inoccorrência de *animus necandi*.

- instrumentos mecânicos de ação mista – são os perfurocortantes, cortocontundentes e perfurocontundentes. Os instrumentos perfurocortantes podem apresentar um ou mais gumes e, ao penetrar nos tecidos, deixam um ou mais ângulos agudos, conforme o número de gumes (habitualmente um ou dois nos punhais e peixeiras). Os instrumentos cortocontundentes têm grande massa e, como apresentam gume, causam grandes mutilações nas vítimas, decepando membros, decapitando ou atingindo planos profundos. Tais feridas devem ser denominadas de feridas cortocontusas, evitando-se os termos ferida lacerada ou laceração, que não traduzem o instrumento lesivo. Os instrumentos perfurocontundentes são representados especialmente pelos projéteis de arma de fogo (PAF) (Figura 5), quase sempre de forma ogival ou cilíndricocônica, perfurando e contundindo ao mesmo tempo, visto que não são pontiagudos. No ano de 2006, foram feitas no IML de Goiânia 510 necrópsias de morte por arma de fogo, das quais 499 foram homicídios e 11 casos de suicídio. A ferida por PAF exhibe dois orifícios concêntricos (Figura 6), o maior dos quais se dá pela desepitelização, que deixa ver a derme centrada por um outro orifí-

cio. Tal aspecto é dado pela elasticidade da derme que, após a transfixão pelo PAF, retorna parcialmente à situação anterior, mostrando um orifício que é menor que o diâmetro do PAF, ao contrário da epiderme, que é inelástica e cujas lesões costumam ter a amplitude do calibre que as produziu. Quando o disparo é efetuado a uma distância pequena entre a arma e a vítima (Figura 7), os resíduos de pólvora combusta depositam-se sobre a pele, formando zonas de esfumaçamento, e os resíduos de pólvora incombusta penetram na pele, formando a zona de tatuagem, que não só atestam a utilização de arma de fogo como também o disparo à queima-roupa ou curta distância. Geralmente, essa distância é calculada em algumas dezenas de centímetros, obviamente variando de acordo com a arma e a munição usadas. Se o disparo for realizado a alguns centímetros de distância, o observador atento poderá notar alguns pêlos crestados rodeando a ferida de entrada (Figura 8). Uma terceira possibilidade em relação às feridas de entrada de PAF é o tiro encostado ou de encosto, no qual, em virtude da rápida expansão dos gases propelidos para o interior dos tecidos moles, estes, literalmente, explodem de dentro para fora se tivermos um plano ósseo subjacente, como no couro cabeludo, justificando-se a expressão “buraco de mina de Hoffman” (Figura 9). Há algumas décadas, ainda no Instituto Afrânio Peixoto, tivemos a oportunidade de trabalhar numa suspeita de suicídio em que ocorrera transfixão do crânio e, na têmpora direita (Figura 10), visualizava-se uma ampla ferida de entrada, estrelada, com característica de tiro de encosto. A têmpora esquerda exibia uma ferida de diâmetro inferior à primeira, o que levou o perito criminal a supor que esta última era a ferida de entrada, por ser menor que a primeira, provocando uma contradição entre os laudos do IML e do Instituto de Criminalística. A vítima era destra, o que tornava mais plausível a hipótese de homicídio se a ferida de entrada fosse na têmpora esquerda. Uma exumação determinada pela justiça veio confirmar nosso diagnóstico com facilidade, os inequívocos buracos nos ossos do crânio, em tronco de cone com base oposta à entrada, selaram o sentido percorrido pelo PAF. A determinação das feridas de entrada e saída, o trajeto do PAF, as estruturas anatômicas lesadas, a quantificação do dano e sua contribuição no evento morte devem constar do relatório dos legistas. A coleta dos PAF deve ser feita com cuidados especiais, evitando-se o uso de instrumentos metálicos desprovidos de proteção para que não se altere a superfície dos projéteis, preservando-os para os importantes exames balísticos.



Figura 5 – Ilustração de lesão por arma de fogo (PAF)
Nota: a face apoiada contra superfície resistente não permitiu a saída dos PAF que aparecem nas aberturas.

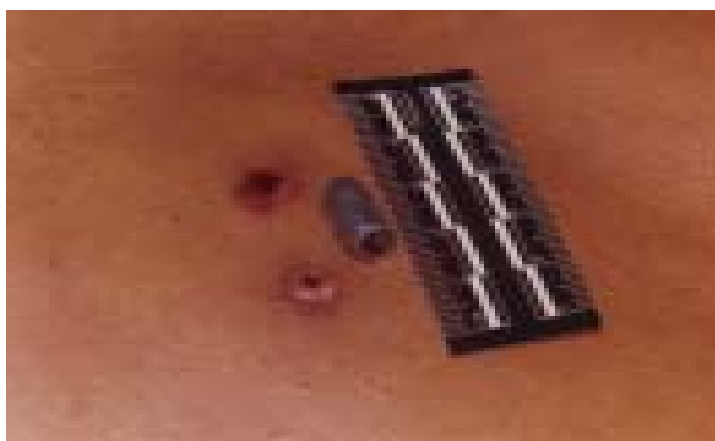


Figura 6 – Ilustração de lesão por arma de fogo (PAF)
Nota: Há evidência de duas feridas de entrada de PAF com orla de escoriação em crescente (tiro oblíquo). Há a presença de um dos PAF.



Figura 7 – Ilustração de lesão em decorrência de tiro a curta distância, com evidência de zona de tatuagem e ferida de entrada.



Figura 8– Ilustração de lesão em decorrência de tiro de encosto (câmara de mina de Hoffmann)



Figura 9 – Ilustração de lesão resultante em tiro de encosto no ouvido.

Nota: a irregularidade do relevo permite que os resíduos de pólvora escapem e formem aspecto radiado.



Figura 10 – A presença de resíduos de pólvora na superfície óssea em tiro de encosto (sinal de Benassi).

Agentes físicos térmicos

Podem atuar tanto pela ação do frio como do calor. Em razão de nossa proposta de exposição, limitar-nos-emos à abordagem das perícias das lesões produzidas pelo calor, especificamente das queimaduras, que são absolutas na incidência daquele tipo de lesão. A causa jurídica mais comum nas queimaduras são as acidentais, entretanto não são incomuns os casos de suicídio, como também os homicídios com utilização de agentes térmicos, mais raros. Com relativa frequência, temos observado alguns casos de tentativa de ocultação de cadáver com a carbonização do corpo. Há poucos meses, uma jovem bancária foi morta e seus algozes tentaram dificultar a identificação do corpo usando este sórdido expediente. Uma das questões mais relevantes nos casos de carbonização do corpo é determinar se as queimaduras foram produzidas *intravitam* ou não, importante não apenas na esfera penal, qualificando o crime pela crueldade ou somando-se a ocultação do cadáver, no caso de morte por causa diversa, mas também no Direito Civil, que pode se socorrer das conclusões periciais, quando o médico pode afirmar que, no mesmo evento, a morte de um dos cônjuges precedeu a do outro. A gravidade das queimaduras está relacionada com a profundidade dos tecidos atingidos, com a área corporal comprometida e na ocorrência das chamadas lesões de inalação. Os agentes térmicos podem ser líquidos aquecidos, sólidos incandescentes, gases ou vapores aquecidos e ação direta do fogo. Quando o agente térmico é um líquido aquecido, as lesões mais intensas estarão localizadas nas porções superiores e, à medida que fluem para as porções descendentes, vão formando um aspecto característico de 'escorrido', ao contrário das chamas, que têm tendência ascendente, queimam até mesmo as vestes e deixam os pêlos crestados, isto é, friáveis, retorcidos e com cheiro característico. O contacto com um objeto sólido incandescente produz lesão com o desenho do agente. Na época do império, o ferro em brasa era utilizado como método de punição e identificação de escravos e criminosos. As queimaduras de primeiro grau produzem eritema e edema, costumam ser dolorosas e usualmente não deixam bolhas, embora possa ocorrer posterior desepitelização; as queimaduras de segundo grau superficiais comprometem a epiderme e porção superior da derme, ocorrendo formação de bolhas, no entanto não evoluem deixando cicatrizes, visto que os anexos cutâneos estão preservados (onde se inicia a reepitelização); as de segundo grau profundas podem evoluir deixando cicatrizes; as queimaduras de terceiro grau comprometem todo o tegumento, inclusive os anexos cutâneos e as terminações nervosas, abolindo toda

a sensibilidade cutânea; as queimaduras de quarto grau são consideradas carbonização, com destruição completa da pele e do tecido subcutâneo, podendo atingir planos ósseos. A perícia das queimaduras no vivo deve ser meticulosa quanto ao estabelecimento da superfície corporal atingida, considerando-se a resposta ao quesito do perigo de vida, no caso de grande área corporal envolvida, lesões de inalação, complicações infecciosas, entre outras. As queimaduras múltiplas por cigarro sugerem tortura (há alguns anos observamos caso de múltiplas queimaduras por pontas de cigarro autoinfligidas; o examinado era portador de hanseníase e estava sua sensibilidade alterada pela doença. Especial atenção devemos ter com as queimaduras em crianças em idade pré-escolar, algumas delas vítimas de maus-tratos e que, por dolo ou negligência, são postas em água quase fervente durante o banho. As lesões são sugestivas pela topografia ímpar: comprometem do abdome para baixo, poupando as regiões inguinais, joelhos e fossas poplíteas. As queimaduras em áreas reduzidas e superficiais, que não deixam seqüelas cicatriciais, são classificadas como lesões corporais de natureza leve. A presença de cicatriz que deixe aspecto vexatório, que cause repugnância às pessoas, são consideradas deformidade permanente, de natureza gravíssima. Pela grande diferença de tratamento penal entre uma lesão leve e lesão gravíssima, o médico poderá fazer um segundo exame após a reparação ou consolidação das lesões, evitando dar um prognóstico, sempre indesejável em Medicina Legal.

A perícia no morto pode trazer dificuldades como: a) identificação – nos carbonizados, a determinação do sexo quase sempre é feita pela preservação da próstata ou do útero, que são estruturas que costumam ser identificadas mesmo nas carbonizações mais intensas; a identificação do indivíduo já se torna um problema de solução mais difícil e trabalhosa, com o perito legista se socorrendo da Odontologia Legal e da Genética Forense; b) investigar a ocorrência de lesões prévias – os carbonizados também oferecem dificuldades adicionais; a presença de fraturas, coleções sanguinolentas nos espaços meningeos são exemplos de artifícios provocados pela própria ação térmica, induzindo a erros os que não lidam com tais eventos; c) poder afirmar ou negar se a vítima estava viva no ambiente em chamas – o encontro de material fuliginoso na árvore respiratória e a pesquisa de monóxido de carbono (CO) no sangue pode dar a resposta. Entretanto, o nosso laboratório não está apto para pesquisa de CO no sangue. Sabemos que alguns casos de morte em ambiente fechado são provocados pelos gases emanados do incêndio e que concentrações de carboxiemoglobina acima de 20 a 30% podem levar à morte

indivíduos idosos ou com problemas cardiopulmonares (DI MAIO, D. J.; DI MAIO, V. J. M., 2001).

Os que conseguem sobreviver no local do incêndio têm suas chances reduzidas conforme as variáveis acima mencionadas – extremos etários, área corporal, regiões comprometidas, lesões de inalação, entre outras. As complicações mais comuns seriam choque, falência renal, infecções, desequilíbrios térmicos e hidroeletrólíticos. As lesões de inalação agravam o quadro respiratório da vítima, diminuindo consideravelmente suas chances de sobrevivência. A ação irritante das substâncias tóxicas sobre a mucosa das vias respiratórias provoca nelas mesmas edema, necrose e descamação, com sintomatologia após 24 ou 48 horas. A suspeita deve ser levantada naqueles que foram vitimados em locais fechados e o exame broncoscópico pode dar o diagnóstico de certeza (HERCULES, 2005).

Asfixias mecânicas

Embora o termo etimologicamente signifique ausência de pulso, as asfixias são caracterizadas pela inadequada oxigenação dos tecidos, de causas múltiplas. Fixar-nos-emos nas asfixias de origem mecânica, por sua maior frequência.

As asfixias mecânicas podem ser divididas em asfixias por modificação do meio, por constrição do pescoço e por sufocação.

As asfixias por modificação do meio dividem-se em: afogamento – quando o meio aéreo é substituído por líquido; soterramento – quando o meio aéreo é substituído por partículas sólidas (pulverulentas); e confinamento – a substituição do meio aéreo se dá por gases irrespiráveis.

As asfixias por constrição do pescoço podem ser por enforcamento, estrangulamento e esganadura. Nas duas primeiras modalidades, o instrumento vulnerante é o laço, sendo o peso do corpo a força constritora no enforcamento e qualquer outra força, no estrangulamento. Na esganadura não se utiliza o laço, apenas a força das mãos.

As asfixias por sufocação podem ser diretas ou indiretas.

Asfixias por afogamento

Asfixias por afogamento caracterizam-se pela penetração de grande quantidade de líquido nos pulmões através das vias respiratórias. Quase sem-

pre é causada pela água doce ou salgada, embora existam relatos de afogamento por outro líquido.

A causa jurídica mais freqüente dos afogamentos são os acidentes; casos de suicídio são menos freqüentes e os homicídios, mais raros ainda, sendo mais comuns nos crimes de morte por infanticídio.

A incidência dos casos de afogamento é maior nos meses de férias, e jovens do sexo masculino são as maiores vítimas.

O encontro de um cadáver na água deve suscitar duas questões por parte dos peritos, a saber: 1) o indivíduo estava morto ou vivo antes da submersão?; 2) os ferimentos observados no corpo foram produzidos antes da imersão ou foram produzidas *post-mortem*?

O mecanismo de morte nos casos agudos é anoxia cerebral com dano irreversível, ocorrendo num tempo estimado entre três e dez minutos. Em água com a temperatura extremamente fria, existe relato de sobrevivência de um menino após tempo superior a sessenta minutos de submersão (BOLTE *et al.* apud DI MAIO, D. J.; DI MAIO, V. J. M., 2001).

Alguns autores atribuem maior importância ao mecanismo osmótico nos eventos que provocam a morte. Quando o indivíduo se afoga na água doce, esta atravessa a barreira alveolocapilar e produz hipervolemia e hemólise, com liberação de potássio e diminuição da concentração plasmática de sódio, sobrevivendo fibrilação ventricular. No afogamento pela água salgada, em virtude da maior tensão osmótica, a migração de líquido se faz do sangue para o alvéolo, provocando hemoconcentração e aumento do nível plasmático do sódio, não ocorrendo fibrilação ventricular e sim aumento da viscosidade do sangue. Tanto a água doce quanto a salgada destroem ou removem os surfactantes pulmonares, levando ao colapso alveolar (DI MAIO; DANA, 1999).

Entre 10 e 15% dos afogados não se encontra líquido nos pulmões nem no estômago, são os chamados “afogados brancos ou secos”, possivelmente por laringoespasmos ou choque por inibição cardíaca reflexa por estimulação vagal originada pela rápida entrada de água na nasofaringe ou laringe.

- Exame externo – os livores cadavéricos, quando presentes, apresentam tonalidade mais clara que em outras formas de asfixias mecânicas; a pele anserina forma-se pela contração dos músculos piloerectores, a boca e as narinas exibem o “cogumelo de espuma” formado por mistura da água com secreção do trato brônquico e surfactantes alveolares. A espuma apresenta uma consistência mais firme, e as bolhas são diminutas. Se o corpo perma-

necer na água por tempo superior a uma hora, as regiões palmo-plantares ficarão com prequeamento mais acentuado em virtude da hidratação da camada córnea, as chamadas “mãos de lavadeira”. Os ferimentos eventualmente observados costumam ser pós-mortais, causados pela fauna aquática, pelo impacto contra o leito do rio ou do mar, hélices de embarcações, entre outros. Se a vítima sofrer lesão em vida e dentro d’água, a reação vital dificilmente será observada. Após a submersão, o corpo irá flutuar quando os gases da putrefação aumentarem o seu volume, diminuindo sua densidade. A cabeça e as porções superiores do tórax apresentarão tonalidade enegrecida, em função destas regiões ficarem em declive e os livores se concentrarem nestas áreas, acelerando o processo de coloração, como veremos adiante.

- Exame interno – os pulmões mostram grande aumento de volume, recobrando o coração; na superfície, equimoses lenticulares ou maiores podem ser visualizadas através da transparência pleural, correspondendo às áreas hemorrágicas do parênquima pulmonar, chamadas “manchas de Paltauf”; na espuma traqueobrônquica, podem ter resíduos de terra ou areia, facilitando o diagnóstico. A presença de grande quantidade de água no estômago tem valor contestado por alguns, salvo quando o líquido apresenta características peculiares do líquido causador do afogamento.
- Exame histopatológico – a pesquisa e o achado de plâncton nos alvéolos pulmonares têm valor também limitado. Segundo alguns autores, poderia ocorrer migração passiva para os alvéolos, seria possível ocorrer como fenômeno *post mortem*. Se o encontro do plâncton se der em medula óssea ou no fígado, o diagnóstico será mais bem fundamentado.

Existe um quadro chamado “quase afogado” em que os indivíduos que sobrevivem mais de 24 horas podem desenvolver edema pulmonar, hemoglobinúria, arritmias cardíacas, pneumonia, febre, sepsis e também sintomas relacionados com hipoxia cerebral (convulsões, amnésia, confusão, coma). A maior causa de morte nas primeiras 24 horas é o desenvolvimento de edema cerebral súbito (DI MAIO; DANA, 1999, p. 188)

Asfixias por soterramento

Aqui, discutiremos soterramento no sentido restrito, que seria a penetração de substâncias sólidas pulverulentas na árvore respiratória, cuja profundidade será de acordo com o tamanho das partículas. Trata-se de modalidade

rara, muitas vezes associada ao soterramento no sentido amplo, como ocorre nos desabamentos e queda de barreiras, em que o mecanismo asfíxico pode estar ligado à compressão do tórax. O encontro do material na árvore respiratória facilita o diagnóstico.

Asfixias por confinamento

A Asfixia por confinamento ocorre quando o indivíduo fica em ambiente onde não ocorra renovação de ar suficiente para as suas necessidades respiratórias. Há alguns anos, um submarino russo sofreu um acidente, e, presos ao fundo do oceano, vários tripulantes morreram por asfixia por confinamento. Na Grande Goiânia ocorreu, há mais de vinte anos, caso em que crianças brincando de “esconde-esconde” ficaram presas num velho refrigerador, numa sucata, e também tiveram triste fim. Spitz (1993) mostra caso semelhante.

Asfixias por constrição do pescoço

Nestas asfixias, três mecanismos são considerados, quais sejam: respiratório, circulatório e nervoso. Grande parte dos autores consideram o mecanismo circulatório o principal causador da morte. Com uma compressão no pescoço equivalente a cinco quilos, as carótidas serão ocluídas e a vítima perderá a consciência em poucos segundos e, com alguns minutos, a anoxemia cerebral levará à morte.

- Enforcamento – quando se utiliza o laço e a força constritora é o próprio peso da vítima. Quase sempre a causa jurídica é o suicídio, pois nos casos de homicídio o autor teria de ter grande superioridade de força ou a vítima estar com sua capacidade de reagir diminuída ou abolida – é recomendável exame toxicológico em alguns casos rotulados como “suicídio”. A ação do agente vulnerante irá provocar a formação de sulco no pescoço (Figuras 11A e 11B), único ou múltiplo, conforme o número de voltas; a posição geralmente é alta e oblíqua, às vezes se interrompendo na altura do nó. Se a compressão for suficientemente forte para o fechamento das artérias vertebrais (cerca de 25 quilos), a face do cadáver ficará pálida; caso a força seja suficiente para fechamento das carótidas, as jugulares ficarão fechadas com força bem menor (cerca de dois quilos) e a congestão será inevitável. Por

este motivo, o mecanismo circulatório parece ser mais eficaz nos efeitos lesivos, pois o fechamento da laringe exige força acima de dez quilos; pela mesma razão, temos casos de morte por suspensão incompleta, a vítima se pondo de joelhos, ou até quase deitada, consegue, com um mínimo de força, o autoextermínio. No ano de 2006, tivemos 88 casos de enforcamento, 4,27% das causas violentas de morte, destes, 85 foram atribuídos ao suicídio, dois casos foram tidos como acidentais e um caso, homicídio¹.

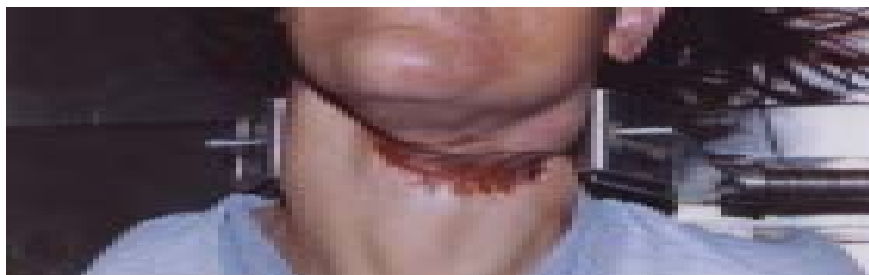


Figura 11A – Ilustração de uma vítima na qual há evidência do sulco de enforcamento.



Figura 11B – A mesma vítima da ilustração anterior com fratura da cartilagem tireóide.

- Estrangulamento – no caso, o laço é acionado por outra força qualquer que não seja o peso da vítima. A causa jurídica mais comum é o homicídio, e, como o ponto de aplicação da força constritora está na mesma altura do pescoço da vítima, o sulco costuma ser horizontalizado, contínuo e mais baixo que o do enforcamento. Tivemos um único caso de estrangulamento referido no ano de 2006².
- Esganadura – não há utilização de laço, a constrição do pescoço é produzida pelas mãos do agressor. A causa jurídica sempre é homicida. As lesões no pescoço serão marcas de unhas e dedos, os chamados estigmas ungueais e digitais. Também exige para sua consecução uma grande supremacia de força do agressor.

Sinais encontrados nas asfixias por constrição do pescoço

Fora da região cervical, os achados costumam ser inespecíficos, sendo descritos escurecimento e aumento de fluidez do sangue. A presença de petéquias subpleurais dispersas (manchas de Tardieu) é relativamente comum em outros eventos. No pescoço, além das lesões provocadas pelo laço e dos estigmas ungueais, devem-se pesquisar infiltrações hemorrágicas no tecido celular subcutâneo, na bainha dos músculos; na adventícia das carótidas (sinal de Friedberg), rotura da bainha do nervo vago (sinal de Dotto) e rotura transversal da íntima da carótida (sinal de Amussat). Fratura das estruturas ósseas e cartilaginosas devem ser investigadas. O osso hióide é mais propenso a fraturas nas esganaduras, assim como a cartilagem tireóide, ocorrendo ainda quando a constrição for produzida por laço; as vértebras cervicais serão mais comprometidas nos enforcamentos supliciais ou quando a vítima sofre forte impacto do laço por queda mais acentuada.

Asfixias por sufocação

- Sufocação direta – quando o obstáculo que impede a penetração de ar nos pulmões está situado entre os orifícios naturais e a bifurcação da traquéia. A natureza jurídica pode ser acidental ou criminosa. Os suicídios não são comuns nessa modalidade de asfixia. Nos homicídios, a vítima estará também em nítida desvantagem de força física em relação ao agressor, que pode ocluir as narinas com o polegar e o indicador e a boca com a palma da

mesma mão. Outro meio empregado é a compressão dos orifícios com travesseiro ou pano. Há possibilidade de queda com perda da consciência e a vítima com a face comprimindo a superfície de apoio; existem casos relatados de mães que sufocaram seus filhos durante o sono, quando um segmento corporal obstaculizou os orifícios respiratórios. Na faringe, laringe ou traquéia, quase sempre a presença de corpo estranho é acidental, seja goma de mascar, grãos de cereais, pequenos peixes (caso relatado por França e outro similar no antigo museu do IML de Niterói). O achado do corpo estranho durante a necropsia é determinante no diagnóstico. Nas obstruções dos orifícios naturais, nem sempre se consegue visualizar quaisquer sinais de violência. Nos casos suspeitos, devem-se pesquisar as mucosas periorificiais na busca de equimoses denunciadoras do crime.

- Sufocação indireta – ocorre com a compressão do tórax, impedindo os movimentos respiratórios. A causa jurídica mais freqüente é o acidente, seja a compressão pelas ferragens de veículo acidentado, seja nos casos de desabamento ou mesmo pela multidão tentando sair rapidamente de local de sinistro. Uma característica da sufocação por compressão torácica é a chamada “máscara equimótica de Morestin”, onde as vênulas e capilares do sistema venoso da cava superior, submetidos a maior pressão, rompem-se e formam um conjunto de pequenas equimoses que coalescem e dão tonalidade arroxeada na face e porção superior do tórax. No sistema tributário da cava inferior, tal fato não ocorre devido a ação das válvulas venosas. A hemorragia pode ser visualizada nas conjuntivas e, por vezes, ocorre hemorragia por sangramento da mucosa nasal e otorragia (HERCULES, 2005).

No exame interno, pode ser observado congestão pulmonar e petéquias na pleura e no epicárdio (manchas de Tardieu). Os arcos costais podem estar fraturados e, eventualmente, têm-se roturas viscerais, que podem ser determinantes no evento letal.

Tanatologia Forense

É o estudo da morte sob o ponto de vista médico legal. Embora a Medicina Legal para os não-praticantes esteja associada unicamente ao exame cadavérico, conforme já vimos as demais práticas da Medicina Legal são responsáveis, em qualquer IML, por mais de 80% dos exames nas suas dependências. Outro termo relacionado ao assunto é a cronotanatognose, que

literalmente significa o conhecimento do tempo da morte, importante na investigação policial e ainda mais nos filmes e novelas temáticas.

Por razões didáticas e editoriais, faremos uma abordagem da tanatologia associando-a à própria cronologia dos eventos após a morte.

Até a década de 1960, a definição de morte comportava a constatação da parada respiratória e circulatória, como até hoje é visto fora do ambiente hospitalar. Contudo, nos dias de hoje, dois aspectos do avanço dos recursos médicos têm desafiado este conceito (SPITZ; FISHER, 1993), que são: o avanço das técnicas de ressuscitação (ressuscitação cardiopulmonar, massagens cardíacas, choques elétricos) capazes de recuperar muitos dos “clínicamente mortos”; e avançados equipamentos de “sustentação da vida”, capazes de manter a pressão sanguínea e a respiração de indivíduos com graves lesões encefálicas. Embora a literatura médica estabeleça que após uma anoxia de quatro a seis minutos, as lesões cerebrais seriam irreversíveis, já alertamos que crianças em condições de hipotermia sobreviveram por tempo bem maior.

A partir de 1967, uma grande questão ética veio se opor ao conceito de morte pela parada cardiocirculatória. Na África do Sul, o Prof. Christian Barnard realizava o primeiro transplante cardíaco da história da Medicina, retirando um coração ainda pulsante do jovem doador e implantando-o num dentista. Pelos conceitos vigentes, o Dr. Barnard poderia ser considerado homicida, ocorrendo, então, a adaptação das normas jurídicas à realidade da Medicina. Mudaram-se as definições de morte, passou-se ao conceito de “morte cerebral”, e avançou-se até a “morte encefálica”; a legislação dos transplantes foi criada, melhorada e implementada. As equipes que fazem a retirada dos órgãos observam rigorosos protocolos e nunca são formadas pelos que tratam o paciente e diagnosticam o óbito.

O artigo 162 do Código de Processo Penal Brasileiro reza: “a autópsia será feita pelo menos 6 (seis) horas depois do óbito, salvo se os peritos, pela evidência dos sinais de morte, julgarem que possa ser feita antes daquele prazo, o que declararão no auto”. Tal preceito da nossa lei adjetiva penal mostra o cuidado do legislador com a possibilidade, ainda que remota, de casos de morte aparente sendo necropsiados por profissionais apressados.

Clássica e didaticamente, pode-se falar em diagnóstico de morte mediante sinais facilmente diagnosticáveis e que aparecem em tempos diversos do evento. São eles: sinais imediatos – surgem no momento exato da morte (perda da consciência, flacidez muscular generalizada, perda da sensibilidade, pa-

rada cardiopulmonar). Tais sinais são considerados sinais de probabilidade, pois o indivíduo ainda vivo pode apresentá-los, conforme já vimos; sinais mediatos ou consecutivos – são sinais de certeza, surgem alguns minutos ou poucas horas após a morte (formação de livores, rigidez muscular generalizada, algidez ou resfriamento do corpo, desidratação); e sinais tardios – podem ser divididos em fenômenos conservadores e fenômenos destrutivos.

Sinais imediatos de morte

A imobilidade e a flacidez muscular generalizada são, via de regra, as primeiras alterações verificadas tão logo ocorra o óbito. Se o indivíduo estiver de pé, a queda chamará a atenção dos circundantes, e a dilatação das pupilas, que não reagirão aos estímulos luminosos, será conseqüência da paralisia muscular. A ausência da circulação pode oferecer dificuldade de constatação por condições de ausculta difícil (falta de estetoscópio, derrame pericárdico com batimentos cardíacos débeis e muito esparsos, condições do ambiente, como excesso de barulho). Os testes cruentos devem ser evitados por motivos óbvios. Um teste simples seria o garroteamento de um dedo, permitindo a passagem do sangue arterial, o obstáculo ao retorno venoso tornaria o dedo arroxeadado, evidenciando a presença de circulação. Uma gota de éter no fundo de saco conjuntival também produz uma intensa congestão local. A pesquisa da ausência da respiração pode ser feita através da existência dos movimentos do tórax ou da saída de ar pelas narinas. Os métodos de verificação são milenares e, pela sua simplicidade, podem ser executados facilmente, bastando a colocação de vaso com água sobre o tórax para detecção dos mínimos movimentos respiratórios ou o embaçamento de espelho ou superfície lisa metálica colocado frente às narinas. Curiosos são os clichês cinematográficos onde os mortos de forma violenta ainda guardam a expressão de horror ante a morte iminente. Ora, se a flacidez muscular generalizada acompanha imediatamente a morte, os músculos da mímica também estariam comprometidos.

Sinais mediatos ou consecutivos

Estes seguem os sinais imediatos e surgem em tempos variáveis e se consolidam em algumas horas após o óbito. São eles:

- Livores de hipóstase – cessada a circulação, o sangue contido nos vasos fica sujeito às leis da atração gravitacional, migrando para as regiões de declive do corpo. O início é com a formação de pequenas manchas violáceas que vão confluir paulatinamente até atingir grandes áreas. Alguns autores relatam a observação de pequenas manchas em torno de 25 a 40 minutos, atingindo seu pico após oito horas. Entretanto, é forçoso chamar a atenção que estes prazos estão sujeitos a inúmeras variáveis: temperatura, tipo de morte, viscosidade do sangue, entre outras, lembrando ainda que se trata de observação influenciável por critérios subjetivos. O que podemos falar com certa segurança é que, após seis horas, os livores já serão bem visíveis (lembrem-se do artigo 162 do CPPB); Nas regiões onde o corpo se apóia, não serão formados livores, o sangue nos vasos será pressionado para outras regiões. Durante um tempo variável, entre 8 e 12 horas na maioria das vezes, os livores não mais migrarão se houver mudança de decúbito do cadáver. Nas regiões onde o gás domiciliar é distribuído por rede de encanamento, é conhecido o aspecto carminado dos intoxicados pelo CO, como nas mortes por aspiração dos gases do escapamento dos veículos motorizados e nos incêndios em ambientes fechados, como falamos.
- Rigidez cadavérica – seu mecanismo tem sido muito estudado, sabendo-se da participação do complexo actino-miosina em condições de acidificação por rotura do ATP liberando uma molécula de ácido fosfórico e transformando-se em ADP. O que se observa é que os músculos entram em rigidez em determinada ordem, primeiro nos músculos lisos, miocárdio e diafragma, posteriormente, nos músculos estriados. Nas primeiras duas horas após a morte, os músculos lisos e o miocárdio iniciarão o processo e, entre três e seis horas, os músculos estriados. Os músculos estriados da face também costumam iniciar o processo de rigidez um pouco antes dos demais, em torno de duas horas após a morte. A rigidez dos músculos estriados mostram uma evolução crânio-caudal (lei de Nysten), com duas horas, os músculos da face, depois do tórax, membros superiores, abdome e membros inferiores, estes após seis horas do óbito. A rigidez estaria completa entre 8 e 12 horas e alcança o máximo em 24 horas, iniciando o desaparecimento entre 36 e 48 horas, na mesma seqüência do aparecimento (ALMEIDA JR.; COSTA JR., 1998). Também variáveis podem alterar a cronologia e a própria seqüência da rigidez: nas asfixias, elas são mais precoces, assim como nos exercícios físicos intensos, pode ser débil e curta nos

recém-nascidos e nos idosos. Pode ser precoce, intensa e duradoura nas mortes com processo convulsivante (tétano, estriçnina), em algumas intoxicações (CO, arsênico, clorofórmio) e nas mortes pelo frio. A anasarca dificulta a rigidez. As hemorragias dão uma rigidez precoce, de curta duração e débil. A pupila que se dilata pela flacidez muscular, volta a se contrair em virtude da rigidez do esfíncter da íris (CALABUIG, 2004). Depois de atingir o pico máximo, a rigidez só poderá ser desfeita com muito esforço e, se desfeita, não se refaz.

- Algidez cadavérica – após a morte, as reações metabólicas cessam e o corpo não produz mais calor, ficando sujeito às leis termodinâmicas, equilibrando-se a temperatura do corpo com a do ambiente. A rapidez do processo dependerá de condições climáticas, das condições do corpo, se despido ou agasalhado, da relação entre a superfície e massa corporal, da superfície onde ele se encontra, entre outros. O resfriamento nas extremidades pode ser sentido ao tato em duas horas, no interior do abdome a temperatura equilibrará com o ambiente em 20-24 horas. De maneira simplista, podemos dizer que o organismo se resfria em um grau por hora, em termos médios.
- Desidratação: o dessecamento das mucosas é bem visível após algumas horas da morte, principalmente nos recém-nascidos e em regiões secas. Quando o cadáver apresenta área escoriada, forma-se uma placa apergaminhada, de coloração amarelada.

Sinais tardios de morte

- Fenômenos conservadores: mumificação – em ambientes quentes, secos e arejados, o cadáver desidrata-se rapidamente, o que impede o desenvolvimento de germes que participariam do processo putrefativo. A pele torna-se dura, pardacenta e adapta-se ao relevo ósseo. As feições ficam mais ou menos preservadas. Dependendo das áreas expostas, a mumificação pode ser total ou parcial. Os autores acreditam que o processo de mumificação poderia ser completado em prazo variável de um a doze meses, dependendo das condições do corpo e do ambiente (CALABUIG, 2004). Nas regiões montanhosas, também aparecem condições propícias, a rarefação do ar e a baixa temperatura favorecem a mumificação; saponificação: consiste em hidrólise das gorduras corporais, formando um composto céreo semelhante

a sabão, com odor rançoso, coloração variando do amarelado ou cinza, recobrando o corpo total ou parcialmente. É menos freqüente que a mumificação, e as condições de ambiente úmido e indivíduos obesos são facilitadoras do processo. Além da gordura, a própria água corporal pode ser utilizada, e o consumo desta somado à acidez do processo dificulta o desenvolvimento das bactérias da putrefação.

- Fenômenos destrutivos: putrefação – consiste na decomposição fermentativa por ação bacteriana. As bactérias responsáveis pelo processo desenvolvem-se na matéria orgânica do cadáver, decompondo suas proteínas e formando compostos orgânicos aromáticos, como o indol e o escatol, gases como o sulfídrico, o amoníaco, mercaptano, produzindo um odor repulsivo característico. A putrefação é dividida em quatro fases características, que são: fase de coloração ou cromática – tem o seu início com a chamada “mancha verde abdominal”, localizada na fossa ilíaca direita entre 18-24 horas após a morte, nos meses mais quentes do ano. O gás sulfídrico combina-se com a hemoglobina, formando a sulfoemoglobina, que tem coloração esverdeada. Nos afogados e nos nascidos vivos que apenas respiraram, a mancha verde aparece inicialmente no tórax e na face; fase gasosa ou enfisematosa (Figura 12) – após dois ou três dias da morte, os gases da putrefação já se encontram bastante difundidos no corpo, que aumenta consideravelmente de volume com o transcorrer de cinco ou seis dias. Os globos oculares e a língua mostram-se protrusos, o pênis e a bolsa escrotal distendem-se (pseudo-ereção), da boca e narinas surge líquido pardacento avermelhado dos espaços aéreos comprimidos; fase coliquativa: nesta, os tecidos moles vão se tornando liquefeitos, e, com a participação da fauna, o corpo vai perdendo todos os tecidos moles. O início se dá em poucas semanas e se prolonga por tempo variável, conforme as condições mesológicas e do corpo; fase de esqueletização – é o final do processo, quando o cadáver é reduzido aos ossos. O tempo é extremamente variável, nos cadáveres inumados estima-se entre três e cinco anos para redução completa a esqueleto, inclusive com destruição dos ligamentos. Já observamos caso de completa esqueletização em tempo inferior a um mês, tratava-se de cadáver de jovem do sexo masculino encontrado a céu aberto no cerrado goiano. Estudos de entomologia forense mostram que a fauna cadavérica pode dar importante contribuição para a determinação da data da morte e mesmo a possibilidade da identificação do agente lesivo (envenenamentos) e do local onde teria ocorrido o

óbito (tentativa de ocultação do cadáver). Uma consideração que tem de ser feita é que o processo de degradação do corpo na verdade é iniciado pelo processo de autólise, que é o processo fermentativo intracelular por liberação dos enzimas da própria célula por rompimento dos seus lisossomas. As alterações teciduais decorrentes dificultam muito o diagnóstico histopatológico.



Figura 12 – Cadáver com a presença de circulação póstuma evidenciando a fase gasosa com flictenas e trama vascular.

Perícias nos crimes sexuais

Na clínica médico-legal, a requisição de perícias de conjunção carnal e de atentado violento ao pudor aparece com uma assustadora frequência, vitimando e afrontando o indivíduo em todas as faixas etárias. No ano de 2006, foram feitos 593 exames de conjunção carnal no IML de Goiânia. A perícia para constatar ou não a conjunção carnal é essencial para a tipificação do estupro, que é “o constrangimento da mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”. Não importa a condição social da mulher ou a idade, e mesmo a prostituta pode ser sujeito passivo do delito. A violência pode ser física ou psíquica, e o perito deve estar atento para lesões indicativas, como equimoses, hematomas, marcas de contenção, inclusive traumas mais graves, como presença de fraturas e outras. As marcas próprias do ato sexual

devem ser referidas como tais, evitando-se confundi-las com violência física. O desenvolvimento físico e mental da vítima deve ser relatado e deve-se aferir o seu peso e altura. Quando a vítima da agressão é virgem e o exame feito nos primeiros dias, os peritos deverão procurar roturas no hímen, ainda não cicatrizadas e que seriam compatíveis cronologicamente com o coito. Num percentual variável entre 10 e 25 por cento, segundo grande parte dos autores, os hímens apresentam óstio amplo e orla reduzida, significando maior abertura e possibilidade de coito sem rompimento. A sobrevivência do espermatozóide na cavidade vaginal é de algumas horas, porém, estando mortos e até desprovidos de cauda, podem ser corados e identificados até quatro dias após o coito (HERCULES, 2005). Tal achado comprovará apenas a ocorrência da conjunção carnal sem determinação da autoria, impondo-se a coleta de material para o perfil do DNA. Se o autor for desconhecido, o material deverá ficar custodiado no laboratório do Instituto de Criminalística para eventual confronto futuro. As peças de vestuário com manchas suspeitas devem ser encaminhadas ao laboratório, outros materiais de origem biológica do suposto autor devem ser procurados meticulosamente, tais como pêlos, fragmentos epidérmicos subungueais, sangue, saliva nas mordeduras etc.

As perícias no atentado violento ao pudor podem ser feitas em ambos os sexos, visto que tanto o homem como a mulher podem ser sujeitos ativos ou passivos do atentado violento ao pudor. No mesmo ano de 2006, examinamos 303 vítimas do sexo feminino e 99 do sexo masculino, na maioria dos casos crianças, algumas com idade inferior a cinco anos. Qualquer ato libidinoso diverso da conjunção carnal praticado mediante violência ou grave ameaça tipificaria o delito, entretanto nem sempre os vestígios estarão presentes, mesmo quando os fatos forem recentes. O coito anal, interfemora, o sexo oral passivo ou ativo, os toques impudicos são manobras libidinosas que podem ou não deixar vestígios. A vítima deve ser examinada com os mesmos cuidados do exame de conjunção carnal, aliás é bastante freqüente o concurso dos dois crimes, e o perito deve examinar a vítima do sexo feminino na busca de sinais para caracterização dos delitos distintos. As lesões anais e perianais devem ser examinadas cuidadosamente, as equimoses e soluções de continuidade cutâneo-mucosa descritas detalhadamente. As lesões radiadas chamadas rágades são freqüentes e devem ser diferenciadas dos processos patológicos comuns na região anal. As lesões vegetantes e os corrimentos suspeitos devem ser assinalados e investigados para a possibilidade de lesão venérea coincidente com a do autor.

O exame cadavérico em casos suspeitos de agressão sexual deve seguir o mesmo roteiro minucioso do exame do vivo, convém, não obstante, chamar a atenção para não se confundir fenômenos cadavéricos com achados indicativos de crime. Os livores incipientes não devem ser confundidos com equimoses, a ausência do tônus muscular não deve induzir à conclusão de dilatação anal *ante-mortem*.

Perícia na Embriaguez Alcoólica

Reza a lenda que quando Noé plantava a vinha, apareceu-lhe o diabo e deu-lhe o conselho que a regasse com o sangue do macaco, do leão e do porco. Por esta razão, quem fizesse uso da bebida passaria a ter um comportamento agitado como o do macaco, depois ficaria irritado e furioso como um leão e, em seguida, sonolento e sujo como um porco. Tal relato retrata as três fases descritas pela maioria dos autores como da embriaguez alcoólica, ou seja da intoxicação aguda pelo álcool etílico.

O álcool etílico ou etanol (C₂H₅OH), após a ingestão é absorvido no estômago e nas primeiras porções do intestino delgado, podendo ser encontrado no sangue poucos minutos após a ingestão e em concentrações variáveis no restante do organismo, na dependência da quantidade de água. A concentração de álcool no sangue necessária para as manifestações de embriaguez aguda será variável de um indivíduo para outro, visto que o etanol pode levar à tolerância pelo uso, entretanto aqueles que apresentam grave comprometimento hepático pelo álcool ou por outros agentes terão a capacidade diminuída de metabolização do álcool.

A resposta ao quesito se o indivíduo está embriagado não oferece grandes dificuldades nos extremos da intoxicação pelo álcool, visto que em mínimas doses e nos excessos a simples observação do leigo pode estabelecer se o eventual infrator está ou não sob os efeitos do álcool. A dificuldade reside naqueles casos em que alguns sinais apontam para o consumo da bebida e os exames não detectam alterações que comprometam o comportamento do periciando. Acresce, ainda, que entre o momento da prisão e a realização da perícia, quase sempre transcorrem preciosas horas consumidas no formalismo que a nossa legislação impõe.

O artigo 28 do Código Penal e o seu inciso II estabelecem que a imputabilidade penal não é excluída na embriaguez, voluntária ou culposa, pelo álcool ou substância de efeitos análogos. O parágrafo primeiro do mesmo artigo diz: “é isento de pena

o agente que, por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.” No parágrafo segundo lê-se: “ a pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, por embriaguez, proveniente de caso fortuito ou força maior, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.” No artigo 61 do mesmo código, nas circunstâncias agravantes genéricas, na alínea I do inciso II, considera como agravante o crime cometido em estado de embriaguez pré-ordenada.

O Código Nacional de Trânsito vigente também cuidou do tema nos seus artigos 276 – “a concentração de seis decigramas de álcool por litro de sangue comprova que o condutor se acha impedido de dirigir veículo automotor”. Parágrafo único: “O CONTRAN estipulará índices equivalentes para os demais testes de alcoolemia” –, 277 – “Todo condutor de veículo automotor, envolvido em acidente de trânsito ou que for alvo de fiscalização de trânsito, sob suspeita de haver excedido os limites previstos no artigo anterior, será submetido a testes de alcoolemia, exames clínicos, perícia, ou outro exame que, por meios técnicos ou científicos, em aparelhos homologados pelo CONTRAN, permitam certificar o seu estado” – e no artigo 306, que cuida de crimes em espécie, é mais rigoroso, estabelecendo penas de detenção de seis meses a três anos, além de multa e suspensão da habilitação, para aqueles que conduzirem veículo automotor, na via pública, sob a influência do álcool, substância de efeitos análogos, expondo a dano potencial a incolumidade de outrem.

O próprio estado de embriaguez pode constituir contravenção penal independente de outro delito, conforme o artigo 62 da Lei das Contravenções Penais: “apresentar-se publicamente em estado de embriaguez, de modo a causar escândalo ou pôr em perigo a segurança própria ou alheia”. Porém, se o agente cometer um crime em estado de embriaguez, só responderá pelo delito cometido, a contravenção será absorvida pelo delito.

A embriaguez dita voluntária é a que existe quando o agente pretende embriagar-se, procurando intencionalmente o estado de ebriedade. A embriaguez culposa ocorre quando o agente, não pretendendo embriagar-se, bebe demais, imprudentemente; em ambos os casos, prevalece a chamada *actio libera in causa*, expressão latina que significa “ação livre na sua causa”, princípio do qual Costa Júnior (2005) discorda nesses casos em que o sujeito bebe sem intenção de cometer algum crime. Na embriaguez fortuita ou acidental, o

indivíduo não quer embriagar-se, como no caso de uso de medicamentos que possam potencializar os efeitos do etanol (na prescrição de tais drogas, o médico deverá observar a restrição ao uso de bebidas alcoólicas para evitar responsabilização eventual); outro exemplo é o consumo de bebidas em que se ignorava o teor de álcool; nos casos de embriaguez pré-ordenada, o legislador agrava a pena do sujeito que bebe para criar coragem e perpetrar o crime.

Conforme falamos, distinguem-se três fases de embriaguez, a saber: incompleta – com maior excitação do indivíduo que, ainda consciente, relaxa os freios morais, tornando-se desinibido, falando inconveniências (*in vino veritas*); completa – em que a censura desaparece, ocorre confusão mental e incoordenação motora, a vontade e a determinação abolidas tornam o sujeito mais vulnerável ao cometimento de delitos. É a chamada fase médico-legal da embriaguez. Na fase seguinte, chamada comatosa ou fase letárgica, os crimes comissivos se tornam uma impossibilidade, os omissivos são próprios dela, como no exemplo em que o encarregado que não fecha a passagem de nível e provoca desastre.

Outro ponto controverso diz respeito à obrigatoriedade do uso do bafômetro para constatação do grau de alcoolemia, quando muitos entendem que o consentimento do periciando é necessário. Os que discordam destes últimos alegam que o direito individual não pode sobrepor-se ao direito coletivo. Para alimentar as controvérsias, indagaríamos: qual o valor do consentimento se dado em estado de embriaguez? A tendência é aceitar a recusa e considerá-la como presunção de embriaguez. De qualquer maneira a prova testemunhal costuma ter grande relevância nesses casos. O bafômetro ou a medida da alcoolemia não afirmam uma embriaguez, o que deve ser feito mediante exame clínico, pois a variação individual é grande. Calabuig utiliza um método indicativo de fácil memorização: com um grama por litro de sangue, 10% da população apresenta sintomas e sinais clínicos de embriaguez; com 1,2 g/l, a taxa será de 20%; com 1,5 g/litro serão 50% da população; com 1,75 g/litro, 75% da população estará comprometida e, com 2,0g/litro todos estarão em estado de embriaguez; uma taxa de alcoolemia equivalente a 4,0 g/litro significaria coma tóxico e acima de 5,0 g/litro levaria à morte por embriaguez aguda. O próprio bafômetro também pode dar resultado falso positivo, conforme demonstrado por Vanrell (2007, p. 532), inclusive pelo uso de *spray* aromatizador bucal, recomendando o autor nova prova após intervalo de dez minutos, com o indivíduo em repouso e sem uso de qualquer substância inalante.

O exame clínico deve observar a marcha, se normal ou cambaleante, a escrita, a coordenação dos movimentos, inclusive com movimentos opostos e alternados (disdiadococinesia), a elocução (disartria), prova de Romberg, a orientação temporal e espacial, a memória e a atenção, a afetividade, o hálito, o pulso, pupilas e conjuntivas, a sensibilidade cutânea, a atitude e a aparência. Se o examinado estiver sendo conduzido por policiais as algemas devem ser retiradas mesmo que haja recusa do exame clínico, condição em que o diagnóstico ainda pode ser feito nos casos mais evidentes, devemos mesmo recomendar aos condutores do preso em estado de embriaguez cuidados para prevenir quedas e traumas acidentais, já que os mesmos estão sob a custódia do Estado.

Nos acidentes de trânsito, as vítimas fatais – motorista, pedestre atropelado – devem ter suas alcolemias aferidas, conforme a legislação, salvo nos casos em que a morte ocorra após algumas horas do acidente. O sangue poderá ser coletado do coração ou da veia femoral, Calabuig (2004) alerta que, se o teor de álcool no estômago for superior a 0,5g%, os resultados poderão ser bastante discrepantes, pois a vítima estaria ainda em fase de absorção quando da ocorrência do fato, e recomenda que sejam analisadas as concentrações de sangue no conteúdo gástrico, coração direito, veia femoral e humor vítreo, acreditando que as amostras da veia femoral sejam as mais adequadas para a pesquisa de alcoolemia.

Nesses tipos de perícia, a autoridade policial costuma solicitar constatação prévia de intoxicação etílica aguda, necessária para os procedimentos processuais. Vale ainda lembrar que a embriaguez pode ser produzida por substâncias de efeitos análogos ao álcool, com a mesma previsão legal.

NOTAS

¹ Os dados são do IML de Goiânia (GO).

² Dados também do IML de Goiânia (GO).

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, H. R. *Perícia médica judicial*. Ed. atualizada por França, G.V. et al. Rio de Janeiro: G. Koogan, 2006.

- ALMEIDA JR., A.; COSTA JR., J. B. de O. *Lições de Medicina Legal*. São Paulo: Nacional, 1998.
- CALABUIG, G. *Medicina Legal y Toxicología*. Barcelona: Masson, 2004.
- COSTA JR., P. J. *Código penal comentado*. São Paulo: DPJ, 2005.
- CROCE, D.; CROCE JR., D. *Manual de Medicina Legal*. São Paulo: Saraiva, 2004.
- DI MAIO, V. J. M.; DANA, S. E. *Handbook of forensic pathology*. Texas: Landes Bioscience, 1999.
- DI MAIO, D. J.; DI MAIO, V. J. M. *Forensic pathology*. Boca Raton: CRC, 2001.
- FRANÇA, G. V. *Medicina Legal*. Rio de Janeiro: G. Koogan, 2001.
- HERCULES, H. C. *Medicina Legal: texto e atlas*. São Paulo: Atheneu, 2005.
- MIRABETE, J. F. *Manual de direito penal*. São Paulo: Atlas, 2005.
- SPITZ, W. U.; FISHER, R. S. *Medicolegal investigation of death*. Springfield: C. C. Thomas Publisher, 1993.
- VANRELL, J. P. Cuál es la precisión de las pruebas del alcoholímetro para aire espirado? *Rev Jal Cienc Forenses*, Jalisco, v. 1, n. 2, 2002.
- VANRELL, J. P.; BORBOREMA CAMPOS, S, M. L. Resultados falso-positivos, nas leituras do ar expirado, com o bafômetro. *Revista de Medicina Legal, Direito Médico e da Saúde*, São Paulo, v. 1. n. 1. p. 42-45, Jul. 2004.
- VANRELL, J. P.; BORBOREMA CAMPOS, S, M. L. *Vademecum de medicina e odontologia legal*. São Paulo: Mizuno, 2007.

PERÍCIA EM MEDICINA DO TRABALHO

Carlos Roberto Campos*

INTRODUÇÃO

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (Cremego), ao comemorar os seus 50 anos de existência e permitir às diversas especialidades que exponham suas experiências na área do conhecimento em Perícia Médica, resgata mais um compromisso com a nossa sociedade médica, que é a informação e possibilidade de aperfeiçoamento do saber e habilidade em praticar a Medicina.

Parabéns Cremego, pelo aniversário e pela iniciativa dos seus gestores!

A Medicina do Trabalho no Brasil vem passando por diversas transformações no âmbito de suas competências requeridas para o exercício profissional do médico do trabalho. Reconheço e agradeço esta oportunidade ímpar que me foi oferecida para descrever, entre tantas, uma das competências requeridas e um dos campos de atuação e disponibilização dos conhecimentos da nossa especialidade, que é a Perícia Médica no âmbito da Justiça do Trabalho.

Priorizando o difícil entendimento da forma de adoecer do trabalhador, pretendo contribuir para a boa prática da Perícia Médica Trabalhista, talvez uma das maiores demandas de trabalhos prestados pela Medicina Pericial nos últimos anos, em virtude da grande incidência de acidentes e doenças relacionadas com o trabalho em nosso País e da mudança de competência de foro para resolução de litígios da relação de trabalho entre o empregado e o empregador, que é a Justiça do Trabalho.

* Especialista em Medicina do Trabalho pela AMB/CFM/ANAMT. Especialista em Ergonomia pelo COPPE/CESERG/UFRJ. Especialista em Ortopedia e Traumatologia pela AMB/CFM/SBOT. Especialização em Saúde Pública e Administração Hospitalar pela Unaerp/SP. Pós-graduado em Perícia Médica Trabalhista pela Mestra, Florianópolis (SC). Ergonomista certificado pela Associação Brasileira de Ergonomia (Abergo) SisCEB/14.

DIREITO DO TRABALHO

Historicamente, o Direito do Trabalho tem o seu marco inicial antes da revolução industrial, em que não existia nenhum sistema de normas jurídicas de direito do trabalho. Nessa época, predominava o trabalho escravo, e o trabalhador era obrigado a laborar nas terras dos senhores feudais em troca de proteção e abrigo. Interessante que, nesta época, até os artesãos não tinham qualquer norma de ordem jurídica. Eles se agrupavam de acordo com suas atribuições, formavam estatutos próprios com normas e procedimentos, porém sem poder de lei. Havia três tipos de categorias entre os membros artesãos: os mestres, que equivalem hoje aos empregadores, os companheiros, que seriam os empregados de hoje, e os aprendizes, que são os estagiários da atualidade.

A partir daí, houve uma evolução muito rápida na procura de uma forma legal das relações de trabalho entre quem pagava e quem recebia pela execução de uma tarefa ou de um ofício, iniciava-se a figura do trabalhador assalariado.

Nasce, então, o Direito do Trabalho por razões econômicas em função da expansão da indústria e do comércio, com a substituição do trabalho escravo pelo assalariado; por razões políticas, pela transformação do Estado liberal para limitar o poder do capitalismo que imperava sem a interferência do governo; e por razões jurídicas, em função das demandas trabalhistas, reivindicando o direito destinado à proteção, direito à união (sindicatos), direito de contratação individual e coletiva e, sobretudo, uma legislação impedindo legalmente o abuso do empregador e, assim, preservando a integridade do homem no seu trabalho, entre elas a proteção e promoção à sua saúde.

Basicamente, o Direito do Trabalho objetiva regular os direitos e deveres decorrentes da prestação de trabalho subordinado, entendido como o esforço humano de uma pessoa voltada à produção de riqueza de quem a dirige.

As fontes materiais de Direito do Trabalho são as forças existentes nas sociedades, como a vontade do povo, que levam à criação das regras de comportamento que constituem o Direito positivo. Essas regras podem apresentar-se com várias formas, que são denominadas de fontes formais, ou seja, lei, costume, convenção coletiva, sentenças coletivas, regulamentos, portarias, enunciados do Tribunal Superior do Trabalho, aliás é nesta Corte que todas as ações têm o seu ponto final, a última instância.

A principal fonte é a lei, que é uma norma de conduta emanada do Legislativo e, em geral, sancionada e promulgada pelo Executivo, em nosso caso

pelo presidente da República. Entre as nossas leis, destaca-se a Constituição, que é um conjunto de regras acima das leis que traça as diretrizes pertinentes à organização do Estado e à solução dos seus problemas básicos. Há regras especiais quanto à forma de elaborar e modificar a Constituição. Ela é territorial, a sua aplicação é somente no território de quem a elaborou, inclusive nas embaixadas no exterior, nos seus navios, nas águas e no seu espaço aéreo. Geralmente, é irretroativa, ou seja, não prejudica os direitos adquiridos antes da sua vigência.

A primeira Constituição que disciplinou as relações de trabalho foi a de 1934. Todas as seguintes dispõem sobre a ordem econômica e social e os princípios básicos de Direito do Trabalho. Várias outras leis passaram a dispor sobre o trabalho de menores, organização de sindicatos rurais e urbanos, criação do Ministério do Trabalho, relações de trabalho de cada profissão, trabalho de mulheres, de escravos, convenções coletiva de trabalho, salário mínimo etc.

A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), de 1943, não é a primeira lei sobre o assunto, é a sistematização das leis esparsas existentes à época, acrescidas de novos institutos criados pelos juristas que a elaboraram.

Por intermédio da lei n. 6.514, de 22 de dezembro de 1977, alterando o Capítulo V do Título II da CLT, o Brasil incumbiu o Ministério do Trabalho, como órgão de âmbito nacional competente em matéria de segurança e medicina do trabalho, a estabelecer, nos limites de sua competência, normas sobre a aplicação dos preceitos deste Capítulo.

Por competência e atribuições legais, o Ministério do Trabalho aprova e edita as 28 Normas Regulamentadoras do Capítulo V da CLT, com a redação dada pela portaria n. 3.214, de 8 de junho de 1978. Atualmente, existem 33 NR's e mais cinco Normas Regulamentadoras Rurais, que estão disponíveis no *site* <http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/default.asp>, e que são uma das principais fontes de consulta do perito na justiça trabalhista.

A JUSTIÇA TRABALHISTA

Competência da Justiça do Trabalho no Brasil

A justiça do trabalho é um ramo do poder judiciário que tem por finalidade dirimir as questões decorrentes da relação de emprego, cuja competência é estabelecida no artigo 114 da Constituição Federal, *verbis*:

Art. 114. Compete à Justiça do Trabalho conciliar e julgar os dissídios individuais e coletivos entre trabalhadores e empregadores, abrangidos os entes de direito público externo e da administração pública direta e indireta dos Municípios, do Distrito Federal, dos Estados e da União, e, na forma da lei, outras controvérsias decorrentes da relação de trabalho, bem como os litígios que tenham origem no cumprimento de suas próprias sentenças, inclusive coletivas.

§ 1º Frustrada a negociação coletiva, as partes poderão eleger árbitros.

§ 2º Recusando-se qualquer das partes à negociação ou à arbitragem, é facultado aos respectivos sindicatos ajuizar dissídio coletivo, podendo a Justiça do Trabalho estabelecer normas e condições, respeitadas as disposições convencionais e legais mínimas de proteção ao trabalho.

§ 3º Compete ainda à Justiça do Trabalho executar, de ofício, as contribuições sociais previstas no art. 195, I, a, e II, e seus acréscimos legais, decorrentes das sentenças que proferir.

O Tribunal Regional do Trabalho (TRT) da 18ª Região tem, por sua vez, competência para decidir sobre as questões trabalhistas ocorridas no âmbito do estado de Goiás.

As decisões são proferidas pelo TRT–18ª Região, dependendo do tipo de processo que lhe é submetido, em primeira instância (nas Varas ou Tribunal) ou segunda instância (processos de competência originária do Tribunal). Nas localidades onde não existem varas do trabalho, e que não estejam sobre jurisdição destas, os juízes de direito estão encarregados legalmente de conhecer e julgar as questões que envolvam as relações de emprego (Art. 668 da CLT).

Quando e Como Recorrer à Justiça do Trabalho

Tanto o empregado quanto o empregador podem recorrer à justiça do trabalho sempre que se sentirem prejudicados em seus direitos. A reclamação trabalhista deve ser apresentada por escrito, por meio de um advogado ou do sindicato.

Pode-se também fazer uma reclamação verbal, ou seja, procurar pessoalmente o Setor de Atermação e Reclamação da Vara do Trabalho e apresentar a Carteira de Trabalho ou outros documentos que permitam a análise da questão.

Como Caminha o Processo Trabalhista

Por meio do Setor de Distribuição de Feitos, a reclamação chega a uma das Varas Trabalhistas de Goiânia.

Na audiência inicial, é proposto um acordo entre as partes. Só após esgotadas as tentativas de conciliação, o processo vai a julgamento. Da sentença proferida pelo juiz da Vara, cabe recurso ao TRT (2ª Instância), onde o processo vai ser examinado e julgado pelo Pleno, composto de seis juízes togados.

Em alguns casos, pode haver recurso da decisão dos juízes do TRT, denominada acórdão, caso em que o processo segue para o TST.

Não cabendo mais recursos, o processo volta para a Junta de origem, tendo início a fase de execução, quando serão feitos os cálculos finais para a cobrança do débito da parte vencida, a fim de que se proceda ao pagamento à parte vencedora.

A MEDICINA DO TRABALHO E A PERÍCIA TRABALHISTA

A Medicina do Trabalho e seus Campos de Atuação na Atualidade: os conhecimentos, habilidades e atitudes x Perícia Médica Trabalhista

A Medicina do Trabalho é a especialidade médica que lida com as relações entre trabalhadores e o trabalho desenvolvido em quaisquer atividades econômicas existentes, visando não somente a prevenção dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, mas a promoção da saúde com consequente e esperada qualidade de vida.

A Associação Nacional de Medicina do Trabalho, mediante uma pesquisa científica realizada pelo seu Centro de Estudos Avançados em Medicina do Trabalho, sob a coordenação da professora Elizabeth Costa Dias, concluiu que a especialidade está construída sobre dois pilares: a Clínica e a Saúde Pública. Entretanto, trata-se de uma categoria de médicos que, cada vez mais, compartilha responsabilidades com outras especialidades médicas e profissões de outros campos do conhecimento, entre eles a Ergonomia, a Toxicologia, a

Higiene Ocupacional, a Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a Engenharia de Segurança no Trabalho e a Saúde Ambiental.

Nesse cenário, o exercício da Medicina do Trabalho acontece em campos ou áreas de atuação diversos, que podem ser classificados segundo a natureza das atividades desenvolvidas, o local ou instituição e as relações de trabalho.

De modo esquemático, no Brasil, a Medicina do Trabalho desenvolve o cuidado da saúde dos trabalhadores nos seguintes espaços ou organizações sociais:

- empresa ou unidade de produção – por delegação dos empregadores, através de contratos diretos, prestação de serviços ou assessoria técnica, realizando as ações previstas na legislação e normas técnicas especializadas;
- rede pública e privada de serviços de saúde – realizando ações de promoção, proteção, assistência, reabilitação e de vigilância da saúde;
- organizações sociais e sindicatos de trabalhadores – em atividades de assessoria técnica em saúde;
- instituições públicas e organizações privadas – responsáveis pela normatização, auditoria e inspeção das condições de saúde e segurança no trabalho;
- seguradora pública e entidades de seguro privado – realizando a avaliação de capacidade/incapacidade para o trabalho e a reabilitação profissional;
- assessoria ao sistema judiciário e promotoria pública como perito técnico – produzindo laudos técnicos ou prova pericial para os processos para a avaliação de danos à saúde relacionadas às condições de trabalho;
- instituições públicas e privadas de formação e capacitação profissional e produção do conhecimento – como as Universidades e outras instituições de ensino e pesquisa.

As competências básicas requeridas para o exercício da Medicina do Trabalho, no Brasil, podem ser sumariadas em cinco grupos:

- estudo do trabalho;
- atenção integral à saúde dos trabalhadores (nível individual e coletivo);
- formulação e implementação de Políticas e Gestão da Saúde no Trabalho;
- produção e divulgação de conhecimentos técnico-científicos, estabelecimento de protocolos e de normas de procedimentos;
- educação permanente: saber estudar e manter-se atualizado.

Entre as competências básicas requeridas para o exercício da Medicina do Trabalho nos espaços e organizações sociais elencadas e, particularmente

no exercício de assessoria ao sistema judiciário, nele incluído a Justiça do Trabalho, o médico do trabalho deve essencialmente saber e ter habilidade para o estudo do trabalho.

O estudo do trabalho é uma competência básica requerida de todos os médicos do trabalho, independente do local ou área em que exerce a especialidade. O conhecimento dos aspectos técnico-organizacionais do trabalho é essencial para que o profissional estabeleça as relações com a saúde dos trabalhadores e o meio ambiente, como também auxiliá-lo durante um procedimento médico-pericial em ter a habilidade necessária para caracterizar o nexo da doença e o trabalho desenvolvido pelo trabalhador em litígio com o seu empregador.

Este estudo do trabalho, além de orientar o estabelecimento do nexo ou da relação entre a doença e a atividade desempenhada pelo trabalhador em um processo indenizatório trabalhista ou não, ele poderá disponibilizar ao médico do trabalho as possíveis e necessárias indicações de intervenções de prevenção, de vigilância da saúde e correção dos fatores de risco presentes nos ambientes e processos de trabalho que podem afetar a saúde e o bem estar dos trabalhadores, quando estiver sob a direção de uma política de saúde do trabalhador de uma instituição empregadora.

A rigor, não se espera ou se exige que o médico do trabalho seja capaz de fazer uma análise detalhada do trabalho, utilizando, por exemplo, as referências e o instrumental da Ergonomia, da Higiene ou da Segurança do Trabalho ou da Sociologia. Porém, é fundamental que seja capaz de fazer uma vistoria ou levantamento prévio das condições e ambiente de trabalho para que tenha os elementos necessários para nortear e subsidiar sua prática e assessorar a gerência na tomada de decisões sobre aspectos preventivos e assistenciais e, quando na qualidade de perito do juiz, poder se embasar em fatos concretos e científicos para elaborar a sua conclusão sobre o caso em que esteja realizando a perícia médica trabalhista.

Exemplos de Competências Específicas Grupo I – Estudo do Trabalho

- Compreender a contribuição dos fatores de risco presentes nos ambientes de trabalho – físico, social e organizacional – sobre a saúde humana.
- Reconhecer a presença de fatores de risco para a saúde presentes nas situações de trabalho e operação de equipamentos, utilizando metodologias

simplificadas, como por exemplo inquéritos preliminares, *check-list* básico de Segurança no Trabalho, “árvore de causas”, selecionando os meios e recursos mais adequados para sua avaliação.

- Definir a necessidade de consultorias especializadas e estabelecer os termos de referência para os estudos a serem contratados, considerando as indicações e limites das metodologias qualitativas e quantitativas utilizadas pela Higiene Ocupacional, pela Ergonomia, pela Segurança do Trabalho e pela Epidemiologia.
- Acompanhar e analisar os resultados de auditorias ambientais e de saúde e segurança; estudos ergonômicos e psicossociais; avaliações toxicológicas; levantamentos ambientais de higiene do trabalho, realizados nos ambientes e condições de trabalho.
- Valorizar o saber do trabalhador sobre as condições de trabalho e suas conseqüências sobre a saúde.
- Participar de atividades de gerenciamento dos riscos para a saúde da população e dos trabalhadores resultantes dos processos de trabalho, considerando parâmetros técnicos e científicos, organizacionais, éticos, legais e políticos, trabalhador em equipe multidisciplinar.
- Orientar as medidas de controle de condições de risco, segundo o tipo ou natureza, como, por exemplo, a exposição ocupacional ao ruído, poeiras fibrogênicas, agentes biológicos, fatores da organização do trabalho, e/ou segundo o ramo de atividade, como por exemplo, na indústria petroquímica, construção civil, transporte, serviços de saúde, agroindústria etc.
- Propor, orientar, implementar e avaliar programas de intervenção nos ambientes e processos de trabalho destinados a promover a saúde dos trabalhadores e prevenir danos, como por exemplo: modificação das linhas de produção, substituição de produtos e de tecnologias, modificação na concepção ergonômica dos postos de trabalho etc.
- Orientar, implementar e avaliar a utilização dos equipamentos de proteção coletiva e, se necessário, indicar o uso de equipamentos de proteção individual como luvas, máscaras, avental, capacetes.
- Conhecer e saber aplicar a legislação vigente no campo da saúde e segurança dos trabalhadores, na esfera do trabalho, saúde, previdência social e meio ambiente.

E, por último, mais especificamente com a área da Medicina Pericial:

- realizar ou acompanhar avaliação pericial dos fatores de risco para a saúde presentes no trabalho, envolvendo a análise direta de situações e fatos esta-

belecidos e documentados apresentados à perícia; a observação qualitativa (exame, vistoria ou inspeção); o estudo quantitativo, incluindo avaliações, medições e cálculos; investigação de situações e fatos direcionados para o esclarecimento das circunstâncias e de relações temporais, de causa-efeito e responsabilidade e a análise e avaliação da proteção dispensada pelo empregador ao trabalhador.

- Elaborar laudo técnico ou prova pericial com base no conhecimento técnico específico em higiene, segurança e medicina do trabalho, incluindo a legislação e a matéria jurídica processual.
- Participar das equipes responsáveis pela avaliação das condições de trabalho e elaboração de laudos referentes à concessão de adicionais de periculosidade e insalubridade.

O NEXO ENTRE SAÚDE/DOENÇA/TRABALHO

O estabelecimento do nexo causal entre um dano ou doença instalada em um trabalhador e uma condição de trabalho apresentada constitui a condição básica para a conclusão e sentença dos magistrados da justiça do trabalho sobre as diversas ações indenizatórias demandadas.

É importante ressaltar que, para a investigação das relações saúde/trabalho/doença, é imprescindível considerar o relato dos trabalhadores, tanto individual quanto coletivo. Apesar dos avanços e da sofisticação das técnicas para o estudo dos ambientes e condições de trabalho, muitas vezes apenas os trabalhadores sabem descrever as reais condições, circunstâncias e imprevistos que ocorrem no cotidiano e são capazes de explicar o adoecimento, porém, em trabalhos periciais, é primordial que se busquem informações da outra parte envolvida no processo indenizatório, ou seja, a empresa reclamada, para as devidas validações das informações obtidas com o reclamante.

De uma forma sintetizada, esse processo de caracterização de nexo causal passa pela história da doença ou do dano, pela identificação dos fatores de risco para a saúde presentes no(s) ambiente(s) e condições de trabalho potencialmente produtores de sofrimento, adoecimento e morte do trabalhador e, sobretudo, pela investigação das formas de adoecimento possíveis no mundo do trabalho e, é claro, a sua relação com este trabalho.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), no uso das atribuições conferidas por lei, e considerando que todo médico, ao atender seu paciente,

e no caso o periciando, deve avaliar a possibilidade de que a causa da doença alegada, alteração clínica ou laboratorial possa estar relacionada com suas atividades profissionais, investigando-a da forma adequada e, caso necessário, verificando o ambiente de trabalho, publicou a resolução CFM n. 1.488/1998 que, entre os seus vários artigos, exige:

Art. 2º - Para o estabelecimento donexo causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador, além do exame clínico (físico e mental) e os exames complementares, quando necessários, deve o médico considerar:

I - a história clínica e ocupacional, decisiva em qualquer diagnóstico e/ou investigação de nexo causal;

II - o estudo do local de trabalho;

III - o estudo da organização do trabalho;

IV - os dados epidemiológicos;

V - a literatura atualizada;

VI - a ocorrência de quadro clínico ou subclínico em trabalhador exposto a condições agressivas;

VII - a identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, estressantes e outros;

VIII - o depoimento e a experiência dos trabalhadores;

IX - os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais, sejam ou não da área da saúde.

O ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES

O Ministério da Saúde, em convênio com a representação no Brasil da Opas/OMS, publicou, em 2001, o Manual de Procedimentos para Serviços de Saúde – Doenças Relacionadas ao Trabalho. Esta publicação foi um marco importante para a orientação dos profissionais de saúde que lidam com a vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores e, especialmente, para possibilitar a caracterização das relações entre as doenças e as suas ocupações. Conclui-se neste manual que os trabalhadores compartilham os perfis de adoecimento e morte da população em geral, em função de sua idade, gênero, grupo social ou inserção em um grupo específico de risco. Além disso, os trabalhadores podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da

profissão que exercem ou exerceram, ou pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi realizado. Assim, o perfil de adoecimento e morte dos trabalhadores resultará da amalgamação desses fatores, que podem ser sintetizados em quatro grupos de causas (MENDES; DIAS, 1999):

- doenças comuns, aparentemente sem qualquer relação com o trabalho;
- doenças comuns (crônico-degenerativas, infecciosas, neoplásicas, traumáticas etc.) eventualmente modificadas no aumento da frequência de sua ocorrência ou na precocidade de seu surgimento em trabalhadores, sob determinadas condições de trabalho. A hipertensão arterial em motoristas de ônibus urbanos, nas grandes cidades, exemplifica esta possibilidade;
- doenças comuns que têm o espectro de sua etiologia ampliado ou tornado mais complexo pelo trabalho. A asma brônquica, a dermatite de contato alérgica, a perda auditiva induzida pelo ruído (ocupacional), doenças músculo-esqueléticas e alguns transtornos mentais exemplificam esta possibilidade, na qual, em decorrência do trabalho, somam-se (efeito aditivo) ou multiplicam-se (efeito sinérgico) as condições provocadoras ou desencadeadoras destes quadros nosológicos;
- agravos à saúde específicos, tipificados pelos acidentes do trabalho e pelas doenças profissionais. A silicose e a asbestose exemplificam este grupo de agravos específicos.

Os três últimos grupos constituem a família das doenças relacionadas ao trabalho, e o Quadro 1 resume e exemplifica os grupos das doenças relacionadas ao trabalho de acordo com a classificação proposta por Schilling (1984), que é muito utilizada também pelos peritos para os embasamentos das caracterizações denexo causal ou não entre a doença e o trabalho executado pelo trabalhador.

Classicamente, os fatores de risco para a saúde e segurança dos trabalhadores, presentes ou relacionados ao trabalho, podem ser classificados em cinco grandes grupos:

- físicos – ruído, vibração, radiação ionizante e não-ionizante, temperaturas extremas (frio e calor), pressão atmosférica anormal, entre outros;
- químicos – agentes e substâncias químicas, sob a forma líquida, gasosa ou de partículas e poeiras minerais e vegetais, comuns nos processos de trabalho (ver a coluna de agentes etiológicos ou fatores de risco na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho);
- biológicos – vírus, bactérias, parasitas, geralmente associados ao trabalho em hospitais, laboratórios e na agricultura e pecuária (ver a coluna de agen-

tes etiológicos ou fatores de risco na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho);

- ergonômicos e psicossociais – decorrem da organização e gestão do trabalho, como, por exemplo, da utilização de equipamentos, máquinas e mobiliário inadequados, levando a posturas e posições incorretas; locais adaptados com más condições de iluminação, ventilação e de conforto para os trabalhadores; trabalho em turnos e noturno; monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade, relações de trabalho autoritárias, falhas no treinamento e supervisão dos trabalhadores, entre outros;
- mecânicos e de acidentes – ligados à proteção das máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos e outros que podem levar a acidentes do trabalho.

Quadro 1–Grupo de Doenças Relacionadas ao Trabalho Segundo a Classificação de Schilling (1984).

- GRUPO I: doenças em que o trabalho é causa necessária, tipificadas pelas doenças profissionais, *stricto sensu*, e pelas intoxicações agudas de origem ocupacional. Podemos citar como exemplos a intoxicação por chumbo, silicose e as doenças profissionais legalmente reconhecidas.
- GRUPO II: doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, exemplificadas pelas doenças comuns, mais freqüentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais e para as quais o nexo causal é de natureza eminentemente epidemiológica. A hipertensão arterial, doença coronariana, doenças do aparelho locomotor, varizes de membros inferiores e as neoplasias malignas (cânceres), em determinados grupos ocupacionais ou profissões, constituem exemplo típico.
- GRUPO III: doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente, ou seja, concausa, tipificadas pelas doenças alérgicas de pele e respiratórias e pelos distúrbios mentais, em determinados grupos ocupacionais ou profissões.

Fonte: Schilling (*apud* MTE; OPAS, 1984).

Para o perito trabalhista, como também os profissionais dos serviços de saúde, o principal instrumento para a investigação das relações saúde/trabalho/doença e, portanto, para o diagnóstico correto do dano para a saúde e da relação etiológica com o trabalho é representado pela anamnese ocupacional, que compreende a história clínica atual, a investigação sobre os diversos siste-

mas ou aparelhos, os antecedentes pessoais e familiares, a história ocupacional, os hábitos e estilo de vida, o exame físico e a propedêutica complementar.

O perito deve seguir uma sistematização de procedimentos padrões para que nenhum aspecto relevante seja esquecido, por meio de algumas perguntas básicas: o que faz? como faz? com que produtos e instrumentos? quanto faz? onde? em que condições? há quanto tempo? como se sente e o que pensa sobre seu trabalho? conhece outros trabalhadores com problemas semelhantes aos seus?

Ainda que não seja possível fazer um diagnóstico de certeza, a história ocupacional colhida do trabalhador servirá para orientar o raciocínio clínico quanto à contribuição do trabalho, atual ou anterior, na determinação, na evolução ou no agravamento da doença. Assim, antes das diligências feitas ao ambiente de trabalho, é possível se ter uma idéia das condições de trabalho e de suas repercussões sobre a saúde do trabalhador.

Igual importância deve ser dada às ocupações anteriores desempenhadas pelo trabalhador, particularmente aquelas às quais o trabalhador dedicou mais tempo ou que envolveram situações de maior risco para a saúde. Como diretriz básica, a resposta positiva à maioria das questões apresentadas a seguir auxilia no estabelecimento de relação etiológica ounexo causal entre doença e trabalho:

- natureza da exposição – o agente patogênico pode ser identificado pela história ocupacional e/ou pelas informações colhidas no local de trabalho e/ou de pessoas familiarizadas com o ambiente ou local de trabalho do trabalhador?
- especificidade da relação causal e a força da associação causal – o agente patogênico ou o fator de risco pode estar contribuindo significativamente entre os fatores causais da doença?
- tipo de relação causal com o trabalho – de acordo com a classificação de Schilling, o trabalho é considerado causa necessária (Tipo I)? fator de risco contributivo de doença de etiologia multicausal (Tipo II)? fator desencadeante ou agravante de doença preexistente (Tipo III)? No caso de doenças relacionadas ao trabalho do tipo II, as outras causas, não-ocupacionais, foram devidamente analisadas e hierarquicamente consideradas em relação às causas de natureza ocupacional?
- grau ou intensidade da exposição – é compatível com a produção da doença?
- tempo de exposição – é suficiente para produzir a doença?
- tempo de latência – é suficiente para que a doença se instale e manifeste?
- registros anteriores – existem registros quanto ao estado anterior de saúde

do trabalhador? Em caso positivo, esses contribuem para o estabelecimento da relação causal entre o estado atual e o trabalho?

- evidências epidemiológicas – existem evidências epidemiológicas que reforçam a hipótese de relação causal entre a doença e o trabalho presente ou progresso do segurado?

A identificação ou comprovação de efeitos da exposição ocupacional a fatores ou situações de risco pode exigir a realização de exames complementares específicos como toxicológicos, eletromiográficos, de imagem, clínicos especializados, provas funcionais respiratórias, audiometria, entre outros. Deve-se estar atento para os cuidados necessários à correta coleta, armazenamento e transporte do material biológico a ser enviado para exame ou para sua realização. É necessário que o exame seja feito segundo a técnica padronizada pela legislação trabalhista pertinente, para que os resultados possam ser considerados.

Os exames toxicológicos são uma importante ferramenta auxiliar da clínica para avaliação da intoxicação pelas substâncias químicas presentes no trabalho. Os resultados dos exames toxicológicos têm valor relativo e devem sempre ser interpretados em estreita correlação com a clínica (CÂMARA; GALVÃO, 1995).

A monitorização biológica de trabalhadores expostos a substâncias químicas potencialmente lesivas para a saúde, por meio da realização de exames toxicológicos, é importante tanto para os procedimentos periciais como de vigilância à saúde dos trabalhadores. A legislação trabalhista, por meio da Norma Regulamentadora (NR) n. 7, da Portaria/MTb n. 3.214/1978, e seus complementos, estabelece as situações, as condições e os parâmetros, ou indicadores biológicos, para sua realização e interpretação.

Infelizmente, deparamo-nos com erros crassos em algumas perícias quando o *expert* não atenta para estes detalhes importantíssimos na caracterização do nexa entre a doença e o trabalho, utilizando metodologias, procedimentos e parâmetros não compatíveis com a legislação pertinente. Entre esses parâmetros estão o Índice Biológico Máximo Permitido (IBMP) e o Valor de Referência da Normalidade (VRN), exigidos pela NR 7 – PCMSO, que devem ser usados sistematicamente pela perícia trabalhista. Outras informações importantes poderão ser solicitadas ao empregador, como os registros de estudos e levantamentos ambientais, qualitativos ou quantitativos, contidos no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), feito por exigência da

NR 9, da Portaria/MTb n. 3.214/1978. Também podem ser úteis os resultados de avaliações clínicas e laboratoriais realizadas para o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), em cumprimento da NR 7, da mesma portaria referida anteriormente, e registros de fiscalizações realizadas pelo poder público.

O PERITO E O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Um colega médico nordestino, infelizmente não recordo o seu nome, disse certa vez, e concordo plenamente, que o perito trabalhista deve ter muita modéstia e pouca vaidade. Deve aprender a ser humilde. Deve evitar conclusões intuitivas e precipitadas. Deve falar pouco e em tom sério. Deve ter autoridade para ser acreditado. Deve ter coragem para decidir e coragem para afirmar.

O perito deve ter conhecimento técnico apurado, ser conhecedor de todas as matérias básicas e fundamentais da área médica (Art. 5º – Princípios Fundamentais), sobretudo da sua especialidade ou área de atuação, conhecer a legislação pertinente, ser livre para agir com isenção e concluir com acerto mediante convicção, comparando os fatos entre si, relacionando-os e chegando a conclusões claras e objetivas, deve ter sempre o espírito jurídico de atuar com imparcialidade (Art. 8º – Princípios Fundamentais), não ultrapassar as suas competências e atribuições, deve agir com fidelidade, clareza e simplicidade ao descrever os fatos observados e oferecer subsídios ao magistrado para a sua conclusão e sentença (Art. 102 – do Capítulo IX) .

O Art. 102 do Capítulo IX do Código de Ética – Segredo Médico – diz que é vedado ao médico “Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente”. Nesse caso, é sempre oportuno informar o periciando sobre este fato e, logo em seguida, solicitar sua assinatura em um Termo de Consentimento Pós-Informado para Perícia Médica.

Diz o Art. 9º da resolução CFM n. 1.488/98 diz que “Em ações judiciais, o prontuário médico, exames complementares ou outros documentos poderão ser liberados por autorização expressa do próprio assistido”. É um assunto polêmico que o Perito tem que administrar muito bem para que não tenha dissabores com o CRM e a própria justiça do trabalho.

O Art. 10 da mesma Resolução diz que

São atribuições e deveres do perito-médico judicial e assistentes técnicos:
I - examinar clinicamente o trabalhador e solicitar os exames complementares necessários.

II - o perito-médico judicial e assistentes técnicos, ao vistoriarem o local de trabalho, devem fazer-se acompanhar, se possível, pelo próprio trabalhador que está sendo objeto da perícia, para melhor conhecimento do seu ambiente de trabalho e função.

III - estabelecer o nexo causal, CONSIDERANDO o exposto no artigo 4º e incisos.

O Art. 11 da resolução n. 1.488/CFM diz:

Deve o perito-médico judicial fornecer cópia de todos os documentos disponíveis para que os assistentes técnicos elaborem seus pareceres. Caso o perito-médico judicial necessite vistoriar a empresa (locais de trabalho e documentos sob sua guarda), ele deverá informar oficialmente o fato, com a devida antecedência, aos assistentes técnicos das partes (ano, mês, dia e hora da perícia).

Este é um problema sério existente entre os colegas e que deve ser, sempre que for possível, negociado com alguns médicos peritos que não respeitam esta resolução do CFM, causando grandes transtornos no exercício da profissão, especialmente em relação aos agendamentos de procedimentos médicos firmados anteriormente, prejudicando seriamente o contrato de prestação de serviços feitos pelo médico assistente com a empresa contratante.

No Capítulo VIII – Relações Entre Médicos –, em seu Art. 76, o CFM adverte e veda o médico de

Servir-se de sua posição hierárquica para impedir, por motivo econômico, político, ideológico ou qualquer outro, que médico utilize as instalações e demais recursos da instituição sob sua direção, particularmente quando se trate da única existente no local.

Pode ser usado como referência de conduta pelo perito para a prática do bom relacionamento com o seu colega assistente técnico que, no momento da perícia, está investido na condição de médico e, portanto, com o direito de

exercer suas prerrogativas. Este, realmente, é um assunto em que há uma necessidade imensa de melhorias por parte dos colegas que atuam na área.

Diz o Art. 12 da resolução n. 1.488/CFM:

O médico de empresa, o médico responsável por qualquer Programa de Controle de Saúde Ocupacional de Empresas e o médico participante do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho não podem ser peritos judiciais, securitários ou previdenciários, nos casos que envolvam a firma contratante e/ou seus assistidos (atuais ou passados).

Mais recentemente foi alterado este artigo, provocando diversas discussões entre os médicos do trabalho, especialmente por que o CFM acrescentou a proibição à prestação de serviços do médico do trabalho como assistente técnico quando responsável pela gestão de saúde e segurança no trabalho ou que tenha sido, em algum momento, o médico assistente do trabalhador em quaisquer circunstâncias.

Finalizando, não poderíamos deixar de tocar em um assunto importante e que dever ser aprofundado pelos nossos profissionais, do próprio CFM com a justiça do trabalho, é a questão da remuneração profissional, que o próprio Código de Ética veda ao médico, em seu Art. 86, “Receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive de convênios”. Em um processo indenizatório na justiça do trabalho, quando a sucumbência da ação é do empregado, e normalmente ele assume a condição de justiça gratuita, o médico perito recebe os seus honorários por meio de verba específica do Tribunal Regional do Trabalho, entretanto o trabalho do médico é remunerado com quantias consideradas vis em comparação às praticadas no meio judiciário, tanto na justiça estadual como na justiça do trabalho quando a sucumbência é da empresa reclamada. No âmbito da justiça federal, há também uma prática comum de baixas remunerações ao colega médico que presta seus serviços periciais.

Referências

BUONO NETO, A. B.; BUONO, E. A. *Perícia e processo trabalhista*. Curitiba: Gênese, 1996.

CÂMARA, V.; GALVÃO, L. A. A patologia do trabalho numa perspectiva ambiental. In: MENDES, R. (Ed.). *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 609-630.

CFM: Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica*. Disponível em: <<http://www.portalmédico.gov.br>>. Acesso em: 24 set 2007.

CFM: Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1.488/1998. *Diário Oficial da União*, de 06 de março 1998, Seção I, p.150. Modificada pela Resolução CFM n. 1810/2007.

COMO FUNCIONA A JUSTIÇA TRABALHISTA. Disponível em: <<http://www.trt18.gov.br/>>. Acesso em: 21 set. 2007.

DIAS, E. C. *Centro de Estudos Avançados em Medicina do Trabalho: formação, educação continuada e certificação em Medicina do Trabalho – uma proposta orientada pelas competências requeridas para o exercício profissional*. Disponível em: <www.anamt.org.br>. Acesso em: 23 set. 2007.

DIAS, E. C. *et al. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Representação no Brasil da OPAS/OMS, 2001.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Saúde dos trabalhadores. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Eds.). *Epidemiologia & Saúde*. 5.ed.Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 431-456.

MTE: Ministério do Trabalho e Emprego. *Normas regulamentadoras*. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/default.asp>. Acesso em: 24 set. 2007.

MTE: Ministério do Trabalho e Emprego; OPAS. *Manual de patologia do trabalho*. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Sausedotrabalhador.pdf>>. Acesso em: set. 2007.

VIEIRA, S. I. *et al. Guia prático do perito trabalhista*. Belo Horizonte: Ergo, 1997.

PERÍCIA EM CIRURGIA PLÁSTICA

Ivane Campos Mendonça*

INTRODUÇÃO

A Cirurgia Plástica é uma especialidade cirúrgica que procura restaurar, anatômica e funcionalmente, partes do organismo alteradas por deformidades congênitas ou adquiridas, assim como corrigir as desarmonias de ordem estética.

Teria sido Edward Zeis o primeiro a designar essa especialidade, utilizando o termo *Plastikos*, do grego, cujo significado é moldar ou plasmar (LEMOS, 1987).

Durante algum tempo, a idéia de reparar e restaurar a função e a anatomia da região alterada, congênita ou funcionalmente, esteve dissociada da restauração estética ou cosmética, em que a primeira buscava repor substâncias perdidas e remodelar tecidos alterados por doenças ou acidentes e a segunda buscava uma harmonia em relação às formas mais habituais encontradas na maioria da população, ou seja, o que é 'normal' e o que é considerado um padrão social de beleza para a sociedade na qual o indivíduo convive. Observou-se, porém, na prática, que mesmo para tentar restaurar a função ou reparar perdas, o cirurgião deveria buscar levar o órgão afetado a um formato mais próximo ao que é aceito como normal ou belo (GILLIES; MILLARD, 1973).

É impossível falar de perícia em Cirurgia Plástica sem definir os objetivos desta especialidade. Assim é que discorreremos sobre estética e beleza, simetrias e cicatrizes, para tentar situar o leitor no contexto do dia a dia do profissional que exerce a especialidade.

* Perita com pós-graduação no Instituto Brasileiro de Extensão Jurídica em julho de 2003. Residência Médica no Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira, em São Paulo, no ano de 1990. Médica formada pela Escola Paulista de Medicina no ano de 1985.

DO CONCEITO GREGO DE ESTÉTICA

Estética é um termo que vem do grego *aisthétikê*, cujo sentido se traduz por sensitivo, sensação, e que, nos dicionários, é definido como “Ciência que trata do belo em geral e do sentimento que ele inspira em nós” (LELLO, 1961, p. 491).

Tradicionalmente, é o ramo da ciência que tem por objeto o estudo da beleza e suas manifestações na arte e na natureza.

Na concepção clássica de Aristóteles, a estética é uma ciência prática ou normativa, que dá regras ao fazer humano sob o aspecto do belo. Portanto, é a ciência que tem como objeto material a atividade humana (fazer) e como objeto formal (aspecto sob o qual é encarado esse fazer), o belo (OLIVEIRA, 2006).

Na realidade, o termo estética traduz-se por um sentimento moral de aceitação social, ou seja, o que é estético é algo que é aceito como correto e agradável socialmente, do ponto de vista da forma externa. Já o contrário, o inestético, seria aquela forma que agride, de modo negativo, a quem a observa, por ser muito diferente do esperado.

DA BELEZA E OUTROS SENTIMENTOS

Passemos, portanto, à tentativa de conceituar a beleza.

A beleza é um substantivo abstrato, que designa as sensações de prazer, bem estar, desejo e inveja que nos invadem ao observarmos algo com qualquer um dos nossos sentidos ou mesmo com todos eles, ou seja, ela é um sentimento vinculado ao sentido da visão, do olfato, do tato, da audição e do paladar.

Percebemos, então, que a beleza não é um atributo do ser que está sendo observado, mas sim um sentimento do observador desse ser ou objeto. Sendo, a beleza, a sensação que determinado ser causa, ela não é um atributo do ser em si, mas uma sensação individual do observador desse ser.

Assim, vemos que muitos discordam em relação ao quesito beleza, não sendo uma análise individual capaz de definir ou julgar, com precisão e imparcialidade, se algo é belo ou não. Um julgamento individual pode apenas definir o que aquele observador pensa.

Vemos também que o conceito de beleza é sempre social, ou seja, é necessário que uma grande maioria sinta-se bem observando aquele ser ou

objeto para que se crie o conceito de que aquilo ou aquele é belo, e observamos também que nenhum ser ou objeto é capaz de conseguir a unanimidade no quesito beleza.

Desses conceitos, podemos então compreender de onde surgem os tão discutidos 'padrões de beleza'. São eles, na verdade, 'pré-conceitos' que recebemos desde a infância e que, por letargia talvez, não nos lembramos de observar o que realmente sentimos ao nos depararmos com determinados padrões instituídos de beleza.

Ao perito em Cirurgia Plástica ou qualquer procedimento dito estético, é fundamental atentar para esses detalhes antes de iniciar o que será exclusivamente o relato de 'suas' sensações pessoais quanto à análise das formas que estará periciando.

É importante lembrar que o resultado estético de qualquer procedimento cirúrgico passa sempre pela análise subjetiva e individual de beleza, ou seja, beleza se define como aquilo ou a aparência que nos causa bem-estar e prazer, porém, na prática não conseguimos definir o que é belo com palavras, pois a beleza não é um atributo do ser que produz aqueles sentimentos em outrem.

JULGAMENTO COMPARATIVO: FOTOGRAFIAS ETC.

Também o julgamento comparativo de algo que se transforma é único para cada observador. No entanto, torna-se mais plausível fazê-lo do que emitir um parecer sobre o que achamos belo ou não, tanto que é premissa da Cirurgia Plástica, quando impõe que se façam documentos fotográficos em pré e pós-operatório. Tais documentos permitem uma avaliação, ainda que pessoal e intransferível, relativa à melhora ou piora do aspecto estético de determinada região que foi submetida a um procedimento cirúrgico.

Os recursos de registro de imagem disponíveis hoje no mercado são imensos, no entanto, para fins legais, os tribunais ainda dão muito mais valor às tradicionais fotografias e, em particular, aos filmes chamados "negativos" dessas fotografias, em razão da possibilidade de perícias documentais que produzam provas de que não houve adulteração das imagens apresentadas.

As imagens produzidas por tecnologia digital, como sabemos, possuem vários recursos de edição, que podem ser utilizados até por amadores, no sentido de melhorar resultados atuais, como também de piorar imagens anterior-

res ao procedimento, e as perícias técnicas sobre esse tipo de tecnologia podem produzir falsos negativos com muito mais frequência que a metodologia tradicional, porém a tendência à obsolescência das chamadas fotografias tradicionais tem conferido mais importância à imagem digital.

SIMETRIA CORPORAL

Quanto à simetria corporal, estudos da Idade Média já comprovam que ela não existe.

Na Renascença, Leonardo da Vinci, Michelangelo, Rafael e vários outros artistas desenvolveram estudos no sentido de demonstrar o que definiram como a “divina proporção” entre as partes do corpo humano, proporções que são utilizadas até hoje como padrões estéticos de beleza (O’MALLEY, 1982).

Tais estudos definem que todas as partes do corpo são proporcionais entre si, porém também constatam que não há igualdade entre os dois lados do corpo.

Concluimos, portanto, desses estudos, que a perfeição humana é ‘imperfeita’, pois um lado do corpo se parece com o outro, mas não é idêntico em ninguém. O que não nos deixa ‘estranhos’, apesar das diferenças, é a harmonia que existe entre essas mesmas diferenças.

O TEMPO COMO AGENTE DE TRANSFORMAÇÃO

Talvez tenha sido o tempo uma das primeiras variáveis com que se preocupou em mensurar o homem civilizado. Mediu-o em sóis, em luas e, finalmente, chegamos aos dias, meses e anos que utilizamos ainda hoje.

Apesar de observarmos sua existência, não conseguimos definir o tempo, mensurá-lo corretamente, ou tampouco temos a definitiva concepção de como ele acontece. Einstein tornou-o relativo, e a compreensão de sua dimensão complicou-se ainda mais. Certo é que o medimos mediante transformações da natureza. O sol se move e medimos o dia. Os organismos vivos se transformam e chamamos de envelhecimento. O tempo é apenas uma noção.

Com essa concepção, é possível compreender que o tempo não é o mesmo para cada organismo vivo. Se minhas transformações celulares ocorrerem mais rapidamente que as de outrem, no mesmo tempo medido em dias, estarei mais diferente quando a comparação se estabelecer. Assim também o

contrário. Ainda aqui a ciência estabelece padrões de ‘normalidade’ que se baseiam na maioria, porém não podemos nos esquecer de Gauss e sua curva, na qual demonstra que os extremos, apesar de não serem tão freqüentes, existem.

O tempo sempre foi temido pelo homem, pois o ciclo inevitável e complexo da vida passa pelas transformações de nascer, crescer, procriar e morrer. O homem teme as transformações. Gostaríamos de permanecer estáticos, alguns na infância, outros na juventude e ainda hoje tentamos parar as transformações da natureza até nas UTIs, em semi-vidas senis ou terminais (ALVES, 2006).

Rubem Alves desenvolve, em seu livro *O Médico*, uma interessante discussão sobre a terminalidade da vida, e conclui que toda obra, para ser admirada, precisa estar conclusa, e a morte seria a conclusão da obra da arte da vida. Na verdade, o homem teme a morte e não o tempo. O tempo não transforma. As transformações são medidas em tempo.

Essas noções precisam estar claras quando pretendemos analisar pericialmente as transformações que ocorrem em um paciente submetido a procedimentos cirúrgicos, pois há transformações inerentes a cada organismo relativas a edemas persistentes, maturações de cicatrizes e os chamados “resultados finais”. Obviamente, seguiremos a ciência e os prazos preconizados pelas curvas de Gauss para o evento que estivermos analisando, porém sem esquecer os extremos da curva. Assim, vemos que atualmente a ciência considera que o prazo de maturações cicatriciais, término de edema e análise de resultados em cirurgia plástica é de 18 meses, prazo recomendado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Importante, porém, é ressaltar que, nesse período de 18 meses, várias transformações ocorrerão sob o ponto de vista de ganho ou perda de peso, gestações ou doenças intercorrentes e o próprio envelhecimento, que, infelizmente, não pára.

Freqüentemente, periciamos procedimentos ocorridos há vários anos. Tais situações devem ser relatadas na perícia, para que a análise do ato ocorrido em um tempo tão anterior não seja prejudicada.

Não é possível analisar um procedimento ocorrido há mais de um ano apenas com uma observação visual do momento atual. Assim também, a análise de procedimentos muito recentes não é real, pois o que hoje parece distorcido pode ser conseqüente a edemas residuais ou a forças de trações ainda desproporcionais de cicatrizes imaturas.

Lembre-se de Gauss, das transformações, das intercorrências e de que o tempo é apenas uma noção.

DAS ALTERAÇÕES PRODUZIDAS PELA MEDICINA NO CORPO HUMANO

Os princípios básicos da medicina hipocrática, “da beneficência” e “da não maleficência”, que ditam a tônica dos procedimentos médicos, ou seja, a primeira meta é produzir o bem e a segunda é não ser nocivo, compõem os elementos básicos das indicações de tratamento que serão sugeridas ao paciente quando, após o diagnóstico, o médico julga ser necessário intervir no organismo afetado.

Sob esse aspecto, o médico dispõe de duas ciências para produzir mudanças quando necessita alterar um organismo humano que considera doente, que são a Química e a Física. Quimicamente, os organismos são transformados com o uso de medicamentos, ou seja, substâncias químicas que, introduzidas no organismo, produzirão mudanças que restabelecerão órgãos, funções e estabilidade emocional. Quando apenas substâncias químicas não são eficazes para se obter as mudanças desejadas, o médico lança mão dos procedimentos ditos cirúrgicos, ou seja, provoca alterações físicas naquele organismo extirpando lesões, restabelecendo órgãos e funções e produzindo, mediante o restabelecimento físico, o restabelecimento emocional.

Todas essas incursões do médico no corpo humano provocam marcas, quer sejam visíveis ou não, que são as cicatrizes. Assim, observamos radiologicamente cicatrizes de tuberculose em um pulmão tratado quimicamente, ou cicatrizes externas provocadas por procedimentos cirúrgicos ditos invasivos. Certo é que o ser humano não tem a capacidade de regeneração de tecidos, como é o caso dos anelídeos e outras espécies.

Dessa forma, o processo cicatricial é a única maneira que o organismo humano tem para restabelecer-se de lesões ou agressões que tenha sofrido (MÉLEGA,).

Esse processo cicatricial ocorrerá com ou sem a intervenção médica, caso aquele organismo consiga se restabelecer. Quando o acesso cirúrgico não utilizar os orifícios naturais do corpo, a cicatriz resultante do procedimento será visível na superfície externa, por mais que se realizem pequenas incisões ou excelentes técnicas de suturas.

Assim, concluímos que qualquer processo de cura envolverá cicatrizes, quer visíveis ou não, e que estas, por sua vez, revelam vitórias do corpo contra a doença. As cicatrizes externas, por serem visíveis, são denunciadoras da doença pré-existente. Quando encaradas como 'vitória', podem se tornar marcas positivas. No entanto, por serem estigmatizantes, não raro são rejeitadas e tornam-se motivo de tristeza e depressão para muitos.

DAS MUDANÇAS E CICATRIZES

Certo é que não é possível modificar a forma de um corpo ou órgão sem causar cicatrizes, e o paciente que se candidata a uma cirurgia eletiva deverá optar pela troca da forma ou da doença, em detrimento da cicatriz que será gerada.

A função das cicatrizes é restabelecer a integridade da superfície ou do órgão afetado pela lesão e, portanto, não poderá ser frágil a ponto de não suportar a tensão aplicada comumente à área onde ela se localiza (MODOLIN, 1988). Tecidos finos, onde não existem grandes tensões, como as pálpebras, por exemplo, tendem a produzir cicatrizes também delicadas, o que já não ocorre em tecidos como o dorso, onde suportamos peso e distensões bem maiores que na face. Assim, vemos diferentes padrões cicatriciais em um mesmo indivíduo.

O padrão cicatricial dito 'normal', ou seja, pré-conceituado pela maioria como ideal e estético é um padrão de cicatrizes finas, delicadas, enfim, são cicatrizes 'fracas', porém, cientificamente, deveríamos satisfazer-mo-nos muito mais com as cicatrizes ditas hipertróficas, que são bem mais 'fortes' na função que lhes compete. Ao perito, cabe essa distinção, fazendo a tradução do que é 'padrão de beleza' com o que é necessário ao organismo.

Quando nos deparamos com uma cicatriz hipertrófica em regiões como a parede abdominal ou o dorso ou mesmo os membros inferiores e superiores, é importante relatar que tais cicatrizes encontram-se alargadas e hipertróficas como exige a região em que estão localizadas. Ou seja, aquela cicatriz pode até ser melhorada, porém a tensão que ela suportava, no momento da lesão que ocorreu, necessitava de tal grau de força que o organismo a hipertrofiou àquele ponto.

Sabemos que o padrão cicatricial é determinação genética, não podendo o cirurgião interferir definitivamente em um resultado cicatricial. Apenas

poderá utilizar técnicas que ajudem o corpo a produzi-las de modo mais delicado, ou tratá-las após o aparecimento de cicatrizes hipertróficas, queloidianas ou mesmo quelóides típicos.

PROCEDIMENTOS INVASIVOS E MINIMAMENTE INVASIVOS

Procedimentos invasivos, em Medicina, são aqueles em que o médico intervém de modo físico, em um organismo humano. Podem ser diagnósticos apenas, ou terapêuticos. Como já explanamos, toda vez que necessitamos ‘invadir’ o corpo humano, desde que não usemos os orifícios naturais, produziremos marcas de nossa ação, que se traduzirão em cicatrizes, visíveis ou não. Por vezes, não haverá cicatrizes visíveis na porta de entrada do objeto ou instrumento utilizado, como é o caso de injeções medicamentosas ou inclusões de preenchimentos, no entanto será possível observar, sob a pele, cicatrizes na área que foi manipulada.

O que diferencia e justifica o uso do adjetivo ‘minimamente’, interposto entre os termos procedimento e invasivo, é exatamente a área que será manipulada após a ‘invasão’. Assim é que a lipoaspiração, por menor que seja a área, não pode ser considerada como um procedimento minimamente invasivo, apesar de os orifícios de entrada serem muito pequenos. Já os preenchimentos de sulcos naso-genianos, pequenas rugas da face e suspensões por fios cirúrgicos, poderiam se enquadrar nessa terminologia. Na prática, utiliza-se o adjetivo com o intuito de demonstrar que os riscos dessa ‘invasão’ seriam menores. ‘Entro pouco, leso pouco, resolvo muito, causo menos dano’.

No entanto, é importante observar que a somatória de vários desses procedimentos, quando realizados a um só tempo cirúrgico, torna inválida a assertiva anterior.

DANO ESTÉTICO

O dano estético pode ser definido como qualquer modificação duradoura ou permanente na aparência externa de uma pessoa, que lhe acarrete uma aparência pior que a anterior e lhe cause humilhações e desgostos, dando origem a uma dor moral (OLIVEIRA, 2006).

O adjetivo ‘pior’ torna imperativo que se estabeleça uma comparação negativa entre duas fases de um mesmo ser para que se defina a existência de

um dano estético, ou seja, é fundamental que se tenha em mãos dados visuais de antes e depois da realização do procedimento e que a fase atual seja menos graciosa que a anterior.

Wilson Melo da Silva (1940) conceitua dano estético na esfera do Direito Civil esclarecendo que este não é apenas o aleijão, mas também deformidades ou deformações outras, as marcas e os defeitos, ainda que mínimos, que possam implicar em um aspecto mais feio ou que possam se configurar, para o paciente, como uma simples lesão que cause desgosto ou permanente motivo de exposição ao ridículo, causando-lhe complexos de inferioridade.

Renée Chapus (1954) situa o dano estético no plano da sensibilidade moral. Para ele, trata-se do sentimento de constrangimento ou de humilhação e desgosto que prova uma pessoa vendo certas feridas ou, de uma maneira mais geral, certas lesões corporais que prejudicam a estética do corpo e, sobretudo, a harmonia dos traços. O dano estético, assim definido, seria um sentimento de desgraça física.

Observamos, assim, que o dano estético acarreta um dano moral, relembrando que a lesão deverá causar no paciente humilhações, tristezas, desgostos, constrangimentos. A pessoa deverá se sentir diferente do que era – menos feliz. Haverá, então, um sofrimento moral, tendo como causa uma ofensa à integridade física, e este é o principal ponto do dano estético.

Por se tratar de um sentimento, que não pode em nenhuma circunstância ser dimensionado, não deve, o perito, opinar sobre a existência de dano estético, deixando para o juiz a análise dos fatos e provas trazidos ao processo, tendo em vista o direito pleiteado. Será o magistrado que verificará se a lesão detectada pelo perito configurou ou não uma conduta criminosa prevista na legislação penal ou se ensejará uma reparação cível, conforme previsão do ordenamento civil.

Ao perito, caberá a descrição da lesão e os esclarecimentos acerca de serem essas marcas esperadas ou não para os procedimentos realizados, ou seja, se as lesões existentes são normais nas técnicas preconizadas pelo meio científico.

DAS FASES DA PERÍCIA

Após as considerações anteriores, comentaremos agora algumas questões e dúvidas que são comuns e surgem durante a realização do ato pericial e da confecção de seu relatório.

A perícia médica tradicional normalmente se divide em:

- Identificação
- Local, data, hora
- Motivo
- Histórico
- Documentos apresentados
- Exame físico
- Discussão
- Conclusão

Trataremos distintamente cada um desses itens, na tentativa de aplicar, na prática, os conceitos discutidos anteriormente.

- Identificação

Além dos dados habituais de nome, números de documentos e endereço, sugerimos que se identifiquem a cor da pele e o padrão racial, pois essas características serão importantes na determinação de possíveis alterações de cicatrização ou doenças com ocorrência diferente para cada tipo racial.

- Local, data e hora

Esses dados referem-se ao local, à data e à hora da realização do exame pericial e devem ser relatados, pois pode haver demora na conclusão do laudo pericial em razão de dificuldades técnicas e ao tempo de estudos que o perito necessitará para emitir seu completo relatório.

- Motivo

Nesse item, é interessante descrever, com as próprias palavras do periciando, quais os motivos que o levaram a solicitar a perícia, bem como o texto da ordem judicial, se for o caso, que designou a realização do ato pericial.

- Histórico

O histórico deverá ser conciso, porém conter todos os dados referidos pelo periciando, atentando para a cronologia e destacando-se as datas.

Sugerimos que, após o relato, sejam feitas perguntas no sentido de se identificar antecedentes pessoais e familiares de doença diversas, tais como diabetes, hipertensão, antecedentes cirúrgicos anteriores ao procedimento e posteriores a ele etc.

No caso de perícias no sexo feminino, é importante questionar antecedentes obstétricos anteriores e posteriores ao procedimento que podem deformar áreas corporais não só pela distensão dos tecidos como pelo ganho importante de peso, nessas ocasiões. Se possível, é importante obter as datas de nascimento dos filhos e relatá-las.

Não raro, periciamos pacientes que se queixam de procedimentos realizados há muitos anos. Certa feita, ao realizar perícia sobre queixa de resultado de abdominoplastia há dez anos, notamos que a data de nascimento de seu último filho era bastante posterior à realização da cirurgia, o que não havia sido mencionado na petição inicial.

Essa constatação modifica – e muito – a conclusão relativa ao procedimento original realizado e deverá constar no relatório, sob pena de emitirmos um parecer desprovido de verdade.

- Documentos apresentados

Na perícia em Cirurgia Plástica, recomendamos que sejam solicitadas às partes que tragam documentações fotográficas anteriores à realização do procedimento e que seja incluído no relatório um item acerca dessa documentação, antes do exame físico, no qual deverão ser descritas as fotografias, as assimetrias e irregularidades precedentes, a data da realização dessas fotografias, com a sua cronologia (por exemplo, um dia antes do procedimento, ou dois meses após o procedimento etc), sua realização, o tipo de equipamento utilizado e se foram apresentados os negativos, no caso de fotografias tradicionais. Tais dados serão relevantes não apenas para efeito comparativo como também sob o aspecto de suspeição, ou não, acerca de possíveis modificações por programas de computação gráfica.

É importante também a análise de documentos fotográficos posteriores ao procedimento, com sua cronologia (por exemplo, nas fotografias de dois meses de pós-operatório, a lesão aparece de tal forma, tamanho, cor; fotografias após um ano; fotografias atuais etc).

É interessante que se realizem fotografias no momento do exame pericial. Isso não só enriquecerá o laudo, oferecendo ao juiz um dado comparativo, bem como poderá auxiliar durante a confecção do relatório. Essa documentação fotográfica poderá ser feita pelo próprio perito ou por um profissional escalado para tanto, em acordo com as partes, e recomendamos que seja feita em fotografias tradicionais, com câmaras *reflex* e anexados os negativos ao relatório.

- Exame Físico

A descrição do exame físico deverá ser completa e minuciosa, em relação à forma, ao tamanho e à localização das lesões. Dever-se-á também ser minucioso na descrição de assimetrias, retrações e aderências que possam ser observadas.

- Discussão

É aqui que o perito deverá discutir o caso que está sendo analisado. Nessa fase do relatório, é enriquecedor citar a literatura atual sobre o procedimento que está em questão, atentando para o detalhe do que era próprio para aquele procedimento à época em que foi realizado. Se o caso envolve questões de cicatrização, retrações de tecidos e deformidades, essas poderão ser discutidas separadamente e de forma explicativa, após o que poderá ser feito um compilado dos dados informados em relação ao caso em voga.

É permitido também aqui emitir a sua opinião sobre o caso, desde que deixe claro que essa é uma opinião individual.

Ainda neste item, podem ser incluídos a descrição e os métodos possíveis e existentes para possíveis correções das deformidades observadas.

- Conclusão

Neste item, o perito deverá ser conciso, sem eximir-se de explicar os fatos acontecidos. Sua conclusão deverá ser um compilado dos dados discutidos no item anterior.

Caso haja questionamentos a serem respondidos, esses deverão ser listados, e as respostas poderão ser extensas e explicativas. Lembre-se de que respostas muito concisas, do tipo, “sim”, “não” e “prejudicado”, podem ser a única coisa levada em conta por uma das partes e a seu próprio favor. Esse tipo de resposta deve sempre ser evitado, mesmo que seu relatório possa parecer prolixo. É sempre importante responder “sim” e o porquê de se afirmá-lo. Também é importante dizer por que a resposta a tal questão encontra-se prejudicada.

DICAS GERAIS

Termos Técnicos

O perito é considerado um *expert* no ofício da questão em debate, portanto é alguém que tem um conhecimento técnico acima do julgador,

sobre aquele assunto. O objetivo da perícia é realizar a tradução, ao juiz, dos fatos ocorridos, sob a ótica de um especialista no assunto. Assim é que não devemos utilizar termos técnicos nos relatórios, pois estamos 'traduzindo' para um leigo os conhecimentos da arte que exercemos. Ora, se estamos traduzindo, teremos que tentar versar, de forma compreensiva a todos os que lerem o laudo, o que realmente aconteceu e explicar os fatos em linguagem compreensiva a todos. Quando necessário, poderemos utilizar termos técnicos, desde que os expliquemos, por exemplo: "Tal lesão poderá ter sido provocada por bisturi elétrico, instrumento utilizado para realizar a hemostasia (parada do sangramento)...". Nesse exemplo, explicamos bisturi elétrico e hemostasia.

Emissão de Julgamento

Em seu relatório, evite o uso de palavras que possam ser consideradas emissão de julgamento. Lembre-se de que o perito deve limitar-se apenas a identificar se houve ou não a ocorrência da lesão, se possível a forma como foi produzida, a sua extensão, bem como as conseqüências que advieram ou advirão para o periciando, deixando para o juiz a análise jurídica e o julgamento dos fatos trazidos ao processo.

Nas questões específicas tais como "Houve dano estético?", é possível responder que houve modificações que seriam próprias ou impróprias ao procedimento realizado e que acarretaram, a seu ver, uma melhora ou piora quando comparadas ao aspecto anterior.

Não se esqueça de que, como peritos, não temos parte ou lados na causa e, para a correta atuação da justiça, sua isenção é fundamental.

Referências

LEMOS, P. C. Evolução conceitual e histórica da cirurgia estética Caliplástia. *Rev. Soc. Brasil. Cir. Plást.*, v. 2, p. 61-70, 1987.

O'MALLEY, C. D.; SAUNDERS, C. M. *Leonardo da Vinci on the human body*. New York: Crown Publishers Inc., 1982.

GILLIES, H. D.; MILLARD JR., D. R. *Principles and art of plastic surgery*. 2. ed. Boston: Little, Brown & Company, 1973.

LELLO, I. E. *Dicionário prático ilustrado*. Porto: Lello & Irmão, 1961.

ALVES, R. *O médico*. Campinas: Papyrus, 2006. Cap. VII.

MODOLIN, M. A. L. *Biologia da cicatrização dos tecidos: cirurgia plástica reparadora e estética*. Rio de Janeiro: Medsi, 1988.

OLIVEIRA, M. M. R. Definição de dano estético e seus elementos. *Revista Fundação Unimed – Pós-Graduação em Perícia Médica*, p. 32-35, 2006.

MÉLEGA, J. M. Cirurgia Plástica Reparadora e Estética. In: MÉLEGA, J. M. *Introdução à cirurgia plástica*. Rio de Janeiro: Medsi, 1988. Cap 1, p. 1 a 6.

MELO DA SILVA, W. O dano estético. *Revista Forense*, p. 83-401, 1940.

CHAPUS, R. *Responsabilité publique et responsabilité privée*. Paris: Librairie Générale de Droit et Jurisprudence, 1954.

PERÍCIA EM INFECTOLOGIA

Ana Maria de Oliveira*

“O respeito adequado aos outros é violado quando tratamos suas vulnerabilidades como oportunidades de promover nossos próprios interesses”.(J. Feinberg)

INTRODUÇÃO

A história da realidade sanitária mundial mostra que os padrões de doença e de morte dependem apenas parcialmente das descobertas e do emprego de novas tecnologias. O declínio da mortalidade por doenças infecciosas ocorreu mesmo antes de 1930, ano da descoberta das sulfonamidas e marco inaugural da moderna farmacoterapia, e deveu-se notadamente à industrialização, às medidas de saneamento do meio e à melhoria das condições de saúde da época. Com o passar dos anos, especialmente nas décadas de 1970 e 1980, aos escassos antibióticos e quimioterápicos inicialmente disponíveis, assistiu-se somarem vários novos medicamentos, exigindo capacitação específica para seu manuseio adequado. O surgimento e a evolução da resistência bacteriana aos antibióticos também gerou maior complexidade no manuseio dessas infecções (MENDONÇA, 2007).

Historicamente, a disciplina de Infectologia constitui uma área da Medicina Interna que se dedica ao estudo das doenças infecciosas e parasitárias. Enquanto a área corria a passos largos, no passado, caberia ao clínico ou aos mais interessados o aprofundamento no conhecimento dessas doenças. Sendo conceituada como a disciplina que se dedica ao estudo das doenças causadas por organismos vivos, quais sejam fungos, bactérias, vírus, protozoários, helmintos, também inclui a abordagem a vítimas de acidente por animais peçonhentos, utilização de imunobiológicos, antibióticos e quimioterápicos e a prevenção e controle das infecções hospitalares. A Infectologia expandiu-se ainda mais por meio de sua interação com as demais

* Mestre em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Especialista em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela UFG. Professora Assistente de Doenças Infecciosas no Instituto de Patologia Tropical da UFG. Conselheira do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (CremeGO) gestão 2003-2008. Ex-presidente do CremeGO gestão 1997-1998.

áreas do conhecimento, especialmente a epidemiologia, imunologia e microbiologia clínicas. Novos agentes etiológicos e novas doenças infecciosas exigiram esforços da ciência e respostas da Medicina. Nesse contexto, internacionalmente surgiu a especialidade e as pioneiras sociedades de doenças infecciosas, como a Infectious Diseases Society of America, nos Estados Unidos. No Brasil, há 27 anos foi oficialmente criada a Sociedade Brasileira de Infectologia (MENDONÇA, 2007). As sociedades de especialidades da Associação Médica Brasileira são responsáveis por promoverem a educação continuada e a qualificação e certificação profissional na área, por dar divulgação e visibilidade à especialidade e contribuir para o estabelecimento de diretrizes técnico-científicas atualizadas. Refletindo sobre as palavras do Prof. Dr. Arary da Cruz Tiriba (2006, p. 7), quando ele enaltece o papel do infectologista como pesquisador estudioso, metuculoso e perspicaz, conclui-se que esse profissional se apossou da tecnologia hipocrática milenar:

O inquérito epidemiológico requer paciência e exploração metuculosa [...] a suspeita do diagnóstico e do provável mecanismo de transmissão surgiram de um 'interrogatório saca-rolhas'. O infectologista em sua atividade de enfermagem é, também, o pesquisador científico. A diferença entre o clínico e o laboratório de pesquisa está apenas no local de trabalho; em lugar do laboratório, o leito ocupado é o objeto da sua observação diária. A curiosidade do infectologista o levará a ampliar a história natural da doença, à descoberta de modos e de fontes de transmissão, até então não assinalados. O leito do enfermo pode ser o primeiro passo para a pesquisa original. Com o passar do tempo, e com o acúmulo de experiência, esse modo de atuação transforma-se em rotina.

Como matéria relevante na nosologia contemporânea de origem infecciosa, destaca-se a ocorrência de quadro infeccioso relacionado à assistência nosocomial de saúde, também denominada Infecção Hospitalar (IH), como um sério problema de saúde dos tempos modernos. De tal sorte que hoje se reveste de relevância em Saúde Pública e na prática médica em Infectologia a prevenção e o controle das infecções hospitalares. Em que pese o advento da Epidemiologia e a descoberta de novas tecnologias terem ampliado os recursos diagnósticos em saúde, destarte os recursos terapêuticos continuam escassos e de difícil acesso e alto custo. Por conseguinte, nesse capítulo decidiu-se

aprofundar o tema perícia e IH para dar visibilidade ao processo de controle e possibilitar a reflexão bioética para a tomada de decisão no processo assistencial e pericial.

INFECÇÃO HOSPITALAR: NORMATIZAÇÃO E CONTROLE

A IH é a infecção adquirida após a admissão do paciente em uma unidade hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta, desde que relacionada com a internação ou com procedimentos hospitalares (BRASIL, 2007). Entre os fatores que podem causar ou facilitar a ocorrência de IH estão o uso de material hospitalar contaminado, a má assepsia das mãos, o uso desnecessário e abusivo de antibióticos, a falta de hábitos de higiene (da equipe de saúde, dos pacientes e das visitas), a baixa resistência de alguns tipos de pacientes (idosos, obesos, diabéticos, com câncer e outras doenças graves), crianças prematuras e com baixo peso e tempo longo de internação. Embora não exista uma taxa zero de infecção, pois existem aquelas que dependem muito do estado do paciente, estudos indicam que um programa de controle de infecção hospitalar bem conduzido reduz em 30% a taxa de infecção do serviço (IDEC, 2007).

Estima-se que, no Brasil, de 5% a 15% dos pacientes internados contraíam algum tipo de IH, o que proporciona um acréscimo de cinco a dez dias no tempo de internação (EDITORIAL, 2007).

O desenvolvimento de resistência aos antimicrobianos é responsável não só pelo aumento da mortalidade e letalidade das infecções mas também pelo incremento significativo nos custos tanto nas infecções comunitárias quanto hospitalares (OPS, 2005), representando aumento notório dos custos hospitalares e risco real de morte por iatrogenia.

Em um informe publicado pela Organização Mundial de Saúde, nos Estados Unidos da América, revelou-se somente três tipos de infecção hospitalar (pulmonar, urinária e de cateter), habitualmente causados por agentes multirresistentes, produz um incremento médio do gasto em tratamento no valor de 1.136 a 8.000 dólares (OPS, 2005, p. 66).

Desde 1992, o tema se reveste de relevância, sendo um dos tópicos normatizados pela Vigilância Sanitária Brasileira (Anvisa), existindo a partir de então uma ampla e variada legislação a respeito. Inicialmente, partindo da Portaria n. 930, de 27 de agosto de 1992, a qual foi revogada (BRASIL, 1992),

sendo substituída pela portaria do Ministério da Saúde n. 2.616, de 12 de maio de 1998. Essa portaria dispõe sobre a obrigatoriedade de manutenção de programas de controle de infecção hospitalar considerando o risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais e que sua “prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar, de vigilância sanitária e outras, tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, atinentes ao seu funcionamento”. Em consonância com o Capítulo I Art. 5º e inciso III da lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, a lei estabelece como objetivo e atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS) “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (BRASIL, 2007, p.1). A portaria n. 2.616 contém normas e diretrizes para a prevenção e o controle das infecções hospitalares, dispostas em cinco anexos. Destaca-se, no Anexo I – Da Organização, a definição de Programa de Controle de Infecções Hospitalares como “um conjunto de ações desenvolvidas e deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares” (BRASIL, 2007, p. 2), e a mesma norma faz referência ao decreto n. 77.052, de 19 de janeiro de 1976, Art. 2º, inciso IV, que institui que o estabelecimento de saúde prestador de serviços deve prover todos os meios capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e dos circunstantes. A portaria GM n. 2616/1998 atribui ao órgão federal do Ministério da Saúde, no caso a Anvisa, a partir da sua criação em 1999 (lei n. 9.782/1999), a obrigação de estabelecer sistema de avaliação e divulgação nacional dos indicadores da magnitude e gravidade das infecções hospitalares e da qualidade das ações de seu controle (IDEC, 2007). Também impõe às coordenações estaduais e municipais acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar. A portaria traz, ainda, uma série de indicadores epidemiológicos para determinar taxas de incidência ou prevalência. São recomendados os métodos de busca ativos de coleta de dados para vigilância epidemiológica das infecções hospitalares. Segundo a norma, todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objeto de investigação epidemiológica específica. Em 2004, a Anvisa lançou o Sistema Nacional de Informação para o Controle de Infecções em Serviços de Saúde (Sinais), com o intuito de oferecer aos hospitais e gestores de saúde uma ferramenta para aprimoramento das ações de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde. Esse

sistema também possibilitaria à Agência conhecer as taxas de infecções e como atuam as CCIHs (IDEC, 2007).

A definição do que seja considerada infecção hospitalar ou comunitária foi balizada no Anexo II da portaria n. 2.616 (BRASIL, 2007, p. 5), que estabelece conceitos básicos tais como:

Infecção comunitária (I. C.) é aquela constatada ou em incubação no ato de admissão do paciente, desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital [...]. Infecção Hospitalar (I. H.) aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante sua internação ou após alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.

De acordo com a Anvisa, apenas 38% dos hospitais brasileiros têm CCIH e, na presença deste serviço, a taxa de infecção diminui em torno de 30% (IDEC, 2007). Diante do exposto, conclui-se que a pretendida proteção dos vulneráveis à aquisição de infecção durante a assistência à saúde, a partir da adoção das normas e resoluções expedidas pela saúde pública brasileira, ainda está seriamente comprometida.

De acordo com a literatura, admite-se que certo percentual de infecções sempre ocorrerá em razão do comprometimento do equilíbrio ecológico do ser humano, que permite a convivência pacífica entre hospedeiro e agente infeccioso. A quebra deste equilíbrio por causa de uma agressão ao hospedeiro, com queda de sua imunidade, propiciará ao agente infeccioso condições favoráveis à patogenicidade.

A IH apresenta-se como uma nosologia prevalente e preocupante em todo o mundo, cujos aspectos intrínsecos apresentam desdobramento que convergem para duas facetas, a saber: a IH como doença oriunda dos cuidados em serviços de saúde (profissional e instituição) e a IH como risco profissional e doença ocupacional (BRASIL, 1992). Não será abordado especificamente o aspecto ocupacional, no entanto este representa um sério argumento para a adoção de adequadas medidas de prevenção por parte dos profissionais de saúde, no contexto da assistência em saúde.

A partir de 1980, tornou-se importante a defesa da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) como estratégia indispensável para o controle de qualidade na assistência hospitalar e institucionalizou-se o con-

controle de infecção como ação governamental. Suscita-se aqui a seguinte questão: como as infecções hospitalares em determinado momento histórico e cultural e de modelo clínico de assistência passam a ser reconhecidas como problema de saúde de pública? O que, nas palavras de Lacerda (2000), implica buscar o significado da questão do controle de infecções hospitalares no contexto de saúde concreto e colocar em evidência dois modelos de assistência de que dispomos atualmente: o clínico e o epidemiológico. Ainda que o objeto de trabalho de ambos seja a saúde e a doença, os campos de ação desses dois modelos são distintos. A epidemiologia identifica-se com o campo da promoção e prevenção e, portanto, com a dimensão coletiva, já a clínica está mais relacionada à recuperação do indivíduo doente e à dimensão individual. Apesar das diferenças, a clínica necessita da epidemiologia como instrumento de ação.

BIOÉTICA, CONTROLE DE INFECÇÃO E PERÍCIA MÉDICA

A Perícia Médica representa um tipo de trabalho profissional que tem interface com o biodireito, a bioética e a ética profissional. O médico perito representa a *longa manus* do juiz em processos decisórios. Em virtude da especialização da Medicina, é recomendável que se atente para a sub-área de atuação, para melhor assessorar o judiciário na decisão justa. O Prof. Genival Veloso de França (2000, p. 159-62), notório médico-legista brasileiro, ressalta as regras deontológicas contidas no Código de Ética Médica, no Capítulo XI sobre Perícia, em que é vedado ao médico:

Art. 118. Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competências.

Art. 119. Assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal quando não o tenha realizado ou participado pessoalmente do exame.

Art. 120. Ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho.

Art. 121. Intervir quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

O perito é uma pessoa física que disponibiliza seu profundo e elevado grau de experiência a serviço da justiça. A atividade pericial subsidiará os julgadores na decisão meritória e, para tanto, exulta Rivero (2000), é necessário que o perito reúna as seguintes qualidades: grande conhecimento da Medicina em geral e, em particular, da Medicina legal, em decorrência de sólida e acreditada formação e experiência; absoluto respeito aos princípios da deontologia e ética médicas e jurídicas na prática forense. Não cabe ao perito converter-se em juiz e nem deixar-se levar pelas intuições sem claras comprovações e fundamentações do laudo pericial. No entanto, o laudo pericial constitui um documento que contém avaliações, análises e sínteses.

Pretende-se neste artigo abordar esses aspectos bioéticos tomando como referencial teórico o princípio da justiça, de John Rawls, o principialismo, de Beauchamp e Childress, e a ética da responsabilidade, de Hans Jonas, com o propósito de trazer novos elementos e fundamentos bioéticos para nortear a atividade pericial em situação de suposta iatrogenia relacionada ao controle de infecção.

A Bioética, ainda que sem uma definição quanto a ser uma disciplina acadêmica e/ou movimento cultural, nasceu na década de 1970, em um período de intensa efervescência científica e tecnológica. Na etimologia da palavra, deriva do grego *ethos*, que significa caráter; a bioética pertence ao campo das Éticas Aplicadas possuindo várias definições. Para o filósofo espanhol Diego Gracia (*apud* BRÁS, 2006), é uma pedagogia ou uma escola de deliberação. Por meio da deliberação passou de uma disciplina clínica para converter-se em um instrumento de análise social, institucional e política dos conflitos. Assim sendo, utilizar-se-á de parâmetros bioéticos para análise do tema (GRACIA *apud* BRÁS, 2006).

No Brasil, a Bioética se desenvolveu a partir da década de 1990 e, como em outros países, os bioeticistas daqui têm-se dedicado à temática bioética e saúde, publicam prioritariamente e seu objeto é o processo saúde-doença da coletividade, observado em suas dimensões biológicas, psíquicas, sociocultural (FORTES; ZOBOLI, 2003). O tema ora abordado tem sido raramente abordado por bioeticistas brasileiros.

Do ponto de vista conceitual, para o bioeticista chileno Miguel Kottow (*apud* SCHRAMM, 2003) a Bioética pode ser definida como a reflexão sobre os atos humanos realizados em liberdade e com responsabilidade que alteram radicalmente os processos irreversíveis dos seres vivos, e cujos efeitos, de um

modo real ou potencial influenciam, nos processos vitais. Tem como método de eleição a dedução, isto é, aplica-se a situações específicas certas normas, princípios ou premissas axiomáticas. Também avoca a indução para, a seguir, chegar à generalização. Ambos os métodos proporcionam um equilíbrio reflexivo (BRÁS, 2006). Dentre os principais tipos de argumentos utilizados pelos estudiosos da Bioética para o exercício da análise factual destacam-se: a falácia naturalista – que confunde os fatos (o que deve ser) com os valores (o que é); argumentos por analogia – comparam-se situações, o que deve ser feito com as cautelas de estilo; ladeira escorregadia ou efeito dominó – situação-exemplo é a autorização do aborto em caso de anencefalia, em que, no futuro, poderia se aplicar o mesmo raciocínio para outros casos; duplo efeito – os argumentos prendem-se ao fato de que uma descoberta ou conduta causa o bem, mas pode ter um efeito não esperado para o mal. Por exemplo, uma droga causa analgesia, mas uma dose um pouco maior pode abreviar a vida; e potencialidade (BRÁS, 2006).

Há bioeticistas defensores de que a Bioética deve intervir em defesa dos interesses e direitos das populações socioeconômicas excluídas, através do que se denomina de Bioética dura ou de intervenção (GARRAFA; PORTO, 2003). Outros propõem uma Bioética de proteção da qualidade da vida humana, considerando que a saúde é uma condição essencial dessa qualidade (SCHRAMM, 2003). Creio que ambas não são mutuamente excludentes, mas divergem no *modus operandi*, uma vez que têm pressupostos distintos. No caso da Bioética de intervenção, ela estabelece os conceitos necessários para a orientação de ações concretas, como: imperialismo moral – diz respeito à lógica capitalista, que, imputada pelas nações ricas às nações pobres, transformam as sociedades em mercado. Pode ser um mecanismo ativo ou passivo. Um clássico exemplo é a ação ativa e específica dos países centrais para alterar o texto da Declaração de Helsinque no que se refere ao *double standard*; Equidade e justiça social – são conceitos afeitos à justiça, mas discutidos no âmbito da bioética brasileira. A equidade é a justiça distributiva de tratar os desiguais, desigualmente. A justiça social diz respeito a libertação, “empoderamento” e emancipação (CRUZ, 2006, p. 487).

Hipócrates, em um aforismo, advertia aos esculápios que não causar dano era um dos princípios fundamentais; que estes deveriam curar quando possível e consolar sempre. Do ponto de vista ético, não se pode aceitar que um doente procure um serviço de saúde para cura ou alívio de seus males e acabe adquirin-

do um problema maior do que tinha. Dessa forma, quando se fala em controle da infecção hospitalar, além de uma atividade técnica específica, está se falando de uma conduta ética recomendável e desejável. Controle da infecção hospitalar é componente básico de qualquer programa de garantia da qualidade e não há nada mais ético do que oferecer serviços da mais alta qualidade possível. A IH, sob a óptica do seu significado social, há que se remeter a questões mais amplas que apenas as meramente biológicas. Há que se enfatizar aqui dois fatores imprescindíveis: a qualidade e os recursos humanos (LACERDA, 2000).

Do ponto de vista do paradigma principialista, o agente de saúde exerce o princípio da beneficência quando cumpre as normas e resoluções da Vigilância Sanitária e, assim, minimiza ao máximo a morbimortalidade por infecção advinda da assistência à saúde, já que este é um evento inerente à assistência. De igual modo, ao observar o princípio hipocrático da não-maleficência, *primum non nocere*, espera-se que as medidas atividades, além de causarem o bem, também não ocasionem danos, lesões, cures quando possível e mitiguem as dores sempre (ANTONIO; FERNANDES, 2000). Quanto ao uso racional de antimicrobianos (eficácia, resistência bacteriana emergente e o custo x liberdade de prescrição), sabemos que é de exclusiva competência do médico a escolha do tratamento para seu doente, devendo, para tanto, orientar-se sempre pelo princípio geral do *primum non nocere*, implícito nos artigos 2º e 29 do Código de Ética Médica (FRANÇA, 2000). Sob esta ótica, cabe ao médico escolher o antimicrobiano menos tóxico, bactericida se possível, ajustado para intervalos e doses conforme a gravidade e demais parâmetros fisiológicos de seu paciente. Estas informações podem ser trabalhadas a partir de um exame de cultura com antibiograma, portanto, do conhecimento da etiologia mais freqüente da infecção com respectiva sensibilidade e de um sistema que minimize os riscos de toxicidade, como por meio do parecer de um especialista na área. Outro aspecto a ser considerado relaciona-se ao fato de que não é permitido ao médico exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica, implicando em infração ao artigo 60 do Código de Ética Médica (FRANÇA, 2000).

Analisando a questão sob o prisma da ética da responsabilidade, parte-se do referencial teórico de que a mesma diz respeito ao desenvolvimento moral individual baseado nos imperativos categóricos do filósofo alemão Immanuel Kant. As raízes do princípio da responsabilidade abordadas pelo sociólogo Max Weber, que remonta ao princípio do século XX, são resumidas

em quatro enunciados, a saber: a vida humana comporta muitas esferas que escapam à moralidade, e que a moral deve se divorciar da religião; as últimas avaliações do indivíduo nunca podem ser refutadas. O razoável é aceitá-las e compreendê-las, se quiser ter direito à idêntica prerrogativa; não se deve valer da posição para impor convicções; e deve-se responder pelas conseqüências previsíveis dos próprios atos; Protá (2005) acrescenta ainda um enunciado: os meios devem justificar e ser adequados aos fins. No âmbito do controle de IH, também entendido como responsabilidade moral do agente, o eminente filósofo alemão do século XX Hans Jonas, um dos primeiros teóricos da ética da responsabilidade, que abre caminho para a reflexão sobre a precariedade da vida, conclui que somente uma ética fundada na amplitude do ser pode ter significado (SIQUEIRA, 2005). Sendo o controle da infecção hospitalar entendido como responsabilidade moral, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, a expressão da palavra não pode se restringir apenas à esfera do indivíduo. No contexto dos imperativos da ética da responsabilidade, Jonas propõe um imperativo que constitui um parâmetro exemplar: “Age de tal maneira que os efeitos de tua ação sejam compatíveis com a permanência de uma vida humana autêntica”. É o mesmo que dizer “não ponhas em perigo a continuidade indefinida da humanidade na Terra” (SIQUEIRA, 2005, p.108). Trata-se de um contexto ecológico cósmico, em que toda a natureza submetida à intervenção tecnológica, de medicamentos a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, está exposta a uma situação de maior ou menor vulnerabilidade, colocando em risco toda a vida do planeta. A título de exemplificação, entendemos ser necessário destacar a questão do uso de antimicrobianos. A administração de antibióticos sem controle, indiscriminada, ao *bel prazer* do profissional médico, sem observar as normas e rotinas do serviço quanto ao uso racional de antimicrobianos, extrapola do âmbito individual, tornando-se um problema de saúde pública (ANTONIO; FERNANDES, 2000).

Partindo do princípio bioético da justiça, John Rawls marcou o século XX com novas propostas para o tema. Em 1971, ele publicou *A theory of justice*, onde procura estabelecer a justiça como equidade ou justiça distributiva. Muito próximo a algumas idéias fundamentais da ética kantiana, Rawls parte de que todo ser humano, uma vez alcançada a idade da razão, é autônomo e tem um perfeito senso de justiça. Partindo do imperativo categórico da razão kantiana, Rawls estabelece uma teoria de justiça social que busca integrar as liberdades civis e políticas com os direitos econômicos, sociais e culturais (SIQUEIRA, 1998;

FORTES, 2003). Depreende-se, portanto, que, se considerarmos as pessoas internadas como seres vulneráveis à aquisição de infecção hospitalar, ao aplicar o princípio da justiça como equidade, é desejável que o agente de saúde empregue todo o conhecimento técnico-científico em benefício e na medida da necessidade de cada um. Quando se nega a uma pessoa um bem a que tem direito, esta pessoa está sendo injustiçada. Entende-se que a saúde é mais que um bem a que tem direito. A saúde é um bem e um direito! (ANTONIO; FERNANDES, 2000).

O controle de infecção nosocomial tem nítida ênfase na atuação preventiva, à semelhança das atividades desenvolvidas em Epidemiologia. Supondo que as ações promocionais e preventivistas caracterizam a epidemiologia como campo de ação, o bioeticista italiano Giovani Berlinguer (1994) acredita que deva-se priorizar a prevenção em geral arguindo o princípio da “virtude antecipatória da prevenção”. Esse princípio aplicado ao CI determina que a instituição e os que nela trabalham, todos, enfim, deveriam dispender todos os esforços para se antecipar à iatrogenia por meio das medidas de prevenção estipuladas nas resoluções e normas da Anvisa e no conhecimento científico produzido. A essência da atuação em ações de vigilância é validada eticamente pelo fato de constituir instrumento social para evitar “violências” (FORTES; ZOBOLI, 2003).

A essência da atuação em saúde pública é promocional e preventivista, englobadas na denominação amplamente utilizada de ‘vigilâncias’. Nesse termo, está contida a noção ética utilitarista do “maior benefício para o maior número de pessoas”, que, digamos, é o cerne das ações de saúde pública, como, por exemplo, nos procedimentos de vacinação em massa. Na análise e conclusão de Fortes e Zoboli (2003 p. 18), quando se fala em controle da infecção hospitalar, além de uma atividade técnica específica, está se falando de uma conduta ética recomendável e desejável. Controle da infecção hospitalar é componente básico de qualquer programa de garantia da qualidade, e não há nada mais ético do que oferecer serviços da mais alta qualidade possível. Berlinguer (1994) conceitua o controle de infecção hospitalar como a “capacidade de intervir com finalidade de evitar danos”. Isto é bem aplicável, já que podemos intervir impedindo a disseminação de doenças e agentes infecciosos por meio de normas de isolamento ou reduzir o risco de infecções cirúrgicas usando antibioticoprofilaxia.

Adoção das medidas de isolamento, quando restringimos a liberdade de indivíduos (doentes ou funcionários) para impedir a disseminação de determinada enfermidade ou agente agressor, contém o dilema entre o direito de escolha e a capacidade para essa escolha. Volta o problema da autonomia e da beneficência.

A bioética aponta que o dilema em tela deve ser identificado, as alternativas possíveis devem ser especificadas; deve-se escolher a melhor opção em atenção ao princípio da beneficência e não-maleficência e agir conforme o que foi escolhido. Na análise pericial, os critérios de justificação são os mesmos que se analisa para a decisão do erro:

- identificar o dilema ético;
- especificar as alternativas possíveis em curso;
- escolher a melhor;
- agir conforme o escolhido e reavaliar.

A perícia de casos de infecção hospitalar é a perícia do erro e pode ser em decorrência de imperícia, imprudência ou negligência prevista no artigo 29 do CEM (FRANÇA, 2000). Por outro lado, muitas infecções não são consequência de erro. Considerando-se que a maioria dos casos de infecção hospitalar está relacionada a agentes da própria flora do indivíduo, e que existem pessoas com maior risco de aquisição de infecção (gravidade da doença, grau de comprometimento orgânico, necessidade de recursos adicionais à manutenção de sua vida, idade, entre outros), a caracterização de um erro médico passa pelos mesmos critérios estabelecidos para o erro em outras especialidades. No trabalho de controle de antimicrobianos, devemos adotar um sistema que minimize os riscos de erro, o que deve ser feito de comum acordo entre os profissionais envolvidos. É fundamental que tanto o médico do doente como aquele que trabalha para racionalizar os antibióticos tenham a absoluta clareza da melhor opção a ser adotada para o paciente. O uso racional visa, também, à redução na seleção de germes resistentes a múltiplas drogas, que poderiam repercutir negativamente até sobre a saúde da instituição, dos profissionais que lá trabalham, ou pior, causar danos aos pacientes. Percebe-se, de pronto, que os benefícios suplantam aos riscos quando da obediência às normas e rotinas da instituição, que visam a redução dos danos inerentes às infecções decorrente da assistência em estabelecimentos de saúde.

Referências

ANTONIO, L. A. C.; FERNANDES, A. T. Aspectos legais no controle de Infecção Hospitalar. In: FERNANDES, A. T. (Ed.). *Infecções hospitalares e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Ateneu, 2000. p. 1.655-1.664.

- BERLINGUER, G. Bioética da prevenção. *Bioética*, Brasília, v. 2, n. 2, p. 117-122, 1994.
- BRAS, M. A bioética e o novo saber-fazer saúde. *Divulgação Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 35, p. 36-47, jun. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 930, de 27 de agosto de 1992. Estabelece normas para controle de infecção hospitalar. *Diário Oficial da União*, Brasília, 4 de setembro de 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2. 616, de 12 de maio de 1998*. Disponível em: <<http://www.e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=482>>. Acesso em: 4 jun. 2007.
- CRUZ, M. R. da. Bioética de Intervenção: uma proposta epistemológica e uma necessidade para sociedades com grupos sociais vulneráveis. *Rev Bras. Bioética*, v. 2, n. 3, p. 483-500, 2006.
- EDITORIAL. Hospital: as medidas do governo. *Pharmacia brasileira*, p. 37, mar./abr. 2000. Disponível em: <<http://www.ccih.med.br/hospital.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2007.
- FORTES, P. A. de C. Reflexões sobre o princípio da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. In: FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. (Orgs). *Bioética e saúde pública*, São Paulo: Loyola, 2003. p. 35-47.
- FORTES, P. A. de C.; ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e saúde pública: entre o individual e o coletivo. In: FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. (Orgs). *Bioética e saúde pública*, São Paulo: Loyola, 2003. p. 11-24.
- FRANÇA, G. V. de. *Comentários ao código de ética médica*. 3. ed. Rio de Janeiro: G. Koogan, 2000.
- GARRAFA, V.; PORTO, D.. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (Orgs). *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Loyola, 2003. p. 35-58.
- IDEC: Instituto de Defesa do Consumidor. *O controle de infecção no Brasil e o consumidor*. Idec, São Paulo, jun. 2006. Disponível em: <http://www.idec.org.br/arquivos/relatorio_ih.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2007.
- LACERDA, R. A. O significado político-social das Infecções hospitalares e seu controle para a saúde coletiva. In: FERNANDES, A. T. (Ed.). *Infecções hospitalares e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Ateneu, 2000. p. 1618-1632.
- MENDONÇA, J. S. Editorial. *Sociedade Brasileira de Infectologia: 25 anos!*, Ano II, n. 8, out./dez. 2004. Disponível em: <http://www.infectologia.org.br/default.asp?site_Acao=MostraPagina&paginaId=136&mNoti_Acao=mostra Noticia&categoriaId=1¬iciaId=4>. Acesso em: 04 jun. 2007.
- OPS: Organização Panamericana de Saude. In: REUNIÃO CONJUNTA DAS REDES DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS INFECCIOSAS EMERGENTES E REEMERGENTES, Atlanta, Geórgia, Estados Unidos da América, de 26 a 28 de fevereiro de 2004. *Rev. Pat. Trop.*, v. 34, Supl.1, jan./jul 2005.
- PROTA, L. O pensamento de Max Weber: os princípios da responsabilidade. In: SIQUEIRA,

- J. E. de (Org.). *Ética, ciência e responsabilidade*. São Paulo: Loyola, p. 65-99, 2005.
- RIVERO, A. P. Ética en la pericia medico-legal. *Med. Leg. Costa Rica*, Heredia, v. 17, n. 1, p. 7-9, jul. 2000.
- SCHRAMM, F. R. A Bioética da proteção em saúde pública. In: FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. (Orgs). *Bioética e saúde pública*, São Paulo: Loyola, 2003. p. 71-84.
- SIQUEIRA, J. E. de. O princípio da justiça. In: COSTA, S. I. F. da; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (Coords.). *Iniciação a bioética*. Brasília: Ed. do CFM, 1998. p. 71-80.
- SIQUEIRA, J. E. Ética e tecnociência: uma abordagem segundo o princípio da responsabilidade de Hans Jonas. IN: SIQUEIRA, J. E. de (Org.) *Ética, ciência e responsabilidade*. São Paulo: Loyola, 2005. p. 101-197.
- TIRIBA, A. da C. A formação do infectologista. *Rev. Panam. Infectol.*, v. 8, n. 4, p. 7-9, 2006.

PERÍCIA EM OFTALMOLOGIA

Clausmir Zaneti Jacomini*

*L*ato sensu, Perícia Médica pode ser conceituada como um conjunto de procedimentos propedêuticos e técnicos cujo escopo é o de esclarecer um fato de interesse administrativo, previdenciário, policial ou judiciário na formação de um juízo a eles pertinente. Pode ser classificada em Perícia Médica e Perícia Médico-Legal.

O perito médico exerce tarefas distintas e específicas aplicadas num interesse social. Estima a capacidade laborativa de funcionários públicos, emite laudos médico-periciais em prontuários próprios, bem como pode dispor de seus conhecimentos a juntas médicas de recursos e de processos do INSS, fundamentando-se em critérios técnico-administrativos expressos no Manual do Médico Perito.

A Perícia Médico-Legal, por sua vez, é exercida por médicos habilitados em Medicina Legal, os quais prestam seus serviços a instituições legispericiais, ou que são especialistas na matéria e podem ser solicitados a prestar esclarecimentos de interesse da administração judiciária.

Já o auditor ou perito-auditor é o profissional cujo trabalho é fiscalizar determinado serviço e verificar se ele é cumprido a contento. O perito médico tem a faculdade de avaliar e produzir os relatórios da respectiva perícia, já o perito-auditor tem por função fiscalizar e indicar as devidas irregularidades, até mesmo propondo soluções.

Assim, pois, o perito médico deve estar tecnicamente habilitado às suas funções e ser conhecedor da lei, além de ser independente e responder apenas à sua consciência. Para Rojas (*apud* TREZUB, 2006, p. 2),

A função pericial requer duas condições ao perito oficial: preparação técnica e moralidade. Não se pode ser bom perito se falta uma destas

* Pós-doutor pela Universidade de Paris (Sorbonne). Doutor em Medicina, área Oftalmologia, pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professor Adjunto (inativo) na UFG. Jornalista. Advogado.

condições. O dever de um perito é dizer a verdade; no entanto, para isso é necessário: primeiro saber encontrá-la e, depois, requerê-la. O primeiro é um problema científico, o segundo é um problema moral.

A avaliação médica pericial em doenças oculares deve ser feita, portanto, por perito médico que tenha um bom conhecimento de clínica oftalmológica, o que o torna capaz de correlacionar adequadamente os parâmetros de acuidade visual para confirmação da visão residual; aplicar os conceitos de capacidade visual necessários para cada profissão; entender detalhadamente a seqüência correta e completa do exame ocular e sua interpretação para cada caso, além de conhecer os enquadramentos oculares específicos na legislação previdenciária, no acidente de trabalho ou na doença profissional e no auxílio-acidente.

O perito, para melhor desempenho de seu trabalho, poderá fazer sua avaliação fundamentado nos seguintes conceitos fundamentais:

- Parâmetros de acuidade visual
 - Acuidade Visual (AV)
 - Eficiência Visual (EV)
 - Campo Visual (CV)
- Metodologia do exame oftalmológico
- Interpretação do exame oftalmológico
- Classificação das doenças oculares
- Capacidade visual
 - Visão profissional
 - Visão subnormal
 - Deficiência visual
 - Cegueira profissional
- Avaliação visual para motoristas

PARÂMETROS DE ACUIDADE VISUAL

Acuidade Visual

Dependente de uma função macular normal e da transparência dos meios dióptricos oculares (córnea, cristalino e humor vítreo), bem como da

integridade do nervo óptico e da via óptica que chega à região cortical cognitiva, a AV representa o grau de visão central ou direta.

A AV para longe é tomada com a utilização da escala de Snellen ou da escala de Wecker, colocadas à distância de seis metros do examinando. Já para tomar a AV para perto, utilizamos a tabela de Jaeger, colocada a 33cm do examinando e apresentada com frases ou números com dimensões variáveis de J-1 a J-7 para ordem crescente de baixa da visão. Importante lembrar que a diminuição da AV para perto pode ocorrer por causas fisiológicas (presbiopia) ou patológicas, bem como o fato de que a AV para longe pode ser influenciada por fatores como ambliopia, idade (decrece a partir da sexta década) e diâmetro pupilar.

Eficiência Visual

A função conjugada de acuidade visual, campo visual e motilidade ocular resulta na chamada eficiência visual (EV), que oferece os percentuais úteis de visão, importantes na avaliação da incapacidade visual.

A EV monocular é dada com base na acuidade visual central, conforme a correlação na Tabela 1.

Tabela 1 – Acuidade Visual Central

VISÃO CENTRAL		VISÃO CENTRAL + PERIFÉRICA
Snellen	Wecker	Eficiência visual (%)
20/20	1	100
20/25	0,8	95
20/30	0,66	91,4
20/40	0,5	83,6
20/50	0,4	76,5
20/60	0,3	69,9
20/70	0,28	63,8
20/80	0,25	58,5
20/100	0,2	48,9
20/200	0,1	20
20/400	0,05	10

Para o cálculo da eficiência da EV binocular utiliza-se a seguinte equação:

$$\frac{(3 \times \text{EV do melhor olho}) + \text{EV do outro olho}}{4}$$

Exemplo: Eficiência do OD = 90% $(3 \times 90) + 30 / 4 = 75\%$ EV binocular
Eficiência do OE = 30%

Campo Visual

O estímulo visual é iniciado nas células fotorreceptoras da retina e conduzido pelo nervo óptico e vias ópticas centrais até a região cortical do cérebro. Estima-se que em um olho jovem e normal haja cerca de um milhão destas células, das quais 10.000 estão localizadas na região foveal e são responsáveis pela visão central. Os demais fotorreceptores estão distribuídos por toda a retina até a ora serrata e são encarregados da visão periférica.

Assim, o exame de campo visual, também denominado campimetria ou perimetria, e que pode ser avaliado hoje com recursos propedêuticos de alta tecnologia e eficácia, é mais um recurso para a avaliação da acuidade visual global, visto que, caso haja perda de fibras do nervo óptico correlacionadas com os fotorreceptores da fóvea (visão central), o examinando poderá perder a chamada visão estereoscópica, responsável pela percepção de profundidade e de proporção.

Isto é possível ocorrer em situações envolvendo acidentes, como por exemplo a neurite óptica ou as hemianopsias pós-trauma e a maculopatia tóxica. A campimetria, portanto, pode fornecer dados importantes sobre o sítio da lesão nas vias ópticas, ou seja, retina, nervo óptico, quiasma, trato óptico, corpo geniculado lateral, radiações ópticas e córtex visual occipital.

METODOLOGIA DO EXAME OFTALMOLÓGICO

O conjunto de itens que compõem o exame oftalmológico deve ser descrito e, quando for o caso, anexado ao Laudo Médico-Pericial (LMP). O método seqüencial inicia-se com a anamnese, buscando do examinando o

máximo de informações possíveis correlacionadas à razão do exame, evidentemente segundo os princípios da ética médica. Isso implica saber sobre a queixa principal, o uso habitual da visão (profissional), a história progressiva de patologias, trauma e cirurgias oculares, o uso de medicamentos potencialmente tóxicos para os olhos, como corticóides e outros, o uso de colírios e de medicamentos para tratamento de doenças sistêmicas capazes de comprometer secundariamente a função visual, tais como hipertensão arterial, reumatopatias, diabetes e outras, além da história familiar.

Quanto ao uso profissional da visão, deve-se pesquisar sobre possíveis riscos físicos, químicos e ergonômicos, além daqueles relacionados a acidentes de trabalho; quanto a doenças hereditárias, direcionar para glaucoma, catarata, estrabismo, outras causas de cegueira, hipertensão arterial e diabetes, especialmente.

Sequencialmente, faz-se o exame ocular externo, com avaliação criteriosa da região orbitária bilateral, de lesões da face extensivas às órbitas, dos anexos oculares (pálpebras, conjuntiva, via lacrimal) e das estruturas do globo ocular (esclera, córnea, íris/pupila e cristalino). É possível a observação de edema, hiperemia, contusões, ferimentos, sangramento, secreções, alterações da musculatura extra-ocular (estrabismo, nistagmo, alterações na convergência ocular, ptose), perda de transparência, corpos estranhos, perfuração ocular, entre outros. Importante descrever a função da musculatura intrínseca dos olhos (pupilas/reflexos pupilares), o que pode ser feito com pequena fonte de luz (lanterna) ou, se necessário melhor exame, por meio de um oftalmologista utilizando lâmpada de fenda.

Cabe ainda ao perito médico realizar uma fundoscopia simples, utilizando um oftalmoscópio direto, em que poderá observar alterações no pólo posterior do olho, envolvendo nervo óptico (papila óptica), região macular e vasos retinianos, além da coróide local. Para tanto, é indispensável que o perito tenha bom conhecimento das possíveis alterações que ocorrem nessa região do olho, como vasculopatias (diabetes, hipertensão arterial), atrofia óptica e edemas maculares. Se identificada alguma lesão no fundo do olho, difusa ou focal, poderia a mesma ser fotodocumentada para prognóstico de incapacidade visual residual, e, nesse caso, descrita criteriosamente por um oftalmologista indicando exatamente o nível de comprometimento da visão central e/ou periférica.

Para os demais procedimentos da metodologia do exame ocular, o perito médico terá melhor avaliação solicitando parecer de um oftalmologista, que dispõe de equipamentos propedêuticos adequados. Assim, a tomada da acuidade visual será feita por intermédio de escalas de optotipos para longe

(Snellen) e para perto (Jaegger), mono e binocularmente, sem e com o uso de lentes corretoras atualizadas há pelo menos seis meses (óculos ou lentes de contato). Entretanto, o perito médico, mesmo sem tais recursos, pode ter um vaga idéia da condição visual do periciando observando o seu comportamento diante de um objeto: um olhar sem ou com pouco movimento sugere visão baixa; com movimento e localizando o objeto, visão provavelmente útil.

O oftalmologista poderá auxiliar também emitindo parecer sobre as alterações da musculatura extrínseca, caracterizando o tipo de estrabismo, ambliopia (olho anatomicamente íntegro mas com pobre função) ou nistagmo, confirmando a indicação ou não de correção cirúrgica. Isto poderá avaliar a incapacidade ou não do requerente/segurado para o trabalho.

Contudo, deve ser solicitada ainda ao oftalmologista a tomada da Pressão Intraocular (PIO), com a utilização de tonômetro de aplanção (acoplado à lâmpada de fenda ou manual) ou computadorizado. Na ausência desses equipamentos, alguns autores sugerem avaliar a PIO com um toque bidigital (dedos indicadores apertam o globo ocular delicada e alternadamente), o que não é recomendável pela infidelidade do teste. A PIO em caucasianos é considerada normal entre 10 mmHg e 20 mmHg e seu aumento além desse nível pode levar a glaucoma.

Da mesma forma, o teste de visão de cores é trabalho para o especialista. Os defeitos na visão de cores são geralmente congênitos e raramente adquiridos e são chamados de discromatopsias. Para detectá-los, o oftalmologista, em geral, usa o teste pseudoisocromático de Ishihara, e, mais comumente, acontecem no eixo verde/vermelho (deuteranopsia e protanopsia). Assim, os portadores de discromatopsias não estão habilitados para algumas funções, como, por exemplo, motorista profissional, atividades em gráficas e na indústria têxtil e em certas tarefas em laboratórios.

Outros exames serão também realizados por oftalmologistas, entre eles a biomicroscopia, capaz de avaliar microscopicamente a estrutura de todo o segmento anterior do olho, bem como da mácula e do nervo óptico. O perito médico deve solicitá-la nos casos de doenças da córnea (ceratites, ceratopatias) e da úvea (uveítes); a gonioscopia, para o estudo do seio camerular (ângulo irido-corneal) em casos de glaucoma (ângulo aberto ou fechado); a angiofluoresceinografia, para análise da retina e seus vasos, incluindo o nervo óptico; a ultrassonografia ocular, para interpretação de patologias intraoculares tais como tumores, descolamento de retina, turvações vítreas por processo

inflamatório ou hemorrágico (comuns em traumas) e curva de pressão ocular ou curva tensional diária, para diagnóstico e/ou seguimento em glaucoma. A realização desses exames auxilia na previsão do tempo de tratamento em doenças como uveítes, glaucoma e retinopatias hipertensiva e diabética.

Entre os exames complementares em doenças oculares, é de grande importância o campo visual ou campimetria, capaz de mostrar alterações na via óptica desde a retina até a região cortical. Deve, pois, constar em todos os casos suspeitos ou confirmados de glaucoma ou de neuropatia central. O ideal é que tenha laudo emitido por oftalmologista, embora o perito médico deva saber analisar um exame campimétrico normal ou alterado por redução periférica, em casos de hemianopsia ou outras alterações muito evidentes.

INTERPRETAÇÃO DO EXAME OFTALMOLÓGICO

Para estabelecer a relação entre a incapacidade visual laborativa do periciando e o exame oftalmológico, o médico perito deve analisar os seguintes parâmetros:

Exame Externo

O médico perito deve estar preparado para avaliar lesões visíveis à inspeção, tais como hematomas, edemas, lacerações, ptose, inflamações/infecções da superfície ocular (conjuntivites, ceratites); se tais alterações são recentes ou não e se incapacitam o periciando para o trabalho apenas temporariamente. Durante o exame externo, é possível constatar lesões neurológicas através de ptose palpebral ou de lagoftalmo (abertura da fenda palpebral por paralisia do orbicular), o que geralmente causa incapacidade temporária. Já alterações nos reflexos pupilares podem sugerir problemas neurológicos centrais e mais graves, ou apenas seqüelas de iridociclite pela deformidade pupilar. Em situações assim ou em casos de doença intra-ocular ativa, torna-se necessário estabelecer uma correlação entre a acuidade visual e a atividade do periciando, liberando-o do trabalho enquanto necessário.

O exame externo possibilita ainda avaliação da musculatura extrínseca ocular, em busca de possíveis paresias ou paralisias responsáveis por estrabismo e diplopias, que podem gerar incapacidade laborativa visual temporária ou definitiva, sobretudo para funções que exijam visão estereoscópica.

Acuidade Visual e Eficiência Visual

O perito médico deve considerar se a quantidade de visão do periciando é proporcional à sua atividade profissional, sendo monocular ou binocular, bem como a eficiência visual, analisando a conjugação das visões central e periférica e a visão estereoscópica (visão de profundidade). Lembrar que nas profissões que exigem visão estereoscópica, esta deve ser de 20/30 ou melhor, como é, por exemplo, o caso de motoristas profissionais.

Constatada a incapacidade, avaliar a possibilidade de reabilitação profissional noutra função, considerando a visão residual do periciando, sua idade e seu grau de instrução. Erros refracionais muito altos (miopia, hipermetropia ou astigmatismo), mesmo corrigidos podem não proporcionar visão com qualidade bastante para funções que envolvam riscos maiores, como motoristas profissionais, trabalhadores em maquinários pesados, trabalhos em lugares muito altos ou movimentados, entre outras.

Cegueira Simulada

No caso de o periciando apresentar acuidade visual muito baixa ou até cegueira sem anormalidades que a justifiquem, o perito médico deve pensar em simulação. É importante o conhecimento da existência de técnicas para detectar esse comportamento. Nesses casos, o perito pode requerer, mediante Solicitação de Informações ao Médico Assistente (Sima), exame(s) especializado(s) e realizado(s) por oftalmologista, como potencial visual evocado, teste prismático, teste optocinético e Potencial de Acuidade Macular (PAM). Há, no entanto, a técnica do espelho, método simples que consiste em balançar horizontalmente na frente do periciando um espelho; se os olhos acompanharem os movimentos, é possível tratar-se de simulação de cegueira. Recomenda-se, evidentemente, testes mais apurados.

Pressão Intra-Ocular (PIO)

O aumento da PIO, em geral, não resulta em incapacidade laborativa. Entretanto, nos casos de grandes aumentos, como ocorre no glaucoma agudo ou em outras doenças hipertensivas (uveítes, traumas), pode haver baixa visu-

al acentuada capaz de incapacitar o periciando para o trabalho, temporária ou definitivamente.

Exame de Fundo-de-Olho ou Fundoscopia

Como já referido, o perito médico, para realizar o exame de fundo-de-olho, deve ter conhecimentos pertinentes aos achados normais e patológicos do pólo posterior do olho. Em doenças como hipertensão arterial sistêmica e diabetes, as alterações são características e progressivas, mas pode haver sinais relacionados a doenças localizadas, como uveítes e retinites. Se a lesão for encontrada fora da área macular, a visão central não é afetada e, geralmente, não incapacita o periciando. Caso contrário, encontrando-se na mácula, existe ainda a possibilidade de desenvolver visão periférica para atividades não especializadas. Se a lesão afeta difusamente a retina, prejudicando as visões central e periférica, a incapacidade pode ser definitiva.

O auxílio do oftalmologista torna-se importante para que o perito saiba se a lesão é cicatricial ou em atividade, o que orienta sobre ser a limitação temporária ou definitiva para uma ou qualquer função.

O perito médico deve evitar a solicitação de exames complementares, valendo-se daqueles trazidos pelo periciando (no caso de perícia médica da Previdência Social), ou requerer a Sima e/ou exame oftalmológico para melhor avaliar a incapacidade laborativa. Ao oftalmologista, o perito pode solicitar dados básicos como acuidade visual com e sem correção, fundoscopia, tonometria e campo visual, que são exames disponíveis para especialistas credenciados, e também informações objetivas, como estado atual da doença e seu início. Pode, ainda, se faltar informações, requerer parecer especializado ou exames complementares que auxiliem na confirmação da incapacidade laborativa.

CID e Isenção de Carência

O registro do diagnóstico da doença ocular por Cadastro Internacional de Doenças (CID) deve ser feito pelo perito médico se possível com a respectiva etiologia, como por exemplo, reumatopatias, diabetes, hipertensão arterial ou outras. Deve, ainda, o perito registrar o diagnóstico de cegueira ou de visão subnormal naqueles casos em que não for possível estabelecer o diagnós-

tico etiológico com os achados oculares ou com relatórios e atestados médicos oftalmológicos. Trata-se de medida necessária ao conhecimento da prevalência das doenças oculares nos benefícios da Previdência Social, bem como para futuras ações preventivas.

Doenças Oculares e Reabilitação Profissional

A reabilitação profissional em portadores de visão subnormal ou de cegueira vem sendo feita com sucesso em várias empresas, qualificando-os para funções em áreas de administração, informática, *telemarketing*, câmaras escuras, embalagens e outras. Para indicar uma nova qualificação para o periciando, o perito médico deverá considerar os seguintes dados: idade, grau de escolaridade, a atividade quando da doença ocular, o tempo de afastamento do trabalho, a experiência profissional prévia e a acuidade visual residual nos casos de visão subnormal ou de cegueira. Importante também analisar a existência de habilidade manual, de poder de comunicação, de lidar com o público e de conhecimento em informática. Toda a preparação precisa de contar com o auxílio de serviços especializados em reabilitação visual.

O deficiente visual pode ser reabilitado profissionalmente. Com reeducação direcionada e ensino profissionalizante especial, é possível devolvê-lo ao mercado de trabalho.

Enquadramentos das Doenças Oculares na Legislação Previdenciária

As avaliações médico-periciais das doenças oculares devem observar o que determina o decreto n. 3.048, de 06 de maio de 1999, e alterações posteriores, o qual prevê, para enquadramento, nos Anexos I, II, III e nas listas A e B (citados a seguir), o acréscimo de 25% em limite indefinido para acidente de trabalho ou doenças profissionais e auxílio-acidente.

- Anexo I: aposentadoria por invalidez por cegueira total – o periciando terá direito à majoração de 25% no salário (artigo 45, inciso I, do decreto n. 3.048/1999).
- Anexo II: lista os agentes patógenos causadores de doenças profissionais ou do trabalho, de acordo com o artigo 20, da lei n. 8.213/1991.
- Lista A: lista os agentes ou fatores de risco de natureza ocupacional ligados

à etiologia de doenças profissionais e de outras relacionadas com o trabalho, codificadas (CID).

- Lista B: lista as doenças dos olhos e seus anexos, relativas ao trabalho, relacionando-as com os respectivos agentes etiológicos ou fatores de risco ocupacionais.

CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS OCULARES

Para análise pericial, as doenças oculares podem ser classificadas, de forma didática, em quatro grupos, a saber:

I – Doenças Oculares Congênitas: catarata, glaucoma, estrabismos paralíticos e acomodativos, nistagmos, uveítes (toxoplasmose, rubéola, outras), malformação das vias lacrimais, ametropias.

II – Doenças Oculares Adquiridas: corpos estranhos, infecções, doenças sistêmicas (anemias, HAS, diabetes, tuberculose, AIDS, histoplasmose, toxoplasmose), doenças neurológicas, doenças alérgicas e intoxicações.

III – Doenças por Acidentes de Trabalho: a) típico – traumas diretos (emissão de partículas e corpo estranho), queimaduras, etc.; b) trajeto – por acidentes no trajeto para o trabalho ou de volta dele.

IV – Doenças Profissionais: a) substâncias químicas – industriais, vapores, gases tóxicos, poeiras, aerossóis, outros (mercúrio, chumbo, arsênico, hidrocarbonetos, manganês etc); b) agrotóxicos – organoclorados e organofosforados; c) radiações – ultravioleta e infravermelha, soldas elétrica e de oxiacetileno, ionizante, *lasers* etc; d) intoxicação/infecção profissional – microorganismos e parasitas; e) doenças profissionais discutíveis – conjuntivites atópicas, nistagmos, acomodação visual deficiente.

CAPACIDADE VISUAL

Para avaliar a capacidade visual, é necessário o entendimento dos conceitos de visão profissional, visão subnormal, deficiência visual e cegueira, a seguir descritos.

Visão Profissional

É a capacidade visual necessária para o exercício de um determinado trabalho. Cada profissão exige um mínimo de capacidade visual, que deve ser

tão maior quanto mais exigente for a atividade (exemplo: necessidade de visão estereoscópica e cromática). Entre as profissões que mais exigem plena capacidade visual estão, por exemplo, as de motoristas profissionais, pilotos aéreos, relojoeiros, eletricitas. Para avaliação da capacidade visual, devem ser observadas a acuidade visual central e a periférica, as visões binocular e cromática e a atividade da musculatura ocular extrínseca.

Visão Subnormal

São portadores de visão subnormal as pessoas com problemas situados entre aquelas que são visualmente normais e as amauróticas. A acuidade visual na visão subnormal pode variar de perto do normal a perto da cegueira, e defeitos de campos visuais podem variar de depressões centrais pequenas para severas contrações do campo periférico, defeitos tais que não podem ser corrigidos com óculos ou lentes de contato convencionais.

Cinco são os grupos para classificação da visão subnormal:

- Grupo I: dano mínimo – a pessoa lê fluentemente com o uso de lentes corretoras e não há redução significativa de sua habilidade funcional.
- Grupo II: dano funcional moderado – moderada perda da AV e perda insignificante de campos visuais. Lentes corretoras podem ajudar, mas nem tanto.
- Grupo III: dano funcional moderado e moderada perda de campos visuais. A visão não melhora com o uso de lentes corretoras convencionais, mas apenas com complexos telescópicos.
- Grupo IV: dano funcional agravado, com pobre visão central e marcada perda de campos visuais. Seu portador é candidato mais para reabilitação que para visão subnormal.
- Grupo V: grandes danos para a visão, com possibilidades mínimas de auxílio óptico.

Na avaliação pericial visual, são consideradas portadoras de visão subnormal as pessoas cujas perdas visuais sejam de moderadas a graves, com acuidade visual menor que 20/60 (0,3) no melhor olho, com a melhor correção óptica. O perito deve correlacionar a atividade do periciando com a sua visão residual para determinar se ele poderá ou não continuar a desenvolvê-la.

As doenças mais associadas a visão subnormal são as maculopatias, as neuropatias ópticas, em especial o glaucoma avançado; retinite pigmentar,

retinopatia diabética, degeneração macular relacionada à idade (DMRI), entre outras. Os recursos ópticos (teclupas, lentes esféricas especiais, recursos eletrônicos etc.) disponíveis aos portadores dessa condição devem ser prescritos e orientados por oftalmologista subespecializado em visão subnormal.

Deficiência Visual

A deficiência visual foi tratada em páginas anteriores neste capítulo. No entanto, para avaliação de incapacidade visual no Benefício Assistencial da Pessoa Portadora de Deficiência (PPD), na Previdência Social, é necessário melhor entendimento da definição contida no Art. 4º, inciso III, do decreto 2.298/1999, que diz: “Acuidade visual igual ou menor que 20/200 (Escala de Snellen) no melhor olho, após a melhor correção, e campo visual inferior a 20 graus ou ocorrência simultânea de ambas as situações”.

Cegueira Profissional

A deficiência visual que incapacita o exercício profissional para uma determinada função é chamada cegueira profissional relativa; aquela que incompatibiliza o trabalho em qualquer função é a cegueira profissional absoluta. Esta última, também denominada cegueira legal, é caracterizada quando os valores de acuidade visual no melhor olho, com correção óptica, estão abaixo de 20/200 e os de eficiência visual abaixo de 10%, ou uma redução do campo visual para 20º ou menor. Para a avaliação médica pericial, os termos amaurose, cegueira total ou visão zero podem ser considerados como cegueira profissional absoluta ou cegueira legal.

No Brasil, as principais causas de cegueira são catarata, glaucoma, degeneração macular relacionada à idade (DMRI), uveíte e atrofia óptica.

A catarata ocorre por opacidade do cristalino e pode ser congênita, senil, traumática, secundária a doenças sistêmicas ou por intoxicação química. Seu tratamento é cirúrgico e, em geral, de bom prognóstico, exceto nas traumáticas, que comumente vêm acompanhadas de lesões de outras estruturas oculares.

O glaucoma caracteriza-se por uma neuropatia óptica isquêmica que pode levar à perda de campo visual e diminuição da acuidade e da eficiência visuais. Seu tratamento é, na maioria dos casos, clínico, podendo ser cirúrgi-

co. O prognóstico é variável pelo caráter progressivo da doença, podendo incapacitar a pessoa para uma ou para qualquer atividade.

A degeneração macular relacionada à idade é hoje uma das principais causas de cegueira no mundo desenvolvido, inclusive em nosso país. Ocorre por depósitos de radicais livres e outros subprodutos do metabolismo nos fotorreceptores e nas células do epitélio pigmentar da retina. No entanto, do ponto de vista médico-pericial, tem menor importância que as doenças citadas acima, visto que sua incidência se dá, em geral, em pessoas acima de 65 anos de idade.

A úvea corresponde ao conjunto de íris, corpo ciliar e coróide, estruturas que, quando inflamadas, caracterizam uma condição chamada uveíte. As uveítes podem ter causa inespecífica, infecciosa ou traumática. Costumam ser secundárias a doenças sistêmicas, como reumatopatias, toxoplasmose, hanseníase, tuberculose, sífilis e Aids. São tratadas, na maioria das vezes, apenas com medicamentos, mas seu curso comumente é prolongado (até meses). É comum resultar delas importante baixa visual. Os periciandos com função que requeira esforços físicos devem ficar afastados para tratamento.

A atrofia óptica é condição em que há perda das fibras que estruturam os nervos ópticos. Pode ser parcial ou total e tem caráter irreversível. Suas causas mais comuns são o glaucoma, tumores do SNC, AVC e intoxicações químicas.

A cegueira é um dos mais importantes problemas médico-sociais, e seu tratamento tem caráter multidisciplinar, envolvendo profissionais de saúde e do trabalho, professores, familiares e Previdência Social. Programas de prevenção devem ser desenvolvidos de forma abrangente e eficaz, buscando evitar patologias e acidentes. O diagnóstico, se precoce, é fundamental na melhora do prognóstico.

Avaliação Visual para Motoristas

O perito médico deve ter conhecimento das exigências do Código de Trânsito Brasileiro (lei n. 9.503, de 23 de setembro de 1997), sobretudo no que respeita à avaliação visual para motoristas. A resolução n. 80, de 19 de novembro de 1998, do Conselho Nacional de Trânsito, dispõe sobre a existência ou não de incapacidade laborativa visual para motoristas profissionais.

A avaliação visual para motoristas deve ser feita observando-se os exames de acuidade visual, campo visual, motilidade ocular extrínseca, visão cro-

mática (o candidato deverá identificar as cores vermelha, amarela e verde), visão estereoscópica, teste do ofuscamento e teste de visão noturna.

Deve, ainda, o médico perito estar informado de que pela legislação, tanto de trânsito quanto da Previdência Social, é obrigatória a comunicação entre ambas, por intermédio dos respectivos serviços médicos, no caso de o periciando estar afastado do trabalho por auxílio-doença, aposentadoria ou invalidez, com o fim de que o órgão de trânsito avalie a necessidade de suspensão temporária ou definitiva da Carteira Nacional de Habilitação.

Exigência Visual na Profissão de Motorista

- Categoria A – Motocicletas:
AV de 0,8 no olho de melhor visão;
CV de 140° em cada olho;
Visão monocular é compatível, mas após seis meses da perda visual contralateral, é vedada atividade remunerada.
- Categoria B – Amadores:
AV de 0,66 em ambos os olhos ou 0,8 em um olho;
CV de 140° em um olho;
Compatível visão monocular seis meses após a perda da visão contralateral e vedada atividade remunerada.
- Categoria C – Caminhão até 3,5 Toneladas,
Categoria D – Ônibus (acima de 08 lugares)
e Categoria E – cargas perigosas e combinação de veículos (independente da capacidade de tração e peso bruto):
AV de 0,66 em ambos os olhos;
CV de 140° em um olho;
Incompatível com visão monocular.

NOTAÇÕES DO EXAME OFTALMOLÓGICO ACUIDADE VISUAL (AV)

- OD – olho direito
OE – olho esquerdo
AO – ambos os olhos

- CD – conta dedos (a certa distância)
- PL – percepção de luz
- MM – movimento de mãos (visão de vultos)

Refração

- DIP – distância interpupilar
- DP – distância pupilar
- DNP – distância naso-pupilar
- ESF – esférica (lente)
- CYL – cilíndrica (lente)
- EX ou X – eixo da lente cilíndrica (0° a 180°)
- + – lente positiva (convexa)
- – lente negativa (côncava)
- J-1 a J-7 – Escala de Jaegger (visão para perto)

Exame Ocular Externo

- MOE – musculatura ocular extrínseca
- ET – esotropia ou estrabismo convergente
- E(T) – esotropia intermitente
- E' – esoforia
- XT – exotropia ou estrabismo divergente
- X(T) – exotropia intermitente
- X' – exoforia

Medida de Pressão Ocular

- PIO – pressão intraocular
- PO – pressão ocular

A PIO é anotada em mmHg e sua variação normal vai de 10 a 20.

Fundoscopia

- FO – oftalmoscopia direta
- OBI – oftalmoscopia binocular indireta

Campimetria ou Perimetria CV – campo visual

Referências

- ALVES, A.A. *Refração*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2000.
- BUONO NETO, A.; BUONO, E. A. *Perícias judiciais na Medicina do Trabalho*. São Paulo: LTR, 2004.
- DE LAET, H. *Saber interpretar um exame oftalmológico*. São Paulo: Andrei, 1977.
- FRANÇA, G. V. *Comentários ao Código de Ética Médica*. Rio de Janeiro: G. Koogan, 1997.
- E. JÚNIOR. Preparatório médico perito INSS/2006. Fortaleza, 2006. (Apostila Curso Tiradentes).
- HARRINGTON, D. O. *The visual fields: a textbook and Atlas of clinical perimetry*. Saint Louis: The C.V. Mosby, 1976.
- KAFOURI NETO, M. *Culpa médica e ônus da prova*. São Paulo: RT, 2002.
- KEENEY, A. H. *Ocular examination: basis and technique*. Saint Louis: The C. V. Mosby, 1976.
- MELLO, P. A. A. *Glaucoma: principios generales – diagnostico y tratamiento*. Ecuador: Nocion, 2000.
- SEBASTIÃO, J. *Responsabilidade médica civil, criminal e ética*. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.
- TREZUB, C. J. Sociedade Brasileira de Perícias Médicas. Curitiba, 2006. (Apostila).



PROPEDÊUTICA ORTOPÉDICA

Eduardo Alves Teixeira*

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, examinaremos alguns aspectos de como fazer uma abordagem pericial aos pacientes com patologias do sistema músculo-esquelético. Não temos a pretensão de apresentar as patologias ortopédicas e reumatológicas, com seus diagnósticos e tratamentos, e sim fornecer àqueles que lidam com perícia médica uma rotina de exame clínico para melhor facilitar a realização delas.

ANAMNESE ORTOPÉDICA

Anamnese

As normas da anamnese dos pacientes que apresentam afecções do aparelho osteo-articular não diferem daquelas que devem ser obedecidas em qualquer das especialidades clínicas. Alguns fatos mais importantes na abordagem destes pacientes seriam: são geralmente portadores de moléstias crônicas, relatando quase sempre longas histórias com a característica em comum de sentirem dor, fenômeno subjetivo muito peculiar ao universo psicológico de cada um e sempre acompanhado de ansiedade; as doenças reumáticas são multissistêmicas e a anamnese dirigida facilita o acesso direto ao acometimento principal, mas isto

* Especialista em Ortopedia e Traumatologia, com Residência Médica (março de 1987 a março de 1990) realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG). Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia conferido pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT). Graduado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG) no período de 1º Semestre de 1981 a 1986. Perito médico-legista do Instituto de medicina legal de Goiânia, com título de especialista em Medicina Legal, conferido pela Sociedade Brasileira de Medicina Legal.

não é suficiente, sendo necessário para uma melhor compreensão do que se passa no seu conjunto psicossomático que a consulta se faça considerando o contexto clínico e que sejam considerados todos os sistemas orgânicos.

Identificação

Na simples coleta de dados que identifiquem o paciente, podem-se obter informações preciosas que muito ajudam a formar conceitos importantes sobre a natureza da doença que o aflige como veremos a seguir:

- Idade – poderá auxiliar no diagnóstico desde que se tenha em mente que as doenças reumáticas não respeitam faixas etárias estritas. Sabe-se, por exemplo, que o lúpus eritematoso sistêmico é uma doença que, geralmente, acomete as jovens em idade reprodutiva; a artrite reumatóide, as mulheres de meia-idade; a osteoartrite, na idade mais avançada; a artrite temporal e as síndromes articulares paraneoplásicas, os idosos; a espondilite anquilosante, os homens jovens.
- Cor – sabe-se, por exemplo, que o lúpus eritematoso sistêmico e a espondilite anquilosante acometem com maior frequência os brancos e que o mesmo lúpus eritematoso sistêmico nos negros é muito mais grave que nos brancos.
- Profissão e atividade de lazer – muitas profissões estão mais sujeitas à lombalgia, como os carregadores de peso e os executivos, as entorses aparecem mais frequentemente nos esportistas e a epicondilite nos tenistas.
- Nacionalidade e naturalidade – apesar das escassas informações da epidemiologia das doenças reumáticas no Brasil, precisa-se estar atento para as manifestações articulares das parasitoses intestinais, da hanseníase e da sífilis, doenças que chegam a ser endêmicas em determinadas regiões brasileiras.
- Antecedentes mórbidos pessoais e familiares – muitos anos antes da descoberta de marcadores imunogenéticos das doenças reumáticas, já se tinha conhecimento da agregação familiar dos portadores das espondiloartropatias, gota e outras doenças reumáticas. Entre outros, é de grande importância o passado de faringites repetidas, cardite e coréia na febre reumática; da secreção uretral e conjuntivites ou mesmo “olho vermelho e doloroso”, nas espondiloartropatias soronegativas; da alergia e fotossensibilidade no lúpus eritematoso sistêmico; do passado venéreo, na artrite gonocócica; dos traumas psíquicos antecedendo o aparecimento da artrite reumatóide e de cirurgias ortopédicas prévias, como meniscectomia, nos casos de osteoartrose.

Outras observações extremamente importantes são em relação aos tratamentos prévios e à resposta terapêutica obtida com eles.

Queixa principal

Geralmente, é a dor a queixa principal. Pode ter origem intra ou extraarticular. Normalmente, é a dor articular, que é um sintoma muito relevante. Pode ela constituir-se em toda a doença ou representar parte de um quadro geral em que podem aparecer outras alterações como febre, mal-estar, anorexia, alterações cutâneas e de outros sistemas.

Características quanto a localização, modo de início, duração e ritmo auxiliam muito no diagnóstico etiológico. Analisaremos a seguir suas principais características que podem nos conduzir a várias possibilidades diagnósticas.

- Localização
 - Monoarticular – gota aguda, bursite aguda, osteoartrite;
 - Pauciarticular ou oligoarticular – osteoartrite, algumas formas de artrite crônica da infância;
 - Poliarticular – artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, febre reumática.
- Modo de início
 - Insidioso – maioria das artrites reumatóides, osteoartrites, lúpus eritematoso sistêmico.
 - Agudo ou subagudo – gota, bursite aguda, febre reumática.
- Duração
 - Contínua – gota, febre reumática, bursite aguda intermitente, artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, osteoartrite, espondilite anquilosante.
- Ritmo – de modo geral, as patologias inflamatórias pioram pela manhã e à noite (ex: espondilite anquilosante, artrite reumatóide) e as degenerativas ou mecânicas, com o uso da articulação, em geral à tarde (Ex: osteoartrite). Ressalta-se a rigidez pós-reposo ou pós-imobilização prolongada que ocorre na artrite reumatóide, espondilite anquilosante e no lúpus eritematoso sistêmico. Esta rigidez serve de parâmetro evolutivo da doença básica, uma vez que a melhora clínica coincide com um tempo mais curto de rigidez. Deve-se fazer menção à dor protodinâmica da osteoartrite, em que o paciente piora ao iniciar o movimento, melhora com o decorrer do mesmo e volta a piorar com exercício prolongado.

- Irradiação – Frequentemente a dor da coluna vertebral lombar irradia-se para os membros inferiores e da coluna cervical para os membros superiores. Por exemplo, as dores oriundas das coxo-femorais irradiam-se para as coxas, muitas vezes são referidas aos joelhos e até aos testículos e vagina, levando à confusão diagnóstica quanto à localização do foco doloroso.
- Intensidade
 - Leve – osteoartrite, artrite reumatóide compensada;
 - Moderada – artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, osteoartrite;
 - Intensa – lúpus eritematoso sistêmico, gota e bursite aguda.

Deve-se avaliar o estado psíquico do paciente, que tende muitas vezes a valorizar suas queixas, causando dificuldades para o reconhecimento de sua real situação.
- Alterações locais – devem já ser pesquisadas na anamnese, e, quando confirmadas no exame físico, revelam a presença da artrite, dando nova conotação a simples queixa de artralgia. Estas alterações locais se configuram por edema, rubor, ardor e limitação de função.

Tipos de dor

Os tipos mais comuns de dor são:

- Superficiais – produzidas por estímulos que atuam sobre a pele e mucosas. As que mais interessam são aquelas que podem ser localizadas com precisão na superfície corporal, qualquer que seja o ponto de origem. São geralmente acompanhadas de sensações anormais à palpação ou digitopressão, tais como hiperalgesia, parestesias, analgesia, sensações de picadas, formigamentos,
- Profundas – provocadas por estímulos profundos oriundos da estimulação de músculos, ossos e vísceras. Geralmente difusas, localizadas com dificuldade pelo paciente, podendo ser percebidas à distância do ponto estimulado, sendo às vezes denominadas dores irradiadas.
- Referidas – são segmentares, isto é, manifestam-se em estruturas pertencentes a um mesmo segmento neurológico que a estrutura somática lesada, mas nem sempre obedecem exatamente à distribuição dos dermatomos conhecidos.
- Provocadas por irritação de troncos ou raízes nervosas sensitivas – motivam o aparecimento de dores superficiais irradiadas no território cutâneo correspondente ou alterações objetivas da sensibilidade cutânea que podem se

manifestar de forma variada, como hiperestesia, anestesia, parestesia (formigamentos, picadas, dormências, intumescimento, sensações de frio e calor).

- Provocadas por irritação de troncos ou raízes nervosas motoras – manifestam-se por fasciculações musculares, aumento ou redução dos reflexos profundos, debilidade muscular, paralisia, atrofia.
- Síndromes radiculares mistas – sensórias e motoras.
- Dor psicogênica – os mecanismos psicológicos podem transformar a percepção de determinados estímulos em experiências dolorosas. Apesar do limiar de percepção dolorosa ser relativamente fixo no homem, o limite de reação à dor é extremamente variável nos indivíduos e até num mesmo indivíduo, dependendo de circunstâncias especiais. Raramente, o médico vê dores psicogênicas puras, sendo o grande contingente de pacientes daqueles com alterações nos limites de reação a dor, havendo uma reação anormalmente alta a determinado estímulo, nem sempre patogênico, que seriam subclínicos em indivíduos normais mas que provocam reações exuberantes em indivíduos susceptíveis. De uma maneira geral, as dores psicogênicas caracterizam-se por localizarem-se geralmente na metade superior do corpo; serem imprecisas, apesar de relatadas com minúcias pelos pacientes; acompanharem-se de transtornos funcionais como enjôos, tonturas, vertigens, zumbidos, alterações visuais, taquicardia, bolo que sobe e desce, aerofagia, aerocolia, diarreia e de freqüentes parestesias. Além disso, são incomuns, persistentes, influenciadas pelos transtornos psíquicos e mais freqüentemente relatadas por mulheres.

Observando e relacionando as características das dores, podem-se formular alguns encaminhamentos diagnósticos, como: dedos mortos ou formigamentos na doença de Raynaud; formigamento na compressão medular; influência dos movimentos nas bursites e tendinites; contratura de músculos paravertebrais nas hérnias de disco; queimação com edema nos transtornos tróficos; hiperestesia no herpes zoster; mialgia e fraqueza nas miosites; dores esparsas difusas associadas às alterações psíquicas nos neuróticos; dores referidas ao joelho (que tem exame normal) oriundas de patologias do quadril; dores que ocorrem preferentemente pela madrugada, na podagra e na lombalgia de espondilite anquilosante; dores de característica sazonal na hidrartrose intermitente e no reumatismo polidrômico; dor principalmente matinal na artrite reumatóide; ligadas ao uso de antibióticos, nos casos de hipersensibilidade;

associadas a distúrbios da pele, no lúpus eritematoso sistêmico, psoríase, esclerose sistêmica progressiva, vasculites e eritema nodoso; associadas a distúrbios, na síndrome de Reiter e na blenorragia; ligadas a distúrbios intestinais, nas enteroartropatias.

Histórias da Doença Atual (HDA)

A obtenção da HDA dos pacientes reumáticos requer grande perícia não só pela cronicidade destas doenças, como também porque o acometimento pode ser multissistêmico.

Deve-se ter preocupação em caracterizar da melhor maneira possível para o envolvimento articular, determinando a duração dos sinais e sintomas, a localização das articulações primariamente envolvidas, o padrão topográfico da progressão para outras articulações, a natureza aguda ou insidiosa do início da moléstia e também a frequência e periodicidade das articulações. A artrite reumatóide, por exemplo, tem geralmente um início insidioso em punhos, metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais das mãos, joelhos e tornozelos, ao passo que a artrite úrica surge geralmente de forma aguda nas primeiras metatarsfalangeanas, com evolução ascendente para tornozelos e joelhos. As espondiloartropatias soronegativas e a condrocalcinose preferem os joelhos no início da doença, o envolvimento do esqueleto axial reveste-se de especial interesse no diagnóstico das lombalgias etc. Pode-se afirmar que as várias doenças reumáticas possuem padrões preferenciais de envolvimento articular, apesar de nada haver de específico e de se poder encontrar quadros bizarros e atípicos.

O relato de sinais e sintomas permite confirmar o diagnóstico de uma doença geral e não apenas articular, entre eles citam-se rigidez, febre, hiporexia, perda de peso, mialgia e fraqueza. A rigidez é uma manifestação característica das doenças reumáticas cujo mecanismo é desconhecido. A maioria dos pacientes queixa-se de enrijecimento das articulações e músculos que ocorre predominantemente ao levantar-se pela manhã, mas que também pode estar presente durante o dia, após um período de inatividade, melhorando com o início dos movimentos articulares. É bastante comum tornar-se mais intensa precedendo as mudanças climáticas, quando cai a pressão barométrica e a umidade é alta. Comumente, o frio e o tempo chuvoso acentuam-na, ao passo que o calor e o tempo quente, aliviam-na. A

duração da rigidez matinal é utilizada como índice clínico de bastante segurança para medida da atividade inflamatória e da resposta terapêutica, pois é diretamente proporcional à severidade do processo inflamatório e inversamente proporcional ao benefício obtido com o tratamento. A febre pode representar um sinal de grande valor no diagnóstico das doenças reumáticas. Existem algumas delas que caracteristicamente não cursam com o aparecimento de febre, como artrose, espondilite anquilosante e os reumatismos de partes moles (bursites, tendinites, tenosinovites etc). Por outro lado, um grande número delas pode cursar com febre, especialmente nos períodos de atividades da doença, sendo difícil, muitas vezes, fazer o diagnóstico diferencial com infecções oportunistas, as quais os reumáticos são mais susceptíveis que a população normal, sobretudo quando em uso de corticóide e drogas imunossupressoras. As próprias doenças infecciosas são incluídas no diagnóstico diferencial, visto que podem acometer o aparelho locomotor, provocando o aparecimento desde uma simples artralgia até mono ou poliartrites. O lúpus eritematoso sistêmico é o principal exemplo de doença reumática que evolui com febre, que é característica dos períodos de atividade da doença. Na artrite reumatóide do adulto, geralmente não se registram temperaturas elevadas, senão nos incios abruptos da doença ou nos episódios de agudização. Quando a febre é acompanhada de alterações gerais significantes, não se pode deixar de pensar em infecções oportunistas, particularmente dos aparelhos respiratório e urinário do portador de artrite reumatóide. Na forma visceral da artrite reumatóide da criança, quase sempre se tem o aparecimento de febre alta e persistente, que pode durar semanas e ser resistente à terapêutica. As angeítes necrotizantes, artrite temporal, dermatopolimiosite, febre reumática e a síndrome de Reiter são moléstias que podem cursar com febre, sobretudo nas fases de atividade da doença. Algumas doenças, excepcionalmente, podem apresentar febre em casos de início agudo, como a artrite úrica, e a esclerose sistêmica progressiva, nas fases finais ou associadas à infecção secundária.

O examinador deverá investigar outros sistemas que não o musculoesquelético, porque as manifestações articulares podem ser similares em muitas doenças e o que as distinguirá será exatamente a demonstração destes achados subsidiários. O acometimento de todos os órgãos deve ser cuidadosamente pesquisado e cronologicamente relacionado, uma vez que podem preceder o quadro articular e também porque certos padrões de acometimento podem

sugerir certos tipos de diagnóstico. Como exemplo poder-se-ia enumerar: cefaléia e dolorimento na área temporal sugerem o diagnóstico de arterite temporal; o achado de alterações oculares como conjuntivite recidivante, uveíte, pode ser visto em várias doenças reumáticas, entre elas a artrite reumatóide e a espondilite anquilosante; a persistência de secura oral e/ou ocular deve levar à especulação em torno da possibilidade diagnóstica da síndrome de Sjogren; disfagia como resultado de disfunção esofágica é uma manifestação comum das doenças reumáticas, destacando-se a esclerose sistêmica progressiva e a dermatopolimiosite; sintomas de colite constituem a chave diagnóstica para as enteroartropatias; disúria e infecção urinária podem ser manifestações de uretrite, que pode estar associada à artrite gonocócica, síndrome de Reiter e até mesmo à espondilite anquilosante; lesões cutâneas orais ou vaginais, tipo aftosas, são ligadas à síndrome de Behcet, de Reiter e mesmo ao lúpus eritematoso sistêmico; polineurite múltipla pode ser uma manifestação da poliarterite nodosa, assim como a mielite transversa pode aparecer nos casos de lúpus eritematoso sistêmico; fraquezas musculares proximais podem estar ligadas à polimiosite idiopática como também ser manifestação paraneoplásica de um tumor maligno oculto.

História pregressa

Em razão do caráter multissistêmico de muitas doenças reumáticas, quando se verificam os antecedentes mórbidos dos pacientes nota-se que muitos deles já receberam vários cuidados isolados de especialistas. Isto se deve a que, muitas vezes, o acometimento orgânico não é concomitante e sim seqüencial, tornando-se difícil reunir as manifestações em determinada fase da doença sob o verdadeiro rótulo diagnóstico. Como exemplo, podem-se citar os gotosos que previamente tiveram cálculos renais e eram tratados pelos urologistas, os portadores de artrite psoriásica, que somente tratavam do seu quadro cutâneo com os dermatologistas, os lúpicos, que recebiam somente a assistência do nefrologista por seu mais proeminente quadro renal, os portadores de síndrome ombro-mão conseqüente ao infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral, que somente recebiam cuidados do cardiologista ou do neurologista etc.

A investigação de patologias concomitantes será de grande valor, sobretudo para a terapêutica, evitando combinações indesejáveis de drogas, acidentes medicamentosos, como, por exemplo, a prescrição de anti-inflamatórios

para portadores de úlcera péptica ativa, de sais de ouro para portadores de insuficiência renal etc, e também por que várias destas drogas podem agir como agentes desencadeantes e mesmo agravantes reumáticas (ex: anticonvulsivantes no ombro doloroso, hidralazina no lúpus eritematoso sistêmico, diurético na gota).

História familiar

Um certo número de doenças reumáticas possui associação com vínculo genético, sendo caracteristicamente manifestações familiares e muitas vezes sua constatação em familiares do paciente irá reforçar a suspeita diagnóstica. Como exemplos, citam-se gota, espondilite anquilosante e os nódulos de Heberden.

História socioeconômica

O conhecimento da habilidade do paciente em executar as atividades da vida diária, como tomar banho, fazer a barba, vestir-se, locomover-se fora e dentro de casa, alimentar-se sozinho, sua estabilidade familiar, no emprego, o uso de drogas, álcool, fumo e sua maturidade emocional dão importantes informações a respeito do impacto causado pela doença no paciente. Além disto, estas informações podem ser usadas como parâmetros de avaliação da progressão e gravidade da doença, assim como do sucesso do planejamento terapêutico.

A resposta emocional do paciente e de sua família à doença deve ser cuidadosamente avaliada na anamnese. O efeito da doença sobre a estabilidade econômica da família do paciente deve ser cuidadosamente avaliado.

Este conjunto de informações define a qualidade de vida do paciente e pode orientar a necessidade de se modificar seu trabalho, seus hábitos e mesmo o convívio com seus familiares.

EXAME DAS ARTICULAÇÕES PERIFÉRICAS

Ombros

O ombro é uma articulação complexa que, na realidade, constitui-se de três articulações: a escápulo-umeral ou articulação do ombro propriamente dita, a

acrômio-clavicular e a esterno-clavicular. Permite a movimentação dos membros superiores com tal amplitude de movimentos somente equiparável aos quadris.

Inspeção

A inspeção deve ser efetuada com o paciente assentado na mesa de exames e com os membros superiores caídos ao lado do tronco. Deve-se inicialmente notar as atitudes antálgicas, típicas dos transtornos dolorosos, que se caracterizam pela colocação espontânea do braço e antebraço, fletidos e imóveis, junto ao tronco. Alguns desalinhamentos típicos, como a atrofia do deltóide, ou ombro caído na luxação traumática, são facilmente percebidos, como também as atrofias dos músculos supraespinhal e infraespinhal.

Palpação

Por esta técnica, pode-se detectar a presença de tumorações, tumefações, crepitações, aumentos de calor e localização de pontos dolorosos através da digitopressão. Em relação aos pontos dolorosos, merecem atenção especial os seguintes:

- subacromial – no sulco acrômio-humeral na face lateral, tornando-se doloroso na bursite aguda;
- bicipital – na fase anterior, na corredeira bicipital, medial à tuberosidade maior do úmero. O tendão da cabeça longa do bíceps repousa na corredeira bicipital e, em casos de tendinite, desperta-se a dor quando se palpa este local. Nos casos de luxação do tendão, além da dor observa-se seu deslocamento no sentido medial;
- acrômio-clavicular – na superfície lateral, apresenta-se doloroso nos casos de bursite subacromiodeltoideana, nas lesões do manguito rotador, nas lesões do tendão bicipital e na artrose desta articulação;
- axilar – relaciona-se com recesso inferior da articulação escápulo-umeral e manifesta-se muito doloroso na artrite aguda.

A avaliação dos pontos dolorosos deve ser feita com cautela, pois o ombro pode ter mais de uma estrutura lesada ou, como nos casos de capsulite adesiva (ombro congelado), a dor é difusa, não sendo possível a individualização de qualquer dos pontos.

Não se pode prescindir da palpação dos linfonodos supra claviculares e axilares que podem traduzir patologias à distância, tais como infecções nos membros superiores e doenças intratorácicas, como as pulmonares.

Mobilização

O ombro é capaz de efetuar uma ampla variedade de movimentos. Os testes devem ser realizados com o paciente assentado, com o examinador postado por detrás do paciente, tomando-se como ponto de partida a posição do paciente com seu membro superior caído junto ao tronco com a palma da mão virada para dentro. Para a avaliação clínica, têm importância os seguintes movimentos:

- Abdução (180°)
- Flexão ou elevação anterior que alcança normalmente 90° e o braço pode elevar-se mais, até 180°, à custa do deslocamento escapular.
- Extensão ou movimento para trás (60°)
- Adução (75°)
- Rotação externa (90°) – investiga-se com o cotovelo fletido a 90°.
- Rotação interna (90°) – contribui para este movimento as articulações acrômio-clavicular e escápulo-umeral.

Caso haja uma amplitude normal de movimentos ativos em todos os sentidos, pode-se praticamente excluir a presença de afecções capsulares ou sinoviais. A presença de dor em qualquer dos movimentos permite supor lesões em estruturas subacromiais, como o manguito rotador, o tendão da cabeça longa do bíceps e a bolsa subacromial. As lesões capsulares não determinam normalmente o aparecimento de dor. O aparecimento de dor nos últimos 90° de movimento é bastante característico de lesão na articulação acrômio-clavicular.

Quando o membro superior é estendido em posição anatômica, deve-se observar que os eixos longitudinais do braço e antebraço formam um discreto ângulo lateral (valgo) que varia de 50 a 150°. Nos casos patológicos, geralmente congênito ou secundário a fraturas, podem-se observar ângulos anormais, com ângulo valgo ultrapassando 150 ou então ângulos varos, quando ocorre redução deste ângulo.

As capsulites adesivas leves afetam discretamente os movimentos, sendo a rotação externa a mais limitada, a abdução se limita menos, seguindo-se a extensão e a rotação interna, que pode estar até preservada. As bursites

subacromiodeltoidianas diferem da capsulite, pois limitam a abdução a mais ou menos 60°, permanecendo livres as rotações interna e externa.

Quando se examina o ombro com movimentos ativos contra-resistência podem-se ter valiosas informações: abdução – se produz dor pode-se pensar em lesão do manguito rotador na porção correspondente ao supraespinhal; adução – aparece dor na lesão dos peitorais e redondos; rotação externa – dolorimento nas lesões do manguito rotador, porção do infraespinhal e redondo menor; rotação interna – lesão do manguito rotador na porção do subescapular; flexão – lesão do músculo córaco-braquial; flexão e supinação do cotovelo – importante para detectar lesões da cabeça longa do bíceps. Com o cotovelo fletido a 90° e antebraço supinado, o paciente tenta elevar o membro contra-resistência imposta pelo examinador. O aparecimento de dor é freqüente nos casos de lesão desta estrutura (teste de Yergason).

O ombro é uma área clássica de dor referida, sendo necessário um exame geral cuidadoso para interpretá-las, como as artérias coronárias, diafragma, discos herniados cervicais e patologias do cotovelo podem originar dor com esta localização.

Cotovelos

No cotovelo, estão reunidas as articulações do úmero com o rádio e a ulna e também a rádio-ulnar superior, todas dividindo a mesma cavidade articular.

Inspeção

Inicialmente, observa-se a atitude antálgica que pode estar presente: o cotovelo flexionado junto ao tronco com o antebraço semipronado sustentando pela outra mão ou apoiado numa tipóia.

Palpação

É realizada com o paciente assentado no leito e com o membro superior caído junto ao tronco. Deve-se palpar proeminências ósseas, como os epicôndilos lateral e medial, olécrano, borda ulnar, linhas supracondilares medial e lateral do úmero.

As crepitações ouvidas ou notadas à palpação durante os movimentos do cotovelo podem ser causadas por condições como fraturas e osteoartrose secundária.

A palpação é também utilizada para detectar dor à digitopressão, aumento local da temperatura e edema articular, que refletem o espessamento sinovial, freqüente nos processos artríticos.

Pontos dolorosos devem ser pesquisados sobre os epicôndilos e a epitróclea. Na palpação das partes moles, deve-se dar atenção ao nervo ulnar. Ele se encontra no sulco entre o epicôndilo medial e o processo olecraneano e pode ser pesquisado como se fosse rolado suavemente entre o dedo indicador e o médio. Normalmente, ele se apresenta macio, arredondado e tubular, podendo mesmo ser deslocado de sua goteira. Qualquer espessamento notado nesta região pode ser devido a neurite ou formação de tecido fibrótico que causa compressão e conseqüente alteração de sensibilidade no 4° e 5° dedos (distribuição ulnar nas mãos).

A bolsa olecraneana cobre o olecrano e não é distintamente palpável, entretanto a área em que está localizada pode ser palpada nos casos patológicos. Se estiver inflamada ou espessada, a área estará fofa e espessada.

Uma manobra especial que se deve executar é o teste dos músculos extensores do punho, que se originam no epicôndilo lateral: braquiorradial, extensor longo radial do carpo e extensor curto radial do carpo. O examinador estabiliza o antebraço do paciente e o instrui para fechar a mão e estender o punho aplicando uma pressão sobre o dorso do punho, impedindo-se que o paciente execute a extensão, forçando-o à flexão. Se ele for portador de alguma irritação na inserção destes músculos no epicôndilo lateral, irá relatar dor súbita e importante neste local (cotovelo do tenista).

Basicamente, os movimentos envolvidos nesta articulação são quatro: flexão, extensão, supinação e pronação do antebraço. Os dois primeiros são originados primariamente nas articulações radioulnares do cotovelo e punho. O paciente deve estar assentado, com o examinador posto à sua frente ou ao seu lado.

Movimentos

Os movimentos a serem pesquisados são: flexão (150°); extensão (0°); supinação e pronação (90°).

A tendinite de inserção dos músculos extensores pode ser demonstrada pela digitopressão do epicôndilo lateral ou pela manobra da extensão do punho contra resistência. A epitrocleite (cotovelo do golfista) pode também ser evidenciada através da palpação do ponto doloroso sobre a epitroclea. Estas duas patologias não limitam a mobilidade do cotovelo, ao contrário das artrites, que, precocemente, o fazem, como na artrite reumatóide, tuberculosa, hemofílica etc.

O exame neurológico desta articulação deve ser constituído do teste para avaliação da funcionalidade da musculatura regional, assim como a integridade do suprimento nervoso a testes músculos. Devem ser efetuados os seguintes testes: teste muscular dos diferentes grupos musculares; testes de reflexos tendíneos profundos como o bíceps (C5), braquioradial (C6) e tríceps (C7); teste sensorial; testes especiais como o sinal de Tinnel ao nível do nervo ulnar, destinado a detectar a presença de neuromas.

Punhos e Mãos

O punho e as mãos são constituídos de uma série de complexas e delicadas articulações extremamente vulneráveis aos traumatismos, cujo exame requer uma metodologia cuidadosa, como, por exemplo, rádio-ulnar inferior, rádio-carpiana, médio-carpiana, carpo-metacarpiana e trapézio-metacarpiana. Além das articulações, situam-se neste local duas estruturas anatômicas muito importantes: o túnel carpiano e o canal de Guyon, passagens estreitas por onde transitam estruturas nervosas e vasculares que podem ser facilmente comprimidas e provocar síndromes clínicas muito importantes.

Inspeção

Por meio da inspeção, pode-se reconhecer a existência de tumefações localizadas e levando-se em conta a topografia das articulações e bainhas tendíneas, pode-se obter grandes informações de diagnósticos. Por exemplo: aquelas localizadas no nível das bainhas sinoviais dorsais são características das poliartrites crônicas; no nível palmar e da epífise radial, são características das tenosinovites. Outras vezes, ao invés de difusas, as tumefações são circunscritas, arredondadas, geralmente únicas, na face dorsal, típicas dos chamados cistos ou gânglios.

Além das tumefações, as deformidades, tão características das poliartrites crônicas, podem ser facilmente visualizadas e muitas vezes são tão características que se caminha para o diagnóstico com muita facilidade.

Outra observação importante é a respeito da atitude da mão, que, nas pessoas normais, em repouso, conserva ligeira flexão das metacarpofalangeanas e interfalangeanas com os dedos colocados paralelos uns aos outros. Qualquer alteração em relação a esta posição normal, pode significar a presença de uma patologia local. É muito importante a observação das mãos em atividade para se assegurar de que estão sendo usadas com facilidade e espontaneamente, ao invés de protegidas ou com receio de executar os movimentos. Não se deve deixar de dedicar atenção ao estado trófico da musculatura e da pele, às variações de coloração dos dedos, à morfologia e coloração das unhas, pois, particularmente nas doenças reumáticas, estas alterações podem dar importantes pistas para o diagnóstico.

Palpação

Por esta técnica, comprova-se a presença de tumefações discretas, difíceis de serem visualizadas pela inspeção, e também a existência de calor. Além disso, várias afecções localizadas podem ser reveladas quando se executa pressão em determinados locais e se desencadeia o aparecimento de dor. Quanto mais se conhece a anatomia funcional do punho e da mão, tanto mais fácil será a busca de pontos dolorosos seletivos. Por exemplo, a tendinite de De Quervain geralmente provoca o aparecimento de dor no nível da cabeça do rádio; patologia do escafoide, na tabaqueira anatômica; do semilunar, no dorso do punho; a rizartrose do polegar, na articulação trapézio-metacarpiana etc. Outro sinal que pode aparecer com a palpação é a crepitação, que traduz a existência de tenossinovite. Na síndrome de compressão do nervo mediano no túnel do carpo, a digitopressão e a percussão na face ventral do punho podem despertar dor e dormência na mão.

A palpação das articulações metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais e distais é muito importante nas artrites e, por meio dela, verifica-se a presença de edema e dolorimento. Deve sempre ser comparada com a palpação da mão oposta.

No dorso da mão, tumefações císticas, arredondadas, de consistência gelatinosa, não fixadas no tecido conjuntivo e não dolorosas à palpação são típicas dos cistos ou gânglion.

Devem-se palpar os tendões localizados no nível do processo estilóide do rádio, o abductor longo do polegar e o extensor curto do polegar. Com o polegar do paciente em extensão, podem-se distinguir perfeitamente estes tendões antes de eles penetrarem no túnel. Este local é sede freqüente de tenossinovite estenosante (doença de De Quervain), na qual a inflamação do tecido sinovial adjacente ao túnel reduz sua luz, o que resulta em dor quando os tendões se movem. Este dolorimento tanto pode ser relatado pelo paciente quanto notado à palpação local. O teste específico para se pesquisar a existência de patologia neste nível é o seguinte; instrui-se o paciente para fechar a mão com o polegar aduzido e colocado sobre os outros dedos. O examinador estabiliza o antebraço do paciente com uma de suas mãos e com a outra provoca um desvio ulnar do punho do paciente. Se ele apresentar uma dor aguda na área do túnel, há uma forte evidência de tenossinovite estenosante (sinal de Finkelstein).

Na fase palmar e no lado ulnar do punho, existe uma depressão entre os ossos pisiforme e hamato que constitui um túnel fibroso que contém a artéria e o nervo ulnar, o túnel de Guyon. Embora nem a artéria ou o nervo sejam distintamente palpáveis, pois estão sob uma espessa camada de tecido conjuntivo que cobre o túnel, esta área é usualmente dolorosa quando se executa a palpação local nos casos de presença local de inflamação.

Outro local que exige um cuidadoso exame é o túnel do carpo. Ele situa-se abaixo do tendão palmar longo e é definido pela presença de quatro proeminências ósseas, proximalmente pelo pisiforme e tubérculo do navicular, distalmente pela cabeça do hamato e tubérculo do trapézio. O ligamento transversal do carpo passa sobre estas estruturas e forma uma bainha fibrosa que forma o limite anterior do túnel do campo, sendo posteriormente limitado pelos ossos do carpo. Por este túnel, passa o nervo mediano e os tendões flexores dos dedos. Este túnel tem grande significado clínico, não só pela importância das estruturas que contém, mas também pela freqüência da síndrome do túnel do carpo, que é um motivo freqüente de necessidade de cuidados clínicos e até cirúrgicos.

A compressão do nervo mediano pode restringir a função motora assim como provocar alterações sensoriais no nível das mãos. Esta compressão pode originar-se de vários fatores, tais como deslocamentos ósseos, fraturas, edema provocado por trauma, poliartrites crônicas, mixedema, tumores etc. Para confirmar o diagnóstico, pode-se reproduzir a dor ou parestesias na distribuição do nervo mediano nas mãos, pressionando o ligamento transversal do carpo (sinal

de Tinnel) ou então flexionando o punho do paciente ao máximo e mantendo-se nesta posição pelo menos por um minuto (Teste de Phalen).

A face palmar também deve merecer atenção, de vez que neste local podem-se encontrar atrofia que podem ser causadas por lesões neurológicas, por desuso, e mesmo por artrites crônicas, além de espessamento da fásia palmar, que causa deformidade em flexão dos dedos na contratura de Dupuytren, como também nódulos tendíneos. Para se palpar os nódulos tendíneos, pede-se ao paciente para flexionar e estender lentamente os dedos. Um estalo súbito palpável ou até audível que ocorre interrompendo o movimento normal de um dedo indica o dedo em gatilho ou saltitante, que é causado pelo nódulo no tendão flexor que impede seu suave deslizamento no interior da bainha sinovial.

As interfalangeanas proximais devem merecer palpação cuidadosa no sentido de revelar alargamentos fusiformes que podem indicar a presença de sinovite secundária à reumatóide e outras doenças reumáticas (nódulos de Bouchard) e, menos comumente, deformidades provocadas pelas disposições anormais dos tendões provocados por inflamação (dedos em botoeira, pescoço de cisne etc).

A palpação das interfalangeanas distais segue os mesmos moldes das proximais e pode detectar nódulos duros na sua superfície dorsal e laterais que são patognomônicos da osteoartrose (nódulo de Heberden).

Um dos tópicos de importância fundamental na semiologia do aparelho locomotor é, sem dúvida, o exame das mãos, tendo-se em vista a precocidade e frequência com que várias doenças reumáticas as acometem. Em certas circunstâncias, o conjunto dos sinais exibidos nas mãos é tão característico que, pela simples inspeção, chega-se ao possível diagnóstico. Como exemplos clássicos, citamos:

- mão reumatóide – na fase aguda é muito característico o encontro de tumefação, geralmente bilateral, no nível das metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais e punhos. Na fase crônica, podem aparecer deformidades articulares e até anquilose, que reduz notavelmente os movimentos e provoca o aparecimento de atrofia musculares. Usualmente, ocorre o desvio ulnar, os dedos em pescoço de cisne ou em botoeiras etc;
- mioartrósica – são características os nódulos de Heberden que consistem em aumento de volume dorsal ou laterais nas interfalangeanas distais. À palpação, estes nódulos são duros e muitas vezes a articulação está em ligeira flexão e com desvios laterais. Geralmente, o padrão de acometimento é

- bilateral e simétrico. Estes nódulos podem aparecer também no nível das interfalangeanas proximais e em 30% dos casos associados à presença concomitante dos nódulos de Heberden nas interfalangeanas distais;
- miogotosa – além da sinovite, que pode estar presente no nível das metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais, conferindo a eles aumento de volume, podem-se observar deformidades grosseiras causadas pela presença no dorso do punho, nas faces dorsais e laterais dos dedos. Estes tofos podem estar, mais raramente, fistulizados e eliminando material brilhante, arenoso e esbranquiçado, semelhante a pasta dental;
 - mioesclerodérmica – na fase exsudativa inicial, a pele das mãos e dos dedos tem aspecto brilhante e infiltrativo, freqüentemente associado ao fenômeno de Raynaud. Os dedos apresentam-se uniformemente edemaciados, em forma de salsicha, conferindo à mão um aspecto suculento. Nas fases crônicas, ocorre uma redução das pregas cutâneas, redução da sudorese, atrofia muscular e ulcerações nas extremidades dos dedos. Posteriormente, podem surgir deformidades das mãos, em garra, e pode haver reabsorções ósseas significativas;
 - contratura de Dupuytren – ocorre espessamento de fásia palmar com tendência à retração e flexão dos dedos. O padrão geralmente é simétrico e bilateral;
 - osteoartropatia hipertrófica – o engrossamento das falanges distais das unhas em vidro de relógio, o baqueteamento digital, ocorre como conseqüência de pneumopatias, distúrbios cardíacos e até congênito.

Mobilização

A avaliação da amplitude de movimentos dos punhos e dedos das mãos deve ser efetuada comparando-se em ambas as extremidades, sendo que nos indivíduos normais todos os movimentos são executados sem dor ou qualquer restrição.

Os movimentos dos punhos a serem pesquisados são: flexão (80°), extensão (70°), desvio ulnar (30°), desvio radial (20°), assim como a pronação e supinação efetuadas a custa do antebraço.

Quanto aos dedos, os testes para os metacarpos e interfalangeanas proximais e distais devem ser efetuados individualmente para cada um dos dedos. A flexão (90°), extensão (30 a 40°) e abdução/adução (40°) devem ser avaliadas com o auxílio de régua graduada e goniômetro. Os casos de hipermobilidade acentuada

em doenças como Ehlers-Danlos, Marfan, osteogênese imperfecta podem ser facilmente notadas nesta exploração de movimentos.

Coxofemurais

São articulações localizadas profundamente, encobertas pela musculatura glútea, flexora e adutora da coxa. Esta posição anatômica dificulta a avaliação clínica e a execução de exames complementares e métodos terapêuticos como as punções e infiltrações medicamentosas.

Inspeção

Inicialmente, devem-se dar atenção à presença de atitudes viciosas ou de desalinhamentos dos membros inferiores, que podem estar presentes nos processos inflamatórios, degenerativos, alterações congênitas, luxação ou fratura do quadril. A existência de tumefações ou deformidades próprias da articulação não pode ser percebida com facilidade em virtude da sua posição anatômica, e habitualmente sua presença é deduzida por sinais indiretos.

Palpação

Pela localização profunda da articulação, este método semiológico também fornece poucos dados. Devem-se procurar pontos dolorosos no nível do grande trocânter, na região glútea e na região isquiática. Nestes locais, existem bolsas sinoviais que comumente sofrem inflamação e se exterioriza com dores à digitopressão, muito característica destas bursites.

Na palpação das partes moles, devemos dar grande importância à palpação do nervo ciático, localizado no ponto médio entre o grande trocânter e a tuberosidade isquiática. Quando o quadril está estendido, o nervo ciático está coberto pela musculatura glútea, mas, quando fletido, ele pode ficar mais facilmente palpável. Palpa-se o grande trocânter, a tuberosidade isquiática e determina-se o ponto médio de uma linha imaginária traçada entre estas duas estruturas. Pressionado energicamente os tecidos moles nesse local, consegue-se palpar o nervo ciático, e o dolorimento neste local significa irritação ciática que pode ser originária de hérnia discal lombar, lesão traumática direta sobre o nervo ou mesmo espasmo da musculatura local, como o piriforme.

Mobilização

A articulação coxofemoral permite seis tipos de movimentos :

- Abdução/adução – com o paciente em decúbito, pede-se que desloque o membro inferior estendido, para fora (45°) e para dentro (30°).
- Flexão – com o paciente em decúbito dorsal, flexiona-se a perna sobre a coxa e esta sobre a bacia (120°).
- Extensão – com o paciente em decúbito ventral, segura-se a coxa por sua face anterior, afastando-a da mesa com o joelho em semi-flexionado (30°).
- Rotação interna e externa – com o paciente em decúbito ventral e com o joelho fletido a 90°, desloca-se a perna para fora (45°) e para dentro (35°).

Alguns testes especiais completam o exame do quadril, tais como:

- Teste de Patrick ou Fabere – deita-se o paciente em decúbito dorsal e coloca-se seu pé do lado interessado no nível de seu joelho oposto. Desta maneira, o quadril estará fletido, abduzido e em rotação externa. Força-se seu joelho fletido para baixo e, em caso da presença de patologias do quadril, ter-se-á o surgimento de dores localizadas no quadril testado, região inguinal ou mesmo musculatura glútea. Deve-se lembrar que quando o ponto máximo de flexão abdução e rotação externa é atingido, o fêmur está fixado à pelve e, quando se força o stress articular com uma das mãos sobre o joelho fletido e a outra sobre a espinha ilíaca ântero-superior oposta, pode-se estar detectando também patologias no nível das sacroilíacas.
- Medidas da discrepância do tamanho dos membros inferiores – a constatação de discrepância do tamanho dos membros inferiores é fundamental, uma vez que provoca alterações no exame dos quadris assim como na interpretação das curvaturas fisiológicas da coluna vertebral. Com o paciente em decúbito dorsal, mede-se a distância das espinhas ilíacas ântero-superiores aos maléolos mediais dos tornozelos, com o auxílio de uma fita métrica. Distâncias discrepantes entre estes pontos fixos servem para constatar que um membro é menor que o outro. Para se verificar a exatidão das medidas, podem-se executá-las com uma segunda técnica: com o paciente em decúbito dorsal, mede-se a distância do umbigo aos maléolos mediais dos tornozelos.
- Teste para detecção da luxação congênita do quadril – o sinal ou estalido de Ortolani é o mais importante. No recém-nascido normal, ambos os quadris podem ser igualmente fletidos, abduzidos externamente sem produção de ruídos. O diagnóstico de uma luxação congênita do quadril pode-se confir-

mar quando a articulação envolvida não é capaz de ser fletida, abduzida e rodada externamente e internamente de maneira similar à articulação contralateral, produzindo um *click* quando o quadril afetado reduz, que pode ser palpado ou ouvido.

- Teste de Trendelenburg: serve para verificar a integridade dos músculos glúteos médios. Quando um indivíduo se mantém de pé sobre uma de suas extremidades, a pelve do lado oposto eleva-se por contração do glúteo médio. Esta elevação indica a integridade da musculatura citada (teste negativo). O teste é positivo quando a pelve do lado à extremidade que suporta o peso cai, denotando a fraqueza ou paralisia do glúteo médio. Há inúmeras causas para esta anomalia: coxa vara, fratura do grande trocânter, luxação congênita do quadril, poliomielite, meningocele ou lesões medulares que causem desnervação do glúteo médio.

O exame neurológico do quadril deve incluir um teste muscular que deve ser executado por grupos: flexores, adutores, abdutores e extensores. Também deve ser executada a avaliação das alterações sensoriais das raízes que suplementam a região e que são provenientes da coluna vertebral torácica baixa, lombar ou sacra.

Joelhos

O joelho é a maior articulação do corpo humano, sendo seus contornos ósseos proeminentes, de fácil palpação e mais acessíveis a determinados procedimentos diagnósticos que outras articulações. Está muito exposta devido à falta de proteção de gordura e músculos e recebe notável sobrecarga mecânica derivada da posição bípede do Homem, sendo por isto altamente susceptível a lesões traumáticas.

Inspeção

Deve ser feita com o paciente de pé, sendo observado pela frente, por trás e de perfil. Inicialmente, deve-se observar a presença de alterações nos eixos articulares, que denotam a presença de anomalias congênitas, como o valgismo, varismo ou recurvados. Além disto, deve-se observar a simetria dos contornos musculares, que pode nos revelar a presença de atrofia ou mesmo hipertrofia patológicas. Poderá ser notado o aumento de volume difuso do joelho com a

perda dos relevos e depressões normais, que ocorre nos processos inflamatórios e traumáticos, traduzindo o derrame intra-articular e/ou infiltração de partes moles. Também podem ser observadas tumefações circunscritas sobre a patela (bursite pré-patelar) e na tuberosidade da tíbia (Osgood-Schlatter). A pele da região anterior do joelho pode estar afetada por lesões típicas (no caso da psoríase). Mais raramente, pode-se observar na fase posterior do joelho um abaulamento da fossa poplíteia, de tamanho variável, não pulsátil, que pode estender-se à parte superior da panturrilha, denominado cisto de Baker. Traduz uma hérnia sinovial e pode ser encontrada nas sinovites crônicas originadas, por exemplo, pela artrite reumatóide, osteoartrose etc.

Palpação

A técnica varia de acordo com o examinador. Uns preferem fazê-la com o paciente sentado na mesa de exames com as pernas e os joelhos fletidos a 90°. A palpação completa o que foi visualizado na inspeção, como a presença de inflamação articular com calor, dor e edema, além do estado da membrana sinovial, que pode estar espessado nos casos crônicos.

Deve ser cuidadosamente palpada, à procura de pontos dolorosos desencadeados pela digitopressão que são comumente sinais de alarme, as seguintes estruturas: proeminências ósseas como os platô medial e lateral das tíbias, os côndilos e tubérculos laterais e mediais do fêmur, a cabeça da fíbula, tubérculo tibial e também partes moles, como o recesso supra-patelar, tendões patelar e quadricipital, as bolsas pré-patelar e anserina, assim como a inserção dos músculos sartório, grácil e semitendíneo (pata de ganso), os ligamentos colaterais medial e lateral, os meniscos lateral e medial.

Para detecção de inflamação sinovial, deve-se palpar a bolsa supra-patelar e as faces laterais dos joelhos, buscando espessamento sinovial. A pesquisa dos grandes derrames intra-articulares deverá ser efetuada com o paciente em decúbito dorsal e com o joelho estendido. Uma das mãos do examinador comprime a bolsa suprapatelar e com o dedo indicador da outra mão exerce a pressão sobre a patela. Caso haja derrame, sua presença será revelada pela flutuação patelar, ou seja, a sensação de que a patela afunda, toca a superfície femoral e sobe em seguida. Para a detecção de pequenos derrames, pode-se executar a seguinte manobra: com o paciente na mesma posição do exame anterior, o examinador coloca uma de suas mãos de modo que o polegar se

localize na borda e o dedo indicador na outra borda da patela. Com a outra mão, comprime a bolsa suprapatelar e, se houver derrame intra-articular, os dedos polegar e indicador sentirão uma elevação da pressão sobre eles.

Mobilização

Os movimentos básicos do joelho são três: flexão, extensão e rotação (interna e externa). A flexão e extensão são resultantes do movimento entre fêmur e a tíbia, ao passo que a rotação envolve deslocamentos de meniscos sobre a tíbia bem como também de movimentos da tíbia e do fêmur.

Com o paciente em decúbito dorsal, pesquisa-se a flexão fazendo com que a perna toque a coxa (135°) e na extensão, fazemos o movimento inverso, fazendo a perna atingir o mesmo eixo da coxa (0°), enquanto os movimentos de rotação só são conseguidos com o joelho fletido a 90° , tendo pequena amplitude de movimento (10°) e sendo de difícil aferição.

A estabilidade do joelho é conferida pela cápsula articular, ligamentos colaterais e cruzados, pelos músculos e tendões adjacentes. Devem-se executar testes para verificar a integridade destas estruturas. Para se explorar os ligamentos colaterais, coloca-se o paciente assentado na mesa de exames com o joelho fletido a 90° ou em decúbito dorsal, com o joelho estendido. Em seguida, com uma das mãos sobre as faces lateral e medial do joelho e a outra mão sobre as faces medial e lateral do tornozelo, força-se a adução e abdução, provocando assim um aumento do stress em valgo (teste para ligamento colateral interno) e varo (teste para ligamento colateral externo). Estes movimentos normalmente estão ausentes e, se presentes, denotarão possíveis lesões ligamentares.

Para se pesquisar a integridade dos ligamentos cruzados, coloca-se o paciente em decúbito dorsal e com o joelho fletido a 90° . Com as mãos colocadas ao redor da perna, debaixo do joelho, tenta-se deslocá-la para trás e para frente. Nas lesões desses ligamentos, poder-se-á notar deslocamentos anteriores e posteriores, acompanhadas ou não de dor local (sinal da gaveta).

Para testar a estabilidade dos meniscos, pode-se executar a seguinte manobra: coloca-se o paciente em decúbito dorsal com o joelho em flexão de 90° e executam-se rotações interna e externa da perna. Caso haja lesão meniscal, haverá o desencadeamento de dor no nível medial ou lateral. Com o paciente nesta mesma posição, pode-se também executar a manobra de extensão do joelho com a perna em rotação interna e externa máximas. Na presença de

lesões meniscais, ter-se-á o aparecimento de um estalido na interlinha articular correspondente acompanhado de dor local.

O exame neurológico do joelho deve compreender o teste muscular para o quadríceps (extensores). Deve ser pesquisado o reflexo patelar, produzindo-se com o auxílio de um martelo um golpe seco no tendão infrapatelar. Mesmo nos casos de lesão desta raiz nervosa, pode-se ainda observar a presença do reflexo desde que seja inervado por mais de um nível neurológico. O procedimento deve ser repetido no membro oposto, e o reflexo graduado em normal, aumentado, diminuído ou ausente (mais raro).

O achado de dor no nível do joelho deve ser interpretado sempre após o exame de todas as articulações dos membros inferiores, uma vez que afecções da coluna vertebral, quadris ou pés podem provocar o aparecimento de dores referidas nos joelhos.

Tibiotársicas

Seu estudo adquire grande interesse na área de Traumatologia pela frequência com que as fraturas-luxações e entorses atingem estas articulações. Além disto, doenças reumáticas também por aí se manifestam, como a gota, as espondiloartropatias soronegativas e a artrite reumatóide.

Inspeção

Deve ser efetuada inicialmente com o paciente em posição ortostática, com os pés separados e apoiados numa superfície dura. A seguir, com o paciente em decúbito dorsal e, finalmente, em cúbito ventral, com os pés caídos na borda da mesa de exames para permitir o exame dos calcâneos e tendões de Aquiles.

As avaliações do alinhamento das tibiotársicas devem ser feitas visualizando-se as regiões calcâneas vistas por trás, observando-se o ângulo formado pelo eixo posterior do pé com a vertical, quando se pode observar deformidades em varo e valgo.

A constatação da presença de tumefação deve ser feita cuidadosamente. Quando ela é de origem óssea, geralmente localiza-se no ponto de lesão, sendo usualmente consequência à fratura e, nesse caso, o diagnóstico é feito pelo relato de antecedentes traumáticos. As tumefações de origem articular localizam-se primariamente no nível das depressões pré e retromaleolares e, às ve-

zes, envolvem toda a articulação. Nesses casos, não se consegue visualizar as depressões e o relevo nas articulações normais. Nas entorses e nas rupturas ligamentares, a tumefação localiza-se no nível dos ligamentos interno e externo, sendo usualmente inframaleolar. A tumefação no nível do tendão de Aquiles geralmente é devida a uma tendinite aquilina ou bursite retrocalcânea, mas pode ser sinal importante, mesmo inicial, das espondiloartropatias soronegativas, gota e até da artrite reumatóide.

Palpação

Mediante esta técnica, precisa-se melhor as características da tumefação, a existência de dor, flutuação ou a presença de calor local. A procura de pontos dolorosos é muito importante, particularmente nos casos de entorses, rupturas ligamentares e tenossinovites.

Para se palpar esta articulação, coloca-se o paciente em decúbito dorsal, segura-se no pé com uma das mãos pela região posterior, enquanto a outra mão explora os sulcos pré e retromaleolares com as polpas digitais à procura de pontos dolorosos e tumefação, assim como de calor local.

Mobilização

Somente são permitidas a flexão plantar (50°) e a flexão dorsal ou extensão (20°). Quando se encontrar movimentos fáceis de abdução e adução, eles são patológicos e, provavelmente, provocados por ruptura de ligamentos laterais. A mobilidade deve ser pesquisada de forma passiva e ativa (assistida e contra-resistência) e as constatações de limitações funcionais podem ser causadas não somente por alterações da articulação propriamente dita, como também por alterações de tendões e músculos adjacentes.

Pés

O pé é formado, como a mão, por vários ossos articulados entre si, que se mantêm fortemente unidos pela ação de potentes formações ligamentares. Possui três pontos básicos de apoio: as tuberosidades plantares dos calcâneos e as cabeças do primeiro e do quinto metatarsianos. Estes pontos estão unidos entre si por três arcos ósseos, o longitudinal interno e externo e o transversal anterior, que também

são unidos pela ação de potentes reforços ligamentares e de estruturas musculotendíneas. O tálus (astrágalo) é o osso que recebe, por inteiro, o peso do corpo e o transmite aos outros ossos do tarso e metatarso. Este equilíbrio de forças pode ser perdido por qualquer alteração dos diversos elementos que os mantêm, tornando a patologia estática dos pés, rotineiramente, muito complexa.

A semiologia dos pés merece atenção especial no exame do aparelho locomotor, uma vez que eles recebem toda a carga do peso corporal e são encarregados de sua distribuição na deambulação, de absorver os choques originados na marcha e de realizar os ajustes finos para o balanço e equilíbrio necessários para a marcha nos diferentes tipos de solo. Em razão desta sobrecarga estática e funcional, os pés são sede de uma série de patologias localizadas, assim como também podem espelhar doenças sistêmicas como as poliartrites, crônicas ou agudas, as polineurites, o diabetes etc.

Inspeção

O paciente deve estar em posição ortostática sobre uma superfície dura, com os pés discretamente separados, mantendo-se as patelas direcionadas para frente para se evitar alterações com a rotação. Nesta posição, deve-se examinar o alinhamento dos pés, que nos indivíduos normais são situados paralelos ou, em casos patológicos, podem-se observar pés valgos (extremidades digitais para fora) ou varos (extremidades digitais para dentro). É conveniente também examinar as regiões dos calcanhares pela face posterior. Normalmente, o tendão de Aquiles e o bordo posterior do pé estão situados na mesma linha vertical. Os portadores de pés valgos apresentam um desvio do calcanhar para fora e os portadores de pés cavos, para dentro. O exame da altura do arco longitudinal do pé exige grande experiência do examinador para constatar sua diminuição (pé plano) ou aumento (pé cavo). Estas alterações podem existir sem provocar perturbações mecânicas, e nos recém-natos pode-se ter a falsa impressão de pé plano. As alterações congênitas dos arcos plantares podem ser de fácil diagnóstico mediante a observação de sua persistência ao invés do estabelecimento progressivo de forma normal do pé com aumento da idade. O exame dos arcos plantares pode ser auxiliado pelo uso do podoscópio ou pela confecção de impressões plantares através dos plantigramas.

As anomalias dos dedos são facilmente constatáveis e podem ser congênitas ou adquiridas. Pode-se notar, mais comumente, as seguintes anomalias

congênitas: a ausência absoluta ou parcial dos dedos, polidactilia, sindactilia e dedos extranumerários. Estas alterações têm pouco interesse. As anomalias adquiridas de maior importância clínica são:

- hálux valgus – desvio externo do hálux, formando com a borda interna do pé uma angulação cujo vértice é a articulação metatarsofalangeana (joanete). Se a deformidade é muito pronunciada, o hálux pode situar-se sobre ou abaixo do segundo dedo. Pode ser secundário à artrite metatarsofalangeana crônica, ou mesmo congênito, sendo agravado pelo uso de sapatos de bico fino e pode acompanhar-se de inflamação da bolsa serosa do primeiro metatarsiano;
- dedo em martelo – nesta alteração, a primeira falange está em extensão e a segunda, em flexão sobre a primeira.

A palpação das articulações estrágalo-calcâneas e mediotársicas é quase sempre desprovida de interesse clínico e fornece poucas informações. A palpação das articulações tarso-metatarsianas se realiza com o polegar aplicado na face dorsal do pé e os demais dedos na face plantar. Desse modo, percebem-se tumefações, variações de temperatura, pontos dolorosos. A palpação das metatarsofalangeanas se faz pelo pinçamento articular entre o polegar e indicador, estando o polegar na face dorsal da cabeça metatarsiana. Além da exploração da distensão capsular e deformidade óssea, deve-se palpar os espaços intercaptopmetatarsianos buscando pontos dolorosos, bastante significativos nas neurites por compressão (metatarsalgia de Morton). As articulações metatarfalangeanas são palpadas pelo pinçamento destas articulações com o polegar e o indicador em posição lateral.

Mobilização

A mobilidade intrínseca do pé é pobre e normalmente não é medida em graus, limitando-se a constatar sua normalidade, redução ou ausência. Por outro, os movimentos de pronação/supinação e adução/abdução são proporcionados pelas articulações estrágalo-calcâneas (subastragalinias) e mediotársicas (de Chopard). Pode-se explorar este complexo articular executando-se a inversão e eversão dos antepés (adução + flexão plantar = 30°); eversão (abdução + pronação+flexão dorsal = 20°). As metatarsofalangeanas permitem movimento de flexão dorsal (extensão) de 70-80° e flexão plantar de 30°, por sua vez as interfalangeanas proximais podem efetuar flexão de 90° e as distais de 40-50°.

Muitas vezes não se pode prescindir do exame neurológico dos pés, que pode detectar não somente patologias dos pés, mas também da sua coluna vertebral, como nos casos de compressão radicular lombar que provoca dor irradiada aos pés. O exame sensorial deve ser executado levando-se em conta os dermatômos. A pesquisa dos reflexos profundos reveste-se de especial interesse pelo estudo do reflexo aquileu, que serve para investigar a integridade da raiz S1. O teste é efetuado de preferência com o paciente assentado na mesa de exames, com os pés caídos. Com a palma da mão esquerda, imprime-se discreta flexão dorsal ao antepé, e, com a outra mão e auxílio de um martelo, dá-se uma pancada seca no tendão de Aquiles. Isto provoca em indivíduos normais uma súbita e involuntária flexão plantar do antepé, que pode, nos casos patológicos, estar diminuída e até, mais raramente, ausente.

Não se pode esquecer que patologias da coluna vertebral, quadril e joelho podem provocar o aparecimento de dores referidas nas tibiotársicas e nos pés.

Coluna Vertebral

Exame geral

A coluna vertebral tem quatro curvaturas fisiológicas no sentido ântero-posterior. Duas delas são convexas para trás e recebem o nome de cifoses (dorsal ou sacra) e as outras duas, côncavas no mesmo sentido, e recebem o nome de lordose (cervical e lombar).

Entre os desvios patológicos de maior significado clínico e facilmente observáveis à inspeção, citam-se:

- Desvios antero-posteriores
 - Hipercifose – consiste no aumento da convexidade posterior ou no aparecimento desta curvatura onde ela normalmente não existe. Ex: Mal de Pott, outras espondilites infecciosas, senilidade, fraturas por osteoporose, doença de Scheuermann etc.
 - Hiperlordose – consiste no aumento da concavidade posterior.
 - Retificação ou inversão das curvaturas normais, como, por exemplo, a retificação do segmento lombar na espondilite anquilosante.
- Desvios laterais ou escolioses – são alterações que se caracterizam por uma curvatura lateral acompanhada de rotação do corpo vertebral.

A inspeção da coluna vertebral deve ser realizada com o paciente de pé, despido ou com o mínimo de roupa possível, e fornece grande quantidade de dados.

Antes de se avaliar as curvaturas fisiológicas e possíveis desvios presentes, verifica-se a simetria na altura das cristas ilíacas, que serve como indicador de uma discrepância no tamanho dos membros inferiores ou de atitude viciosa por contratura em flexão do quadril ou joelho. No caso de haver discrepância no tamanho dos membros inferiores, a compensação pode ser feita pela colocação de calços sob a extremidade mais curta, até que se estabeleça a perfeita horizontalidade da pelve. Outra forma de se avaliar o equilíbrio no comprimento dos membros inferiores é através da medida feita da espinha ilíaca ântero-superior ao maléolo interno, e do umbigo ao maléolo interno.

Outros pontos importantes de observação durante a inspeção são simetria na altura dos ombros, colocação das escápulas, tônus e simetria da musculatura paravertebral. As atrofia musculares podem estar presentes em miopatias, polineurite espondiloartropatias etc.

Coluna Cervical

A coluna vertical tem três funções básicas, que são: suportar e dar estabilidade à cabeça, permitir os movimentos cervicais e abrigar a medula e o suprimento vascular.

Inspeção

Podem-se notar alterações na posição da cabeça, como as inclinações laterais provocadas pelo espasmo muscular dos torcicolos (congenitos ou adquiridos) ou pelas cervicalgias, quando também há contratura antálgica. Particularmente na espondilite anquilosante avançada, pode-se notar a projeção da cabeça para frente, não permitindo ao paciente encostá-la numa superfície plana (sinal da flexa).

Palpação

É executada com o paciente sentado na mesa de exames, orientando para relaxar a musculatura do pescoço e da cintura escapular, colocando-se o

examinador por detrás do paciente. Palpa-se o occipito, os processos mastóideos, o ligamento posterior da nuca e os processos espinhosos vertebrais, facilmente notados por suas saliências na linha média posterior do pescoço. Lateralmente aos processos espinhosos vertebrais, palpam-se os músculos paravertebrais profundos e o trapézio, com suas asas ascendentes.

Abaixo do crânio, o processo espinhoso de C2 é o primeiro a ser palpado, uma vez que o de C1 é profundo. Os processos espinhosos de C7 a T1 são maiores que os outros, e, para pesquisa de dor, faz-se a digitopressão sobre cada um deles.

A palpação dos tecidos moles na face anterior do pescoço deve abranger os músculos esternocleidomastóideos, a cadeia linfonodal adjacente, a glândula tireóide, as parótidas, a aferição do pulso carotídeo e a fossa supraclavicular. Na superfície dorsal, deve-se dar atenção ao trapézio em toda a sua extensão, palpados sempre bilateralmente para se comparar seus tónus, a presença de espasmos e nódulos que são extremamente dolorosos à digitopressão. Na parte ântero-lateral dos trapézios podem-se palpar linfonodos dolorosos e aumentados de tamanho, que podem ser o reflexo de doenças sistêmicas ou mesmo de patologia intratorácicas ou da cabeça.

Mobilização

A coluna cervical tem os seguintes movimentos básicos: flexão, extensão, rotação lateral direita e esquerda, inclinação lateral direita e esquerda. Pesquisa-se a flexão fazendo o queixo tocar a fúrcula esternal. Nos casos patológicos, a distância que falta para o queixo tocar a fúrcula pode ser medida com o auxílio de uma fita métrica. Para se pesquisar a extensão, orienta-se o paciente a olhar para o teto, movimento que proporciona ao queixo afastar-se da fúrcula esternal, sendo este afastamento no mínimo de 18 centímetros nos indivíduos normais, mas isto pode variar de indivíduo para indivíduo. Os movimentos de rotação são medidos em graus (aproximadamente 90° nos indivíduos normais), que se referem ao ângulo que forma o plano sagital da cabeça, na posição de rotação máxima, com o plano sagital do tronco. As inclinações laterais também podem ser medidas em graus (aproximadamente 30° nos indivíduos normais), que se refere ao ângulo formado entre o plano sagital da cabeça e o prolongamento do plano sagital do tronco. Seria interessante assinalar que 50% da flexão/extensão ocorrem no nível de articulação atlantooccipital e 50% da rotação no nível de C1 e C2. os movimentos de

inclinação são igualmente divididos entre todas as vértebras cervicais. Os movimentos cervicais devem ser testados em manobras ativas e passivas.

O exame neurológico é muitas vezes imprescindível no nível da região cervical e extremidades superiores, uma vez que é bastante comum a ocorrência de compressões radiculares no nível dos buracos de conjugação cervicais, que podem proporcionar o aparecimento de cervicálgia, dorsálgia e até braquialgia, irradiadas. Ele deve compreender o teste de força muscular intrínseca da coluna cervical e o exame neurológico dos membros superiores por níveis segmentares. O teste muscular poderá acusar a existência de fraqueza que pode ser oriunda de doenças musculares como, por exemplo, a polimiosite, ou de alterações no nível do suprimento nervoso destes músculos. Deve ser executado com o indivíduo assentado na mesa de exames e deverá ser aplicada a resistência pelo examinador para os testes de grupos musculares nas manobras ativas contra-resistência. O exame dos níveis neurológicos justifica-se por que as patologias cervicais podem provocar compressões radiculares que se refletem nos membros superiores, via plexobraquial (C5-T1), que inerva estas extremidades. Como exemplo destas patologias, podemos citar as hérnias discais, os desgastes artrósicos, as luxações e os tumores. Além das compressões radiculares simples, pode haver aparecimento de sintomas vegetativos por compressão da artéria vertebral e da inervação simpática cervical. O exame neurológico segmentar deverá sempre incluir os testes motores dos diferentes grupos musculares, a pesquisa dos reflexos profundos e também os testes sensoriais.

Alguns testes especiais devem ser executados em relação à coluna cervical, como:

- descompressão – manobra semiológica que alivia o espasmo muscular pelo relaxamento da musculatura contraída e conseqüentemente alivia a dor. Que pode ser originada de compressão radicular por estreitamento dos buracos de conjugação;
- compressão – pode ajudar a reproduzir as dores irradiadas para os membros superiores, originadas da compressão radicular, facilitando a localização do nível em que ela ocorre;
- valsalva – aumenta a pressão intratecal. Há uma lesão expansiva, tal como um tumor ou disco herniado, o paciente irá relatar dor no nível cervical ou irradiada para membros superiores, nos dermatômos correspondentes. Pedese ao paciente para fechar a boca e fazer uma manobra semelhante à que executa no momento da defecação;

- deglutição – pode haver dificuldade na deglutição, causada pela compressão esofágica por protuberância, luxações, osteófitos, hérnias, tumores, hematomas etc.

Coluna Dorsal

O exame fundamental, além da inspeção, para se constatar a presença de cifose ou escoliose é a digitopressão no nível das apófises espinhosas e musculatura paravertebral e a exploração da mobilidade. Os movimentos de rotação são os mais importantes. O paciente, sentado na mesa de exames com as mãos levadas à nuca, é orientado para executar movimento de rotação do tronco, que habitualmente alcançam 75°.

A mobilidade costal também deve ser pesquisada, pois em doenças como a espondilite as articulações costovertebrais e costoesternais são afetadas pelo processo inflamatório e, posteriormente, pela anquilose. Pode ser avaliada pela simples inspeção ou pela medida do perímetro torácico, com o auxílio de uma fita métrica aplicada ao redor do tórax num plano horizontal que passa pela linha mamilar. Executa-se a medida em expiração máxima e solicita-se ao paciente que execute uma inspiração máxima. O aumento do perímetro torácico entre a primeira e a segunda medidas deve ser superior ou igual a 4 centímetros para ser considerado normal.

Coluna Lombar

A coluna lombar protege a cauda equina, de onde se origina a inervação dos membros inferiores, dá mobilidade ao dorso e suporte à parte superior do corpo e transfere peso à pelve e membros inferiores. É mais móvel que a coluna dorsal, apresentando amplos movimentos de flexão/extensão e inclinação lateral, mas sua capacidade de rotação é reduzida.

Inspeção

Em primeiro lugar, deve-se observar sua movimentação ativa e, caso se observem movimentos anormais, é preciso suspeitar da presença de alguma patologia local. Em seguida, observa-se a pele do dorso onde se pode notar indícios da presença de neurofibromatose (tumores pedunculados),

anormalidades de coloração, presença de tufo de pêlos que denotam a presença de alterações neurológicas, bem como sinais inflamatórios superficiais, que podem ser o reflexo de processos infecciosos.

A ectoscopia revelará desvios posturais que podem ter significados variados; uma escoliose, por exemplo, pode ser resultante de um distúrbio postural estático, de uma discrepância do tamanho dos membros inferiores, de uma hérnia discal com contratura antálgica da musculatura paravertebral.

Palpação

Podem-se notar pontos dolorosos à digitopressão nos processos espinhosos, na região coccígea ou mesmo na musculatura paravertebral, quando contraturada.

É preciso palpar as espinhas ilíacas póstero-inferiores e as cristas ilíacas. A investigação das partes moles é importante: os ligamentos interespinhosos e paravertebrais são estruturas muito importantes, que devem merecer atenção de rotina, pois podem inflamar-se e apresentar dor que pode simular acometimento de outras estruturas.

A palpação do nervo ciático é de extrema importância: o paciente deve fletir o quadril, quando então se localiza o ponto médio entre a tuberosidade isquiática e o grande trocânter. Faz-se uma digitopressão enérgica neste local e em caso de irritação do nervo ciático, tal manobra desencadeará dor.

A localização de pontos dolorosos é muito importante, pois, além do valor semiológico, permite orientar os exames complementares, como o estudo radiológico. O paciente deve ser colocado em decúbito ventral, e a digitopressão com o polegar e o indicador deve ser iniciada no nível torácico baixo e se estender à região sacra. Pode-se também utilizar a borda cubital do punho ou um martelo, percutindo as apófises espinhosas. Habitualmente, os pontos dolorosos correspondem a um transtorno estrutural da vértebra ou disco correspondente.

Mobilização

A coluna lombar tem os seguintes movimentos básicos: flexão, extensão, inclinação lateral direita e esquerda e rotação direita e esquerda. Nos

portadores de lombalgias, nota-se dificuldade para executar estes movimentos, sobretudo a flexão, pelo desencadeamento de dor, que, normalmente, está associada à contratura antálgica da musculatura paravertebral.

O paciente é examinado de pé, na mesma posição utilizada para inspeção. Não existem, a rigor, medidas ou pontos de referência a serem determinados, e a experiência do examinador é importante na observação dos padrões de movimentos, para perceber limitações. Pede-se ao paciente que estenda o tronco e a cabeça para frente sem dobrar os joelhos, com os membros superiores relaxados e pendentes.

A clássica prova de Schober deve ser realizada em casos de dúvida ou para o acompanhamento periódico de pacientes acometidos de doenças que reduzem os movimentos da coluna, como a espondilite anquilosante. Com o paciente de pé, marca-se a apófise espinhosa da quinta vértebra lombar e traça-se outra marca horizontal dez centímetros acima dela. Solicita-se ao paciente que faça a flexão da coluna. As duas marcas aumentam normalmente a distância entre si de vários centímetros, e uma separação inferior a quatro centímetros indica limitação de flexão.

Os movimentos de extensão são mais difíceis de serem avaliados que os de flexão, sendo a limitação mais facilmente percebida nos casos de doenças mais avançadas. O mesmo não acontecendo nas fases iniciais. Orienta-se o paciente a não dobrar os joelhos e executar o movimento para trás. Aplicando-se a mão espalmada sobre a região lombar.

Percebe-se a amplitude do movimento de extensão melhor que pela simples inspeção. Os casos de limitações em inclinações laterais são facilmente notados, o mesmo acontecendo com os movimentos de rotação do tronco.

Exame neurológico

As hérnias discais, avulsões nervosas, lesões expansivas de qualquer natureza etc podem provocar o aparecimento de alterações do exame neurológico dos membros inferiores. Deve-se dar atenção, particularmente, aos níveis L4, L5, S1, executando sempre a pesquisa dos reflexos superficiais, como o abdominal, cremastérico e anal, o teste muscular, a pesquisa dos reflexos profundos (patelar e Aquileu) e até mesmo testes especiais, como os de Babinski, Oppenheimer, Laségue, Kerning, Valsalva e Naphzinger, para

detectar a presença de lesão no nível das estruturas nervosas e que, quando ausentes, atestam sua integridade.

Sacroilíacas

As patologias das articulações sacroilíacas são incomuns; entretanto, quando detectadas, podem ser originadas de trauma, infecções como tuberculose, e mesmo doenças reumáticas, como espondiloartropatias soronegativas, artrite reumatóide, artrite reumatóide juvenil e artrose.

Inspeção

Raramente fornecem dados que possam auxiliar a fazer diagnóstico.

Palpação

O centro de articulação ao nível S2 é atravessado por uma linha imaginária traçada a partir das espinhas ilíacas póstero-superiores. Não são palpáveis, por causa do sobressalto do íleo e sua obstrução por ligamentos de suporte. Deve-se dar muita atenção à localização de pontos dolorosos à digitopressão, no nível da interlinha, altura do segundo buraco sacro. O achado destes pontos dolorosos deve ser interpretado com cautela, uma vez que nestes locais existem inúmeras estruturas que podem ser responsáveis pela dor desencadeada à digitopressão e não relacionadas às sacroilíacas.

Mobilização

As articulações sacroilíacas possuem amplitude de movimento, e há várias manobras para sua exploração que indiretamente indicam dor originária destas articulações, como, por exemplo, a manobra de abertura e fechamento da pelve, em que se coloca o paciente em decúbito dorsal, apoiando-se as mãos nas cristas ilíacas anteriores, com os polegares nas espinhas ilíacas ântero-superiores e os outros dedos dos tubérculos ilíacas. Força-se a pelve no sentido anterior, em direção à linha mediana do corpo. Se o paciente acusa dor no nível das articulações sacroilíacas, pode-se estar diante de um processo patológico como inflamação, infecção etc.

Referências

FARACO, S. *Semiologia ósteo-muscular*. Pós-graduação em perícia médica, Fundação Unimed. (Apostila).

HOPPENFELD, S. *Propedêutica ortopédica: coluna e extremidades*. São Paulo: Atheneu, 1980.

LECH, O. et al. *Aspectos clínicos dos Distúrbios Ósteo-musculares Relacionados ao Trabalho (Dort)*. Campo Grande: Biblioteca do CREMS, 1998.

XAVIER FILHO, E. *Perícia médica no processo civil: como fazer, como entender*. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto, 1996.

PERÍCIA EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Iliam Cardoso dos Santos*

DA IMPORTÂNCIA DO TEMA

A Otorrinolaringologia

Entendemos ser a Medicina a profissão mais regulamentada e mais perigosa de ser exercida, por suas implicações éticas e administrativas (Conselhos Regionais de Medicina), civis (dano físico, físico, moral e indenização) e criminais (delito e pena).

O profissional médico deverá conhecer substancialmente os seus deveres, obrigações e direitos consignados no Código de Ética Médica (CFM, 1996), no sentido de executar o seu ofício com segurança, competência e, com isso, seguramente, minimizará o risco de sofrer processos judiciais na rubrica de responsabilidade tanto cível quanto criminal, bem como evitará os procedimentos administrativos e éticos.

A Otorrinolaringologia, Otorrino ou a ORL, como geralmente é referida, tem mostrado, no decorrer do tempo, uma rica história científica, de abrangência multidisciplinar, apresentando elementos comuns entre várias áreas de conhecimento, de interesse científico, integrando sistemas independentes, agrupando sob o ponto de vista anátomo-funcional, traduzido em uma rica interface.

A visão otorrinolaringológica atual mostra que o diagnóstico não deve ser subestimado ou negligenciado. O próprio paciente se mostra, às vezes, conhecedor do assunto, demonstrando-o na busca de uma segunda opinião ou de um diagnóstico mais aprimorado, que lhe forneça segurança e conduta terapêutica atualizada. Na atualidade, o paciente exige do seu médico um conhecimento mais amplo e uma relação médico/paciente mais humana, não limitada a condutas extremamente objetivas, resumidas em uma folha de re-

* Mestre em Otorrinolaringologia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Especialista em ORL pela Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia. Vice-presidente do Cremego.

ceituário, levando ao aprofundamento da relação com o sofrido paciente (SANTOS, 2002).

Ao otorrinolaringologista, interessa-lhe o órgão (pedaço do indivíduo) e sua reparação. O indivíduo é, para o otorrinolaringologista, uma carapaça. Entretanto, a abordagem psicológica do paciente (não só em Otorrinolaringologia) é mais que um ramo da Medicina, é um 'suplemento da alma' que se adjunta à consulta, fornecendo a quem escuta (a quem quer escutar) informações que vão compor uma lista de sinais e sintomas direcionados não só ao diagnóstico, mas também à terapêutica e, portanto, ao prognóstico (PFAUWADEL, 1981).

A Otorrinolaringologia, como uma especialidade clínico-cirúrgica, relaciona-se praticamente com todos os setores da Medicina, não constituindo um bloco anatômico isolado. Na Clínica, uma vasta área de atuações faz desta especialidade um amplo campo de atuação multidisciplinar, notadamente nos setores da Pediatria, da Alergia, da Neurologia, do Trauma, da Psiquiatria, da Geriatria, entre outras. Na área cirúrgica, relaciona-se primeiramente com a própria Anestesiologia, com a Cirurgia da Cabeça e Pescoço, com a Cirurgia Plástica, com a Cirurgia Torácica, com a Endoscopia per-oral. Com determinadas profissões não-médicas, no sentido de reabilitação, existe uma significativa inter-relação, com atos compartilhados com a Fonoaudiologia e com a Odontologia (cirurgia buco-maxilo-facial).

Ao abordar este apaixonante tema, fá-lo-emos na tentativa de proporcionar um cunho prático, em função da experiência acumulada durante trinta anos como otorrinolaringologista, como perito judicial nomeado por inúmeras vezes, por uma longa folha de serviço prestado à Comissão de Ética da Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia e ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás.

Denominação de Perito em Otorrinolaringologista

Perito é todo e qualquer profissional especializado em determinados ofícios, artes ou ciências, capaz de conduzir quem quer que seja à verdade, quando para tal é solicitado. É todo técnico que, designado pela justiça, recebe o encargo de esclarecer fatos, acontecimentos num processo. A atuação do perito far-se-á em qualquer fase – policial ou judiciária – do processo. Perito judicial é todo técnico que, designado pela justiça, recebe o encargo de esclarecer fatos, acontecimentos num processo. A atuação do perito far-se-á em

qualquer fase – administrativa, policial ou judiciária – do processo. Perito em Otorrinolaringologia é todo o profissional médico especializado otorrinolaringologista capaz de conduzir uma perícia médica ‘otorrinolaringológica’ quando para tal é solicitado.

Conforme a resolução CFM n. 1.785/2006 (CFM, 2006) (53 especialidades médicas e 54 áreas de atuações), para ser especialista é necessário ter o título devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) da sua jurisdição.

Na prática, entende-se por perito em Otorrinolaringologia o profissional experiente nas diversas áreas desta especialidade que se propõe a realizar tarefas de esclarecer fatos de interesse ético ou administrativo dos Conselhos Regionais de Medicina ou de interesse da Justiça, quando solicitado. Dessa maneira, qualquer médico poderá ser convocado para este mister, em especial, nesta referência específica, médicos otorrinolaringologistas com títulos de especialistas devidamente registrados no CRM da sua jurisdição. Os peritos ORL têm sido escolhidos desde que sejam neles reconhecidas capacidade, qualificação, disponibilidade, isenção e independência para o desempenho da atividade pericial, vez que não existem nem a especialidade de perito nem área de atuação em Perícia Médica reconhecidas pela resolução CFM n. 1.785/2006, não sendo, portanto, uma condição prévia imposta o fato de ser especialista.

O pensamento clínico do médico ORL não é o mesmo pensamento do médico ORL investido no cargo de perito, devendo este restringir a interpretação aos fatos científicos e técnicos. Ele não pode ter convicção íntima, ele não julga. Entendemos que compete ao médico do trabalho atestar a aptidão ou a inaptidão para o trabalho com base no seu conhecimento médico e na atividade laboral a ser desenvolvida pelo trabalhador. O intercâmbio de informações entre o médico ORL e o médico do trabalho é capaz de minimizar possíveis e frequentes equívocos decorrentes de análises precipitadas, não raramente resultantes de laudos ‘computadorizados’, realizados por quem não tem o necessário embasamento técnico-científico.

Da Solicitação do Laudo Pericial *versus* ORL

Dois campos de ação caracterizam a perícia ORL: a reparação do dano físico na esfera otorrinolaringológica e a responsabilidade médico-legal. Na prática, traduz-se na avaliação e conduta do perito e nos principais aspectos

éticos e jurídicos da responsabilidade médica e da reparação do dano sob o aspecto biopsicossocial do envolvimento do ORL.

Normalmente, os quesitos formulados pelos advogados das partes envolvidas insistem em emissão de laudos conclusivos, respostas objetivas e específicas.

Na Medicina em geral, mas especificamente na Otorrinolaringologia, os laudos fornecidos nem sempre são compatíveis com um diagnóstico definitivo, funcionando, na maioria das vezes, como um diagnóstico presumível, baseado em hipóteses diagnósticas, nem sempre comprováveis, pois para se 'comprovar' uma causa, uma etiologia, seriam necessários exames histopatológicos realizados por biópsia ou o isolamento do agente etiológico (bactéria, protozoário etc.). A impossibilidade de responder a estas solicitações justifica-se em virtude da localização dos órgãos supostamente lesados, localizados no interior do crânio, tecnicamente inacessíveis.

Como a Medicina não é uma ciência exata, às vezes não dispomos de dados concretos e objetivos, sendo o diagnóstico feito por análise retroativa de uma história bem elaborada e pela avaliação dos sinais, sintomas e dos exames complementares.

Estas considerações são inseridas no histórico do periciando(a), nos laudos periciais, antecipando ao juiz esta nossa conduta, no sentido de justificar respostas a determinados e questionáveis quesitos de advogados de reclamantes e reclamados, assim como de peritos assistentes, pois são questionamentos tecnicamente não pertinentes, por não apresentarem acesso anatómico, visualização direta através dos exames de imagens, de exames laboratoriais e gráficos, entre outros.

A OTOLOGIA *VERSUS* PERÍCIA ORL

A Perda Auditiva

O exame ORL deve ser realizado de forma seqüencial e disciplinado, por meio de um interrogatório rigoroso, com pesquisa de antecedentes auditivos (otológicos, familiares, traumáticos, presbiacusia...), do estado auditivo anterior ao suposto trauma e também centrado em elementos de apreciação de valor diagnóstico e de prognóstico.

É freqüente a solicitação para avaliação de uma perda auditiva induzida por pressão sonora, em função de um trauma acústico agudo, de um ambiente de

retrabalho ruidoso, para avaliação de imputabilidade por um traumatismo craniano (fratura do rochedo, comoção labiríntica), por um barotrauma, sobre algum nível de ototoxicidade medicamentosa. O perito pode ser chamado após uma complicação iatrogênica de uma cirurgia do ouvido médio (paralisia facial, cofose), entre outros (PEYTRAL, 1999). A avaliação ORL deverá ser completa, disciplinada e não um simples ato mecânico que se realiza com um abaixador de língua, com um oroscópio e se complementa com uma audiometria nem sempre de boa qualidade. A avaliação ORL é composta de:

- exame otoscópico – permite avaliar a integridade anatômica da membrana do tímpano, perfurações da membrana do tímpano; a acumetria resta como uma pesquisa de base, no entanto, de grande importância, pesquisando-se com o uso de diapasão os testes de Rinne e Weber. A acumetria faz parte integrante do diagnóstico em Otologia e permite a avaliação de discrepâncias em relação à audiometria. Por meio de diapasão, permite a observação em caso de simuladores.
- Audiometria tonal – mostrando-nos a natureza de uma hipoacusia (transmissão, sensorineural ou mista). Segundo a intensidade, podemos distinguir uma hipoacusia leve de uma moderada e profunda. A discriminação vocal é de grande importância na caracterização de um quadro audiométrico central, periférico ou retrococlear.
- Impedanciometria – permite obter uma curva timpanométrica e apreciar o estado tubotimpânico, indispensáveis nas avaliações por barotraumas.
- Pesquisa do reflexo espediano – permite, de uma parte, avaliar um quadro de possível simulação auditiva (cofose), quando os reflexos estão presentes, e, de outra, confirmar lesões endococleares de uma surdez de percepção, com recrutamento de Metz.
- Potenciais Evocados Auditivos do Tronco Cerebral Bera – são avaliações objetivas importantes no diagnóstico de lesões retrococleares, no diagnóstico diferencial de disacusia de percepção.
- As otoemissões acústicas provocadas – aportam igualmente importantes contribuições no diagnóstico de simuladores e lesões endococleares.

Perda Auditiva *versus* Transtorno da Ansiedade

Avaliando a presença de indicadores de Transtornos de Ansiedade (TA) em pacientes submetidos à avaliação pericial em função da Perda

Auditiva Induzida por Ruído (Pair), percebeu-se que o TA esteve associado à presença de lesões irreversíveis, com perda auditiva unilateral, desequilíbrio persistente e cefaléias. De um total de 1.154 pacientes, os incluídos no grupo de Pair responderam por 1,4% dos casos, em 27% dos quais se evidenciaram manifestações de ansiedade, às vezes exacerbadas não em função de uma perícia médica mas, sem dúvida, presentes e evidentes no pavor relacionado com a não recuperação das funções cocleovestibulares, irreversivelmente comprometidas. Normalmente, os casos encaminhados para Avaliação da Capacidade Laborativa (Pair) e relacionados com outras causas periciais não são incluídos, na literatura, em estudos de abordagens diagnósticas de transtornos vertiginosos. Foi, portanto, impossível a comparação com achados da literatura, tendo em vista a inexistência de abordagens similares (SANTOS, 2000; 2002).

Das Características Clínicas e Audiométricas da Pair

Do Comitê Nacional de Ruído e Conservação Auditiva (2001)

- surdez do tipo neurosensorial, lesão das células sensoriais do ouvido interno – Órgão de Corti;
- perda irreversível, quase sempre bilateral e simétrica;
- raramente ocorrem perdas profundas (graves = 40 dB - agudos = 75 dB);
- iniciam-se nas frequências de 6, 4 e 3kHz, estendendo-se, com o agravamento da lesão, para 8, 2,1kHz e 500 e 250Hz;
- sugerem uma cocleopatia, intolerância a sons intensos, zumbidos de déficit na inteligibilidade da fala;
- cessada a exposição, não ocorre progressão da Pair;
- é influenciada pelas características físicas do ruído – tipo, espectro e NPS, tempo de exposição e susceptibilidade individual;
- nível máximo de perda em 3, 4 e 6kHz ocorre nos primeiros 10-15 anos de exposição. A progressão da lesão torna-se mais lenta com o passar do tempo;
- não torna o ouvido mais sensível a exposições futuras;
- diagnóstico nosológico = anamnese clínica e ocupacional, exame físico, avaliação audiológica (outros exames complementares);

- pode ser agravada pela exposição simultânea a outros agentes (produtos químicos, vibrações);
- passível de prevenção e pode causar ao trabalhador alterações funcionais e psicossociais (com repercussão sobre a qualidade de vida).

A presbiacusia é a diminuição da acuidade auditiva que ocorre com o avanço da idade (surdez fisiológica). Inicia-se, geralmente, por volta dos 45-50 anos, atingindo 25% das pessoas entre 65 a 75 anos de idade e 40% acima dos 75 anos. É mais intensa em sons de alta frequência. Trata-se de um importante fator e complicador em uma avaliação pericial ORL, podendo figurar como evento prévio, associado, fator de agravamento e mesmo como um diagnóstico diferencial de disacusia sensorineural, entre os quais a Pair.

A OTONEUROLOGIA *VERSUS* PERÍCIA ORL

O Paciente Vertiginoso

A avaliação otoneurológica de paciente vertiginoso consiste em um conjunto de procedimentos que permitem a exploração semiológica dos sistemas auditivo e vestibular e de suas relações com o sistema nervoso central. Não se baseia, portanto, em exames isolados, como um exame radiológico ou laboratorial. É realizada, normalmente, com a ajuda de aparelhos sofisticados, mas, em situações de indisponibilidade técnica ou de necessidade de minimizar o custo/benefício, pode ser feita mediante um exame sério, confiável, obedecendo a uma rígida estratégia otoneurológica que permita o estabelecimento do diagnóstico clínico. A abordagem do paciente vertiginoso é feita hoje, frequentemente, nos consultórios de Otoneurologia, o que traduz a sua conceitualização moderna. Afeta um grupo de pacientes que retira satisfação da consulta e aceita o diagnóstico com tranquilidade, porque encontra, no médico, alguém realmente interessado na sua doença. Daí a significativa importância de se estabelecer um diagnóstico otoneurológico identificando suas associações, interações, comorbidades, ou mesmo a avaliação de eventos prévios, em pacientes com queixas de vertigens, e o envolvimento do profissional com as queixas do paciente, restabelecendo, assim, o que é mais importante à relação médico/paciente (SANTOS, 2000; 2002).

As explorações vestibulares são de real interesse no auxílio diagnóstico de lesões vestibulares periféricas, centrais e mistas, assim como a avaliação de uma compensação central após uma lesão labiríntica uni ou bilateral.

As lesões e seqüelas vestibulares são essencialmente avaliadas sobre os aspectos da imputabilidade e da comprovação exata, quando possível, do período da consolidação destas lesões. As fístulas labirínticas, as cofoses, as síndromes vestibulares deficitárias, as arreflexias e hiporreflexia vestibulares e a vertigem postural paroxística benigna pós TCE podem ser disciplinadamente avaliadas em uma perícia ORL. O reconhecimento de uma vertigem central e suas seqüelas é de suma importância em uma perícia de desequilíbrio corporal estático e dinâmico, melhor realizada por um perito ORL que tenha um conhecimento na prática otoneurológica.

A imputabilidade depende do conhecimento preciso da circunstância da lesão inicial, sua evolução, seus sinais, sintomas e a documentação médica sobre eles, para que o perito possa confrontar os dados.

AVALIAÇÃO OTORRINOLARINGOLÓGICA EM PERÍCIA MÉDICA ORL

Ficha de Identificação

- Data; nome; C.I; CPF; idade; D. N.; sexo; etnia; estado civil; endereço; telefone; profissão; protocolo; autos; natureza; requerente; requerida.
- 1º) História da moléstia atual.
- 2º) Antecedentes: história progressiva/história familiar/história ocupacional;
- 3º) Exame Clínico ORL: orofaringoscopia, rinoscopia, otoscopia, laringoscopia indireta, equilíbrio estático e dinâmico.
- 4º) Exame vestibular (avaliação do equilíbrio corporal estático, dinâmico e da coordenação dos movimentos):
- 5º) Audiometria / Impedânciometria / BERA / OEA;
- 6º) Veto-Eletronistágmografia Computadorizada;
- 7º) Pares Cranianos de Vizinhança do VIII - PAR;
- 8º) Hipóteses Diagnósticas;
- 9º) Considerações sobre a Etiopatogenia;
- 10º) Diagnóstico;
- 11º) Conclusão.

LARINGOLOGIA *VERSUS* PERÍCIA ORL

Na Carta Pró-Consenso sobre Voz Profissional (SBO..., 2001), a voz e trabalho foram definidos como uma questão de saúde e direito do trabalhador. O documento ressalta o valor (sub)estimado, a partir de levantamentos municipais de que os afastamentos, as licenças e readaptações por disфония estão na ordem de 2% dos professores ativos; que as enfermidades vocais relacionadas ao trabalho têm importante impacto social, econômico, profissional e pessoal e representam prejuízos estimados em valores exorbitantes de perdas anuais no Brasil por problemas vocais.

Há necessidade de intervenção multidisciplinar na preservação da saúde vocal da população, particularmente nos grupos em que o uso da voz tem direta relação com sua aptidão ao trabalho.

É importante assinalar que a multicausalidade e concausalidade são freqüentes nas disfonias, reforçando que o ambiente de trabalho e onexo causal devem ser investigados e que a relação entre doença clínica e doença ocupacional depende de avaliação multidisciplinar.

O papel do otorrinolaringologista reveste-se de importância neste tipo de perícia, vez que presume-se ser ele um profissional legalmente apto e qualificado para assumir seu papel nas questões trabalhistas e de justiça, na condição de perito e assistente técnico, especialmente por entender não existir, até o momento, evidências conclusivas e suficientes que garantam a relação direta entre todas as lesões e alterações existentes, ou pré-existentes, e a incapacidade de uso da voz profissional.

A voz e a audição são os elementos de suporte do relacionamento humano, diferenciando os seres humanos quanto ao poder de comunicação. A ruptura de um destes elementos da comunicação humana poderá levar a significativos problemas em Laringologia, entre os quais podemos destacar:

- as presumíveis falhas no diagnóstico diferencial das lesões funcionais, orgânicas e pré-cancerígenas;
- as lesões iatrogênicas, em função de sinéquias, cicatrizes e aderências pós-cirúrgicas; as lesões dos nervos laríngeos, notadamente o nervo recorrente, com paralisia e uma ou de ambas as pregas vocais;
- as presumíveis seqüelas relacionadas com a fonocirurgia, com constrangimentos ocasionados por alterações da voz, incapacidade ou dificuldade de comunicação, perda de emprego, de convívio social etc.

- as incapacidades laborativas para os profissionais da voz, cantores, atores, apresentadores de TV, radialistas, políticos, professores, pastores etc.

GRUPOS DE DOENÇAS QUE PODEM ESTAR RELACIONADAS COM O TRABALHO (DOENÇAS ORL)

- Anexo II do decreto n. 3.048/1999 do Ministério do Trabalho e da Previdência Social: INSS (MTPS, 1999); resolução CFM n. 1.488/1998 (CFM, 1988); 30 grupos de doenças:

– Grupo 10 – Doenças do Aparelho Respiratório

II – Laringite aguda (J04. 2).

III – Rinite alérgica (J30. 3); IV- V. Rinite crônica (J31. -).

VI – Sinusite crônica (J32).

IX – Laringotraquite crônica (J37. 1).

XX – Doenças das VA por causa de poeiras orgânicas específicas: bissinose (poeira do algodão), outras (J66.-).

XXI – Doenças das VA por causa do sistema de ar condicionado e umidificação do ar.

XXII a XXV – Afecções respiratórias em virtude da inalação de produtos químicos, gases, fumaças e vapores. Síndrome reativa das VA, afecções respiratórias crônicas (J68. -).

XXVI – Manifestações pulmonares devidas à radiação ionizante.

– Grupo 8 – Grupo de Doenças do Ouvido que podem estar relacionadas com o trabalho

I – Otite média não supurativa (Barotrauma do O. Média) (H65. 9).

II – Perfuração da M. Tímpano (H72 ou S09.2)

III – Outras vertigens periféricas (H81. 3). IV. Labirintite (H83. 0).

V – Par e Trauma Acústico (H83. 3).

VI – Perda da audição ototóxica (H91. 0).

VII – Otalgia e secreção auditiva (H92.).

VIII – Outras percepções auditivas anormais (H93. 2).

IX – Outros transtornos especificados do ouvido (H93. 8).

X – Otite barotraumática (O. E. e O. I.) (T70. 1).

XI – Sinusite barotraumática (T70. 1).

XII – Síndrome em razão do deslocamento de ar de uma explosão (T70. 8).

O VII-PAR (NERVO FACIAL) E A PERÍCIA MÉDICA ORL

A paralisia facial é rara e pode ocorrer temporária ou definitivamente, em face de exposição, anormalidade ou edema do nervo, podendo regredir espontaneamente. Em determinadas ocasiões, o nervo poderá ser lesado na cirurgia e, nestes casos, pode ser necessário um enxerto de nervo do pescoço ou da perna. Também pode haver complicações oculares resultantes dessa paralisia facial.

As situações periciais envolvendo o nervo facial têm a sua maior ocorrência nos TCE, particularmente em fraturas do rochedo nas pós-intervenções cirúrgicas sobre a orelha média, evidentemente por otite média crônica, aplasia congênita ou sobre o conduto auditivo interno (exereses de neurinoma do acústico), nas pós-intervenções cirúrgicas cervicais, nas cirurgias das glândulas salivares, esvaziamentos cervicais e cirurgias estéticas faciais (PEYTRAL, 1999).

A avaliação pericial de lesões e seqüelas em decorrência de comprometimento do nervo facial se realiza por intermédio de uma cuidadosa anamnese e do histórico laboral do periciando, das circunstâncias do acidente, do aparecimento imediato ou tardio da paralisia facial. O conhecimento da evolução natural da paralisia facial é de suma importância a ser considerada, em função dos achados neurofisiológicos de suas lesões e seqüelas. Nas lesões de predomínio neurofisiológico de comprometimento neuropráxico, reserva-se um bom prognóstico, com seqüelas pouco significativas quando estabelecidas. Pode evoluir para cura total, sem seqüelas, deixando apenas o constrangimento de um defeito facial marcante por algum tempo. A lesão do tipo axioniotimética traduz-se em bloqueio total do nervo, com parada total de suas atividades elétricas, inclusive bloqueio do fluxo axiotimético. Traduz-se em um prognóstico sombrio, na maioria das vezes irreversível, com seqüelas graves sobre a função e sobre a estética facial; há lesões oculares, da deglutição, da voz, com isolamento do indivíduo, grave comprometimento de sua capacidade laborativa e adaptação ao meio. Portanto, tem o perito ORL a necessidade do conhecimento neurofisiológico e da evolução

natural da paralisia facial antes de se atrever a dar um laudo pericial sobre este tipo de lesão, mesmo na presença de exames eletroneumográficos. A quantificação pontual das lesões pode ser feita por diversas tabelas (Facial IV e V Symposium International Portmann).

A RINOLOGIA E A PERÍCIA MÉDICA ORL

Sucintamente, resumiríamos a Rinologia como uma parte da Otorrinolaringologia que estuda o nariz, as fossas e cavidades nasais, assim como suas estruturas anexas, suas correlações, suas áreas de atuações, enfim uma significativa interface relacionada à ORL.

Assistimos, nos dias atuais, a uma consolidação da cirurgia nasal, quer sob o aspecto funcional, para o tratamento da obstrução nasal (ON), com as turbinectomias, associadas ou não a septoplastias, quer sob o aspecto estético, com as cirurgias ditas estéticas como as rinoplastias, associadas ou não a outras cirurgias estéticas da face, e as cirurgias assistidas por sofisticados endoscópicos nasais, que se aprofundam na complexa anatomia do nariz, dos seios da face e da base do crânio.

Por outro lado, temos visto ser, no momento, estas cirurgias os principais motivos de reclamações, que exigem perícias médicas ORL, por parte dos pacientes, levando a uma significativa quebra da relação médico/paciente, geralmente com profundas queixas de descontentamento, sob alegações diversas, entre as principais em termos de resultados estéticos, de sangramentos pós-operatórios, de insuficiência em diagnósticos, de negligência no pós-operatório, de cobranças indevidas, de mau atendimento, constrangimentos ou danos morais, entre outras.

O pouco conhecimento sobre a evolução das doenças nasais, notadamente das sinusites e rinosinusites de fundo alérgico, e das graves e complexas evoluções das poliposes naso-sinusais tem posto vários otorrinolaringologistas em situações de desafios cirúrgicos, ao quererem resolver cirurgicamente, via cirurgia endoscópica, doenças cuja base repousa na imunologia, ou seja, não se pode pretender tratar com bisturi 'o eosinófilo'.

No entanto, ao enfrentarem uma anatomia complexa, cheia de meandros e recessos, com uma perigosa relação de vizinhança, expõe-se a pequenas e graves complicações desde uma sinéquia nasal até um pneumoencéfalo por remoções excessivas e fístula líquórica.

Por outro lado, a Medicina é uma profissão de meios e não de fins. Portanto, ao tratar de uma pessoa não estamos estabelecendo um contrato de que vamos curá-la, mas de que vamos tentar diagnosticar a sua doença para depois tentar curá-la, se possível, empregando todos os nossos conhecimentos, e zelar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, conforme estabelece o nosso Código de Ética Médica. No ramo da estética facial, alguns prodomentos ORL têm sido questionados, vez que existe entendimento de que a cirurgia plástica estética seria uma atividade médica profissional de fins e não de meios (COUTO FILHO, 2001). Uma demanda progressiva se faz notar em termos de cirurgias estéticas, aliadas a constantes inovações em termos técnicos destas cirurgias. Uma inobservação na relação médico/paciente, por parte de alguns profissionais ORL, tem sido notada ao não se considerar as manifestações de ansiedade patológica ou outros transtornos da ansiedade em pacientes que querem se submeter a uma cirurgia estética em busca da resolução para problemas diversos de ordem pessoal, de relacionamento e de auto-afirmação.

Evidentemente, se não são muito bem explicados e documentados no pré-operatório, os 'resultados' podem ser frustrantes para os pacientes, proporcionando uma ruptura do relacionamento antes existente, dando lugar a outros tipos de sentimentos que, na maioria das vezes, se traduzem inicialmente por exacerbação de uma frustração, podendo evoluir para uma reversão danosa de expectativa e dano moral, entre outros. Estas frustrações e/ou reversões de expectativas têm sido fator gerador de descontentamento por parte de pacientes, ocasionando reclamações e perícias judiciais, ao lado de indícios de imperícia, imprudência ou negligência.

Andrade (2002), com muita propriedade, afirma:

o que temos visto hoje em relação a um presumível 'erro médico em cirurgia plástica', é uma estimulada sedução de vingança, de linchamento, de julgamento sumário, ainda que 'travestido de justiça obreira e rápida', desprezando os mais elementares direitos de defesa do médico envolvido, direito do contraditório, sem qualquer avaliação técnica plausível, na avaliação de possíveis delitos ético-profissionais. Esquecem que o real interesse da classe médica é apurar os casos de imperícia, imprudência ou negligência cometidas pelos maus

médicos, e não só por ‘cirurgiões plásticos’, e evitar estes profissionais em nossas fileiras, pois a nós em nada interessa a presença destes. Os médicos acusados serão julgados e receberão a sentença que merecem, nem mais nem menos.

Uma simples omissão pré-operatória de uma septoplastia – ao não esclarecer que, mesmo fazendo a correção cirúrgica osteo-cartilaginosa, estas estruturas poderão voltar a apresentar desvios pelo ‘efeito memória biológica’ tentando biologicamente restabelecer a sua forma original –, em uma segunda ou terceira opinião pós-operatória, poderá suscitar dúvida quanto a ter sido ou não realizada a operação, ou, então, de que houve uma imperícia na cirurgia realizada.

As hemorragias pós-operatórias imediatas ou tardias nas primeiras doze horas ou na retirada do tampão nasal (após 24 ou 48 horas), em que é comum haver algum sangramento (apesar do tamponamento), têm sido bastante questionadas pericialmente. Em função de serem os resultados estéticos subjetivos, tanto na forma quanto na função – o que é bom para o médico pode não ser bom para o paciente e vice-versa –, têm havido focos constantes de discussões médico-legais a respeito dos resultados, das lesões e seqüelas nasosinusiais.

A imputabilidade da responsabilidade médica é de difícil avaliação.

O OLFATO *VERSUS* PERÍCIA ORL

Na prática pericial em ORL, as lesões olfatórias são, na grande maioria dos casos, de origem traumática. Trata-se de traumatismo da face com disjunções crânio-faciais, de fratura da base do crânio, de lesões da lâmina crivosa do etmóide e de lesões do nervo olfatório. A avaliação clínica é de significativa importância, e os métodos clínicos rotineiramente empregados para a quantificação e qualificação da perda olfatória são os testes de odores conhecidos. A avaliação da imputabilidade está em função das circunstâncias das lesões traumáticas e seus detalhamentos. É raro e difícil o diagnóstico de uma lesão olfativa unilateral. Para um perito ORL de uma lesão e seqüela olfatória, ganha complexidade a incidência da lesão em um profissional tipo perfumista, chefe de cozinha, provador de bebidas, provadores de alimentos entre outros (PEYTRAL, 1999).

CONSIDERAÇÕES E OBSERVAÇÕES IMPORTANTES ANTES DAS RESPOSTAS AOS QUESITOS

Geralmente, antes de responder aos quesitos do requerente e da requerida, antecipamos ao juiz que, na maioria das vezes, em Medicina, só é possível chegar-se a um diagnóstico presumível, que só se faz por hipóteses diagnósticas, e não a um diagnóstico de certeza, 'seguro' ou 'objetivo', pois tal diagnóstico só se alcançaria por meio da histopatologia, com cortes histopatológicos por biópsia, ou então com o isolamento do agente etiológico (bactérias, protozoários etc); para supostas lesões em nível de estruturas do órgão estato-acústico, torna-se impossível uma abordagem direta aos órgãos supostamente lesados, por se encontrarem dentro do crânio e tecnicamente inacessíveis.

As nossas respostas são enquadradas segundo parâmetros periciais científicos internacionalmente aceitos e estabelecidos, dentro das nossas condições técnicas, restringindo-se à interpretação dos fatos científicos, técnicos, das seqüelas ou não apresentadas pelo periciando(a).

Como a Medicina não é uma ciência exata, às vezes não dispomos de dados concretos e objetivos, sendo o diagnóstico feito por análise retroativa de uma história bem elaborada e a avaliação dos sinais, sintomas e dos exames complementares.

Os exames complementares (audiometria/impedanciometria/OEA) e as avaliações neurofisiológicas (Bera) não substituem o exame médico ORL. A história clínica funciona como excelente meio diagnóstico. A avaliação dos ensaios bioquímicos, a avaliação hemodinâmica e de imagens, sobretudo na esfera neurológica, é fundamental em perícias otoneurológicas.

- A nomenclatura de Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (Pair), embora ainda possa ser tolerada, por ser a mais usada, é uma terminologia incorreta, que deve ser evitada. A linguagem científica deve primar pela precisão dos termos que utiliza, a fim de evitar entendimento equivocado do que pretende apresentar como verdade. Deve-se evitar, portanto, sempre que possível, o uso de termos que gerem interpretações dúbias; preferir sempre a conceituação à exemplificação dos termos usados. Perda Auditiva Induzida por Pressão Sonora é uma nomenclatura correta.
- A perda auditiva por ruído (Pair) pode ter causa não laboral. É importante reforçar que, embora a perda auditiva possa ser de origem ocupacional,

não existe um exame que indique sua etiologia, o que implica que, mesmo que se tenha esgotado todos os exames disponíveis, a maioria dos casos de PAINPSE (ocupacional ou não) tem o diagnóstico presuntivo, baseamos em evidências e não em certeza; diferente de uma intoxicação por metal pesado, cujos testes específicos ao menos nos orientam para a certeza da intoxicação, sendo que, para certeza, uma verificação do local de trabalho na grande maioria das vezes é suficiente.

- A absoluta falta de noção e de conhecimentos elementares por parte de alguns advogados em relação à anatomia, fisiologia, histopatologia, neurofisiologia, imagens, levando a questionamentos absurdos sob o ponto de vista científico, interfere negativamente na contextualização dos resultados periciais.
- Na Perda Auditiva Induzida por Pressão Sonora, do ponto de vista histopatológico, observa-se uma perda do epitélio sensorial, inicialmente nas células ciliadas externas, que é substituído por células epiteliais escamosas, com desorganização do órgão de Corti, membrana basilar e da estria vascular. Como se pode ver diretamente este tipo de lesão? Trata-se de uma estrutura intracraniana não visível em imagens. Como se pode responder objetivamente ao um quesito desta natureza?
- Como descrever as lesões detalhadamente, inclusive em qual região do corpo do autor lesado, de uma Perda Auditiva Induzida por Pressão Sonora, sendo que as alterações anatomofisiopatológicas estão no ouvido interno, vias labirínticas e nervo cocleovestibular, com lesões do labirinto membranoso, do órgão de Corti, das estruturas sensoriais do ouvido interno, das células ciliadas internas e externas, com alterações de sua microcirculação, com hemorragias dos espaços endo e perilinfáticos, em decorrência de saída de líquidos labirínticos peri e endolinfático, de vasoespasmos, por bloqueio neural das fibras nervosas do nervo vestibulococlear (VIII – PAR Craniano)? São lesões neurofisiológicas graves, e como consequência, seqüelas otológicas levando a uma cofose, ou seja, perda total da função auditiva. Estas lesões se estabelecem com fratura do rochedo (osso da base do crânio) ou não (concussão labiríntica). O comprometimento da orelha interna, na ausência de fratura do rochedo, estabelece-se em razão da onda de choque consequente ao traumatismo (CONRAUX, 1995), a qual, por não ter tradução radiológica, é altamente questionada pelos advogados.

- Da dificuldade de avaliação da intensidade de perda auditiva de um simulador auditivo.
- A presença de ‘acúfenos’ constitui uma dificuldade na apreciação pericial, por causa do caráter subjetivo deles.
- A presença de ‘disfunção labiríntica’ em comorbidade, evento prévio ou associado, constitui uma dificuldade na apreciação do periciando com perda auditiva.
- A presença de manifestações de ‘Transtornos da Ansiedade’ em comorbidade, evento prévio ou associado, constitui uma dificuldade na sua apreciação.
- As seqüelas otológicas estabelecer-se-ão mais em função dos danos neurofisiológicos, ou seja, da extrema complexidade do comprometimento das estruturas sensoriais e neuronais, se as lesões estabelecidas são do tipo neuropráxicas ou axioniotméticas, levando a uma perda da função auditiva, que pode ser parcial, ou total (cofose). Uma surdez de percepção pode evoluir no sentido de parcial para total, como também pode regredir para uma cura total, parcial ou tornar-se flutuante. Até mesmo uma surdez progressiva ou de aparecimento tardio gera, às vezes, reais problemas médico-legais.
- A presença de exames tomográficos e ressonância magnética (mastóides e craniano) com laudo indicativo de normalidade não estabelece qualquer diagnóstico da causa traumática ou não de uma lesão auditiva ou vestibular.
- Para o diagnóstico de uma Perda Auditiva Induzida por Pressão Sonora sem confiabilidade nos documentos médicos iniciais, apenas uma audiometria que mostre hipoacusia sensorioneural profunda não torna possível relacioná-la com Pair, tendo de se considerar seu histórico, a avaliação de várias outras causas, como a ototoxicidade, trauma acústico, presbiacusia infecciosa, entre outras.
- A imputabilidade que pode ser estabelecida com maior ou menor dificuldade, de acordo com a qualidade e confiabilidade dos documentos médicos iniciais e o conhecimento ou não do estado anterior a perda auditiva.

HONORÁRIOS PERICIAIS *VERSUS* ORL

Têm sido extremamente frustrantes os honorários periciais ‘pagos’ aos peritos ORL. Primeiramente, pelo desconhecimento real ou tendencioso de alguns advogados ao questionarem os valores quando solicitados pelo perito ORL, menosprezando o trabalho do perito ORL. É importante afirmar que

não se trata de um simples exame clínico otorrinolaringológico. Trata-se de um exame físico pericial acompanhado ou não de outros exames para avaliação de uma função ORL (auditiva, vestibular, olfatória, nasosinusal), avaliação do periciando(a), dos exames complementares, das respostas aos vários quesitos do requerente/requerida e a confecção de um laudo pericial. A complexidade destes atos médicos se traduz nas avaliações subjetivas e objetivas nos casos desta natureza, na abordagem direta ou indireta aos órgãos supostamente lesados, nervos cocleares e vestibulares, assim como de outras estruturas cranianas; no comportamento biopsicossocial em relação à capacidade de adaptação ao convívio social no desempenho de qualquer função, em relação à dificuldade dos principais elementos de comunicação social e ganho no binômio voz-audição, na avaliação final de uma lesão estabelecida ou não; na responsabilidade ética, civil e penal do perito que assinou o laudo.

Por outro lado, submete o perito a deslocamentos, a burocracias, a horas de estudos de caso por caso na elaboração de laudos, a incertezas, a frustrações, a receio de ser desrespeitado por advogados inescrupulosos que tentam negar o trabalho isento e técnico do perito, tendendo sempre a uma generalização com nivelação por baixo.

Os honorários periciais, na maioria das vezes, são arbitrados com valores muito aquém do trabalho empreendido e, em boa parte dos casos, o seu recebimento vai para o esquecimento, em função do tempo e da insignificância do valor. Portanto, não têm sido levados em consideração para o seu arbitramento a natureza do trabalho pericial, a qualidade dos laudos, a complexidade para as respostas dos quesitos suplementares.

A gratuidade deferida como parte da assistência judiciária, que deve ser prestada pelo Estado, impõe que a União proporcione este benefício legal. Aqui, esta gratuidade não é questionada ou reclamada, mas o exercício da atividade profissional de um labor relevantíssimo tinha de ser reconhecido e estimulado. Lamentavelmente, não é o que está acontecendo,

Referências

ANDRADE, E. *Jornal do CFM*, 2002.

BRASIL. Lei n. 5.869/1973, de 11 de janeiro de 1973. Institui o Código de Processo Civil. *Diário Oficial da União*, 17 de janeiro de 1973, p. 1. Art. 145, Art. 146 - Art. 147

BRASIL. Lei n. 8.078, de 11 de setembro 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 12 de setembro de 1990a.

BRASIL. Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990: Art. 186 - I, §1º Art. 202 a 214. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. *Diário Oficial da União*, de 12 de dezembro de 1990b, p. 23.935.

CFM: Conselho Federal de Medicina. 30 grupos de doenças In: CFM: Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.488/1998. *Diário Oficial da União*, 06 de março de 1998, p. 150.

CFM: Conselho Federal de Medicina. *Código de ética médica*. 3. ed. Brasília: Ed. do CFM, 1996.

CFM: Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.785/2006. *Diário Oficial da União*, 26 de maio de 2006, Seção I, p. 135ss. Retificação publicada no *Diário Oficial da União*, 22 de junho de 2006, Seção I, p. 127.

CFM: Conselho Federal de Medicina; CREMEGO: Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás. *Resoluções e portarias*. Site: portalmedico.org.br. Disponível em: <<http://www.crmgo.org.br>>. Acesso em: set. 2007.

CONRAUX, C. Séquelles otologiques des traumatismes craniocervicaux. *Encycl. Méd. Chir., Otorhino-laryngologie*, Paris-France, v. 20, n. 220-A-10, 1995.

COUTO FILHO, A. F. Responsabilidade civil médica e hospitalar: repertório jurisprudencial por especialidades médicas – teoria da eleição procedimental iatrogenia. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

COUTO FILHO, A.F. *Instituições de direito médico: responsabilidade civil à luz do Código Civil de 2002 – iatrogenia, teoria da perda de uma chance*. Rio de Janeiro: Forense, 2005. p. 25-45.

GOMES, J. C. M.; FRANÇA, G. V. *Erro médico: um enfoque sobre sua origem e suas conseqüências*. Montes claros: Unimontes, 1999.

GRAHAM, D.; HOUSE, F. W: Disorders of the facial nerve; anatomy, diagnosis and management In: FOURTH INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON FACIAL NERVE SUGERY, Los Angeles. *Anais...* New York: Raven Press, 1980.

MTPS: MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. INSS. Anexo II: Agentes patogênicos causadores de doenças profissionais ou do trabalho, conforme previsto no art. 20 da lei n. 8.213, de 1991. In: MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. *Decreto n. 3.048/1999*. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências.

MTPS: MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. INSS. Anexo II: Agentes patogênicos causadores de doenças profissionais ou do trabalho, conforme previsto no art. 20 da lei n. 8.213, de 1991. In: MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. *Decreto n. 3.048/1999*. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências.

PEYTRAL, C. Expertise. Expertise médico-legal. Reparation du préjudice corporel em oto-rhino-laryngologie. *Encycl Méd Chir, Oto-rhino-laryngologie*, Elsevier, Paris, v. 20, n. 905-B-10, 1999.

PFAUWADEL, M. C.; LE HUCHE, F. Psychosomatique en oto-rhino-laryngologie. *Encicl. Méd. Chir., Oto-rhino-laryngologie*, Elsevier – Paris, v. 20, n. 960-A-10, 1981.

PORTMANN, M. Facial Nerve. In: FIFTH INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON FACIAL NERVE SURGERY, Bordeaux-France. *Anais...* Paris: Masson Publishing, 1985.

SANTOS, I. C. *Manifestações de transtornos vestibulares e indicadores de transtornos de ansiedade*. Dissertação (Mestrado Área de Concentração Otorrinolaringologia) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 2002.

SANTOS, I. C. Modelo resumido de uma avaliação otoneurológica. In: MENON, A. D.; SAKANO, E.; WECKX, L. L. M. Consenso sobre vertigem. *Rev. Bras. Otorrinol.* V. 66, n. 6, supl. 11, p. 15-18, 2000. ¹⁻²

SBPM: Sociedade Brasileira de Perícias Médicas. Disponível em: <<http://www.periciasmedicas.org.br>>. Acesso em: set. 1990.

SEBASTIÃO, J. *Responsabilidade médica civil, criminal e ética*. 3. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

PERÍCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA

Tereza Chedid*

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Sendo a Psiquiatria o ramo da Medicina que lida com a prevenção, o atendimento, o diagnóstico, o prognóstico, o tratamento, a reabilitação e até a adaptação das doenças psiquiátricas, sejam elas estruturais, orgânicas, controláveis, contudo ainda incuráveis, como as psicoses ou os transtornos neuróticos de forma geral, tem o médico psiquiatra como objetivo fazer o diagnóstico correto – o que, no mais das vezes, é tarefa trabalhosa e complexa – do transtorno psíquico do seu paciente. E, diante do diagnóstico firmado, determinar a conduta a seguir perante a doença desafiadora e subjetiva em seus caprichos e perante o paciente, seus familiares, sua situação de vida social, laborativa, afetiva.

Quando diante de uma psicose severa, incurável, deve conscientizar o doente, no limite possível, e especialmente seus familiares da importância do tratamento contínuo e correto; de que a doença é incurável, sim, todavia, pode ser controlável; deve desmistificar os preconceitos e crenças quanto a contágio, perigos, necessidade das temíveis internações, que cursam, no mais das vezes, com a acomodação e o abandono familiar.

Quando diante dos transtornos neuróticos – estes incuráveis –, deve estabelecer o *rapport*, a solidariedade sem paternalismo com seu paciente. Criar elos de empatia, esperança, responsabilidade, acolhimento. Estabelecer, se não exerce a Psicoterapia, o tratamento multidisciplinar com psicólogo ou

* Especialista em Psiquiatria Clínica e Legal/Forense, atuando na área da Perícia Médica Previdenciária e Forense como assistente técnica, ou perita de juízo desde 1983, em Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, desde 1985, e em Hipnose Médica, desde 1998. Psicanalista Clínica, tendo diversos cursos de extensão na área comportamental, terapias breves e análise transacional, entre outros. Formada em Medicina pela Universidade Federal Fluminense, em 1977. Professora de cursos de pós-graduação e graduação em Psicanálise Clínica.

psicanalista, enfim, nos casos sombrios e mais leves, objetivar o alívio ou cura dos sintomas psíquicos que atormentam o doente, devolvendo a ele o bem-estar, o equilíbrio; readaptando-o social, laborativa e afetivamente.

E, nos casos psicóticos severos, manter o doente estável, controlado, vivendo no seio da família em condições respeitadas e dignas, protegido, amparado, amado.

Com essas diretrizes, o psiquiatra alcança seu objetivo e alcança vitoriosamente as metas desejáveis e possíveis em cada caso.

Não é à toa que a palavra psiquiatra vem do grego e quer dizer “arte de curar a alma” (WIKIPÉDIA, 2007b).

EVOLUÇÃO DA PSIQUIATRIA EM SUBESPECIALIZAÇÕES

Com o progresso do mundo moderno, temos hoje, na Psiquiatria, uma série de subespecialidades, algumas das quais já reconhecidas pela Associação Brasileira de Psiquiatria e outras, em andamento, ainda em fase de avaliação.

- Psiquiatria da Infância e Adolescência – Pedopsiquiatria;
- Psicogeriatrics ou Gerontopsiquiatria;
- Psicoterapia;
- Psiquiatria Clínica Geral;
- Psiquiatria voltada a Toxicodependência;
- Interconsulta em Hospital Geral ou Psiquiatria de Ligação;
- Psiquiatria de Emergências;
- Psicopatologia;
- Psiquiatria Epidemiológica – Comunitária – Transcultural;

AFINAL, O QUE É SER “NORMAL”?

Desde a infância, ouço um ditame popular que diz o seguinte: “de médico, poeta e louco, todo mundo tem um pouco”. Sempre brinquei muito com isso, pois sou médica e, nas raras horas vagas, poeta, e costumo dizer: “da tríade popular, só falta ser louca.” Mas... o que é ser louco?

Podemos perceber que os conceitos de loucura e/ou de transtornos mentais estão muito arraigados ao quanto o “louco” ou o “transtornado psíquico” se adapta às relações psicossociais, ao admirável mundo novo, cheio de tecnologia, mudanças de costumes, escalada da violência, novos rumos laborais,

transformações nas ligações afetivas e familiares, enfim, ao mundo em que, no presente, vivemos.

Quando esses parâmetros começam a ser comprometidos, quando o indivíduo não se adapta em maior ou menor grau, aí vêm os estigmas e conceitos de que há algo errado com ele quanto à sua conduta psíquica e seu estado mental. A normalidade seria, para muitos, sinônimo de boa adaptação à situação citada, reações de satisfação, prazer, produtividade e outras atitudes consideradas de uma pessoa “normal”. O ser humano “normal” não ‘incomoda’; não tem (ou finge que não tem?) predomínio de sentimentos negativos, pessimistas, como medo, culpa, insegurança, excesso de preocupação, ansiedade antecipatória e outros sentimentos e emoções que o estigmatizam como “anormal”.

Em recente estudo, tentou-se estabelecer alguns critérios e parâmetros para definir normalidade. Veremos três deles:

- O critério estatístico – que define como normal o mais numeroso e freqüente quanto a condutas e sentimentos mais compatíveis com a maioria. É um parâmetro de média estatística, como utilizamos na área clínica para estabelecer que a pressão arterial 120 x 70 é a ideal, como utilizamos para estipular valores de normalidade para glicemia, uremia e outros índices mensuráveis bioquimicamente e comprováveis cientificamente. Ora, então quando eu estava no manicômio, onde por muitos anos trabalhei, e que tinha cerca de quinhentos internos, quem era o anormal ali? Lembro-me bem de um dia de terrível calor aqui no Rio de Janeiro, estava eu, no pátio do hospital, no sol do meio dia, trajando um jaleco de mangas compridas e fechado por sobre a roupa do corpo, suando profusamente. Um grupo de mais de vinte internos explicava ‘pacientemente’ ao enfermeiro por que tinham tirado a roupa e estavam felizes, entrando ordeiramente embaixo de um chuveiro no pátio, sorridentes, hidratados, molhados. Quando cheguei para convencê-los a se vestirem, eles me olharam, como ao enfermeiro, ‘penalizados’, e um deles me perguntou: “Doutora, como a senhora agüenta esta roupa toda? Venha tomar banho com a gente que a senhora vai se sentir melhor!”. O mesmo já tinham dito ao estafado enfermeiro, encharcado de suor em suas vestes hospitalares. “Nós não vamos vestir roupa não, tá doída?” Completou.

Estatisticamente, ‘os doidos’ ali éramos eu e o enfermeiro.

Acho que esta história divertida e desconcertante, pelo menos para mim,

mostra que nem sempre a maioria determina um padrão de normalidade que a sociedade exige. Aliás, lembrando outro exemplo bem significativo: você já foi a um jogo de futebol? Sentou numa torcida organizada? Foi a um show de um grande ídolo musical? Então vá, só como assistente, passivo... mas, cuidado! Podem te chamar de... louco!

- critério valorativo – como o nome diz, considera que há doença não pelo número maior ou menor de pessoas com uma conduta ou comportamento, porém pelos sintomas desagradáveis e pelo incômodo que a conduta causa. Um bom exemplo é a depressão, doença em crescimento vertiginoso, pandêmica, pansexual, em todas as faixas etárias. Atinge tanta gente, é tão cosmopolita! Por quê não é considerada como uma reação normal do psiquismo humano? Pelos sintomas negativos e mórbidos que causa. Pela desadaptação afetiva e social que provoca, incomoda o meio que cerca o deprimido, a família, o próprio doente.

Este critério também se mostra desigual para as pessoas, no momento em que os retardados mentais estão codificados no CID 10 e no DSM IV como “doentes mentais”. E os gênios? os superdotados? os prodígios? Estes não estão codificados... São os valores sociais.

Ainda no critério valorativo, temos pessoas com graves distúrbios mentais/psíquicos ofuscados e minimizados por serem ídolos nas suas áreas de atuação. O sucesso e a fama causam o fanatismo em grupos da sociedade que ainda costumam seguir e imitar as ‘excentricidades’ de seus ídolos!

Encontra-se no Brasil um cantor de *rock*, americano, californiano. Este senhor, que se apelida “Anticristo” e tem um outro heterônimo, também falso, unindo o nome de uma famosa atriz de cinema dos anos 1950 que morreu por suposto suicídio ao do assassino da atriz Sharon Tate, aos nove meses de gravidez, e de todo o grupo que na casa dela se reunia, lembram-se? Veste-se de forma ‘satânica’, tem tatuagens diabólicas e mórbidas, usa acessórios como chifres, tridentes, pinta o rosto por vezes com sangue de animais etc. Bem, em seu último *show*, auto-mutilou-se em palco, com um objeto cortante, parece que com uma faca... Não foi a primeira vez que fez isso, tendo cortes e cicatrizes pelo corpo. Este senhor ganha páginas de jornal e tem filas imensas para seus *shows*. Os seus fãs admiram tanto o que ele transmite e faz que se vestem como ele e, em alguns eventos, se mutilam e ferem com frequência.

Já imaginou, meu querido colega médico que agora lê estas linhas, chegar ao fórum para uma perícia de juízo, ou na Agência da Previdência para

atender os segurados, ou no hospital onde dá plantão para complementar seu salário de perito, que ainda é irrisório, ou no Instituto Médico Legal, vestido de... diabo?! No seu crachá, em vez de seu nome, coloque: Dr. Anticristo. Providencie tatuagens: cobras e aranhas no corpo. Ah, vai que pega uma faca e, como este senhor roqueiro, corta seu corpo, seus pulsos – o que o referido cantor já fez várias vezes... Vão te aplaudir? Pedir bis? Pois os fãs deste artista fazem isso. Ele está riquíssimo e famoso. Faz *shows* no mundo todo.

Creio eu que, se o imitar – já que, afinal, ele é normal para os valores sociais vigentes –, você sairá dentro de uma ambulância, na melhor das hipóteses, quiçá num camburão. Ah, os valores da sociedade!

- critério intuitivo – a intuição se define como “idéias conclusivas sem trâmite habitual de raciocínio, mas que resultam de conjunto complexo de conhecimentos anteriormente adquiridos e mobilizados instantaneamente diante de um estímulo ou solicitação específica [...]. É inspiração patrocinada pelas experiências prévias e conhecimentos bem elaborados” (BALLONE, 2007a).

Decodifico estas definições tão interessantes como o nosso “olho clínico”, “a nossa impressão clínica” diante de um periciando, de um paciente. O nosso estudo, nosso conhecimento e nossa experiência que vai-se acumulando e somando no decorrer do exercício da Medicina Pericial ou em qualquer outra área de atuação. Como peritos e psiquiatras, a parte técnica, a conduta metódica fazem-nos adquirir muito dessa visão intuitiva, cheia de sabedoria, experiência e conhecimento somados.

Por derradeiro, achei interessante suscitar para todos, peritos ou não, esta discussão sobre como é complexo definir “normalidade”.

Os critérios, apresentados resumidamente, têm partes positivas e têm suas falhas. O mais importante é abriremos a mente e refletirmos quanto aos conceitos de exclusão social, de alienação mental, de inimputabilidade, de deficiência mental e tantos outros rótulos e estigmas criados pela sociedade e pela cultura vigente. Dirijo-me particularmente aos peritos psiquiatras – razão principal deste capítulo –, que, em seus laudos, relatórios e pareceres, podem influir, modificar, ajudar a condenar ou absolver um criminoso, a hospitalizá-lo ou enviá-lo a um presídio comum; ser favorável a uma aposentadoria por invalidez mental ou desfavorável, sugerindo o retorno ao trabalho de um segurado; reconhecer ou não a incapacidade laborativa do ponto de vista mental; sugerir a interdição de uma pessoa, anulando-a para os atos da vida civil, e tantas decisões

difíceis, polêmicas e até perigosa, se analisarmos do ponto de vista do risco laborativo, para terceiros e para si, ou do ponto de vista criminal entre outros.

Reflitamos, pois, sobre nossa imensa responsabilidade, não só com o examinando/periciando, mas também conosco e com a sociedade, de forma global e abrangente.

PERÍCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA E A DIVISÃO DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Independentemente de a Perícia Psiquiátrica ser na área legal forense ou previdenciária, o exame psiquiátrico com fins fiscalizatórios, técnicos, legais, previdenciários, jurídicos, de comprovação de incapacidade, inimizabilidade, alienação mental e interdição obedecem uma diretriz, uma base organizacional e didática de abordagem do periciando assim como da técnica e ordenação das fases do exame, que facilitam nosso trabalho, além de gerar clareza e objetividade no laudo pericial.

Pensando nisso e também em uniformização de condutas técnico-periciais em Psiquiatria, em dezembro de 2006 o INSS constituiu um grupo de trabalho de peritos médicos psiquiatras da própria instituição selecionados pelos seus *curriculuns* e nível técnico científico – do qual tive a honra de participar – para traçarmos um documento-base, uma diretriz para a avaliação psiquiátrica em Perícia Médica. Desse documento, extraio conceitos-base para o exame psiquiátrico pericial em qualquer área de atuação, com as nuances e finalidades próprias que podem ser adaptadas a cada setor médico pericial.

Primeiramente, dividimos as patologias psiquiátricas em dois grandes grupos-base:

- Transtornos psiquiátricos estruturais – são os que têm um substrato orgânico com base anatomoclínica e causas conhecidas. Entre eles, temos as psicoses (esquizofrenia e transtornos de humor/afetivos), as demências e as epilepsias com comprometimento psiquiátrico.
- transtornos psiquiátricos não-estruturais – são os que não têm substrato orgânico, nem base anatomoclínica. São exemplos deste grupo os transtornos neuróticos (transtornos do estresse, os casos de estresse pós-traumático, os distúrbios somatoformes, a ansiedade, as fobias e a depressão neurótica).

Na Psiquiatria Pericial, determinar esta origem do transtorno é importantíssimo.

No primeiro grupo, teremos os inimputáveis, os alienados mentais, os grandes transtornos da memória e comportamento comuns nas epilepsias temporais complexas, com dissociação e amnésias, que podem incorrer em fugas, em crimes dos quais não se tenha a lembrança depois.

Na Perícia Psiquiátrica Previdenciária, o grupo de doenças psiquiátricas estruturais representará benefícios prolongados, no mais das vezes levando à aposentadoria precoce (a esquizofrenia eclode na juventude). Também os casos de benefícios de amparo social, como o da Loas.

Na Perícia Psiquiátrica Forense, temos neste grupo a maioria das causas de interdição, seja pelas demências, pela paranóia, pela prodigalidade, que, embora termo jurídico, como bem ensina o psiquiatra forense Dr José Geraldo Taborda, é um sintoma de psicose, a saber, da fase maníaca do transtorno bipolar de humor.

No segundo grupo, o dos transtornos não-estruturais, teremos a imensa gama de transtornos neuróticos. Estes não causam alienação mental, os criminosos portadores destes transtornos são puníveis e conscientes de seus atos. As neuroses não são casos para interdição.

Quando, na Perícia Previdenciária, costumam vir recorrer ao auxílio-doença, nem sempre a doença, que até existe, torna o indivíduo incapaz para o trabalho.

Ainda neste grupo é que virão os casos de vítimas da violência com a entidade “estresse pós-traumático”, por vezes realmente incapacitante e, em outras, nem tanto.

Como se pode ver, a simples distribuição das doenças em estruturais e não-estruturais já propicia dois grandes grupos bem delimitados para a Perícia Psiquiátrica, seja ela Legal, Forense ou Previdenciária.

Peculiaridades e Dificuldades do Exame Psiquiátrico

Para a avaliação de transtornos mentais, deve-se considerar sua gênese biopsicossocial. Tal situação determina peculiaridades a serem observadas, que são inerentes à área, pela maior vulnerabilidade, tanto do avaliado, quanto do avaliador. Na Psiquiatria, todo e qualquer dado e informe poderá fazer enorme diferença nas decisões, nos diagnósticos e prognósticos.

A Psiquiatria é subjetiva e analítica em sua estrutura. Começaremos por avaliar o ser humano por dois eixos de vida.

Eixos de Avaliação da Estrutura Psíquica

Há que se considerar os dois eixos de observação a seguir:

- o longitudinal – que corresponde à linha da vida, com início desde o período pré-natal até o momento presente;
- o transversal – que corresponde ao exame do estado mental na ocasião da avaliação.

Quanto a esta divisão, a importância nas perícias psiquiátricas é capital em todas as áreas de investigação pericial.

Na avaliação pericial criminal, por exemplo, é importante o perito relatar como e em que condições estava o delinqüente no momento da prática do delito. Ora, entra aí posteriormente o conceito de personalidade prévia e inicialmente a análise do eixo transversal.

Quando o perito forense/legal relata que o criminoso, no momento do crime, estava com alucinações e delírios, e ouviu vozes que ordenaram que ele matasse pessoas ou abusasse sexualmente delas, o perito estará avaliando apenas o corte transversal, o momento atual. Se na investigação for possível, deve-se sempre procurar o corte longitudinal, o passado, a infância, os crimes anteriores, se os houve. Isto é investigar a personalidade prévia.

Lembramos com isso que é importantíssimo e totalmente dependente do laudo psiquiátrico a classificação de um periciando em psicopata ou psicótico.

Pode-se, neste caso de diagnóstico diferencial, contar com a ajuda do psicólogo que, com exame especializado e testagens próprias ao seu ramo de atividade, pode nos fornecer mais subsídios ao diagnóstico correto.

Outras Peculiaridades do Exame Psiquiátrico

Quanto a outras peculiaridades do exame psiquiátrico, temos as seguintes situações, sendo todas elas fatores complicadores:

- existe o predomínio de elementos abstratos para a análise das funções psíquicas;
- há ausência de exames complementares comprobatórios, na maioria dos casos;
- pode haver, na avaliação, a presença de julgamento de valores e preconceitos com relação a um possível portador de transtorno mental;
- há dificuldades na entrevista quanto à colaboração para o fornecimento de informações e na credibilidade da descrição sintomática;

- há maior rejeição por parte da população em questão, por ser mais sujeita às dificuldades do mercado de trabalho, o que leva a risco de desemprego e danos socioeconômicos;
- há dificuldade na validação dos informes técnicos fornecidos por diversos profissionais, pelo segurado à Perícia;
- a avaliação psiquiátrica, em virtude das características já citadas, exige atenção diferenciada por parte do perito.

Dificuldades que Podem Ser Observadas durante a Avaliação

- Transtorno factóide ou simulação.
- CID firmado pelo médico assistente incompatível com a clínica observada. Exemplo: CID10-F20 em pessoa de 60 anos que nunca teve nenhum surto esquizofrênico antes (esquizofrenia eclode até cerca de trinta anos).
- CID firmado pelo médico assistente incompatível com o tempo estimado de recuperação. Exemplo: CID F33.3 (transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave, com sintomas psicóticos) com estimativa de afastamento para o trabalho só para 30 dias.
- Medicamentos utilizados não atingem os sintomas-alvo para o tratamento do transtorno codificado. Exemplo: CID informado com medicação sem especificidade para tal. Paciente neurótico ou depressivo em uso de anti-psicótico, ou o oposto.
- Dois ou mais CIDs incompatíveis. Exemplo: CID F20 (esquizofrenia) e F45 (transtorno neurótico somatoforme).
- Diversidades de CID em exames consecuentes. Exemplo: CID F32 para F20, para F40. Muito comum na Perícia Previdenciária, que faz os laudos em períodos seriados, em geral realizados por peritos diferentes.
- Transtorno informado incompatível com a função laborativa. Exemplo: F72 (retardo mental grave) e atividade referida de professor universitário.
- Persistente ineficácia da medicação e piora contínua das queixas, sem melhora visível por parte da pessoa, mesmo que corretamente medicada por longo tempo. Exemplo: uso correto de antidepressivo há mais de seis meses, sem qualquer relato de melhora.
- Relação do examinado com o acompanhante. Exemplo: Diagnóstico de F32 que não responde a qualquer pergunta formulada, esperando o acompanhante responder. A depressão no F32 é totalmente compatível com o diálogo.

- Quadro clínico existente pela ação medicamentosa, iatrogênica e/ou por uso autoprovocado, e possibilidade de desintoxicação em curto tempo. Exemplo: Impregnação por haldol. Uso excessivo de tranqüilizantes.

Bases para o Exame Psiquiátrico Pericial

- Avaliação geral da pessoa.
- Exame clínico das funções mentais.
- Avaliação de funções psicofisiológicas.

PERÍCIA PSIQUIÁTRICA FORENSE-LEGAL

Atributos Necessários à Formação do Perito Psiquiatra

Obviamente que, como em qualquer especialidade médica, há que se possuir o dom vocacional, a tendência inata para lidar com área tão complexa e subjetiva como a mente humana.

O psiquiatra deve ter algumas características de personalidade e interesse por algumas áreas científicas e até fora da Medicina. Assim como um cirurgião deve ter mãos firmes e hábeis, um anestesista ter interesse por físico-química, além da calma, segurança e paciência, os psiquiatras devem ter uma boa formação em Medicina Interna, em Clínica Médica. Devem se interessar pelas doenças hormonais, pela Neurologia, pela Psicologia e Psicanálise, pela Sociologia e Psicofarmacologia. Interessar-se também pelo Direito e seus meandros, já que seu paciente, ou periciando, ou autor, ou réu, ou segurado, muitas vezes dependerá do seu parecer para uma série de situações judiciais, trabalhistas, administrativas e legais, de acordo com seu grau de saúde ou doença mental.

HISTÓRICO, EVOLUÇÃO E PROGRESSO NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS

Não podemos negar que no último século tivemos um avanço expressivo com relação às condutas psiquiátricas e também à terapêutica farmacológica para algumas entidades nosológicas, como, por exemplo, a depressão, que conta hoje, já muito mais entendida, estudada e explicada, com um arsenal medicamentoso potente e diversificado, o que não impede, infelizmente, que seja a doença mental

que mais cresce em todo o mundo. São os casos em que a Medicina evolui na cura, no tratamento, porém as causas e fatores determinantes da eclosão do aparecimento da doença até aumentam, em vez de diminuir, ou seja, não há prevenção.

No passado recente e ainda no presente, de forma bem mais isolada e branda, os portadores de psicoses e outras patologias psiquiátricas e até mistas (nerológicas, metabólicas) eram confinados aos hospitais psiquiátricos, freqüentemente, por toda a vida. O preconceito era – e ainda é – muito grande quanto ao tratamento psiquiátrico ambulatorial. As famílias se envergonhavam de ter uma pessoa com problemas mentais em seu seio. O abandono por parte dos familiares era quase total.

Hoje, luta-se e incentiva-se a não-intervalização do paciente, em prol de sua integração afetiva, social e, sempre que, possível laboral, logicamente respeitando suas limitações ao meio, com o apoio de seus familiares, do seu trabalho e, é claro, do seu psiquiatra.

Temos, também, além da evolução do arsenal medicamentoso, o progresso dos exames por imagem, como a de diagnóstico e tratamento das doenças psiquiátricas, tomografia computadorizada, EEG, PET e SPECT, a ressonância magnética, que mostrarão, evidenciarão e detectarão doenças de ordem neurológica, endocrinológica e oncológica, diagnosticadas erroneamente como doenças psiquiátricas em outros tempos.

A evolução nos exames que avaliam a parte hormonal e metabólica laboratorialmente também ajuda muito a não incorrerem em erros diagnósticos, confundindo uma disfunção tireoidiana, por exemplo, com uma doença de origem mental.

Os exames laboratoriais que nos ajudam a manter o equilíbrio homeostático quanto ao uso de certas drogas, como lítio, ácido valpróico, fenobarbital e outras, são de valor inestimável para o controle dosimétrico destas medicações, periódica e necessariamente monitoradas.

Ainda nos casos especificamente indicados, não podemos deixar de nos render à eficácia da eletroconvulsoterapia, ECG, que, obedecendo as normas de segurança e técnica para sua aplicação, assim como a indicação precisa, substituiu o lendário e assustador “eletro-choque convencional”, hoje em total desuso.

PERÍCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA

O termo Perícia vem do latim *peritia* e, segundo o dicionário Aurélio, quer dizer “vistoria ou exame de caráter técnico e especializado” (FERREIRA, 2002).

O Código de Processo Civil, em seu artigo 420, traz a mesma conceituação com as seguintes palavras: “a prova pericial consiste em exame, vistoria ou avaliação”.

Logo, Perícia Médica é procedimento executado por profissional médico e consiste numa avaliação que é o exame médico pericial do periciando, que, dependendo da área de atuação do perito, será um segurado, réu, vítima, autor, servidor público, empregado de empresas, entre outros.

Os tipos de Perícia Médica mais abrangentes são:

- Perícia Forense;
- Perícia Médico-Legal;
- Perícia Médico-Previdenciária;
- Perícia Médica Pública ou Administrativa.

A Perícia Forense denomina seus peritos como perito de juízo ,ainda, perito médico legista ou perito legista; perito médico da Previdência Social; Médico Perito Estadual, Federal, Municipal ou de empresas de economia mista (estes, no caso, periciam os servidores da instituição em que exercem suas funções).

O PERFIL DO PERITO PSIQUIATRA

Vimos, no capítulo O Perfil do Perito Médico, uma série de requisitos, tendências, dons, caracteres de personalidade e temperamento que devem ser inerentes ao perito médico de forma genérica.

No caso da Psiquiatria, reforçaríamos algumas qualidades e características muito importantes para este tipo de atuação, que são:

- conhecimento amplo da área clínica, endocrinológica, medicina interna;
- bons conhecimentos e interesse efetivo pelo Direito, Ciências Sociais, Sociologia;
- conhecimentos na área da Psicologia;
- gostar da área de legislação pública. Atualizar-se constantemente quanto aos atos, normas, leis, decretos, portarias e afins, concernentes à sua área de atuação;
- ter personalidade imparcial; ausência de preconceitos; temperamento racional, seguro, sólido em seus conhecimentos e facilidade em assumir atitudes decisórias e conclusivas quanto ao periciando;
- ter sólido conhecimento do Código de Ética Médica, Do Sigilo Profissional;
- ter a sabedoria de estabelecer o *rapport*, sem o qual não há como fazer uma

boa abordagem psiquiátrica, porém mantendo a postura neutra e impassível, não deixando transparecer – embora os tenha e sinta – suas emoções e seus sentimentos;

- equilíbrio psíquico, emocional e afetivo sólido, evitando as “transferências e contaminações” com os problemas de ordem psiquiátrica, psicológica, social e afetiva com os quais lidará na prática da Psiquiatria Pericial;
- estudar as formas de linguagem não-verbal, especialmente corporal, gestual, comportamental, o que muito ajudará na identificação de simulações, extremamente freqüentes na especialidade psiquiátrica, e também no exame de periciandos com limitações intelectivas e alienação mental.

PERÍCIA PSIQUIÁTRICA FORENSE

A Perícia Psiquiátrica ou Exame Pericial Psiquiátrico é uma avaliação médica especializada solicitada pela justiça com o objetivo de atestar a condição mental de uma pessoa e embasar de forma técnica a justiça, em três tipos de situações, a saber:

- avaliação de interdição civil por razões mentais;
- avaliação da inimputabilidade;
- avaliação trabalhista de capacidade laboral, doença profissional, invalidez por deficiência mental, entre outras.

No primeiro caso, a Perícia Psiquiátrica se reportará ao Direito Civil, no segundo, ao Direito Criminal e, no terceiro, ao Direito trabalhista, em cuja área geralmente temos a participação do perito médico previdenciário, pois boa parte destes processos tem o INSS como réu.

É importante ressaltar a imensa responsabilidade deste perito de juízo, do qual se espera um esclarecimento, uma conclusão médico-pericial que fogue à alçada do juiz quanto ao conhecimento técnico e científico e que, por isso, o nomeia nos autos processuais, para que, com o laudo pericial, possa concluir com justiça e isenção.

O perito que executa este tipo de exame é denominado perito do juízo. É uma função de confiança do juiz, e não há, para esse tipo de perito, uma carreira própria, um *status* regular quanto à sua situação laboral.

Qualquer psiquiatra pode fazer este trabalho, desde que escolhido, aceito e nomeado pelo juízo. Existem cursos de especialização em Perícia Forense, e acho extremamente importante que este perito o faça.

O perito do juízo, além de se especializar em Perícia Forense, deve ter amplo conhecimento da área do Direito em que vai atuar e estar atualizado quanto à legislação vigente.

Nas três situações em que sua opinião é solicitada como prova conclusiva para o juiz, este não pode esquecer que estará influenciando profundamente nos rumos da vida do periciando, neste caso, chamado de autor ou réu.

Tanto nos casos civis de interdição como nos criminais, de avaliação de inimputabilidade, ainda nos trabalhistas, em que o segurado pode até ser e estar doente mas nem por isso incapaz, há, em geral, histórias trágicas, confusas, dolorosas, a envolver este tipo de processo.

Há que se exigir do perito do juízo um senso de imparcialidade, de não-preconceito, de clareza e certeza muito grande. Seu laudo deve ser didático, explícito, claro, pois o juiz e as partes interessadas não têm que traduzir o 'medicinês', especialmente numa área complexa como a da Psiquiatria. Evitar as nossas famosas e tão usadas abreviaturas, escrevendo por extenso o nome dos exames, medicamentos, doenças psiquiátricas (se o perito psiquiatra escrever, por exemplo, que "após o exame e análise da TC, da RM, do EEG, concluo que o autor é portador de TBH grave e não de Epi temporal", posso afirmar ao colega que o juiz vai chamá-lo para "traduzir o laudo". Se o perito é assistente técnico, a parte também vai pedir a tradução, seja a Procuradoria do INSS, ou a parte ré ou autora, que o contratou). Nada, portanto, de abreviaturas e termos por nós consagrados, mas por eles desconhecidos.

Em conformidade com a didática e técnica, o ideal será:

- estabelecer com firmeza de opinião o diagnóstico ou diagnósticos médico-psiquiátricos do periciando;
- na área criminal, particularmente, é muito importante, estabelecer qual era o estado psíquico, mental, no momento da ação, da prática do delito. Estava lúcido, drogado, embriagado? É um psicótico esquizofrênico paranóide sem medicação? É alienado mental? É um psicopata?

Nas interdições e afins, a análise é mais insidiosa, mais difícil de perceber, mais subreptícia quanto às verdadeiras intenções dos interessados em 'anular' um indivíduo para a vida civil, ou especialmente situações em que estão envolvidos bens, posses e dinheiro, testamento, anulação de casamento, guarda de filhos. Nas perícias envolvendo relações afetivas e bens materiais, procuro ser o mais paciente e minuciosa possível, só concluindo meu laudo após ter pleno convencimento de que não estou sendo ludibriada por nenhuma das partes.

Devemos seguir a nossa pauta didática e técnica:

- diagnóstico muito bem firmado, claro e objetivo;
- como estava ao cometer o delito? como é a personalidade prévia?;
- estabelecer então um prognóstico: reversível? curável? inválido? alienado?.

O grau de incapacidade do ponto de vista psiquiátrico há que ser muito bem analisado – é definitiva? poderá ser temporária? o periciando oferece risco a si e a terceiros?

Como perita forense, sei bem o que é o ônus da dúvida, da incerteza e, também, da compaixão ou revolta em certos casos. Somos peritos, mas seres humanos também, aliás, particularmente, somos humanos!

Sempre procurei, independente do sentimento que o periciando e sua história me causassem, ser imparcial e técnica ao máximo, seja como perita de juízo, como assistente técnica, ou como perita previdenciária.

Há casos em que podemos e devemos pedir o auxílio do(a) psicólogo(a) para testagens específicas que se somarão ao nosso parecer.

Por vezes, em casos de psicose epiléptica, epilepsia parcial complexa, mal de Alzheimer, entre outras doenças, exames complementares, como EEG e Ressonância Magnética e Tomografia ou Cintilografia, podem nos auxiliar, e muito.

Acho importante também – e costumo fazer – uma fundamentação do diagnóstico com base na boa literatura psiquiátrica, seja ratificando o diagnóstico, seja comparando com entidades nosológicas semelhantes, seja descartando a possibilidade do diagnóstico suposto. Insiro os trechos mais claros e elucidativos e a fonte literária no laudo.

Nas conclusões e no corpo do laudo, devemos evitar enveredar pela área do Direito, dar opiniões, enfim, sairmos da esfera médico-pericial, que é a que nos compete.

O perito do juízo tem como meta embasar, esclarecer, ilustrar, orientar, enfim, codjuvar com o seu conhecimento médico psiquiátrico a decisão judicial.

Se houver quesitos, e em geral os há, o perito psiquiatra, apesar da subjetividade de nossa especialidade, deve se esforçar também para ser o mais objetivo, claro e conciso possível.

Quanto ao perito do juízo que atua junto ao juiz do Trabalho, sua atuação tem uma conotação um tanto diferente das outras duas áreas. Em geral, são empregados de empresas alegando doença psiquiátrica de causa profissional, sendo as mais comuns as entidades do CID-X relacionadas ao estresse

e ao desgaste profissional (síndrome de Burn-out). Ainda há os casos que alegam o assédio moral, com conseqüentes problemas psiquiátricos depressivos e estresse pós-traumático. Na maioria, são segurados que tentaram benefício no INSS e não tiveram reconhecida, pelo perito médico previdenciário, a sua incapacidade. Outros a tiveram, mas o perito enquadra em auxílio-doença, e os segurados, aqui chamados de autores, desejam conversão para doença do trabalho. É muito comum na área trabalhista o INSS ser o réu no processo ou parte coadjuvante neste.

O perito do juízo nestes processos deve lembrar que não estará avaliando se o periciando é doente e sim se ele é incapaz para o trabalho que exerce.

O INSS tem investido bastante, por intermédio das Procuradorias, neste tipo de processo, enviando às perícias judiciais os assistentes técnicos, que são os médicos peritos da previdência, representando a Instituição INSS. Os casos têm sido mais bem avaliados quanto à ótica doença x incapacidade, e também quanto ao enquadramento em doença profissional, especialmente no que concerne à área psiquiátrica.

O assistente técnico psiquiátrico é também um médico especializado em Psiquiatria, porém não é nomeado pelo juiz, e sim representa a parte autora ou ré, sendo por esta designado ou contratado. Sua função é acompanhar de forma técnica e fiscalizatória a perícia do juízo, avaliando a lisura, as normas, se há omissões, parcialidades, enfim, elabora também o seu parecer técnico, fazendo o papel de médico perito da parte que o contratou ou o designou.

Em muitos casos, há grande entrosamento entre o assistente técnico e o perito de juízo, com avaliação e investigação conjunta e laudo comum às partes. Quando há divergência, o assistente técnico elabora o seu laudo/relatório/parecer e junta ao processo em tela, tendo seu trabalho igualmente valor legal.

Considerações acerca da Perícia Psiquiátrica Forense

A Perícia Forense, em particular na complexa área da especialidade psiquiátrica, ainda é muito precária em nosso país no sentido da valorização e regulamentação da especialidade Perícia Médica – subespecialidade Perícia Forense-Legal. Não existem quadros de peritos psiquiatras contratados formalmente ou concursados para atuação nos fóruns especialmente nos processos das áreas civil, trabalhista e previdenciária, enfim, uma carreira dentro da Perícia Médica na área do juízo, na área forense.

Seja voltado para o Direito Civil, Criminal ou Trabalhista, o perito médico psiquiatra presta serviços especializados de inestimável valor quanto a colaborar com seus laudos e pareceres para uma sentença ou decisão justa, complementando com a Medicina os dados fundamentais que o Judiciário precisa para fechar sua conclusão e proferir suas sentenças. Vejo o quanto um corpo de peritos psiquiatras exercendo regular e oficialmente suas funções de forma multidisciplinar com o Judiciário colaboraria para maior agilidade, destreza e conclusividade no despacho de processos.

Exerci a função de perita do juízo num determinado Juizado em que examinei grande número de casos psiquiátricos, pendentes apenas do parecer do *expert* em Psiquiatria. Alguns dos casos já aguardavam há muitos anos.

Desejo que um dia a Perícia Forense Psiquiátrica no Brasil tome corpo, ganhe forma e exista como uma profissão regulamentada. Com certeza, todos lucrarão no sentido da agilidade, do conhecimento e da integração entre a Medicina Pericial e a justiça, de uma forma mais progressista e moderna.

Lembremos que para a discussão e resolução de determinadas situações, em particular na área do Direito Civil e Criminal, a presença do Psiquiatra praticamente é impositiva.

Nossa sociedade cobra mudanças quanto aos critérios de inimputabilidade, de diferença entre psicose e psicopatia, dos critérios de demência, alienação e invalidez para os atos da vida civil.

Na justiça do Trabalho, há que se discutir quando uma doença psiquiátrica existe, e, existindo, se incapacita parcial ou totalmente, se está realmente relacionada à atividade laborativa, enfim, questionamentos da seara da Perícia Psiquiátrica, que muito pode contribuir com sua sabedoria e conhecimento.

Temos ainda os simuladores, que se aproveitam da complexidade e subjetividade dos sintomas psiquiátricos. Estes, mais do que quaisquer outros, necessitam de exame pericial psiquiátrico rigoroso e com o máximo apuro técnico.

Aguardemos num futuro próximo que a Perícia Forense Psiquiátrica possa ter reconhecida toda a beleza, o desafio e a importância que realmente representa em nosso cenário médico pericial e judiciário.

PSIQUIATRA MÉDICO-LEGAL

Muitos autores preocuparam-se em conceituar Medicina Legal. Vamos a alguns destes conceitos e definições:

“É a aplicação dos conhecimentos médicos aos problemas judiciais” (PARÉ *apud* HISTÓRIA..., 2007).

“É o conjunto de conhecimentos médicos e paramédicos destinados a servir ao Direito e cooperando na elaboração, interpretação e execução dos dispositivos legais no seu campo de ação de medicina aplicada” (GOMES, 2003).

Apesar de ser uma especialidade médica, ela é, sem dúvida, multidisciplinar em seu corpo de conhecimentos, abrangendo o Direito, a Biologia, a Química, a Física, a Sociologia, entre outras.

Perfil do Psiquiatra Legal

O perito legista/legal em Psiquiatria não pode ter apenas bons conhecimentos e domínios da ciência da mente humana, ele necessita ter:

- apuro técnico, clareza, capacidade decisória, poder de síntese, objetividade na elaboração de laudos, pareceres e resposta aos quesitos judiciais;
- conhecimento e familiarização com a linguagem jurídica e técnica para a redação de seus laudos, relatórios e pareceres;
- equilíbrio psíquico, emocional e afetivo, racionalidade, não abrindo mão do senso de humanidade e compaixão, devidamente contidos e controlados, diante dos dramas, tragédias e contendas que costumam permear os meandros da Psiquiatria Legal;
- senso extremo de responsabilidade, pois como cita Tourdes, a importância da Medicina Legal e em nosso caso específico, da psiquiatria legal, resulta da própria gravidade dos interesses que lhes são confiados, não sendo exagerado dizer que a honra, a liberdade e até a vida de um cidadão podem depender de suas decisões.

Citando ainda Gomes (2003): “o laudo pericial muitas das vezes é o prefácio de uma sentença.”

Evolução Científica

A Psiquiatria Médico-Legal estuda os transtornos mentais e de conduta, os problemas da capacidade civil e da responsabilidade penal sob o ponto de vista médico-forense.

Como outras ciências, a importância e o aperfeiçoamento das atividades da Psiquiatria Legal vem ganhando corpo, especialmente com a reforma

do Código Penal, instituído pelo decreto-lei n. 1.004, de 21 de outubro de 1969, e com a reforma da lei n. 6.016, de 21 de dezembro de 1973. O juiz, além dos conhecimentos próprios de sua formação jurídica, necessita, agora, adicionar outros de natureza sociopolítica e legispericial.

Sobre o assunto, citamos Domicé, segundo o qual a grande novidade, porém, é a dos criminosos habituais ou por tendência, com a aplicação da pena indeterminada, e a reincidência, que não ocorrerá se, depois de uma sentença condenatória, cumprida ou extinta, decorrer período de tempo superior a cinco anos, sendo excluídos, para efeito da reincidência, os crimes puramente militares e políticos. Para a ampliação da pena, o juiz terá, obrigatoriamente, de possuir uma especialização penal e criminológica. Pelo Código de 1940, o art. 42 continha diretrizes abstratas, ao contrário das que se encontram no novo, que determinam ao juiz, na sentença, expressamente referir os fundamentos da medida da pena, apreciando a gravidade do crime praticado, a maior ou menor extensão ou perigo do dano, os meios empregados, o modo de execução, os motivos determinantes, as circunstâncias de tempo e lugar, os antecedentes do réu e suas atitudes de insensibilidade, indiferença ou arrependimento após o crime, levando-se em consideração, também, na fixação da pena de multa, a situação econômica do condenado. É um dispositivo que obrigará o juiz, além da competência jurídico-penal e criminológica, a demonstrar uma sensibilidade apurada, fazendo-o participar de todo o processo e muito especialmente, do interrogatório do acusado, fase processual que terá grande importância.

Assim, mais do que nunca, necessitará a autoridade judiciária de elementos de convicção quando apreciar a prova.

Considerações acerca da Psiquiatria Legal

Assim, ganha o psiquiatra legal um peso ímpar quanto à análise de transtornos mentais e de conduta em criminosos. Só o perito especializado em doenças mentais poderá avaliar com precisão técnica os labirintos da mente sociopata, alienada, psicotizada, passional, neurotizada, e, em seu relato médico-legal psiquiátrico, formar prova técnica importantíssima que influirá muito na decisão judicial final.

Cabe às autoridades e governantes dar maiores subsídios e valorização à autoridade da Medicina Pericial Forense e Legal.

Mensagem

O perito psiquiatra nas áreas forense e legal caminha obstinado e dedicado, estudioso e responsável, em condições de trabalho muitas vezes precárias, insalubres, anti-ergonômicas, perigosas, onde exerce sua função de forma quase artesanal.

Há que ter auto-estima e muito amor ao exercício que abraçou, pois seu trabalho tem o destino do silêncio, do sigilo e do anonimato, pertinente apenas às autoridades judiciais, o que não importa, pois sabe, o perito psiquiatra legal, que o importante é exercer sua missão com probidade e em paz com sua consciência de, antes de tudo, ser um médico e orgulhar-se sempre de sê-lo, por mais adversas e anônimas que sejam as condições do exercício, sempre nobre, de qualquer área da Medicina!

PERÍCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA E PSIQUIATRIA

O perito médico é o profissional especializado, na estrutura previdenciária, que tem a função de avaliar as condições de saúde do periciando/segurado, correlacionando estas condições com a existência de incapacidade laboral e, caso esta incapacidade exista, definir objetivamente o grau de incapacidade e o tempo de afastamento pertinente ao quadro incapacitante, sempre relacionado com a atividade laborativa e com a legislação própria. No caso da Perícia Médica Previdenciária, o periciando/examinando é denominado segurado. Na Perícia Previdenciária Psiquiátrica, além dos fatores já citados para todas as áreas de atividades periciais como complicadores e fatores de dificuldades na avaliação e conclusão pericial, temos ainda algumas situações agravantes. Com base nos três pilares regentes da atuação do perito médico na área previdenciária, poderemos ir relacionando dificuldades específicas à área de avaliação psiquiátrica:

- as alterações mórbidas, a doença. Neste caso, reportando-nos às páginas anteriores deste capítulo, veremos que as doenças psiquiátricas podem ser estruturais, como as psicoses e os retardos mentais, e não-estruturais, que serão os transtornos neuróticos. Na Psiquiatria, é comum um pai ou mãe ou responsável, que tem seu filho com retardo mental ou, desde a adolescência, com um quadro esquizofrênico florido, “pagar o INSS para ele, como autônomo”, porque, “coitado, ele não pode mesmo trabalhar”. Ocorre nestes casos que, num retardo, por exemplo, a doença será de nascença, preexistente à contribuição, e, aí, o perito médico concorda que ele é inca-

paz no seu laudo médico, porém, o sistema de controle administrativo não concede o benefício. O mesmo ocorre nas esquizofrenias.

Na verdade, falta ao País um amplo sistema de informação dos direitos e deveres do segurado para com o governo e vice-versa. As pessoas não sabem, não são informadas, e aí vêm as confusões, as agressões. E a quem? ao perito, que é só parte deste sistema e nada pode fazer se o pilar legal disser “não”.

Outro problema é a confusão entre doença e incapacidade, especialmente na área psiquiátrica. O paciente psiquiátrico acha que está “tomando remédio controlado”, “tarja preta e tudo!!!”, “como vai trabalhar se ele se trata com um médico de malucos???”.

O próprio segurado psiquiátrico tem vergonha e preconceito quanto à sua doença. A família, nem se fala, então! No trabalho, ele é logo afastado porque está com “problemas na cabeça e toma remédios muito fortes de maluco”. O que lhe resta num país onde a ignorância impera e o preconceito é sobejo? Resta ficar “encostado no INSS”. Este, senhores, é o melhor quadro, são as pessoas de bem que têm realmente alguma doença/transtorno mental, pois nosso ‘time principal’ é constituído de simuladores, de histriônicos, que mentem ou exageram os sintomas em prol do ganho secundário que é o benefício previdenciário.

- A atividade profissional/cargo/função laborativa – a Perícia Psiquiátrica terá neste parâmetro outro problema. Reabilitar um hipertenso, um diabético, um caso de LER/Dort, parte de premissas objetivas e práticas tais como: “não pode esforço físico”; “não pode movimento repetitivo”; “não pode trabalhar em altura”, etc. E na Psiquiatria? Numa depressão maior, o segurado diz que não quer fazer nada! E não quer mesmo! Não é que não queira, o deprimido simplesmente não consegue produzir. Ele se isola, foge do contato social, é improdutivo, fala em morrer em se matar... Onde reabilitá-lo? Como retorná-lo às suas funções? Falo na Depressão, pois é, de longe, não só na Perícia, mas no mundo, a doença mais preocupante do século XXI. Observo que os segurados depressivos, em sua esmagadora maioria, só tomam medicação, que, em geral, é totalmente errada. Eles tomam ansiolíticos e aí... a depressão piora! Tenho inúmeros casos na Perícia de deprimidos “medicados” com “ansiolíticos e antipsicóticos”!!!

Não fazem a importantíssima Psicoterapia de apoio, “é cara, e pelo SUS não tem”. Abandonam o tratamento, cansam, desistem da vida. Vão ficando em benefício... se damos cessação, eles pedem prorrogação. E assim, numa roda viva, a depressão é responsável por um sem fim de pessoas produtivas e jovens que simplesmente desistem.

Outra entidade preocupante é o estresse pós-traumático e as ansiedades severas que vêm para nós codificadas erroneamente como “síndrome do pânico”. Temos muitos segurados descompensados e realmente abalados pela violência urbana e alguns não conseguem se readaptar a uma vida em grandes centros depois de um seqüestro, vários assaltos e até estupros.

Na realidade, com algumas exceções, os segurados depressivos, ansiosos, panicosos, traumatizados, neuróticos enfim, se tivessem apoio afetivo e familiar; tratamento digno por parte dos sistemas de saúde pública, com psiquiatra assistente atuante e presente em sua vida, medicação adequada e Psicoterapia, acabariam por melhorar ou até se curarem e retornarem às suas atividades profissionais. As empresas, por sua vez, não investem nas vítimas de doenças e transtornos mentais. Estigmatizam estas pessoas, e, no retorno ao trabalho, são demitidos ou discriminados.

- O nosso terceiro pilar já foi citado: é a Lei que rege o sistema previdenciário e a qual o perito deve obediência e que o segurado desconhece totalmente! Para o segurado, a lei é o perito! Isso gera as agressões, ameaças e até mortes.

Perícia Psiquiátrica e Simulação

A simulação existe em todas as áreas periciais. A Psiquiatria Forense e Legal também tem grandes problemas com este tipo de conduta. Na área previdenciária, os simuladores, em quase totalidade, são na área psiquiátrica. Há que se ter, da parte do perito psiquiatra previdenciário, muito conhecimento, zelo e cuidado, pois o número de pessoas que vêm procurar o ganho secundário forjando ou exagerando doenças é imenso! Resumidamente, trazemos algumas citações sobre esta situação que se repete e se amplia a cada dia, sendo um fantasma assustador na atividade do perito psiquiatra.

“Simular é fingir o que não é” (FERREIRA, 2002).

“É a produção intencional ou invenção de sintomas ou incapacidade, tanto física como psicológicas motivadas por ‘estresse’ ou incentivos externos” (OMS, 1993).

“HÁ MOTIVAÇÃO CONSCIENTE + PRODUÇÃO CONSCIENTE DE SINTOMAS + INTUITO DE ENGANAR” (OMS, 1993).

A OMS tem uma Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde. Nesta classificação, há um código para simulação, que é o Z76-5 (pessoa fingindo ser doente; simulação consciente; simula-

dor com motivação óbvia); e o código F68.1 também se enquadra (produção deliberada ou simulação de sintomas ou de incapacidade física ou psicológica).

Temos de ter muito cuidado para não confundir simulação com doenças que se arrastam e têm substrato e agravamento pelo desequilíbrio psíquico por estresse grave, depressão reativa, ansiedade severa. São algumas dessas doenças: neurastenia; transtorno doloroso persistente; fibromialgia; síndrome da fadiga crônica; transtornos conversivos e somatoformes, que têm motivação inconsciente por parte do periciando que não tem insight disso, sofrendo realmente e em quadro neurótico a ser tratado.

Em seu livro *Psiquiatria Forense*, Taborda; Chalub e Abdalla Filho fazem a seguinte divisão em relação à simulação:

- simulação pura: ato de falsificar doença ou incapacidade inexistente;
- simulação parcial: exagero consciente de sintomas que não existem;
- simulação falsa imputação: é a atribuição de sintomas reais a uma causa conscientemente estendida e que não tem relação com os sintomas.

Ainda referem esses autores que o simulador tem como objetivo o ganho secundário e/ou reforço/proteção ambiental, que seriam benesses trabalhistas e laborais fincadas em falsas doenças, restritivas ao trabalho habitual

Neurose de Compensação, segundo a OMS (1993),

tem em seu corpo os dois fatores de ganho. O laboral e o pessoal. É quadro induzido, exacerbado, prolongado provindo de resultados negativos de ações políticas e sociais ou sócio culturais. São comuns estes artifícios nos países onde o sistema previdenciário estimula este comportamento.

Referências

APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV*. 4. ed. Washington: APA, 1994.

APA. *DSM IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BALLONE, G. J. *Diagnóstico psiquiátrico*. Revisto em 2005. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em: 12 set. 2007a.

BALLONE, G. J. *Psiquiatria Geral*. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em: 12 set. 2007b.

BALLONE, G. J. Perícia Psiquiátrica Forense. Disponível em: <<http://www.psiqweb.br>>. Revisto em 2005. Acesso em: 26 set. 2007c.

CFM: Conselho Federal de Medicina. Artigos 118-121 – desempenho ético da Perícia Médica. In: CFM: Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica*. Disponível em: <<http://www.portalmédico.gov.br>>. Acesso em: 24 set. 2007.

DAMIÃO, R. T.; HENRIQUES, A. *Curso de português jurídico*. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho, estudo da Psicopatologia do Trabalho*. 5. ed. São Paulo: Oboré, 1992.

FERREIRA, A. B. H. *Minidicionário da língua portuguesa*. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

FLEURY, S. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz; 1994.

FRANÇA, G.; GIMENEZ, M. *Medicina Legal*: site científico. Disponível em: <<http://www.medicinalegal.com.br>>. Acesso em: 27 ago. 2007.

GOMES, H. *Medicina legal*. 33. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2003.

HANSEL, A. et al. *Diretrizes de conduta médico pericial em transtornos mentais*. Brasília: Ed. do MPAS/INSS, 2007.

HOUAISS, A. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LIMONGI FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. L. *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MPAS: Ministério da Previdência Social – INSS. *Manual do médico perito da previdência social*. 3. ed. Brasília: Ed. do MPS, 1993.

OMS: Organização Mundial de Saúde. *CID-10: classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID 10*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

HISTÓRIA da Medicina Legal. Atualizado em 2005. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Hist%C3%B3ria_da_medicina>. Acesso em: 26 set. 2007.

SILVA BARBOSA, A. B. *Mentes com medo*. Rio de Janeiro: Enterprise, 2006.

TABORDA, J. G.; CHALUB, M; ABDALLA FILHO. *Psiquiatria forense*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

TEIXEIRA, E. H. *Perícia psiquiátrica em direito civil*. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=368&sec=30>>. Acesso em: 27 set. 2007.

VILELA, J. R. *Entrevista sobre Perícia Médica: atualização em saúde*. Disponível em: <<http://www.fundacaounimed.org.br/atualizacao/entrevista/index.php?>>. Acesso em: 30 ago. 2007.

WEIL, P.; TOMPAKOW, R. *O corpo fala*. 50. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

WIKIPÉDIA. *Medicina Legal*: capítulo explicativo e científico. Disponível em: <http://www.pt.wikipedia.org/wiki/Medicina_legal>. Acesso em: 27 ago. 2007a.

WIKIPÉDIA. *Psiquiatria*. Disponível em: <<http://www.pt.wikipedia.org/wiki/Psiquiatria>>. Acesso em : 27 ago. 2007b.



CÂMARAS TÉCNICAS

Bragmar Emílio Braga*

INTRODUÇÃO

Em virtude das inúmeras atividades do mundo contemporâneo, a criação das câmaras técnicas nos Conselhos Federal e Regionais tornou-se uma obrigação premente, e foi com esta visão que se procurou formar as devidas câmaras, algumas ligadas exclusivamente às sociedades de especialidades, outras com assuntos médicos de interesse da sociedade e da classe médica como um todo.

Hoje, o Conselho Federal de Medicina reconhece 54 especialidades médicas com 51 áreas de atuação. Porém, a área do conhecimento médico envolve muito mais do que as 56 especialidades, assuntos relevantes como Perícia Médica, dor, bioética, estética, urgências, emergências etc são temas que constituem câmaras técnicas importantes nos Conselhos.

Outro espaço preenchido pelas câmaras técnicas dos Conselhos é que, com a sua formação, mais colegas médicos e profissionais de outras áreas do conhecimento humano vieram participar, trazendo suas contribuições e ampliando a visão dos Conselhos em relação à sociedade e *vice-versa*.

O Brasil, com sua dimensão continental e com sua diversidade cultural, conta agora com opiniões, pareceres e resoluções que permitem o debate dos mais variados temas e de temas atuais de interesse médico, o que ameniza as diferenças.

* Especialista em Medicina do trabalho pela Universidade Federal de Goiás (UFG) – Fundacentro. Título de Especialista em Medicina do Trabalho pela Associação Médica do Brasil e Associação Nacional de Medicina do Trabalho (Anamt). Médico pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB). Perito Médico do INSS. Conselheiro do Conselho Regional de Medicina de Goiás (Cremego). Coordenador das Câmaras Técnicas de Medicina do Trabalho e Perícia Médica do Cremego. Diretor financeiro da Anamt/Goiania no período de 2007 a 2010. Consultor em Ergonomia pela Ergo-BH. Diretor Técnico da Clipego.

CONCEITO DE CÂMARA TÉCNICA

A câmara técnica é o elo entre as diretorias dos Conselhos e as sociedades de especialidades, sendo formada, a partir de solicitação da diretoria dos conselhos regionais ou da sociedade de especialidade, por membros cujos nomes devem ser apresentados em reunião de diretoria e homologados pela plenária dos Conselhos. É sempre composta por um conselheiro coordenador da especialidade ou que tenha mais vivência com o tema proposto, por vice-coordenadores, que podem ser conselheiros ou não, e, do mesmo modo, conselheiros médicos ou profissionais de outras áreas que tenham interesse e ligação com o tema proposto.

Assim, uma câmara pode ser composta por médicos conselheiros, médicos não conselheiros, advogados, juízes, promotores, engenheiros etc. Quando trata de temas em que está envolvido o sigilo médico, a câmara deverá, neste momento, ser composta apenas por médicos.

OBJETIVOS

O objetivo das câmaras técnicas com as especialidades médicas ou área de atuação ou tema de importância médica e da sociedade em geral é sempre procurar uniformizar condutas, procedimentos, pareceres e resoluções.

Quando um parecer é solicitado a uma câmara técnica, esta procurará aprofundar-se no assunto e, a partir daí, emitir um parecer bem fundamentado e conciso, a fim de que o mesmo seja analisado, discutido e aprovado pelo plenário do Conselho ao qual pertence.

Tendo sempre o objetivo em mente, as câmaras técnicas têm elaborado pareceres, resoluções e normativas com um fundamento pró-ativo de real importância para a Medicina e a sociedade.

FINALIDADES

Toda proposta de criação de uma determinada câmara técnica tem sempre uma finalidade precípua, qual seja esmiuçar em detalhes cada tema médico e dali tirar um consenso que possa nortear os profissionais médicos em relação a seu comportamento ético perante o tema.

É com essa visão que se cria uma câmara técnica, a qual tem respondido de uma forma bem satisfatória e discutido mais profundamente cada assunto proposto e contribuído com os Conselhos de uma maneira muito importante.

Esta finalidade não se esgota nas reuniões das próprias câmaras, mas também por meio de publicações nos jornais dos Conselhos, revistas especializadas e particularmente em fóruns e/ou seminários específicos.

PODER DE ATUAÇÃO

Toda decisão das câmaras técnicas tem de ser aprovada pela plenária do Conselho, que deverá ser pautada com antecedência e de preferência com divulgação do assunto ou de minuta para os conselheiros.

Dessa maneira, com a contribuição da plenária, o assunto será mais bem discutido e de responsabilidade de todos. Não há restrição do poder de atuação dos componentes das câmaras, mas uma maior observância deles em relação ao assunto.

CORRELAÇÃO ENTRE ESPECIALIDADE DA CÂMARA TÉCNICA

A grande maioria das câmaras técnicas compostas pelos conselheiros de Medicina é de especialidades médicas, pois são elas que, com certeza, trarão para a discussão assuntos pertinentes às especialidades.

Esta correlação entre uma determinada especialidade e a câmara técnica é muito estreita, pois tanto o conselheiro coordenador de uma câmara como o vice-coordenador e os membros são da especialidade.

Apesar de não haver proibição para que outros especialistas compo-
nham a câmara técnica de especialidade, com certeza, só fará parte de tal câmara o profissional ligado àquela área de atuação.

DA CRIAÇÃO E COMPOSIÇÃO DE UMA CÂMARA TÉCNICA

Se um determinado assunto médico está trazendo anseio público ou se uma especialidade médica está tendo alguma área de questionamento, ocorre a propositura da criação, pela diretoria do Conselho ou por algum conselheiro, pela sociedade de especialidade ou por ordem do CFM, de uma Câmara Técnica.

Após esta solicitação, há a apresentação dos nomes, em reunião de diretoria do CRM, e, em reunião plenária do Conselho, a homologação dos nomes apresentados.

A seguir, há a posse dos componentes da Câmara, em reunião da diretoria do Conselho, e, após, nomeiam-se o presidente, o vice-presidente e o secretário e elabora-se o calendário de reuniões com as respectivas pautas.

CÂMARA TÉCNICA DE PERÍCIA MÉDICA

A criação das câmaras técnicas em Perícia Médica tem despertado na comunidade médica enorme interesse, pois é um assunto contemporâneo e de grandes divergências entre os colegas médicos que atuam na área, especialmente entre peritos e assistentes técnicos, entre peritos médicos e médicos assistentes e entre peritos e periciandos ou procuradores das partes.

Nos Conselhos, é cada vez maior o número de denúncias com abertura de sindicâncias por descontentamento de segurados do INSS em relação aos peritos médicos da instituição previdenciária, como também têm chegado ao nosso Conselho denúncias da justiça do trabalho em desfavor dos colegas médicos que ali atuam como peritos, tanto pelos juízes trabalhistas, procuradores dos reclamantes, como dos reclamados.

COMO TÊM SURGIDO AS CÂMARAS TÉCNICAS DE PERÍCIA MÉDICA

O nosso entendimento é de que hoje nós temos, nos limites dos assuntos médicos, muitas divergências de condutas terapêuticas e propedêuticas e muitos protocolos.

Em relação assunto Perícia Médica, é cada vez maior o interesse dos colegas em atuarem neste segmento. Há uma enorme oferta de cursos preparatórios tanto para concursos quanto para que o colega possa atuar como perito.

Isto tem feito com que os Conselhos fiquem atentos aos possíveis desdobramentos, pois, se, de um lado, há uma relativa preparação, de outro lado, muitos dos colegas médicos que estão atuando nesta área não estão devidamente preparados ou não têm ainda total convicção do assunto.

Recentemente, a nossa Câmara Técnica de Perícia Médica iniciou um estudo e discussão sobre atestado médico. Já realizamos três reuniões de Câmara Técnica e ainda não chegamos à conclusão do assunto.

Da mesma forma, todos os assuntos em perícia médica têm despertado interesse, discussão, divergência e, sobretudo, gerado áreas de conflito entre colegas e outros atores sociais.

Então, uma das finalidades da criação das referidas câmaras é de elaborar pareceres, resoluções e propor debates a fim de gerar maior consenso entre a comunidade médica pericial e a sociedade de um modo geral.

A IMPORTÂNCIA DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA (CEM) E DAS RESOLUÇÕES DOS CRM'S E CFM

Já temos em nosso meio importantes documentos que norteiam a conduta ética dos médicos que atuam como peritos e assistentes técnicos nas áreas trabalhista, previdenciária, securitária e administrativa.

O Capítulo XI do CEM trata, em quatro artigos, especificamente da atuação da Perícia Médica. Podemos citar o artigo 118, que diz: “É vedado ao médico: deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência.”

Podemos também citar a resolução n. 1.488/1998 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que trouxe grandes avanços na atuação da Perícia Médica, em especial quando procura disciplinar a conduta do perito médico e dos assistentes técnicos, em seus artigos 6º, 10, 11 e 12. Vejamos:

Art. 6º - São atribuições e deveres do perito-médico de instituições previdenciárias e seguradoras:

I - avaliar a capacidade de trabalho do segurado, através do exame clínico, analisando documentos, provas e laudos referentes ao caso;

II - subsidiar tecnicamente a decisão para a concessão de benefícios;

III - comunicar, por escrito, o resultado do exame médico-pericial ao periciando, com a devida identificação do perito-médico (CRM, nome e matrícula);

IV - orientar o periciando para tratamento quando eventualmente não o estiver fazendo e encaminhá-lo para reabilitação, quando necessária;

Art. 7º - Perito-médico judicial é aquele designado pela autoridade judicial, assistindo-a naquilo que a lei determina.

Art. 8º - Assistente técnico é o médico que assiste às partes em litígio.

Art. 9º - Em ações judiciais, o prontuário médico, exames complementares ou outros documentos poderão ser liberados por autorização expressa do próprio assistido.

Art. 10 - São atribuições e deveres do perito-médico judicial e assistentes técnicos:

I - examinar clinicamente o trabalhador e solicitar os exames complementares necessários.

II - o perito-médico judicial e assistentes técnicos, ao vistoriarem o local de trabalho, devem fazer-se acompanhar, se possível, pelo próprio trabalhador que está sendo objeto da perícia, para melhor conhecimento do seu ambiente de trabalho e função.

III - estabelecer o nexu causal, CONSIDERANDO o exposto no artigo 4º e incisos.

Art. 11 - Deve o perito-médico judicial fornecer cópia de todos os documentos disponíveis para que os assistentes técnicos elaborem seus pareceres. Caso o perito-médico judicial necessite vistoriar a empresa (locais de trabalho e documentos sob sua guarda), ele deverá informar oficialmente o fato, com a devida antecedência, aos assistentes técnicos das partes (ano, mês, dia e hora da perícia).

Art. 12 - O médico de empresa, o médico responsável por qualquer Programa de Controle de Saúde Ocupacional de Empresas e o médico participante do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho não podem ser peritos judiciais, securitários ou previdenciários, nos casos que envolvam a firma contratante e/ou seus assistidos (atuais ou passados).

Esta resolução nos dá uma orientação básica de como deve ser o procedimento dos médicos que atuam na área pericial em seus vários segmentos, trabalhista, previdenciário, administrativa e securitária.

A importância da resolução é também a clarividência de como deverá se comportar cada médico perito em relação a seu colega assistente técnico, médico assistente e periciando, à análise do posto de trabalho e à organização do trabalho.

Referências

CFM: Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1.488/1998. Dispõe de normas específicas para médicos que atendam o trabalhador. *Diário Oficial da União*, 06 março 1998, Seção I, p.150.

CFM: Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM n. 1.246/88, de 08 de janeiro de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 de janeiro de 1988. Disponível em: <<http://www.crm-ms.org.br/index.asp?opcao=codigoetica&portal=>>. Acesso em: 20 de ago. 2007.

CFM: Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1.617/2001 de 16 de julho de 2001. Código de Processo Ético-Profissional. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 de julho de 2001. Disponível em:<<http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=codigopep>>. Acesso em: ago. 2007.



PERÍCIA MÉDICA E CONSENTIMENTO INFORMADO

Ana Maria de Oliveira*

“A palavra é metade daquele que a diz, e metade de quem a escuta”.
(Montaigne)

A partir da segunda metade do século XX, a problemática advinda do progresso vertiginoso das biotecnologias saiu do campo reduzido das competências científica e política e passou a fazer parte da pauta de preocupações do mundo globalizado, destacadamente quanto aos aspectos éticos e bioéticos. Após ter conhecimento das atrocidades cometidas pelos nazistas em nome da ciência na época da II Guerra Mundial, a comunidade científica sofreu uma crise de consciência (GARRAFA; PRADO, 2001) e de credibilidade. Em decorrência disso, no pós-guerra, as teses democráticas e as firmes decisões protetoras dos direitos humanos propiciaram a instalação do Tribunal de Nuremberg (1947). A partir daí, a humanidade abraçou a defesa da dignidade e dos direitos humanos, culminando com a elaboração e aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos na Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1948, da qual o Brasil é signatário (CFM, 2000). Em 1964, foi aprovada, pela comunidade científica mundial, a Declaração de Helsinque, que ostenta o título de patrimônio da humanidade pelo seu inegável valor histórico e diretriz ética mundial a ser observada em pesquisas envolvendo seres humanos (GARRAFA; PRADO, 2001).

Na atualidade, o teor da referida declaração tem sido imoralmente modificada para atender aos interesses do imperialismo econômico, à custa da inobservância das vulnerabilidades dos sujeitos da pesquisa, especialmente de países em desenvolvimento (CFM, 2007a). Deixar decisões dessa natureza para governo cuja proteção dos direitos humanos é enfraquecida e inconsistente é o mesmo que transformar os padrões internacionais de ética em ques-

* Mestre em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Especialista em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela UFG. Professora Assistente de Doenças Infecciosas no Instituto de Patologia Tropical da UFG. Conselheira do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (Cremego) gestão 2003-2008. Ex-presidenta do Cremego gestão 1997-1998.

tão de boa vontade. Por outro lado, em situação de extrema vulnerabilidade, muitas vezes o conceito de equipoise cai no ostracismo. De acordo com a literatura, o conceito de equipoise, em pesquisa, representa um princípio ético que compreende a percepção de que um sujeito somente poderá ser incluído em um estudo clínico randomizado se houver garantia de que nenhuma das intervenções oferecidas aos diferentes grupos poderia ser mais benéfica para o participante (SELGELID, 2005).

O termo consentimento informado é tradução da expressão inglesa *informed consent*. Em francês, emprega-se a expressão *consentement libre et éclairé*. Na língua alemã, habitualmente usa-se o termo *Aufgeklärte Zustimmung* (assentimento elucidado) e só excepcionalmente emprega-se *Einverständnis nach adäquater Aufklärung* (acordo depois de adequado esclarecimento). Em italiano e espanhol, respectivamente, são usadas as expressões *consenso informato e consentimiento informado*. Na língua portuguesa, particularmente no Brasil, emprega-se prioritariamente a nomenclatura “termo de consentimento livre e esclarecido” (TCLE), a forma utilizada nas resoluções da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) aprovadas pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Outras denominações podem ser encontradas, tais como consentimento pós-informação e consentimento consciente (CLOTET, 2007).

Expressão de científicismo e eticidade, o TCLE é obtido por meio de um processo no qual o paciente, uma vez esclarecido, decide livremente sua escolha sobre os procedimentos diagnósticos e terapêuticos a serem praticados sobre si. Constitui, portanto, ato moral, de um sujeito real e historicamente determinado. Do ponto de vista filosófico, é interessante esclarecer que o filósofo espanhol Vázquez (1989) ressalta que o ato moral é constituído na sua essência por dois planos: o normativo e o factual. Tanto em um plano quanto no outro, deve-se buscar a estrutura do ato nos seus diversos elementos e que compõem a unidade indissolúvel, tais como: o motivo – o que impulsiona o agir e a consciência dos fatores motivadores; o fim visado – que implica em escolha entre os vários fins possíveis e a consciência da natureza de cada um deles; a decisão de realizar o fim escolhido; a consciência dos meios – que determina não separar a qualidade moral da intenção da consideração do resultado; o resultado – ou a concretização do fim desejado. A consciência do fim e a antecipação ideal de um resultado dão ao ato moral a qualidade de um ato voluntário.

Como um ato moral documentado, o TCLE origina-se a partir do exercício ético e legal da profissão médica, por um lado, e, por outro, do exercício da moralidade, do princípio da autonomia e do direito legal do paciente. É questão básica a obrigação do médico de informar ao paciente sobre as possibilidades diagnósticas e terapêuticas, além de conscientizá-lo sobre os riscos gerais e específicos relacionados a aspectos prognósticos.

O objetivo do consentimento informado é que o paciente tenha a oportunidade de ser informado para a tomada da decisão sobre a sua saúde, para tanto deverá ser competente para a decisão. A decisão livre e consciente pressupõe uma pessoa moralmente responsável, e que, portanto, aja com liberdade de escolha, decisão e ação, consciente de suas motivações, dos fins ou conseqüências dos seus atos e das condições ou meios de sua realização (VÁSQUEZ, 1989). O ideal kantiano de autonomia como reino da moralidade tem sua expressão máxima no consentimento informado.

Do ponto de vista conceitual, desde o julgamento de Nuremberg foram desenvolvidos quatro elementos básicos constitutivos do consentimento informado, a saber: capacidade de consentir, exposição total de informações importantes, compreensão adequada das informações pelo participante e decisão voluntária de participar ou de recusar a participar a qualquer tempo, sem prejuízo para o participante (ANDANDA, 2005).

A capacidade de consentir diz respeito ao cumprimento de aspectos legais, tais como a maioria adquirida aos dezoito anos, a qual estabelece a capacidade legal, e ausência de outros fatores que limitem essa capacidade, a capacidade real. Nas palavras da advogada da África do Sul Pamela Andanda (2005, p. 52), “a capacidade real deve ser considerada junto à legal, uma vez que o consentimento pode ser reduzido devido à idade e às condições físicas e mentais”. Atenção especial tem sido dada pela Bioética às chamadas populações vulneráveis, em virtude do risco de exploração e degradação humanas. Sabe-se que a competência para a decisão autônoma depende dos contextos e pode ocorrer que uma pessoa seja competente para uma coisa e não para outra. Do ponto de vista bioético, temos três condições para determinar a competência de uma pessoa, que são: capacidade de tomar decisões baseado em razões racionais; capacidade de chegar a resultados razoáveis através de decisões; e capacidade de tomar decisões (JUNGES, 2000).

Um conjunto de justificações é dado para a obtenção do TCLE, quais sejam: o modo de se obter permissão para a ‘utilização’ das pessoas em pesqui-

sas; diz respeito a várias visões de dignidade individual; aceita diversos valores associados com a liberdade ou independência dos indivíduos; reconhece que os indivíduos muitas vezes são os melhores juízes de seus próprios interesses; reconhece que a decisão deve ser autônoma; reflete a circunstância em que o relacionamento médico-paciente pode levar a um tipo de relação fiduciária especial que cria obrigações de revelar informações (ENGELHARDT JR., 1998).

A exposição clara sobre vários dados, seja referente a protocolo de pesquisa ou não, bem como o objetivo, a duração, a forma de acompanhamento, os riscos e benefícios e a manutenção da confidencialidade e da privacidade dos pesquisados é justificada tanto pelo respeito à liberdade dos indivíduos quanto pela atenção aos seus mais singulares interesses. Do ponto de vista prático, considera-se que o documento elaborado deva conter os seguintes elementos mínimos:

- natureza do procedimento ou decisão;
- propostas alternativas razoáveis;
- riscos, benefícios e incertezas em relação a cada alternativa;
- assegurar que o paciente tenha a perfeita compreensão de cada alternativa;
- a aceitação voluntária e não coercitiva por parte do paciente.

O teólogo e filósofo Engelhardt Jr (1998) aceita a secularização da sociedade hodierna não apenas como fato, mas também como valor. Ele assume que o critério fundamental de uma moralidade pós-moderna é o consentimento, que, por sua vez, supõe uma determinada noção de autonomia. Argumenta o autor que a idéia de escolher livremente compreende pelo menos três sentidos de liberdade: “1. Ser capaz de escolher, ter autodeterminação; 2. Estar desimpedido de compromissos anteriores ou autoridade justificada e 3. Estar livre de coação ou de manipulação pacífica” (ENGELHARDT JR., 1998, p. 371).

Apenas muito recentemente, o Brasil se preocupou com a ética em pesquisa. O primeiro documento oficial visando normatizar as pesquisas em saúde no Brasil foi a resolução n. 1 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de junho de 1988, que teve pouco impacto na prática. Em 1995, sob a coordenação do médico, professor e bioeticista Dr. William Saad Hossne, foi criado um grupo executivo de trabalho multiprofissional com o objetivo de revisar as normas vigentes sobre ética em pesquisa. O trabalho desse grupo culminou na elaboração da resolução n. 196/1996, publicada no *Diário Oficial* em 10 de outubro de 1996. A resolução é um instrumento que obriga a análise bioética dos projetos de pesquisa. Mesmo não sendo lei, tem força legal. A normativa

cria o Sistema Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/Conep), sendo os CEPs vinculados às instituições de pesquisas, e também exige que sua composição seja multidisciplinar, incluindo, obrigatoriamente, representante dos usuários (MARQUES FILHO, 2007). A resolução n. 196/1996 do CNS/MS representou extraordinário impacto qualitativo nas pesquisas com seres humanos no Brasil, inclusive com reconhecimento internacional. Decorridos pouco mais de dez anos de sua publicação, faz-se necessário debater e refletir acerca de sua importância para a ciência brasileira, assim como avaliar criticamente a atuação da CONEP e dos CEPs, entidades criadas pela resolução em tela.

A resolução CNS n. 196/1996, assim como o TCLE, orienta-se na salvaguarda da dignidade humana, da autonomia e da liberdade. Para tanto, o TCLE deve ser escrito em linguagem simples e acessível, garantindo-se, com isso, a compreensão efetiva de quem o lê. Após as explicações pormenorizadas e completas sobre a pesquisa, os seus objetivos, métodos, benefícios esperados, potenciais riscos e danos e estando livre de vícios (coação, simulação, fraude ou erro), sem dependência, subordinação ou intimidação, é dado o consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa.

A Conep exige que seja utilizada a denominação correta para o termo ou seja, TCLE, considerada básica e obrigatória na formalização de protocolos de pesquisa em seres humanos perante o sistema CEP/Conep. A norma legal do CNS proclama que o TCLE deve contemplar os seguintes itens (CFM, 1996, p. 18-9):

- a) justificativa, objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa;*
- b) os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;*
- c) os métodos alternativos existentes;*
- d) a forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis;*
- e) a garantia de esclarecimento, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo;*
- f) a liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado;*

- g) a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;*
- h) as formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa; e*
- i) as formas de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.*

Em questão de exigências de caráter cartorial e burocrático, no item IV.2 a Res. n. 196/1996 dispõe que o TCLE obedecerá aos seguintes requisitos (CFM, 1996, p. 19):

- a) ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;*
- b) ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a investigação;*
- c) ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e*
- d) ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.*

Ainda, a resolução, no item IV.3, especifica quais as situações em que há restrição da liberdade ou de vulnerabilidade do sujeito da pesquisa, oportunidade em que o pesquisador deverá observar as várias resoluções específicas e complementares (CFM, 1996).

Em se tratando de uma documentação imprescindível na pesquisa biomédica *in anima nobili*, o termo poderá ser passível de questionamentos por parte da consciência julgadora, nos tribunais éticos e na justiça comum (MARQUES FILHO, 2007). Além do mais, serve como prova documental em eventual processo judicial ou ético de que o paciente fora informado e orientado sobre todos os aspectos que envolveram o seu caso e o seu tratamento, demonstrando a boa-fé e a lisura do profissional médico (SANTOS, 2003). Grande parte dos motivos de pendência de projetos analisados está relacionada ao TCLE (HOSSNE, 2002). A exigência de ser fornecida cópia do TCLE ao sujeito da pesquisa ou ao seu representante legal constitui forte elemento que sustenta legalmente os direitos do sujeito da pesquisa, perante o CEP, a Conep, os Conselhos de profissionais e a justiça.

O CONSENTIMENTO INFORMADO E PERÍCIA MÉDICA NO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA BRASILEIRA

A convenção deontológica da profissão constitui a primeira forma de contato com as regras orientadoras da prática médica, por isso merece destaque a evolução histórica desse conjunto normativo à luz dos princípios bioéticos. A revolução autônoma ao qual o paternalismo profissional deu lugar repercutiu nas várias versões do código deontológico da profissão médica. No século XIX, o primeiro Código de Moral Médica, assim denominado, foi aprovado no VI Congresso Médico Latino-Americano ocorrido em 1929. O documento possui 106 artigos e não regulamentava o consentimento informado nem a perícia. Apenas há uma breve citação, contida no Art. 74, com o seguinte teor: “o parteiro não praticará nem o parto prematuro terapêutico, nem fará a embriotomia do feto vivo, sem a autorização da mãe. Se esta não gozar do perfeito de suas faculdades mentais, o parteiro pedirá a autorização necessária ao marido ou aos parentes mais próximos da mãe: pais, filhos, irmãos, etc” (CFM, 2007b). Compreende-se que o exercício da autonomia e da autodeterminação do paciente ainda não fazia parte da moralidade da profissão médica (CFM, 2007b).

O Código de Deontologia Médica de 1931 da Associação Médica Brasileira manteve-se silencioso quanto ao tema, porém se pronunciou quanto à “perícia médica” e à “justiça” no Capítulo XII (CFM, 2007c):

Artigo 102: Qualquer médico pode ser nomeado para verificar fatos de ordem médica no esclarecimento de questões de que a Justiça necessite [...] não aceitar a incumbência, porque se julgue incompetente, deverá comparecer perante a autoridade e solicitar-lhe dispensa.

Artigo 104: Quando um doente se opuser ao exame ou a particularidades deste, não assumam os peritos quaisquer atitudes, sem levar antes o fato ao conhecimento da autoridade; Artigo 105: Nos seus laudos, nunca ultrapassarão os peritos a esfera das suas atribuições e da sua competência;

Artigo 106: Quando forem nomeados para estudar questões em que sejam parte colegas seus, lembrem-se os profissionais de que devem pôr à margem qualquer espírito de classe ou camaradagem, procurando apenas servir à justiça com toda imparcialidade.

O Código de Deontologia Médica de 1945 foi aprovado pelo Congresso Sindicalista Médico Brasileiro, ocorrido em 24 de outubro de 1944 e oficializado pelo decreto-lei n. 7.955, de 13 de setembro de 1945. Possui 13 capítulos e 60 artigos. Nada expressa sobre o consentimento informado. Quanto à perícia, faz recomendações e proibições ao médico no Capítulo 12 - Dos Deveres do Médico como Perito (CFM, 2007d):

Artigo 51 – Somente ao profissional de idoneidade e competência especializada sobre o assunto é facultado funcionar como perito para prestar esclarecimentos à Justiça.

Artigo 52 – É dever do perito, quando o paciente se opuser ao exame ou particularidade deste, não assumir atitude, antes de levar o fato ao conhecimento da autoridade.

Artigo 53 – É vedado ao perito, nos seus laudos, exceder da esfera das atribuições da sua competência.

Em seguida, o então denominado Código de Ética da Associação Médica foi aprovado na I Reunião do Conselho Deliberativo em 1953 e reconhecido oficialmente pela lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957 (CFM, 2007e). São no total 12 capítulos com 90 artigos. Nele, há uma preocupação pioneira com a questão da pesquisa em seres humanos, além de reconhecer a necessidade do C.I. O art. 57 esclarece que

são condenáveis as experiências in anima nobili para fins especulativos, mesmo quando consentidas; podem ser toleradas apenas as de finalidades estritamente terapêutica ou diagnóstica, no interesse do próprio doente, ou quando não lhe acarretem, seguramente, perigo de vida ou dano sério, casos em que serão precedidas de consentimento espontâneo e expresso do paciente, no perfeito uso de suas faculdades mentais e perfeitamente informado das possíveis conseqüências da prova.

Quanto à Perícia Médica, o código é omissivo.

O Código de Ética de 1965, que contém 13 capítulos e 95 artigos, mantém os artigos sobre consentimento informado e perícia, tal como o código anterior (CEM, 2007f).

O Código de Ética Médica de 1984 possui 79 artigos distribuídos em dois capítulos. No capítulo das Relações com os Pacientes, no artigo 24, diz: “É VEDADO ao médico efetuar, salvo diante de urgência ou emergência, qualquer ato médico sem o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável”. É inovador na questão da responsabilidade ética para com a garantia dos Direitos Humanos, pois pela primeira vez se manifesta de maneira ampla e explícita na forma de um capítulo integralmente dedicado ao assunto (CFM, 2007g). Dele extraímos

Artigo 20º- Participar, com seus conhecimentos técnicos ou científicos ou em contribuição indireta, de atos que resultem em extermínio ou dano à dignidade e à integridade física ou mental do ser humano.

Artigo 25º- Deixar de informar o paciente, sua família ou responsável do diagnóstico terapêutico, prognóstico e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação possa provocar danos ao paciente.

Artigo 26º- Exercer sua autoridade de maneira a limitar os direitos do paciente de decidir sobre sua pessoa e seu bem estar (CFM, 2007g) .

No Brasil, desde a década de 1980, os códigos de ética das várias profissões da saúde intencionam estabelecer uma norma sobre a relação profissional-paciente na qual prevaleça o princípio da autonomia em substituição ao paternalismo da beneficência (MUNÓZ; FORTES, 1998). É relevante constatar que, no exercício da beneficência, o profissional atenta para a definição de que o agente de saúde é quem decide o que é bom para o paciente, ao passo que a autonomia presume que a decisão cabe ao paciente ou ao sujeito da pesquisa.

Em 1988, após ampla discussão durante uma oficina com médicos de todo o Brasil, que durou alguns dias, foi elaborado um novo código. Este possui 145 artigos distribuídos nos 14 capítulos. Inspirado no ideário de liberdade ratificado na Declaração Internacional dos Direitos Humanos, aprimora o capítulo sobre os Direitos Humanos. No artigo 46, expressa textualmente: “É VEDADO ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida” (FRANÇA, 2000, p. 79). Por sua vez, os artigos 56 e 59 reforçam a autonomia, complementarmente, em defesa dos direitos fundamentais do indivíduo e em contraposição ao paternalismo mé-

dico vigente. No capítulo V, da Relação com Pacientes e Profissionais, o artigo 59 estabelece que

É VEDADO ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo nesse caso ser feita ao seu responsável legal (FRANÇA, 2000, p. 93).

O capítulo XII sobre ética em pesquisa possui nove artigos que em caráter proibitivo e de maneira heterônoma, impõe ao profissional obediência aos ditames do Código de Ética Médica (CEM). O Conselho Federal de Medicina (CFM), considerando a Medicina uma ciência da incerteza e uma arte de probabilidades, tem se manifestado sobre o assunto por meio de pareceres. Enquanto norma orientadora para o exercício da profissão nas quase cinquenta especialidades da Medicina, exara, no Processo-Consulta n. 4678/2000 “que mantém uma postura respeitosa e compreensiva com os médicos e sociedades de especialidades que adotem o consentimento pós-informado, mas não recomenda o seu uso como norma” (CFM, 2000, p.1b). No Processo-Consulta n. 22/2004 reafirma que

I - O médico, pela natureza de seu trabalho, não pode garantir resultado do tratamento que faz, o que o obriga a responder por responsabilidade subjetiva (determinação da culpa) quando for acusado II- O consentimento esclarecido não precisa ser firmado para produzir efeitos, salvo em casos de pesquisa médica ou quando tratar-se de cirurgias mutiladoras necessárias para preservar a vida do paciente (CFM, 2004, p. 1).

Dessa forma, por orientação do CFM, o TCLE é indispensável nos casos de pesquisa e em atos profissionais em que haja procedimento cirúrgico mutilante.

A possibilidade de ser apresentado sob a forma de declaração escrita poderá contribuir, futuramente, para a comprovação de um fato quando de um processo de natureza jurídica. O consentimento informado obtido na forma de documento poderia ser utilizado como testemunho irrecusável na Medicina defensiva. A consolidação da prática do CI é mais uma contribui-

ção para o exercício eticamente adequado da Medicina e da experimentação em seres humanos.

Vale ressaltar que a atividade médica está sujeita a questionamentos em casos específicos e, em tese, quando na esfera jurídica legal não há consenso quanto à natureza jurídica do acordo entre médico e paciente. Para alguns, trata-se de um contrato *suis generis*, posto que não se limita a prestação de serviços estritamente técnicos. No entanto, não se altera a responsabilidade do médico. O médico não tem o compromisso de curar, mas de prestar seus serviços de acordo com o preconizado no estado da arte da profissão. Não há obrigação de fins, mas de meios (SILVA, 2004).

Consagrada pela jurisprudência, a responsabilidade médica, embora contratual, é subjetiva e com necessidade de culpa provada. Caberá ao paciente, ou a seus herdeiros, demonstrar que o mau resultado teve por causa a negligência, a imprudência ou a imperícia do médico, conforme preceitua o antigo Código Civil no Art. 1545, atualmente no art. 951 do novo Código, e ainda em perfeita consonância com o disposto no Código de Defesa do Consumidor (CDC), Art. 14 e 4º (SOTTO, 2007).

O contrato de prestação de serviços médicos é um contrato de consumo peculiar, de maneira que nem todas as disposições do CDC são diretamente aplicáveis. O CDC deve ser aplicado de maneira parcimoniosa ao médico, porque este profissional não é empresário e a relação médico-paciente é personalíssima. Enquanto na relação de consumo propriamente dita o destinatário da informação é o consumidor, na relação médico-paciente é o paciente, é um ser singular, biopsicosocial e histórico (SILVA, 2004). No exercício da profissão médica, a possibilidade de dano é certa, mesmo quando o risco é resumido. No entanto, faz-se esclarecedor que as decisões balizadas pelo conhecimento científico e pelos valores – pela prudência e bom senso do profissional, por um lado, e pelo exercício da autonomia do paciente, por outro, é sinônimo de excelência profissional.

Para os julgadores, a ausência do consentimento informado pode se caracterizar infração legal (SILVA, 2004), e não apenas em casos de pesquisa, nos quais são obrigatórios (CFM, 2000). A prova da culpa, imprescindível em caso como estes, não é fácil de ser produzida, e os tribunais são severos na exigência da prova. A matéria é essencialmente técnica, exigindo prova pericial, e eis que o juiz não tem conhecimento científico para lançar-se em apreciações técnicas sobre questões médicas. É certo que o juiz não está restrito à

perícia, mas é certo também que dificilmente encontrará nos autos outras provas suficientes para responsabilizar ou não o médico. Será preciso apurar em cada caso se, à luz da ciência médica e do avanço tecnológico, com o que o médico tinha à sua disposição, era-lhe ou não possível chegar a um diagnóstico correto ou a um tratamento satisfatório, resultado não obtido e, por conseguinte, resultando em imperícia, negligência ou imprudência injustificáveis (SILVA, 2003).

Concluindo, trata o tema de uma das mais importantes contendas na seara dos direitos humanos e da preservação da dignidade dos sujeitos de pesquisa/cidadãos em assistência à saúde. É preciso reconhecer que a ciência que gera a biotecnologia e todos os avanços que melhoram a qualidade de vida também é a mesma que nunca teve uma vocação ampla, geral e irrestrita para respeitar as liberdades individuais, a autonomia e a dignidade e nem para compreender o homem inserido no biosistema/cosmo. Por conseguinte, espera-se dos médicos e da Medicina a continuidade de compromissos com a vida, com a verdade científica em benefício do ser humano e do cosmos e a ética universal.

Referências

ANDANDA, P. Consentimento livre e esclarecido. In: DINIZ, D.; GUILHEM, D.; SCHÜKLENK, U. (Eds.). *Ética na pesquisa: experiência de treinamento em países sul-africanos*. Brasília: Ed. da UnB, 2005.

CLOTET, J. O consentimento informado: uma questão do interesse de todos. *Jornal Medicina*, out./nov, 2000. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/jornal/jornais2000/10_112000/Bioetica.htm>. Acesso em: 24 ago. 2007.

CFM: Conselho Federal de Medicina. A ética dos ensaios clínicos e a nova versão da Declaração de Helsinque. *Jornal Medicina*, dez. 2000. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/jornal/jornais2000/2_012000/Dezembro2000.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2007a.

CFM: Conselho Federal de Medicina. *Código de ética médica*. 1929. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/arquivos/código_moral_medica\(1929\).pdf](http://www.portalmedico.org.br/arquivos/código_moral_medica(1929).pdf)>. Acesso em: 20 de agosto de 2007b.

CFM: Conselho Federal de Medicina. *Código de ética médica*. 1931. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/arquivos/código_deontologia_medica\(1931\).pdf](http://www.portalmedico.org.br/arquivos/código_deontologia_medica(1931).pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2007c.

CFM: Conselho Federal de Medicina. *Código de ética médica*. 1945. Disponível em: <[http://www.portalmédico.org.br/quivos/código_deontologia_médica\(1945\).pdf](http://www.portalmédico.org.br/quivos/código_deontologia_médica(1945).pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2007d

CFM: Conselho Federal de Medicina. *Código de ética médica*. 1953. Disponível em: <[http://www.portalmédico.org.br/arquivos/código_ética_amb\(1953\).pdf](http://www.portalmédico.org.br/arquivos/código_ética_amb(1953).pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2007e.

CFM: Conselho Federal de Medicina. *Código de ética médica*. 1965. Disponível em: <[http://www.portalmédico.org.br/arquivos/código_ética_médica\(1965\).pdf](http://www.portalmédico.org.br/arquivos/código_ética_médica(1965).pdf)>. Acesso em: 20 ago. de 2007.

CFM: Conselho Federal de Medicina. *Código de ética médica*. 1984. Disponível em: <[http://www.portalmédico.org.br/arquivos/código_brasileiro_deontologia_médica\(1984\).pdf](http://www.portalmédico.org.br/arquivos/código_brasileiro_deontologia_médica(1984).pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2007.

CFM: Conselho Federal de Medicina. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos: Res CNS 196/96. *Bioética*, v. 4 n. 2, supl., 1996.

CFM: Conselho Federal de Medicina. Processo-Consulta n. 4678/2000. Aprovado em 30 de dezembro de 2000. p. 1-9.

CFM: Conselho Federal de Medicina. Parecer n. 22/2004. Aprovado em 11 de agosto de 2004. p. 1-7.

ENGELHARDT JR., T. *Fundamentos de bioética*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1998.

FRANÇA, G. V. de. *Comentários ao código de ética médica*. 3. ed. Rio de Janeiro: G. Koogan, 2000.

GARRAFA, V.; PRADO, M. M. do. Mudanças na Declaração de Helsinki: fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 89-96, nov./dez. 2001.

HOSSNE, W. S. Consentimento: livre e esclarecido: editorial. *Cadernos de Ética em Pesquisa*, Ano V, n. 10, p. 3, out. 2002.

JUNGES, J. R. Ética e consentimento informado. *Cadernos de Ética em Pesquisa*, Ano III, n. 4, p. 22-25, abr. 2000.

MARQUES FILHO, J. Ética em pesquisa: dez anos da resolução: CNS 196/96. Editorial. *Rev Bras Reumatol.*, v. 47, n. 1, p. 2-3, jan./fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v47n1/a02v47n1.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2007.

MUÑOZ, D. R.; FORTES, P. A. C. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, S. I. F. da; OSELKA, G; GARRAFA, V. (Coords.). *Iniciação à Bioética*. Brasília: Ed. do CFM, 1998. p. 53-70.

SANTOS, W. *A responsabilidade civil e ética dos médicos e a perícia médica judicial*. Monografia (Direito Médico) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.wellingtonsantos.com/academico_4.htm>. Acesso em: 22 jun. 2007.

SELGELID, M. Padrões de tratamento e ensaios clínicos. In: DINIZ, D; GUILHEM, D.; SCHÜKLENK, U. (Eds.). *Ética na pesquisa: experiência de treinamento em países sul-africanos*. Brasília: Ed. da UnB, 2005. p.105-128.

SILVA, C. A. O consentimento informado e a responsabilidade civil do médico. *Jus Navegandi*, Teresina, ano 7, n. 63, mar. 2003. Disponível em: <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=3809>>. Acesso em: 01 abr. 2004.

SOTTO, D. O dever de informar do médico e o consentimento informado do paciente: medidas preventivas à responsabilização pela falta ou deficiência de informação. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 8, n. 178, 31 dez. 2003. Disponível em: <<http://www.jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4635>>. Acesso em: 22 jun. 2007.

VÁSQUEZ, A. S. S. *Ética*. 11. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1989.

A PERÍCIA MÉDICA DEVE OU NÃO SER CONSIDERADA UMA ESPECIALIDADE MÉDICA?

Simone Moraes Stefani Nakano^{*}, Salomão Rodrigues Filho^{**},
Iliam Cardoso dos Santos^{***}, Bragmar Emílio Braga^{****},
Celso da Silveira Barros^{*****}, Aristóteles de Barros Castro^{*****}

INTRODUÇÃO

A Perícia Médica constitui um importante tema em decorrência de sua grande responsabilidade aliada às suas conseqüências sociais e seus enfoques diversos. Há uma demanda crescente nas ramificações das atuações periciais, como nas áreas judicial, previdenciária, securitária, administrativa e médico-legal.

O perito é a pessoa capacitada em decorrência de conhecimentos especiais (técnicos ou científicos). O médico perito está sujeito às normas emanadas pelo Código de Ética Médica e às resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) e dos Conselhos Regionais de Medicina (CRM), como a resolução CFM n. 1.488/1948, de 11 de fevereiro de 1998, que regulamenta as atribuições e os deveres do perito médico de instituições previdenciárias, seguradoras, judicial e administrativa.

A Perícia Médica é regulamentada por leis, decretos, portarias e instruções normativas que definem as questões de ordem administrativa e as com-

* Doutora em Cirurgia do Aparelho Digestivo pela Universidade de São Paulo (SP). Membro da Câmara Técnica em Perícia do Conselho Regional de Medicina de Goiás (Cremego). Perita Médica do Instituto Nacional da Previdência Social em Goiás.

** Médico Psiquiatra. Presidente do Cremego.

*** Mestre em Otorrinolaringologia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da USP. Médico Otorrinolaringologista. Vice-presidente do Cremego.

**** Especialista em Medicina do trabalho pela Universidade Federal de Goiás (UFG) – Fundacentro. Título de Especialista em Medicina do Trabalho pela Associação Médica Brasileira e Associação Nacional de Medicina do Trabalho. Coordenador das Câmaras Técnicas de Medicina do Trabalho e Perícia Médica do Cremego.

***** Médico ginecologista e obstetra pela Universidade Federal de Uberlândia (1974). Lotado no GBENIN – Goiânia. Superintendente do INSS (1995-2000). Diretor-geral do Hemocentro de Goiás (2001 até a presente data).

***** Médico ginecologista e obstetra. Perito médico da Previdência Social.

petências e atribuições do médico. Encontra-se atualmente em constante debate, mas, mesmo diante de tantas atribuições e responsabilidades, ainda não ocupa um lugar de destaque no cenário do egrégio Conselho Federal de Medicina como área de atuação ou especialidade médica, pelas resoluções CFM n. 1.634/2002, 1.666/2003 e 1.785/2006. Atualmente, existe o reconhecimento de 53 especialidades e 54 áreas de atuação pelo CFM. Entre as especialidades, há o reconhecimento da Perícia Médico-Legal (PIGA RIVERO, 2000), que atua na investigação de possíveis danos físicos e/ou mentais decorrentes de agravos à saúde, em atividades ligadas aos Institutos de Medicina Legal – crimes, acidentes, grau de parentesco –, ou à Previdência Social – acidentes do trabalho, doenças profissionais.

A atividade médico-pericial tem importância capital nas instituições e nos sistemas de previdências (ANMP, 2007; MELO, 2003). É, ao mesmo tempo, instrumento de paz social, ao garantir o amparo legítimo ao beneficiário realmente incapacitado, e instrumento de controle para despesas evitáveis e decorrentes de pressões extra-doença e que podem colocar em risco o equilíbrio das instituições (SBPM, 2007). Esse fato corroborou para grande progresso entre os médicos profissionais da Previdência Social, com a criação da carreira Perícia Médica da Previdência Social.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi realizar uma pesquisa de opinião entre os membros dos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) do Brasil e dos peritos médicos da Gerência Executiva lotados em Goiânia a respeito da atual situação da Perícia Médica.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foi utilizado um protocolo nominal para cada membro conselheiro, cujo questionário compunha-se de perguntas objetivas relacionadas à Perícia, conforme resumido no Quadro 1. Todos os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) do Brasil foram convidados a participarem da pesquisa. Contamos com a colaboração de 16 estados (59,25%) (Figura 1) e participação de 175 conselheiros (15,5%). Utilizou-se um protocolo semelhante, embora mais resumido, para os peritos médicos da Gerência Executiva em Goiânia. Do

total de 76 peritos médicos, 63 participaram da pesquisa (82,9%). Portanto, o total de médicos participantes da pesquisa foi 238.

Quadro 1 – Resumo do Protocolo da Pesquisa de Opinião

- 1) Você acha que a Perícia deve ser considerada?
 - Especialidade médica
 - Área de atuação
 - Parecer quando solicitado
 - Outros. Especificar:
- 2) Caso a resposta tenha sido sim para especialista em Perícia, como formar este profissional?
 - Residência Médica
 - Curso de Especialização
 - Estágio nos diversos ramos da perícia
 - Outros. Especificar:
- 3) O seu egrégio Conselho Regional de Medicina tem Câmara Técnica de Perícia?
 - Não
 - Sim
- 4) Caso a resposta à questão anterior seja negativa, por favor, justificar:
 - Não há necessidade
 - Há pouca demanda nesta área
 - Não é uma especialidade médica
 - Outros. Especificar:
- 5) Eventualmente, você considera os Conselhos Regionais de Medicina como órgãos periciais do Ministério Público?
 - Não
 - Sim
 - Se não, o que acha das solicitações de pareceres do Ministério Público em relação a condutas médicas?
- 6) Com relação à perícia judicial, como acha que deveria ser feita a escolha e/ou indicação dos juízes?
 - Por amizade e/ou confiança do juiz
 - Por indicação das sociedades de especialidades
 - Pelo médico com curso de especialização em Perícia Médica
 - Por indicação dos CRMs
 - Outros. Especifique:



Figura 1 – Mapa do Brasil

Legenda: ■ Estados que Participaram da Pesquisa de Opinião sobre Perícia Médica: AL, AM, BA, CE, DF, ES, GO, MG, MS, MT, PA, PB, PR, RO, SC e TO.

RESULTADOS

Com relação ao tópico de como deve a Perícia ser considerada, entre os membros conselheiros observou-se que 74 deles (42,3%) acham que ela deve ser considerada área de atuação; 54 (30,9%), especialidade médica; 48 (27,4%), como parecer quando solicitado; e 04 (2,3%) como outros, conforme pode ser observado na Tabela 1. A respeito da opinião dos peritos médicos sobre este mesmo tópico, observou-se que 33 médicos (52,4%) acham que a Perícia deve ser considerada área de atuação; 31 (49,2%), especialidade médica; e 02 (3,2%), parecer quando solicitado, conforme a Tabela 2.

Tabela 1 – Resultado, entre os Membros Conselheiros, da Pergunta de como a Perícia Médica Deve Ser Considerada

Opinião	N.	%
Área de atuação	74	42,3
Especialidade Médica	54	30,9
Parecer quando solicitado	48	27,4
Outros	04	2,3

Tabela 2 – Resultado, entre os Peritos Médicos da Gerência Executiva de Goiânia, da Pergunta de como a Perícia Médica Deve Ser Considerada

Opinião	N.	%
Área de atuação	33	52,4
Especialidade Médica	31	49,2
Parecer quando solicitado	02	3,2
Outros	04	2,3

Sobre como deveria ser feita a formação profissional do perito, entre os conselheiros a maioria (57 – 32,6%) respondeu que deve ser feito curso de Especialização em Perícia e 15 (10,3%) responderam que por meio de Residência Médica. Entre os peritos médicos, a maioria (28 – 44,4%) respondeu que deve ser feito curso de Especialização em Perícia e 14 (22,2%), cursos direcionados e aplicados em Perícia segundo cada especialidade. Sobre a fundamentação da escolha citada, a maioria (46%) justificou que a importância crescente da atividade da Perícia justifica a criação da especialidade; 38,1% justificou a escolha da alternativa alegando que, como a Perícia Médica é uma área abrangente, cada especialista poderia ser atuante em sua especialidade, portanto, como área de atuação.

Com relação ao critério de escolha do perito para realizar uma perícia, na visão da maioria dos membros conselheiros (38,5%) a responsabilidade

deve ser delegada para as respectivas Sociedades, seguida da indicação dos próprios CRMs (31,0%) e da indicação de peritos especialistas em sua área (28,5%), conforme a Tabela 3. Entre os peritos médicos, praticamente houve concordância com as opiniões anteriores: a maioria (27%) optou por delegar a responsabilidade para as respectivas sociedades; 23,8%, pela indicação dos próprios CRMs e de peritos especialistas em sua área; e 17,4%, pelo especialista em Medicina Legal.

Tabela 3 – Resultado do Critério de Escolha do Perito para Realizar uma Perícia

Critério de escolha	N.	%
Sociedades	67	38,5
Conselhos Regionais de Medicina	54	31,0
Médicos com curso de especialização em Perícia Médica	36	28,5
Por amizade	07	4,4

Não há Câmara Técnica em Perícia na maioria (62,97%) dos estados participantes. E entre todos os estados do Brasil, há Câmara Técnica em Perícia em apenas 10 deles (37,03%); nos demais 17 (62,96%), não há Câmara Técnica em Perícia, conforme a Figura 2 e o Quadro 2. Com relação à Câmara Técnica em Medicina Legal, ela consta em 13 estados (48,1%) e é ausente em 14 (51,9%), conforme a Figura 3 e o Quadro 3. A maior parte dos participantes (92,6%) acha que não existe a necessidade da criação da Câmara Técnica em Perícia, em decorrência de não ser ela considerada uma especialidade médica (29,4%) ou por haver pouca demanda (20,0%).

Não houve diferença estatística entre a opinião sobre a atuação dos Conselhos Regionais de Medicina como órgãos periciais do Ministério Público, sendo praticamente na proporção de 1:1. Sobre as solicitações de pareceres pelo Ministério Público em relação a condutas médicas, foram referidas opiniões diversas, sendo as mais frequentes que não é função dos Conselhos Regionais atuar como órgão pericial, por outro lado, o Conselho tem o dever de atuar como órgão público mediante essas solicitações.

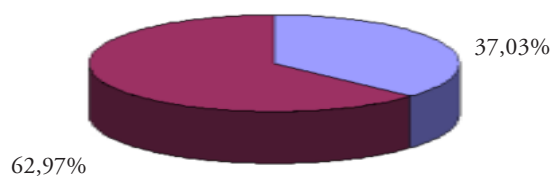


Figura 2 – Resultado da Pesquisa sobre a Presença ou Não de Câmara Técnica em Perícia nos Conselhos de Medicina nos Estados Brasileiros

Legenda: ■ Presença de Câmara Técnica
 ■ Ausência de Câmara Técnica.

Quadro 2 – Lista dos Estados Brasileiros que Contam ou Não com Câmara Técnica em Perícia nos Conselhos de Medicina

Estados que Têm Câmara Técnica em Perícia	Estados que Não têm Câmara Técnica em Perícia
AL	AC
BA	AM
CE	AP
DF	ES
GO	MA
MG	MS
PB	MT
PR	PA
RJ	PE
RS	PI
	RN
	RO
	RR
	SC
	SE
	SP
	TO

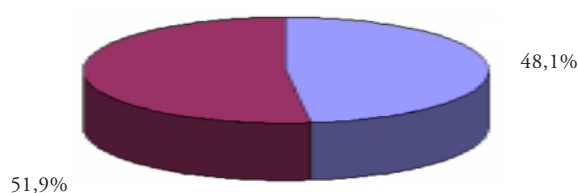


Figura 3 – Resultado da Pesquisa sobre a Presença ou Não de Câmara Técnica em Medicina Legal nos Conselhos de Medicina nos estados brasileiros

Legenda: ■ Presença de Câmara Técnica em Medicina Legal
 ■ Ausência de Câmara Técnica em Medicina Legal.

Quadro 3 – Lista dos Estados Brasileiros que Contam ou Não com Câmara Técnica em Perícia em Medicina Legal nos Conselhos de Medicina

Estados que Têm Câmara Técnica em Medicina Legal	Estados que Não têm Câmara Técnica em Medicina Legal
AL	AC
BA	AM
CE	AP
DF	MA
ES	MG
GO	MS
PA	MT
PE	PB
PR	PI
RJ	RN
SC	RO
SP	RR
TO	RS
	SE

COMENTÁRIOS

O perito médico deve ter sólida formação clínica, amplo domínio da legislação, profundos conhecimentos de profissiografia, disciplina legal, administrativa, ética e atributos de caráter e personalidade (integridade, independência, equilíbrio, isenção de espírito), além de facilidade de comunicação e relacionamento. O perito médico, no desempenho de suas atividades, deve ater-se à boa técnica e respeitar a disciplina legal e administrativa. Deve ser justo para não negar o que é legítimo e nem conceder graciosamente o que não é devido e não é seu. Deve saber lidar com pressões e saber rejeitá-las (SBPM, 2007).

Realizar uma perícia, devolvendo ao homem e à sociedade o prazer de ter sido feita a verdadeira justiça, constitui uma das satisfações mais gratificantes da vida profissional do perito. Tal motivação tem despertado inúmeros profissionais, através dos séculos, para o estudo da Perícia Médica. Neste domínio, a Perícia tem fascinado em função do desafio representado, não apenas pelas particularidades técnicas, como pelas controvérsias sobre a melhor opção para que haja o seu merecido reconhecimento profissional.

A Perícia Médica tem atuado de forma relevante em todas as instâncias abrangidas pelo exercício profissional, conforme referido. Tem havido uma busca no reconhecimento profissional desta categoria e amplo debate sobre a atuação pericial (CAMPANA, 1987; GUTIÉRREZ ZALDÍVAR, IRAOLA, 2002; HURTADO HOYO, 2002), como no caso da Sociedade Brasileira de Perícias Médicas (SBPM), representada pelo Dr. Cláudio J. Trezub, que relata que a SBPM

tem norteado suas ações e focos na consolidação e reconhecimento da Perícia Médica como área de conhecimento médico, e o engrandecimento da Perícia Médica como instituição, como especialidade. Muito além do conceito de meio de vida ou oportunidade de trabalho. Substantivo abstrato; imaterial; função de superego (CRM-PR, 2007).

Outro fato que tem corroborado para a maior divulgação e enfoque da perícia é a criação da Câmara Técnica em Perícia pelo próprio Conselho Federal de Medicina. Segundo a resolução CFM n. 1.599/2000, as câmaras técnicas são órgãos consultivos e de assessoramento ao CFM em áreas específicas do conhecimento. Podem atuar na uniformização, padronização, agilidade e

otimização dos trabalhos no Tribunal de Ética Médica; podem promover assessoria em consultas, denúncias, instruções processuais e quaisquer assuntos relativos à sua especialidade. Segundo Trezub (*apud* CRM-PR, 2007), a criação dessa câmara técnica tem enorme relevância para a consolidação da cultura da perícia médica como especialidade.

Existem opiniões diferentes de como deve ser feito o reconhecimento profissional da perícia médica, cada uma com os seus detratores e apologistas.

Com o avanço das especialidades e áreas de atuações, devidamente reconhecidas pelo CFM, a Associação Médica Brasileira (AMB) deu um grande impulso ao início de uma formação de estudiosos nas diversas especialidades, com a geração “Peritos Especializados”. Dinamicamente, a cada ano, evidencia-se uma tendência da classe médica no sentido de criar novas especialidades e sub-especialidades, aumentando a grande fragmentação da atenção médica.

Conforme referido, a SBPM pleiteia junto às entidades médicas nacionais o reconhecimento da Perícia Médica como especialidade, haja vista o convencimento de que já existe uma massa crítica de conhecimentos técnicos e científicos suficientes para lhe conferir tal titulação. A SBPM alega que a atividade médico-pericial exige mais conhecimentos do que simplesmente a aplicação do conhecimento médico obtido na graduação a um determinado caso ou momento, e também exige mais do que descrever danos, defeitos ou lesões ou como eles foram produzidos, extrapolando o conceito estático de produção de prova para a aplicação da lei. A condição de perito exige do médico conhecimento muito além do que lhe é ensinado na graduação, bem como nas especializações habituais. Há a necessidade de conhecimentos específicos.

Por outro lado, existe uma outra visão sobre o assunto. Como ‘especialidade médica’, um horizonte de dimensões significativas, com ramificações das atuações periciais, nas áreas técnico-científicas, ético-profissionais, judicial, previdenciária, securitária, administrativa e médico-legal poderia não estar ao alcance do profissional médico, faltando-lhe elementos essenciais para o seu desempenho como ‘especialista em Perícias Médicas’; já como ‘área de atuação’ em diversas especialidades, deve ser significativamente considerada. Evidentemente que normas orientadoras e reguladoras deverão ser estabelecidas, pela CME, para o reconhecimento da ‘especialidade médica’ ou ‘área de atuação’, com elaboração de pré-requisitos necessários, a exemplo das existentes. No caso de áreas de atuação, deverão ser listadas pela CME e terão sua certificação sob responsabilidade da AMB e suas filiadas correspondentes dentro das especialidades. A área de atuação

que apresente interface com duas ou mais especialidades somente será criada ou mantida após consenso entre as respectivas Sociedades.

Portanto, em decorrência dessa atual divergência entre o não reconhecimento profissional da Perícia Médica e, ao mesmo tempo, pela atual demanda de solicitações dessa atividade, além de sua valiosa importância, foi realizada essa pesquisa de opinião entre os membros conselheiros do Brasil. Entretanto, algumas reflexões a seguir expostas são necessárias.

- Situação atual da perícia médica: todo médico, desde que devidamente registrado, pode exercer a Perícia Médica.

Vantagens:

- qualquer médico pode atuar como perito;
- o mercado de trabalho em Perícia Médica está aberto a todos.

Desvantagens:

- pode haver um despreparo técnico-científico na atuação como perito;
- é impossível haver conhecimento amplo e específico entre todas as especialidades médicas, o que pode deixar a desejar no resultado em determinadas perícias.

- Perícia como Especialidade Médica:

Vantagens:

- realização de perícia por especialista em determinada área, conhecedor do assunto e de suas nuances;
- maior rigor técnico-científico;
- maior chance de se fazer análise pericial e reconhecer a presença de nexo casual;
- maior chance de aprendizado relacionado a leis, normas, haja vista a interface entre o conhecimento da área do Direito.

Desvantagens:

- restringe a atuação de outros profissionais não especialistas na área;
- não haver vantagem na realização de uma perícia cujo assunto seja de outra especialidade.

- Perícia como Área de Atuação:

Vantagens:

- realização de perícia por especialista da área em questão, conhecedor do assunto e de suas nuances;
- maior rigor técnico-científico;
- maior chance de se fazer análise pericial e reconhecer a presença denexo causal.

Desvantagens:

- restringe a atuação de outros profissionais não especialistas na área.

Vale ressaltar que a amostragem desta pesquisa foi relativamente pequena, quando comparada com o número de pessoas convidadas inicialmente para participação. Entretanto, já foi suficiente para demonstrar a necessidade de mudanças no cenário científico da Perícia Médica no Brasil. Numa próxima etapa seria importante a participação de peritos de outras áreas, como os peritos judiciais, forenses, médicos-legistas etc.

CONCLUSÃO

Os autores concluem que, segundo a maioria dos participantes da pesquisa de opinião entre os conselheiros do Brasil e os peritos médicos lotados na Gerência Executiva de Goiânia, a Perícia Médica deve ser reconhecida como área de atuação entre as respectivas especialidades médicas ou como especialidade médica.

Sugere-se a criação de Câmara Técnica em Perícia em todos os Conselhos Regionais de Medicina, como exemplo a ser seguido do próprio CFM, e, ainda, que haja um empenho na valorização e reconhecimento profissional da Perícia Médica perante as normas atuais vigentes e pelas entidades competentes.

Referências

ANMP: Associação Nacional de Médicos Peritos da Previdência Social. Site: <<http://www.anmp.org.br>>. Acesso em: set. 2007.

CAMPANA, C. L. Qual é o perito?: algumas considerações a respeito de um problema atual. In: V CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO, 1987. p. 529-538.

CFM: Conselho Federal de Medicina. Perícia Médica. In: _____. *Desafios éticos*. Brasília: Ed. do CFM, 1993.

CRM-PR: Conselho Regional de Medicina do Paraná. Site: <http://www.crmpr.org.br/crm2/sistema_autenticacao/ver_artigo.php?id=83>. Acesso em: set. 2007.

GUTIÉRREZ ZALDÍVAR, H.; IRAOLA, N. La importancia de los peritos médicos como auxiliares de la justicia, sus funciones y responsabilidades. *Rev. Assoc. Méd. Argent.*; v. 115, n. 3, p. 39-42, 2002.

HURTADO HOYO, E. Sobre los peritos médicos. *Rev. Assoc. Méd. Argent.*, v. 115, n. 2, p. 3-15, jun. 2002.

MELO, M. P. P.; ASSUNÇÃO, A. A. A decisão pericial no âmbito da previdência social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 343-1.365, dez. 2003.

PAULA, A. S. Epítome da prova pericial no estatuto processual civil brasileiro. Disponível em: <<http://www.uj.com.br/publicacoes/doutrinas/default.asp?action=doutrina&iddoutrina=1266>>. Acesso em: set. 2007.

PIGA RIVERO, A. Ética em la pericia médico-legal. *Méd. leg.*, Costa Rica, v. 17, n. 1, p. 7-8, jul. 2000.

SBPM: Sociedade Brasileira de Perícias Médicas. Site: <<http://www.periciasmedicas.org.br>>. Acesso em: set. 2007.



PARECERES E RESOLUÇÕES DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA E DOS CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA DO BRASIL RELACIONADOS À PERÍCIA MÉDICA

Simone Moraes Stefani Nakano^{*}, Salomão Rodrigues Filho^{**},
Lívia Barros Garção^{***}, Iliam Cardoso dos Santos^{****},
Ana Maria de Oliveira^{*****}, Ionira Fátima Pimentel^{*****}

INTRODUÇÃO

Nosso egrégio Conselho Federal de Medicina e os demais Conselhos Regionais de Medicina apresentam em suas legislações um rol de pareceres consultas e resoluções.

Segundo Mesquita (1998),

pareceres representam a pulsação intelectual sobre a conduta médica e sobre questões de saúde. Prova maior da vitalidade institucional entre a construção de novos códigos e a edição de resoluções (que complementam os códigos). O parecer é singular como jurisprudência porque aponta o norte da longa marcha da medicina rumo ao desconhecido, desbrava caminhos e prepara a consciência médica para novos pactos morais e técnicos com a sociedade.

* Doutora em Cirurgia do Aparelho Digestivo pela Universidade de São Paulo (SP). Membro da Câmara Técnica em Perícia do Conselho Regional de Medicina de Goiás (Cremego). Perita Médica do Instituto Nacional da Previdência Social em Goiás.

** Médico Psiquiatra. Presidente do Cremego.

*** Especialista em Medicina Legal. Especialista em Ginecologia Obstetrícia. Conselheira do Conselho Regional de Medicina de Goiás (Cremego). Secretária-geral do Conselho Federal de Medicina (CFM). Conselheira do CFM.

**** Mestre em Otorrinolaringologia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da USP. Especialista em ORL pela Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia. Vice-presidente do Cremego.

***** Mestre em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Especialista em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela UFG. Professora Assistente de Doenças Infecciosas no Instituto de Patologia Tropical da UFG. Conselheira do Cremego gestão 2003-2008. Ex-presidenta do Cremego gestão 1997-1998.

***** Bacharel em Biblioteconomia pela Universidade Federal de Goiás. Bibliotecária coordenadora da Biblioteca e Centro de Documentação do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás desde março de 1999.

Parecer, segundo o vocabulário jurídico,

é o vocábulo tido como originário do latim hipotético 'parescere', aférese do 'appareasco', 'apparescere' (aparecer), quando bem pode ser tido como derivado de parece, cuja significação – se manifestado, tanto se presta ao uso de mesmo, ainda que como substantivo: opinião ou manifestação do pensamento. Nesta razão, é que a terminologia jurídica antiga empregava o 'parece', na significação de voto ou opinião. Parecer. Em sentido geral, quer significar o vocábulo, a 'opinião escrita', ou mesmo 'verbal', dada por uma pessoa acerca de determinado negócio, mostrando as razões justas ou injustas que possam determinar sua realização ou não. E, nesta acepção, o parecer, na maioria dos casos, culmina em ser tomado como um voto dado a favor ou contra o mesmo negócio. Parecer, pois, é a 'manifestação' ou a 'declaração' de uma opinião, ou modo de pensar, acerca de um fato ou negócio. É, segundo as circunstâncias, tanto pode ser 'favorável' ou 'contrário' a ele. Parecer. Em sentido mais estrito. Assim se entende a opinião de um jurisconsulto a respeito de uma questão jurídica, a qual, fundada em razões de ordem doutrinária e legal, conclui por uma solução, que deve, a seu pensamento, ser aplicada ao caso em espécie. Em regra, o 'parecer jurídico' é provocado por uma 'consulta', em que se acentuam os 'pontos controversos' da questão, a serem esclarecidos pelo consultado. Quando ocorre estar a 'questão' em discussão ou demanda judiciária, constitui praxe, quando oportuno, a 'juntada' do parecer proferido pelo jurista como 'peça' dos autos (DE PLÁCIDO E SILVA, 2006).

Resolução, segundo o vocabulário jurídico,

No conceito do Direito Administrativo, é a deliberação ou a determinação. Indica, assim, o ato pelo qual a autoridade pública ou o poder público toma uma 'decisão', impõe uma 'ordem' ou estabelece uma 'medida'. Tem significação genérica, pois que atinge qualquer espécie de deliberação ou de determinação, baixada para ser obrigatoriamente cumprida ou geralmente acatada. Em regra, as resoluções recebem qualificativos, segundo a origem ou o poder que as dita: 'resoluções

legislativas, resoluções judiciais, resoluções do executivo, resoluções governamentais'. As resoluções são tomadas dentro da autoridade que se outorga ao poder, pelo que não estão subordinadas nem sujeitas à aprovação ou referenda de qualquer outro poder. É ato que se funda na própria atribuição conferida ao órgão ou representantes do poder público. Nesta razão, as resoluções entendem-se sempre atos de autoridade. E, em regra, dizem respeito a questões de ordem administrativa ou regulamentar. Resolução. No sentido de ato formal de manifestação de vontade, como as resoluções dos órgãos legislativos (CF, art. 52) ou atos baixados por autoridades administrativas (secretários de Estado, corregedor) ou colegiados (Conselhos do Ministério Público).

São bastante elucidativas as palavras do atual presidente do Conselho Federal, em sua apresentação ao livro *Pareceres 1998-2000*, a respeito da importância da elaboração dos pareceres pelos CFM e CRMs:

O exercício da função de Conselheiro tem várias facetas. Entre todas, destaca-se a de elaborar a doutrina ético-profissional brasileira. Isto ocorre por intermédio dos VOTOS elaborados nos julgamentos éticos, mas – principalmente – mediante a emissão dos PARECERES. Fruto da necessidade social e oriundas de todas as instâncias sociais brasileiras, aportam ao CFM incontáveis solicitações de PARECERES sobre fatos do cotidiano médico, da assistência à saúde brasileira e de quaisquer outras ocorrências nas quais alguém julgue que a opinião do médico brasileiro – representado pelas suas instâncias ético-profissionais maiores – precisa ser ouvida. Na elaboração de um PARECER, está o CORAÇÃO, o DIREITO e o sentimento de JUSTIÇA que nós, MÉDICOS, almejamos para nossa Medicina e para o nosso Povo.

Portanto, o objetivo deste capítulo é trazer uma coletânea de pareceres consultas e resoluções relacionados ao cenário nacional da Perícia Médica. Por questão didática, eles estão divididos e relacionados por assunto. Todos os pareceres e resoluções podem ser encontrados na íntegra nos sites citados nas referências.

ASSUNTOS DOS PARECERES CONSULTAS RELACIONADOS À PERÍCIA MÉDICA

- APOSENTADORIA

Parecer Consulta n. 36/2002 – Cremego

Assunto: referente à conduta adotada pelos profissionais da Junta Médica Municipal, que negaram o pedido de aposentadoria ao paciente.

Ementa: No caso em tela, após análise legal (leis, pareceres etc), não vejo delito ou indícios de delito ético dos profissionais que atuaram no caso. Agiram eles de acordo com o que preceitua a lei. Se há desacordo ou descontentamento do paciente em relação ao laudo técnico da perícia, este poderá fazer até questionamento judicial e buscar os seus direitos.

- ATESTADOS

Consulta n. 2.931/1993 – Cremesp

Assunto: qual o documento necessário que o médico deve emitir para fins de perícias a empresas e/ou INSS etc.

Ementa: 1) Qual o documento médico necessário que o médico deve emitir para fins de perícias a empresas e/ou INSS: atestado médico contendo diagnóstico e tempo de afastamento ou relatório médico circunstanciado?

Deve o médico emitir o atestado, desde que seja pedido pelo paciente ou pelo seu responsável legal, no qual conste o diagnóstico e o tempo provável de afastamento. O nosso Código de Ética, em seu Art. 117, esclarece que é vedado ao médico elaborar ou divulgar boletim médico que revele diagnóstico, prognóstico ou terapêutica sem a expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal.

2) O médico deve facilitar a emissão de atestados autorizados pelo paciente através da prévia assinatura do termo de responsabilidade (anexos IV e V)?

O atestado é um direito do paciente, ele não deverá firmar nenhum termo de compromisso para obter o seu atestado. O artigo III do Código de Ética Médica diz que é vedado ao médico deixar de atestar atos executados no exercício profissional quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

3) Deve o médico entregar a terceiros relatórios ou atestados com a prévia autorização do paciente e no caso dos pacientes psiquiátricos considerados incapazes?

O atestado é do paciente, portanto, se ele pedir a um terceiro que retire o atestado, este deverá ser entregue. No caso de pacientes considerados incapazes, será o seu responsável civil que irá decidir sobre o que fazer com o atestado.

4) Deve-se envelopar o documento emitido?

O atestado faz parte do sigilo profissional, portanto o envelopar do atestado servirá como medida para resguardar o segredo do atestado.

5) É necessário emitir o documento com cópia e que o solicitante assine? Não necessariamente, como já foi esclarecido, o atestado é do paciente e não do médico.

6 - Os pareceres emitidos antes da reestruturação do Código de Ética Médica de 1988 permanecem válidos?

Sim, os atestados permanecem válidos. Como se sabe, a lei nunca retroage, ela funciona a partir de sua validação.

Parecer Consulta n. 19/2001 – CFM

Assunto: homologação de atestado médico.

Ementa: os órgãos ou entidades públicas que não têm médicos em seus quadros para realizarem atividades médico-periciais deverão celebrar convênios com unidades de atendimento do sistema público de saúde, entidades sem fins lucrativos, com o Instituto Nacional do Seguro Social, ou, na sua impossibilidade, promoverão a contratação da prestação de serviços por pessoas jurídicas, que constituirão junta médica específica para este fim. É vedado ao médico, no exercício da atividade médico-pericial, a homologação de atestados, prorrogação de licença médica e demais atividades periciais sem a presença do servidor, a fim de submetê-lo ao exame médico clínico pericial.

Parecer Consulta n. 35/2006 – Cremego

Assunto: emissão de atestados e relatórios de pacientes em convalescença cirúrgica.

Ementa: atestado de pacientes em convalescença cirúrgica. Ao médico que presta assistência ao trabalhador, independentemente de sua especialidade ou local em que atuem, cabe assistir ao trabalhador, elaborar seu prontuário médico, fazer todos os encaminhamentos devidos, fornecer atestados e pareceres para o afastamento do trabalhador, bem como fornecer laudos,

pareceres e relatórios de exame médico e dar encaminhamento. São atribuições de deveres do perito médico de instituições previdenciárias e seguradoras avaliar a capacidade de trabalho do segurado, por meio do exame clínico, subsidiar tecnicamente a decisão para concessão de benefícios, bem como comunicar, por escrito, o resultado do exame médico-pericial ao periciando, com a devida identificação do perito-médico (CRM, nome e matrícula).

- ATIVIDADE PERICIAL

Parecer n. 08/1990 – CFM

Assunto: cobrança de honorários por exames de corpo de delito realizados por médicos designados como peritos por determinação da autoridade competente.

Ementa: os médicos nomeados peritos pela autoridade competente estão obrigados a aceitarem o ônus de perito, exceto nos casos previstos em lei, devendo, entretanto, se assim for o seu entendimento, cobrar do Estado, e não da vítima, a justa remuneração pelo ato médico realizado.

Parecer n. 03/1994 – CFM

Assunto: visita à beira do leito do paciente por auditores do SUS.

Ementa: médico auditor tem o direito de examinar o paciente, à beira do leito, como condição necessária ao bom desempenho de suas funções. Se assim não o fizer, pode até estar sendo negligente. Porém, ao exercer tal direito, estará também comprometido com a fiel observância do que determinam a lei, o Código de Ética Médica e as normas técnicas do SUS, podendo ser responsabilizado penal, ética e administrativamente por deslizos que venha a cometer.

Consulta n. 40.279/1998 – Cremesp

Assunto: perícia/engenheiro do trabalho.

Ementa: o engenheiro do trabalho está habilitado para realizar perícia, nos termos do artigo 195 da CLT e NR-15 do Ministério do Trabalho.

Parecer Consulta n. 06/2000 – Cremec

Assunto: realização de atividade pericial por parte dos Conselhos Regionais de Medicina.

Ementa: a lei criadora do órgão define suas atribuições, vedado qualquer atividade que o ordenamento jurídico não prevê. Inteligência da lei n. 3268/1957.

Entretantes, cabe-nos esclarecer que o Conselho Regional de Medicina, conforme dispõe a lei n. 3.268/57, é órgão fiscalizador e disciplinador da atividade médica, não cabendo a ele a realização de exames periciais, tendo em vista que a lei criadora não lhe confere referida atribuição.

Parecer Consulta n. 19/2001 – CFM

Assunto: homologação de atestado médico.

Ementa: os órgãos ou entidades públicas que não têm médicos em seus quadros para realizarem atividades médico-periciais deverão celebrar convênios com unidades de atendimento do sistema público de saúde, entidades sem fins lucrativos, com o Instituto Nacional do Seguro Social, ou, na sua impossibilidade, promoverão a contratação da prestação de serviços por pessoas jurídicas, que constituirão junta médica específica para este fim. É vedado ao médico, no exercício da atividade médico-pericial, a homologação de atestados, prorrogação de licença médica e demais atividades periciais sem a presença do servidor, a fim de submetê-lo ao exame médico clínico pericial.

Consulta n. 25.995/2001 – Cremesp

Assunto: orientação do Cremesp acerca da obrigatoriedade da realização de perícias médicas nos alunos que entraram com atestado médico no Departamento de Recursos Humanos da Unesp alegando impossibilidade temporária ou definitiva para realizar suas atividades de discentes na Universidade, no intuito de julgarem a autenticidade destes atestados.

Ementa: à luz do contrato de trabalho celebrado, conclui-se pela ausência de previsão contratual para que os contratados realizem perícias.

Consulta n. 52.306/2001 – Cremesp

Assunto: determinação de juiz em realizar exames complementares em periciados, sob pena de crime de desobediência.

Ementa: segundo o nosso entendimento, o juiz não tem o poder de determinar ao perito ou a qualquer médico o tipo de procedimento a ser realizado, configurando-se esta atitude abuso de poder, o que vem a constituir condu-

ta ilícita. Ao médico, por sua vez, compete comportar-se com zelo e diligência, dando o melhor de si e utilizando-se dos melhores meios ao seu dispor para a consecução dos seus fins, sejam eles terapêuticos ou periciais.

Consulta n. 65.889/2001 – Cremesp

Assunto: agendamento de perícias que estabelece tempo de duração de dez minutos.

Ementa: estabelecer tempo de duração para uma consulta não se coaduna com os preceitos constitucionais e infra-constitucionais que disciplinam a matéria.

Não há respaldo legal para a delimitação de dez minutos para a realização da perícia.

Assim, a delimitação de tempo para consulta parece não estar de acordo com o “máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”, estatuído no Código de Ética Médica.

Parecer n. 09/2005 – Cremec

Assunto: exigências para o cargo de perito médico do INSS.

Ementa: o cargo de perito médico INSS. Habilitação como médico. Art. 18 da lei n. 3.268/1957. Administrador público não pode estabelecer critérios ao arrepio da lei.

- ATO MÉDICO

Parecer n. 31/2003 – CFM

Assunto: prorrogação de benefício do INSS praticado por pessoa que não prestou atendimento ao paciente.

Ementa: a perícia médica é ato exclusivo da profissão médica, devendo este profissional realizar o exame clínico do paciente antes de atestar.

Parecer n. 32/2003 – CFM

Assunto: resultado de perícia médica determinado por programa de informática.

Ementa: a perícia médica é um ato médico e não pode ter seu resultado determinado por programa de informática, pois isto fere a autonomia do médico.

Parecer n. 9/2006 – CFM

Assunto: orientação acerca da presença, durante o exame médico-pericial, de pessoa(s) que não seja(m) parente(s) direto(s) ou médico(s) do paciente periciado.

Ementa: o exame médico-pericial é um ato médico. Como tal, por envolver a interação entre o médico e o periciando, deve o médico perito agir com plena autonomia, decidindo pela presença ou não de pessoas estranhas ao atendimento efetuado, sendo obrigatórias a preservação da intimidade do paciente e a garantia do sigilo profissional, não podendo, em nenhuma hipótese, qualquer norma, quer seja administrativa, estatutária ou regimental, violar este princípio ético fundamental.

- AUDITORIA

Parecer n. 02/1994 – CFM

Assunto: fornecimento de prontuário para auditorias do SUS e outros tomadores de serviços e para autoridades judiciárias.

Ementa: o acesso ao prontuário médico pelo perito médico, para efeito de auditoria, deve ser feito dentro das dependências da instituição responsável pela sua posse e guarda. O perito médico tem, inclusive, o direito de examinar o paciente para confrontar o descrito no prontuário.

Parecer Consulta n. 36/1997 – Cremego

Assunto: médicos que atendem seus usuários sob o título “Rotina de Liberação de Pedidos de Procedimentos”.

Ementa: os pacientes submetidos a procedimentos médicos podem, a qualquer momento, ser submetidos a perícia médica por auditoria e os dados, confrontados com os fornecidos pelo assistente.

Parecer n. 8/1999 – CRM (MS)

Assunto: perícia médica para autorização de procedimentos/segunda opinião.

Ementa: a perícia médica especializada imposta ao paciente fere os artigos 8, 81 e 121 do CEM, além de quebrar a relação médico-paciente e submeter o paciente a possíveis constrangimentos. Os convênios e a Unimed devem buscar a criação de outros meios para aperfeiçoarem seus processos de auditoria.

Processo Consulta n. 29/2002 – CRM (PB)

Assunto: o consultante solicita parecer a propósito de exame médico-pericial realizado em sua pessoa pelo médico não inscrito neste CRM, por determinação da Seguradora Unimed S/A, resultando em indeferimento do benefício.

Ementa: o médico auditor deverá estar inscrito no CRM da jurisdição onde ocorreu a prestação de serviço, uma vez que tal procedimento representa ato médico.

Parecer Consulta n. 70/2002 – Cremego

Assunto: acerca da definição e diferença entre auditor e perito.

Ementa: Auditoria Médica e Perícia Médica são habilidades profissionais médicas específicas e distintas em suas técnicas e atuações. A necessidade de conhecimento técnico e científico enseja aperfeiçoamento e dedicação por parte dos que as praticam. O Código de Ética Médica, em seus artigos 118, 119, 120 e 121, estabelece os limites éticos da atuação profissional do auditor e do perito.

- AUTONOMIA

Parecer n. 40/1995 – CFM

Assunto: subordinação hierárquica e autonomia de perito.

Ementa: o perito médico, oficial ou transitoriamente nomeado, tem inteira autonomia técnica, ética e legal para conduzir o ato pericial.

Parecer n. 20/1996 – CFM

Assunto: citologia oncótica, exame “a fresco” e bacterioscópico.

Ementa: o direito do paciente aos meios diagnósticos e a autonomia profissional do médico não podem ser prejudicados, sob qualquer pretexto, por serviços médicos, independentemente de sua natureza.

Parecer n. 35/2001 – CFM

Assunto: apreciação da Instrução Normativa n. 004-DG/DPF.

Ementa: a Instrução Normativa n. 004-DG/DPF respeita a autonomia do médico em decidir sobre questões técnicas e éticas, assegurando também os direitos dos pacientes, não interferindo na relação médico/paciente.

Parecer n. 11/2003 – CFM

Assunto: autonomia do médico.

Ementa: a instrução Normativa 004-DG/DPF contém algumas modificações que não respeitam a autonomia do médico em decidir sobre questões técnicas e éticas, não assegura os direitos do paciente e interfere na relação médico/paciente.

- CARDIOPATIA GRAVE

Parecer Consulta n. 01/2002 – CFM

Assunto: Cardiopatia grave.

Ementa: A Junta Médica pode e deve, quando em situações de conflito entre o atestado médico emitido pelo médico assistente e o observado pela própria Junta, no exame físico e na análise dos exames complementares do periciado, recusar ou homologar o entendimento semelhante ou diverso do médico assistente, atendendo ao previsto nas diretrizes recomendadas em consensos das sociedades de especialidades.

- CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID)

Parecer n. 1.423/2002 – CRM/PR

Assunto: CID – laudo de perícia.

Ementa: não compete ao CRM pronunciar-se sobre o pedido de colaboração de funcionários para autorizar o médico a colocar o diagnóstico em atestado ou laudo. Cabe ao paciente tal decisão.

Parecer Consulta n. 06/2003 – Cremego

Assunto: legalidade de exigência feita pelo Tribunal de Contas do Município que exige a denominação técnica e CID em perícia médica.

Ementa: constitui ilícito ético ao médico a obediência à exigência contida no Art. 29, § 2º, III, da Resolução Normativa n. 0003/2000, do Tribunal de Contas dos Municípios que exige a denominação técnica e o CID de moléstia constatada em perícia médica junto à Previdência Municipal. Também constitui ilícito ético o atendimento, por parte do médico, da exigência de empresas que se coloquem CID e o diagnóstico nos atestados médicos de seus trabalhadores. Desaparecerá o ilícito se houver, nos dois casos, expressa e manifesta concordância do paciente ou trabalhador.

Processo Consulta n. 10/2003 – CRM (PB)

Assunto: sobre a visão ética e médica pericial do registro do número da Codificação Internacional de Doenças (CID-10) em relatório médico destinado a um parecer pericial.

Ementa: recomenda a realização de uma campanha de esclarecimento junto aos funcionários públicos civis do estado da Paraíba dos beneficiários que terão se o relatório médico solicitado por cada um e emitido por seu médico assistente, com vistas à perícia médica, seja preciso esclarecedor do seu quadro clínico e que nele haja o registro do CID-10 que seja mais fiel à entidade nosológica que o acomete.

- CONDIÇÃO DE TRABALHO PERICIAL

Parecer Consulta n. 14/2005 – CFM

Assunto: solicita revisão da resolução CFM n. 1.635/2002.

Ementa: o médico não pode aceitar trabalhar em condições indignas e inapropriadas, sabidamente prejudiciais ao paciente/periciando. Cabe ao Estado fornecer condições dignas e segurança de vida para o exercício da Medicina Legal. Não cabe, portanto, a revisão da resolução CFM n. 1.635/2002.

- ERRO MÉDICO

Consulta n. 19.779/1992 – Cremesp

Assunto: Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) – erro médico evidenciado por outro colega.

Ementa: o médico do SVO deverá, diante de evidências de provável conduta errônea do profissional que assistiu ao paciente, por intermédio de seu superior hierárquico, informar o Conselho Regional de Medicina acerca dos fatos.

Parecer n. 90/2000 – Cremerj

Assunto: questões relativas à possibilidade de ter ocorrido erro médico na emissão de laudos periciais em processo criminal.

Ementa: opina que laudos periciais discordantes sobre o mesmo caso não caracterizam erro médico, tratando-se de pontos de vista diferencia-

dos sobre o mesmo tema. Afirma que não houve irregularidades nos laudos subscritos pelos peritos e não ocorreu erro médico.

- ÉTICA

Parecer n. 28/1992 – CFM

Assunto: quebra de sigilo profissional envolvendo perícias médicas.

Ementa: não incorre em delito ético o médico perito que quebra o sigilo médico ao descrever em laudo pericial a doença do servidor para fins de licença e/ou aposentadoria.

Parecer n. 24/1996 – CFM

Assunto: Junta Médica.

Ementa: o médico não pode ser perito de paciente para quem presta atendimento como médico-assistente, mesmo que o faça em entidade pública.

Consulta n. 29.844/1996 – CRM (SP)

Assunto: impedimentos éticos para executar exames médico-periciais, conforme convênio firmado com o INSS na concessão de benefícios frente ao artigo 14 da Resolução Cremesp n. 76/1996.

Ementa: o médico do trabalho que for coordenador do PCMSO e o perito credenciado pelo INSS não poderão realizar a perícia por estarem envolvidos em seu evento gerador.

Parecer n. 71/1998 – Cremerj

Assunto: possibilidade, ou não, ante a ética médica, de se anexar laudo de perícia médica a processo administrativo, ainda que, para tanto, conferindo caráter sigiloso ao laudo.

Ementa: esclarece que somente mediante laudo realizado por junta médica é que se comprova a existência ou não de invalidez. Alude ser inadmissível existir prova “secreta” em processo administrativo e afirma que as perícias médicas são provas que se produzem em processos e, por isso, a ética médica não é ferida. Entende que o sigilo médico, quando se referir à concessão de invalidez, não é fator impeditivo para a juntada de laudos em processos judiciais ou administrativos.

Consulta n. 22.625/1998 – Cremesp

Assunto: se é ético ou não um perito que compõe o quadro de peritos do Imesc, órgão público, valer-se, na qualidade de perito nomeado em juízo e a serviço do Imesc, de exames especializados, como, por exemplo, audiometria elaborada em clínica de sua propriedade e sob sua responsabilidade.

Ementa: não é recomendável, embora não se configure caracteristicamente um ilícito ético, que um perito oficial receba honorários, em separado, para realizar audiometrias em situações em que ele é o *expert* oficial.

Consulta n. 30.071/1999 – Cremesp

Assunto: se é ético o perito solicitar ao médico assistente que peça exames e encaminhe parecer de outra especialidade, quando o médico assistente sustenta o diagnóstico e suas implicações; e se é ético que o perito estabeleça prazo exíguo ao paciente, sob pena de cortar o benefício caso não encaminhe o solicitado.

Ementa: na medida em que cabe ao perito do INSS a responsabilidade pelo estabelecimento de “nexo técnico”, ele pode e deve, caso considere necessário, entrar em contato com o médico assistente para, dessa forma, discutir e obter maiores informações sobre a patologia do segurado. Evidentemente, a decisão sobre os exames complementares não deve ser tomada de forma unilateral pelo médico perito, muito menos impondo ao colega assistente a obrigação de solicitar exames que esse não julgue necessários para o estabelecimento do diagnóstico.

Consulta n. 40.124/1999 – Cremesp

Assunto: se é ético o perito, nomeado pelo juiz para realização de exame de DNA em processo de investigação de paternidade, retirar o material de três pessoas (pai, mãe e criança) e não apresentar o resultado; e se este perito pode ser parceiro do assistente técnico de réu.

Ementa: a conduta de um perito médico exposta pela consulente é manifestamente antiética, contrariando os artigos 9 e 118 do CEM. A não entrega de laudo, por parte do perito-judicial, deverá ser necessariamente acompanhada de uma justificativa, que o juiz poderá acolher ou não. O perito deverá alegar razão aceitável, que poderá ser até a de perda ou inutilização do material, ou de doença, ou incapacidade técnica dele, perito; é inaceitável o “sumiço do sangue”, a não feitura do laudo e a ausência de justificativa.

As informações concernentes à parceria entre perito-judicial e assistente-técnico não permitem a avaliação deste Conselho. Claro está que, caso confirmadas, caracterizariam grave ilícito.

Parecer n. 85/2000 – Cremerj

Assunto: sobre questões relativas à análise de documento a ser utilizado pela perícia médica do estado do Rio de Janeiro.

Ementa: afirma que qualquer solicitação de médico para médico deverá ser atendida, e que o sigilo envolverá, por extensão, o profissional médico solicitante das informações ao perito médico.

Consulta n. 48.513/2000 – Cremesp

Assunto: referente a dificuldade de agendamento de peritagem médica e desinteligência entre colegas.

Ementa: entendemos que um contato direto entre os colegas seria a melhor forma de ajustar uma visita em conjunto. Talvez o problema principal tenha derivado deste atrito de comunicação que, entendo, não deva progredir.

Consulta n. 10.675/2001 – Cremesp

Assunto: divisão eqüitativa Perícia – exame de motorista.

Ementa: a ausência de divisão eqüitativa para realização de perícia relacionada a exame de habilitação, por si, não caracteriza infração ética. Se a conduta do médico for enquadrada como concorrência desleal ou se estiver exercendo a profissão como comércio, poderá ficar caracterizada a infração ética, dependendo do caso concreto.

Parecer n. 05/2002 – CRM (MS)

Assunto: realização de perícia médica por médico que exerça cargo executivo municipal.

Ementa: é incompatível a função de médico perito por médico que exerça cargo executivo municipal, sob pena de violar o artigo 120 do Código de Ética Médica.

Parecer Consulta n. 22/2003 – CRM (MS)

Assunto: perícia médica em deficiente na concessão de passe livre para transporte coletivo.

Ementa: Não há delito ético na atitude do médico que, quando solicitado, emitir parecer contrário ao formulado por outro médico.

Parecer Consulta n. 1/2005 – CFM

Assunto: concessão de licença médica na Previdência Social.

Ementa: o comportamento do perito médico deve ser pautado pela legislação específica, pelo Código de Ética Médica e pela Resolução CFM n. 1.488/1998.

Parecer n. 20/2005 – CFM

Assunto: eleições para as Comissões de Ética Médica.

Ementa: candidatos às eleições para composição das Comissões de Ética inscrevem-se individualmente, mas podem se agrupar em “chapas” para efeito de divulgação no período pré-eleitoral; se não estiverem agrupados em “chapas”, os nomes a serem sufragados por cada eleitor devem ser suficientes para completar a comissão local, nos termos da resolução CFM n. 1.657/2002. Se após o escrutínio não se completar a comissão, novas eleições complementares serão convocadas.

Parecer n. 10/2006 - CFM

Assunto: questiona se do ponto de vista da ética médica é possível realizar avaliação de estado de saúde por junta médica oficial composta por servidores subordinados diretamente ao paciente, para fins de conversão da aposentadoria em integral e isenção de imposto de renda.

Ementa: periciando não poderá ter suas condições de saúde avaliadas e laudadas pericialmente por médicos a ele subordinados.

Parecer n. 18/2006 – CFM

Assuntos: 1) médico acumular funções de assistente e perito; 2) avaliação de atestado médico sem a presença do periciando; 3) realização de junta médica sem a presença do funcionário requerente e composição de junta médica; 4) arbitrariedade da secretária administrativa.

Ementa: o médico não pode ser perito de paciente para quem preste atendimento como assistente, mesmo que o faça em entidade pública. Os atestados médicos só podem ser homologados quando o médico perito e/ou membro de junta médica examinar diretamente o paciente, sob pena de infringir os

postulados éticos da profissão. Se o regulamento estabelece que a junta médica será composta por três membros, não tem validade o ato praticado por apenas dois profissionais, por não preencher os requisitos formais. Não pode um membro da junta médica assinar posteriormente o laudo como se tivesse efetivamente participado do ato. Nada impede que, por ordem administrativa, a inspeção seja realizada após recomposta a junta médica. Porém, o laudo pericial exarado pela mesma deve conter rigorosamente os dados clínicos e patológicos constatados na data em que o paciente foi submetido à perícia. Em hipótese nenhuma o médico pode se submeter a imposições administrativas que contrariem os postulados éticos de sua profissão.

- EXAME DE CORPO DE DELITO

Parecer Consulta n. 10/1995 – Cremego

Assunto: obrigatoriedade ou não de realizar perícia médica e exame de corpo de delito.

Ementa: o médico nomeado pela autoridade competente está obrigado a realizar perícia, cabendo-lhe o direito de cobrar do Estado a justa remuneração.

Parecer n. 36/2003 – CFM

Assunto: questionamento referente ao Art. 1º da resolução CFM n. 1.635/2002.

Ementa: unidades militares de assistência à saúde, sujeitas à fiscalização dos Conselhos Regionais, podem executar exames de corpo de delito, desde que disponham de instalações próprias e adequadas.

- EXAME DE CONJUNÇÃO CARNAL

Processo Consulta n. 08/2005 – CRM (PB)

Assunto: nomeação de médico plantonista de maternidade pública como perito para realizar exame de conjunção carnal. Pode o médico se recusar?

Ementa: onde não há peritos oficiais, deve o médico nomeado para esse encargo por autoridade judicial ou policial realizar a perícia, podendo escusar-se de tal encargo apenas quando apresentar motivo justo.

- HEPATITE C

Parecer Consulta n. 20/2003 – Cremego

Assunto: sobre se, em algum momento, a “Medicina especializada” indicou a Hepatite C como enfermidade passível de ser considerada no mesmo patamar lesivo da “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida”.

Ementa: o potencial lesivo da Hepatite C é semelhante ao da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida pelo HIV. Entretanto, o Manual de Perícia Médica do Ministério da Saúde enquadra na Lei de Isenção de Imposto de Renda a categoria “Hepatopatia Grave” e não “Hepatite C”.

- HONORÁRIOS MÉDICOS

Parecer n. 17/1988 – CFM

Assunto: cobrança de atestado de óbito.

Conclusão: entendemos que, no caso em tela, não houve qualquer afronta às disposições éticas vigentes e que o médico plantonista praticou ato médico que justificou a emissão de atestado de óbito e a cobrança de uma consulta médica, desde que não estivesse percebendo honorários ou outra forma de remuneração pelo mesmo ato.

Consulta n. 9.875/1988 – Cremesp

Assunto: sobre o atendimento de vítimas de agressão e acidentes acompanhadas por policiais militares.

Ementa: para a cobrança de honorários médicos pelas perícias realizadas por perito não-oficial, inexistente previsão legal. Contudo, conforme já mencionamos, estamos na expectativa da manifestação da Secretaria do Estado da Segurança Pública, visto que da consulta resultou entendimento no sentido de que o serviço pericial prestado pelos médicos como peritos não-oficiais deve ser retribuído, porém essa contraprestação depende de prévia dotação orçamentária, já que é, atualmente, inexistente.

Processo Consulta n. 1.327/1989 – CFM

PC/CFM/n. 08/1990

Assunto: cobrança de honorários por exames de corpo de delito realizados por médicos designados como peritos por determinação da autoridade competente.

Ementa: a Delegacia de Polícia Civil consulta este Egrégio Conselho Federal sobre a legalidade e eticidade da cobrança de honorários pela realização de exames de corpo de delito efetuados por médicos designados como peritos por autoridade competente. O Parecer Jurídico n. 085, de 18 de janeiro de 1990, concluiu estar o médico obrigado a acatar a designação legal, não podendo o mesmo deixar de aceitar o múnus de perito, a não ser nos casos previstos nos artigos 105, 112 e 280 do Código de Processo Penal. Entendemos que, no caso em tela, os médicos nomeados peritos pela autoridade competente estão obrigados a aceitarem o ônus de perito, exceto nos casos previstos em lei, devendo, entretanto, se assim for o seu entendimento, cobrar do Estado, e não da vítima, a justa remuneração pelo ato médico realizado.

Consulta n 8.030/1991 – Cremesp

Assunto: se é obrigado a realizar perícia, por solicitação de juiz de direito da comarca, em prisioneiros locais pelo prazo determinado e se é lícito cobrar honorários pelo trabalho.

Ementa: para a execução de exames periciais, as autoridades deverão solicitar preferencialmente os médicos peritos oficiais. Diante da inexistência destes, os médicos lotados em Postos de Saúde serão chamados. Por último, o Estado deve utilizar-se do instituto da requisição, com fundamento no Art. 5º, XXV, da Constituição Federal. Então, o profissional pode excusar-se de realizar perícia em virtude do assunto não se adequar à sua especialidade ou em função de força maior. Nestes casos, o profissional deverá prestar a devida justificativa à autoridade que o nomeou, solicitando-lhe dispensa do encargo de qualquer ato compromissório. Todavia, a simples perspectiva de não ver os serviços prestados devidamente remunerados não constitui justa causa para recusa da elaboração dos laudos ou de exame de corpo de delito. O prazo designado deverá ser respeitado. No que se refere à cobrança de honorários pelos serviços prestados, o médico deverá requerer à autoridade o arbitramento dos mesmos que, ao final do processo, poderão ser pagos pelo Estado, se houver verba, ou pelo condenado.

Parecer Consulta n. 12/1992 – CFM

Assunto: pagamento de honorários a peritos.

Ementa: propõe modificações em projeto de resolução do Cremesp sobre remuneração de peritos.

Consulta n. 34.047/2000 – Cremesp

Assunto: médico de posto de saúde pergunta se é obrigado a realizar perícias nomeadas por juiz de direito, e se pode cobrar honorários por isso.

Ementa: o médico deve colaborar com a autoridade judicial, não obstante poder declinar de forma justificada. As perícias médicas feitas em postos de saúde públicos não podem ser remuneradas de forma específica desde que o profissional esteja usando o tempo de trabalho para o qual já é pago. Ocorrendo a perícia fora da unidade pública e em horário distinto da obrigação funcional do servidor, “o médico fará jus aos honorários decorrentes do serviço prestado”.

- JUNTA MÉDICA

Consulta n. 119/1994 – Cremesc

Assunto: Junta Médica – questiona a legitimidade de médicos com especialidade em Oftalmologia, Cardiologia ou Clínica Geral para “simplesmente ignorar ou desqualificar atestados médicos de ortopedistas e traumatologistas, ou ainda, de médico que acompanhou o problema do servidor e efetuou a cirurgia, sem sequer ver ou tocar no paciente, “agindo na base do eu acho”.

Ementa: o profissional médico investido nas funções de perito em Junta Oficial pode e deve estar capacitado para avaliar o paciente, concluindo se este está apto ou inapto para usufruir algum direito ou desempenhar suas atividades laborativas.

Quando atuando em Junta Médica oficial, pode o profissional médico solicitar informações a outro médico (o médico assistente, no caso). Deverá este decidir (assistente) o que pode ou não relatar, sempre respeitando os princípios éticos inerentes ao sigilo médico. Os médicos atuando na Junta Médica estão desempenhando funções de cunho administrativo e de confiança da autoridade competente.

Portanto, Sr. presidente, no nosso entender, atividade dos médicos em Junta Médica, independentemente de especialidade que exercitem na sua clínica privada ou instituições públicas fora da Junta, é legal. É, também, perfeitamente legítima, porque o profissional concluiu seu curso de formação e recebe diplomação de médico e inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina, estando em condições de atuar em funções de Junta Médica. Não cabe discutir aqui os aspectos óbvios de acesso dos profissionais a esses

órgãos oficiais mediante mecanismos de avaliação (concurso, por ex.) que visam aferir as condições dos profissionais para cada órgão específico. Não cabe, portanto, o questionamento da legitimidade de atuação pretendida pelo consulente. Já quanto à alegação do consulente de que o profissional atua sem sequer ver ou tocar no paciente, configura uma acusação genérica. Necessário se torna que sejam fornecidos detalhes, ou seja, os elementos de convicção para averiguação adequada dos fatos, pois é vedado ao médico assinar laudo ou parecer sobre as condições do paciente sem tê-lo examinado.

Parecer Consulta n. 15/1995 – CFM.

Assunto: Junta Médica Federal – composição e competência.

Ementa: Junta Médica oficial pode solicitar pareceres de médicos especialistas para esclarecer diagnóstico e fundamentar o laudo conclusivo.

Parecer Consulta n. 24/1996 – CFM

Assunto: Junta Médica

Ementa: O médico não pode ser perito de paciente para quem presta atendimento como médico-assistente, mesmo que o faça em entidade pública.

Parecer Consulta n. 02/1999 – CFM

Assunto: Junta Médica.

Ementa: Não é possível avaliar atos e decisões de Junta Médica propostos em tese. Para melhor avaliação, deve ser apresentado o caso concreto.

Processo Consulta n. 14/1999 – CRM (PB)

Assunto: se um médico pericial pode negar ou diminuir o número de dias de afastamento de trabalho concedido por atestado médico particular sem passar pela análise de uma Junta Médica de Serviço Público Federal.

Ementa: consideramos ser uma prerrogativa da Junta Médica acatar parcialmente ou *in totum*, ou até mesmo recusar a eficácia do atestado sem ser considerado infração ao Código de Ética Médica. A decisão da Junta ocorrerá após um bem fundamentado exame médico-pericial.

Parecer Consulta n. 34/2002 – CFM

Assunto: composição de junta médica

Ementa: Junta Médica pode ser composta por dois ou mais médicos, independentemente da especialidade.

Parecer Consulta n. 18/2003 – CFM

Assunto: autonomia das Juntas de Perícia Médica

Ementa: a conduta das Juntas de Perícia Médica deve ser norteada pela legislação específica, resolução CFM n. 1.488/1998 e Código de Ética Médica.

- LAUDO PERICIAL

Consulta n. 9.875/1988 – Cremesp

Assunto: sobre o atendimento de vítimas de agressões e acidentes acompanhadas por policiais militares. Este Conselho, em face de inúmeras consultas envolvendo a indagação ora colocada pelo consulente, encaminhou ofício ao senhor secretário da Segurança Pública solicitando providências no sentido de recomendar a dotação de verbas necessárias à remuneração condigna do trabalho do médico nas hipóteses de elaboração do exame de corpo de delito e demais exames ou perícias requisitadas pela autoridade policial no exercício de sua função pública, estando, porém, no aguardo de resposta oficial.

Ementa: em conclusão, temos que, para a cobrança de honorários médicos pelas perícias realizadas por perito não-oficial, inexistente previsão legal. Contudo, conforme já mencionamos, estamos na expectativa da manifestação da Secretaria do Estado da Segurança Pública, visto que da consulta resultou entendimento no sentido de que o serviço pericial prestado pelos médicos como peritos não-oficiais deve ser retribuído, porém essa contraprestação depende de prévia dotação orçamentária, já que é, atualmente, inexistente.

Consulta n. 20.624/1989 – Cremesp

Assunto: sobre a obrigação de emissão de laudo médico.

Ementa: 1) Existindo perito oficial local, não é obrigado a emitir laudo sobre as lesões, tipo de lesões, de acordo com o que preceitua o decreto n. 35.566, de 30 de setembro de 1959, que regulamenta as atividades do Instituto Médico Legal.

- 2) Pode, devendo para isto, utilizar o perito oficial.
- 3) Não, o laudo deverá ser feito pelo perito oficial, o qual é remunerado por esta função.

Consulta n. 11.164/1990 – Cremesp

Assunto: relativo à solicitação feita pelo delegado de polícia para que o médico assinasse laudo pericial de paciente que teria sofrido violência sexual. Ementa: o profissional, sentindo-se incapaz para o exame, deve comunicar a sua impossibilidade à autoridade e justificá-la. No presente caso, a referida médica agiu corretamente, e lamentamos a postura de seus superiores, que emitiram laudo sem o exame da paciente, e ainda puniram a profissional que agiu no melhor da sua consciência.

Consulta n. 27.911/1994 – Cremesp

Assunto: obrigatoriedade de haver primeiro e segundo peritos nos laudos médicos encaminhados pela Delegacia de Polícia. Ementa: considera-se imperativo que os dois médicos legistas subscritores de um laudo tenham pleno acesso e conhecimento do caso em que atuaram formalmente. Isso, de acordo com o artigo 33 do Código de Ética Médica.

Consulta n. 31.757/1995 – Cremesc

Assunto: parecer sobre a confecção de laudos periciais de verificação de dependência toxicológica. Ementa: é necessária a cooperação multiprofissional nos problemas entre a saúde mental e a justiça. Se a lei nos exige equipes multiprofissionais para a classificação do condenado e do internado, não me parece nenhum absurdo que seja requisitada a formação de uma equipe multiprofissional na confecção de laudos periciais para a verificação de dependência toxicológica. Assim sendo, concordo com o posicionamento do Prof. Dr. Cohen quanto à ideologia do que seja saúde mental.

Parecer n. 13/1996 – CFM

Assunto: laudo pericial. Ementa: o laudo de avaliação para pessoa portadora de deficiência pode ser emitido por médico não necessariamente perito oficial, devendo os médicos, nestes casos, aterem-se exclusivamente às conclusões médicas.

Parecer consulta n. 29/1996 – Cremego

Assunto: obrigatoriedade de o médico emitir laudo médico sob solicitação.

Ementa: o profissional médico, salvo escusa atendível, está obrigado a emitir laudo pericial quando designado por autoridade competente, podendo encaminhar à justiça a cobrança dos honorários pelos serviços prestados.

Consulta n. 46.414/1999 – Cremesp

Assunto: parecer sobre a confecção de laudos periciais de verificação de dependência toxicológica.

Ementa: a questão de realização de perícias no âmbito do judiciário está disciplinada no Código de Processo Civil, não havendo qualquer relação com a questão ética tratada no Código de Ética Médica. Dessa maneira, não envolvendo a consulta questões relativas ao exercício profissional, máxime questões éticas a serem examinadas, conclui-se que refoge à competência do Cremesp opinar sobre a matéria objeto da consulta, razão pela qual deixa ela de ser respondida.

Parecer n. 26/2001 – CFM

Assunto: interpretação de resultado de exame laboratorial e do laudo pericial.

Ementa: cabe exclusivamente ao médico, profissional que reúne as condições necessárias, quer pelo aspecto de sua formação técnico-científica e ética, quer legal, a interpretação do resultado de exames laboratoriais e elaboração do laudo pericial da investigação de paternidade.

Parecer nº 01/2002 – Cremec

Assunto: obrigação da realização de exame e laudo pericial por médicos sem formação em Psiquiatria Forense ou Medicina Legal, quando solicitado judicialmente.

Ementa: 1- o médico nomeado perito pelo juiz está obrigado a aceitar o encargo, salvo escusa atendível; 2 – realizada a perícia, o médico tem o direito de ser devidamente remunerado. Compete à direção médica dos serviços de saúde organizar o trabalho dos profissionais da Medicina, possibilitando que estes conciliem o atendimento dos pacientes com a obediência às determinações do poder judiciário.

Parecer n. 1388/2002 – CRM/PR

Assunto: laudo pericial.

Ementa: 1. Pode um médico sem nenhuma especialização exercer o cargo de perito? Por exercer o médico o cargo de perito, entende-se preencher os deveres, as funções ou obrigações inerentes a ele. É considerado perito aquele que é sabedor ou especialista em determinado assunto e que é nomeado por uma autoridade para realizar exame ou vistoria. O profissional a ser designado, no caso em questão, é primeiramente médico e, secundariamente, especialista na área e tem a função de fazer a sua avaliação do homem no seu todo, tendo para isso apoio legal no estabelecido na lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, em seu artigo 17.

2. Médico não especialista pode questionar laudo de especialista?

Sim, pode, desde que apresente bases científicas para tal.

3) Médico usa palavras grosseiras. Que atitude tomar?

Resposta prejudicada, pois deve a pergunta estar baseada em caso concreto.

4) Paciente pode solicitar outro perito?

A resposta, tal como a anterior, está baseada em caso concreto.

5) Se solicitado pelo paciente, o médico tem por obrigação dar por escrito suas colocações durante a consulta?

O artigo 59 do Código de Ética Médica determina: “É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Parecer n. 10/2003 – CFM

Assunto: laudo de perícia médica para o saque da conta vinculada do FGTS.

Ementa: estritamente para os efeitos do inciso IV do Art. 5º do decreto n. 3.913, de 11/9/2001, um laudo médico, um atestado do médico assistente ou o relatório de uma Junta Médica devem ser equivalentes ao laudo pericial.

• LAUDOS DE LESÕES CORPORAIS

Consulta n. 1.116/1990 – Cremesp

Assunto: acerca do procedimento a ser adotado diante de pacientes encaminhados em face de danos corporais sofridos.

Ementa: no caso em tela, o crime de lesão corporal deve ser apurado mediante ação penal pública incondicionada. Então, o médico que atender pacientes ofendidos em sua integridade corporal, vítimas, portanto, do crime capitulado no artigo 12 do Código Penal, deverá comunicar o fato à autoridade. Logo, o devido boletim de ocorrência deverá ser providenciado na delegacia de polícia mais próxima do hospital.

Entretanto, em hipótese alguma o profissional poderá expor seu cliente a procedimento criminal, conforme dispõe o citado artigo 66, II da Lei das Contravenções Penais.

O exemplo clássico é o aborto, pois a lei penal descreve como crime o aborto provocado pela gestante ou com autorização dela. Assim, diante de paciente que tenha interrompido sua gravidez, o médico deverá silenciar. Mas, uma vez ciente de qualquer crime de ação pública incondicionada praticado contra seu paciente, o profissional deverá tomar as devidas providências, sob pena de infringência ao artigo 66, II, da Lei de Contravenções Penais, em razão da omissão. No que concerne ao aviso ao Conselho Regional de Medicina, este é dispensável, na medida em que somente a justiça é competente para apurar crime de lesão corporal.

Parecer consulta n. 09/1995 – Cremego

Assunto: obrigatoriedade de preenchimento ou não de laudo de lesões corporais a autoridades policiais.

Ementa: o médico está obrigado a fornecer relatório médico referente ao atendimento prestado a paciente, seja por processo patológico ou por agressão física.

Parecer Consulta n. 65/1998 – Cremego

Assunto: obrigatoriedade de médico generalista prestar atendimentos a pacientes de agressões físicas quando solicitado pelo poder judiciário.

Ementa: quando não se tratar de uma urgência e não houver riscos de danos irreversíveis para o paciente e havendo outro médico na localidade, não há obrigatoriedade, caso o médico não queira. Por força da lei, o médico está obrigado a realizar perícia, desde que nomeado pelo juiz, podendo, entretanto, escusar-se, alegando motivo legítimo. O médico deverá fazer jus aos honorários dos serviços prestados, devendo cobrar do paciente ou responsável legal ou do Estado, quando se tratar de assistência, e do Estado, quando se tratar de perícia.

Parecer Consulta n. 69/2000 – Cremego

Assunto: Relatório médico de lesões corporais.

Ementa: Confeção de relatório médico acerca de lesões corporais. O médico é obrigado a fornecer relatório médico referente ao atendimento realizado. Não cabe ao médico questionar a finalidade do relatório.

Parecer n. 1657/2005 – CRM/PR

Assunto: solicitação de perícias de lesões corporais. Recusa por parte dos médicos na realização dos mesmos.

Ementa: cabe aos médicos lotados nos IMLs a realização da prova pericial de natureza penal. Não existido IML na localidade, cabe à autoridade encaminhar a vítima ao IML mais próximo. Caso exista por parte da autoridade a nomeação de médico do município para atuar como perito, cabe a este aceitar ou não o encargo, justificando os motivos da recusa. Na hipótese de o médico aceitar o encargo de perito, deve definir a forma da condução da perícia, o dia e a hora do exame, avaliar as situações de necessidade imediata do exame pericial, a necessidade de exames complementares e pessoal auxiliar necessário e outras providências que o caso exigir. Caso o médico não aceite o encargo, deve alegar as razões, sendo aceitáveis os mesmos casos em que a testemunha pode excusar-se de depor, além dos motivos de força maior, matéria sobre a qual não se encontra habilitado, possibilidade de dano a si próprio, tenha interesse pessoal no caso, esteja ocupado com outras perícias, conforme consta no parecer n. 1.214/2000 – CRM (PR).

- MEDICINA DO TRABALHO

Parecer Consulta n. 18/1998 – Cremego

Assunto: parecer sobre relação de serviço em empresa para qual presta serviços como médica do trabalho; entrega de atestados de saúde ocupacional e, no caso de solicitação de prontuário para fins legais, sugeriu que o juiz nomeasse perito médico que teria acesso a estes prontuários.

Ementa: conduta legal baseada nos artigos 105, 106 e 108 do Código de Ética Médica, conforme a lei n. 3.268/57.

- MEDICINA DO TRÁFEGO

Parecer n. 10/2000 – CFM

Assunto: exame de habilitação para carteira de motorista.

Ementa: não pode o médico assinar laudos realizados por outros profissionais, não há dispositivo legal para exigência de título de especialista em Medicina e não é atitude antiética a solicitação de parecer sobre o assunto a outras entidades.

Parecer n. 16/2000 – CFM

Assunto: Perícia médica

Ementa: a nomeação e a indicação do perito examinador a candidatos a Carteira Nacional de Habilitação (CNH) será realizada pelos órgãos de execução do trânsito e nunca por livre escolha do periciado.

Consulta n 34.871/2000 – Cremesp

Assunto: Detran exige que os médicos peritos não façam mais exames periciais nos próprios consultórios, devendo providenciar novo local.

Ementa: a matéria é de ordem contratual e legal, não envolvendo aspectos éticos ou profissionais.

Parecer n. 28/2001 – CFM

Assunto: qualificação de exercício profissional.

Ementa: para garantir direito adquirido no exercício profissional, os CRM's devem interceder junto aos Detrans, com base na legislação, para reintegrar médicos que anteriormente à resolução n. 80/Contran desempenhavam a função de perito examinador de candidatos à CNH.

Parecer n. 45/2001 – CFM

Assunto: legalidade e legitimidade do atendimento prestado no Núcleo de Atendimento Médico do Detran (ES).

Ementa: os locais da realização de avaliação da aptidão física e mental para concessão da Carteira Nacional de Habilitação devem ser de atividade exclusiva para esse tipo de procedimento.

Parecer n. 07/2002 – CFM

Assunto: concessão de carteira de motorista aos portadores de patologias

com necessidade de avaliação pericial.

Ementa: todo candidato à Carteira Nacional de Habilitação portador de patologia de possível controle poderá ser considerado apto, com as devidas restrições que cada caso requer.

Parecer n. 21/2002 – CFM

Assunto: credenciamento de médico que não tenha título de especialista em Medicina do Tráfego ou curso de capacitação para perito examinador.

Ementa: é possível o registro de qualificação de perito examinador a candidatos à CNH, por Conselho Regional de Medicina, quando observadas as recomendações contidas na circular n. 135/1996, do CFM.

Parecer n. 42/2003 – CFM

Assunto: PL n. 3.332/2002, que determina livre escolha da clínica de trânsito na realização de exame médico necessário para obtenção da CNH, no âmbito do estado do Rio de Janeiro.

Ementa: O projeto de lei n. 3.332/2002, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, fere a legalidade. O exame de aptidão física e mental para candidato a motorista é um ato pericial e, portanto, as partes não podem interferir na indicação do perito.

• MEDICINA LEGAL

Parecer Consulta n. 40/1995 – CFM

Assunto: subordinação hierárquica e autonomia de perito.

Ementa: o médico perito, oficial ou transitoriamente nomeado, tem inteira autonomia técnica, ética e legal para conduzir o ato pericial.

Consulta n. 18.255/1997 – Cremesp

Assunto: peritos do IML.

Ementa: ratificamos o entendimento de que médicos peritos do IML, quando solicitados para tanto, deverão cumprir seu dever funcional e elaborar laudo mesmo em casos determinados de “erros médicos”.

Parecer Consulta n. 14/1998 – Cremego

Assunto: ordem de serviço emitida pelo Diretor do IML sobre determina-

ção de coleta de sangue ser feita pelo médico-legista e exames de embriaguez com acompanhamento dos examinados.

Ementa: a perícia médica é atribuição privativa de médico. A prática médico-pericial obedece a uma extensa e complexa relação de leis, decretos, portarias e instruções normativas que estabelecem os limites de atuação dos setores administrativos e indicam quais as competências e atribuições do médico investido em função pericial. A ordem de serviço não contraria os princípios éticos da Medicina, apenas determina que o profissional qualificado para interpretar os dados do exame legista realize colheita de sangue em paciente qualificado como vítima de embriaguez, o que determina a portaria n. 216/1998.

Parecer Consulta n. 24/1999 – Cremego

Assunto: irregularidades em resposta a quesitos do Diretor do IML pelo Dr. G. H.M.S.

Ementa: o Dr. G. H. M. S. teria respondido alguns quesitos a ele formulados de “forma deselegante, mau humorada, de modo depreciativo e desrespeitoso com a autoridade policial”. O Laudo Cadavérico n. 997/1999 é satisfatório. Os quesitos formulados são de fácil e simples interpretação. O modo com o qual os quesitos foram respondidos revelam intempestividade e falta de colaboração no estrito sentido do cumprimento profissional de suas atividades.

Parecer n. 7/2000 – CRM (MS)

Assunto: responsabilidade médica sobre conclusão de laudo pericial médico-legal.

Ementa: médicos exonerados da função pública de perito médico-legista oficial deixam de ter responsabilidade funcional e ética acerca da conclusão de perícias.

Parecer n. 08/2000 – CRM (MS)

Assunto: o insigne diretor do Instituto Médico Legal relata que grandes transtornos têm sido observados naquele instituto quando da exoneração a pedido do interessado, por parte do médicos legistas, vez que a interrupção do vínculo com o serviço público dificulta a exigência administrativa hierárquica de obrigar esses profissionais a completarem a perícia que iniciaram.

Após citar vários capítulos do Código de Ética Médica, inquirir se, independentemente das sanções judiciais cabíveis, ex-funcionários públicos incorrem em ilícito ético ao se recusarem, ou retardarem, displicentemente, a complementação dos atos médicos por eles realizados na vigência do referido exercício.

Ementa: o médico que não mais tem a função pública não pode e não deve subscrever laudos do IML, a não ser nos casos de nomeação *ad-hoc* pela autoridade em localidades onde não haja perito médico legista oficial e o médico não se sinta impedido. Após a exoneração da função pública, não há infração, nos termos do Código de Ética Médica, por parte do médico, conforme a consulta. Antes da exoneração, existe toda a legislação administrativa interna da função em discussão, que, nos casos de comportamentos desidiosos ou similares tipificados nas normas, poderão e deverão sofrer os rigores das sanções previstas. Cessada a função pública, a partir daquela data cessa a responsabilidade, no sentido semântico da obrigação, sobre os atos exclusivos da função pública. Todos os atos praticados até a sua exoneração sempre serão de sua responsabilidade, mesmo após a sua exoneração, à exceção da conclusão dos laudos ainda não concluídos, vez que esta peça judicial para ter valor precisa conter corpo descritivo e conclusão. Na verdade, o recurso administrativo ágil, já que juridicamente é aceito o laudo indireto através de informações de prontuários médicos, seria aquele de acatar o laudo descritivo parcial do médico exonerado, a fazer parte do laudo de um futuro perito a ser designado para o ato, restando declarar com minúcias este acatamento no corpo do laudo para efeitos jurídicos perfeitos futuros de responsabilização, não configurando infração aos artigos 33, 79 e 119 pelos peritos recém-designados. Uma formalidade administrativa pode coordenar a devida aplicação. Os casos aleatórios com indicativo de fugir a esta regra geral, a critério do consulente, sempre poderão ser devidamente avaliados pelo Conselho Regional de Medicina para a apuração de possibilidade de infração ética.

Parecer Consulta n. 27/2002 – Cremego

Assunto: referente à licitude de um médico-legista atuar como perito em Delegacia de Polícia.

Ementa: encontra-se resposta à indagação formulada na resolução CFM n. 1.635, de 09 de maio de 2002, em seus artigos 1º, 2º, 3º e 4º.

Parecer n. 28/2002 – CFM

Assunto: autonomia do médico perito.

Ementa: o médico-legista, como qualquer outro médico, está preso aos princípios éticos fundamentais que regem a Medicina, devendo obedecer às resoluções emanadas pelos CRMs e CFM. O médico-legista tem o direito de recusar-se a trabalhar em locais que sejam inadequados ou impróprios para o exercício de sua função.

Parecer Consulta n. 51/2002 – Cremego

Assunto: acerca de atestado de óbito nos casos de morte natural e violenta, situação em que é exigido encaminhamento ao IML e outras.

Ementa: cabe ao médico assistente do enfermo a obrigação de atestar o óbito e deve constatá-lo pessoalmente. O médico plantonista não pode negar-se a liberar um atestado de óbito, cujo diagnóstico seja do seu conhecimento ou esteja bem esclarecido e caracterizado no prontuário hospitalar a que tem acesso. Nos casos de dúvida quanto ao diagnóstico etiológico de uma morte natural, deverá encaminhar ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO), se houver na localidade; quando a morte é suspeita, encaminhar ao Instituto Médico Legal, e o médico-legista tem que aceitar estes casos como situações de sua total responsabilidade, uma vez que poderão vir a transformar-se em casos de real violência, situação em que eles são os únicos médicos juridicamente competentes para atestar.

Parecer Consulta n. 28/2002 – CFM

Assunto: autonomia do médico perito.

Ementa: o médico-legista, como qualquer outro médico, está preso aos princípios éticos fundamentais que regem a Medicina, devendo obedecer às resoluções emanadas pelos CRMs e CFM. O médico-legista tem o direito de recusar-se a trabalhar em locais que sejam inadequados ou impróprios para o exercício de sua função.

Consulta n. 45.546/2002 – Cremesp

Assunto: Se o médico-legista tem o dever de opinar em procedimentos de averiguação de homicídio culposo.

Ementa: O médico-legista poderá, se considerar de sua competência, responder a quesitos outros que lhe forem oferecidos pelo poder judiciário,

considerando-se entretanto, *data venia*, que a aferição de aspectos técnicos e éticos consistirá de outra perícia, que ele, por motivos justificáveis, poderá recusar.

Parecer Consulta n. 52/2003 – Cremego

Assunto: acerca de responsabilidades técnicas dos médicos-legistas e se os médicos de outras especialidades têm respaldo para responderem e assinar laudos de caráter legista.

Ementa: quando não se tratar de uma urgência, o médico não está obrigado a prestar assistência a quem ele não deseje. O profissional médico está obrigado a realizar perícia, desde que nomeado pelo juiz.

Parecer Consulta n. 23/2005 – CFM

Assunto: lotação de peritos médicos-legistas em Centro de Atendimento ao Menor Vítima de Violência.

Ementa: O médico-legista deve exercer suas atividades de forma ética, sem interferência de não-médicos, sendo vedada sua prática em locais como delegacias de Polícia, presídios etc.

Processo Consulta n. 09/2007 – CRM (PB)

Assunto: indaga qual a opinião do CRM (PB) quanto à presença de um único perito plantonista nos Institutos de Medicina Legal e qual a obrigatoriedade de os laudos serem assinados por dois peritos legistas. Indaga, ainda, se o segundo perito pode ser caracterizado como perito relator ou revisor ao assinar o laudo pericial sem, no entanto, ter participado do exame.

Ementa: diante do contido no Código de Ética Médica e endossado pelo Código de Processo Penal, o profissional médico que atua no Departamento de Medicina Legal e assina laudos de pessoas vivas ou de cadáveres sem ter participado do exame incorre em infração ética, sujeitando o emitente a processo ético-profissional.

- PARAPLEGIA ESPÁSTICA PROGRESSIVA

Parecer n. 35/2003 – CFM

Assunto: vírus HTLV1.

Ementa: a paraplegia espástica progressiva, no momento, é paralisia irreversível e incapacitante.

- PERÍCIA JUDICIAL

Parecer n. 23/1990 – CFM

Assunto: assistência judiciária gratuita praticada pelo médico.

Ementa: o médico nomeado perito mediante mandado judicial, salvo escusa atendível, está obrigado a aceitar tal encargo, podendo, entretanto, encaminhar à justiça a justa cobrança dos seus honorários médicos.

Consulta n. 9.212/1991 – Cremesp

Assunto: Secretaria de Saúde e Higiene de Prefeitura pergunta se, em face de solicitações do juiz de direito da comarca, o Município é obrigado a realizar perícia com a finalidade de instruir processos judiciais.

Ementa: 1) Ao Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo (Imesc) compete a realização de perícias, exames de personalidade e de capacidade profissional solicitados pelas autoridades competentes, em conformidade com o Art. 2º, inciso V, do decreto n. 25.164, de 12 de maio de 1986. Dessa forma, em face da atribuição legal, o Imesc deverá, sempre que requisitado, realizar perícias.

2) A par desta constatação, vale salientar, ainda, que as autoridades deverão solicitar, preferencialmente, os médicos peritos oficiais. Diante da inexistência destes, os médicos lotados em postos de saúde serão chamados. Por último, o Estado deve utilizar-se do instituto da requisição, com fundamento no Art. 5º, XXV, da Constituição Federal.

3) A requisição, conforme entendimento do ilustre mestre Celso Antonio Bandeira de Mello, é ato pelo qual o Estado, em proveito de um interesse público, constitui alguém, de modo unilateral e auto-executório, na obrigação de prestar-lhe um serviço, obrigando-se a indenizar os prejuízos que tal medida, efetivamente, acarretar ao obrigado. Ainda, no entender do saudoso mestre Hely Lopes Meirelles, a requisição é a utilização coativa de bens ou serviços particulares, pelo poder público, por ato de execução imediata e direta da autoridade requisitante e indenização ulterior, para atendimento de necessidades coletivas urgentes e transitórias. Entretanto, nem sempre a requisição possui caráter obrigatório, podendo, então, o profissional escu-

sar-se de realizar perícia em virtude do assunto não se adequar à sua especialidade ou em função de força maior. Nesses casos, o profissional deverá prestar a devida justificação à autoridade que o nomeou, solicitando-lhe dispensa do encargo de qualquer ato compromissório. Todavia, a simples perspectiva de não ver os serviços prestados devidamente remunerados, não constitui justa causa para recusa da elaboração dos laudos, ou de exame de corpo de delito. Portanto, exceto nas situações acima expostas, o profissional requisitado deve obrigatoriamente atender à solicitação.

4) Mas o médico deverá requerer à autoridade o arbitramento dos honorários que, ao final do processo, poderão ser pagos pelo Estado, se houver verba, ou pelo condenado.

Ocorre que, para a cobrança de honorários médicos realizados por perito não-oficial inexistente previsão legal. Entretanto, é oportuno esclarecer que, em face das inúmeras consultas sobre o assunto, este Conselho encaminhou ofício ao Sr. secretário da Segurança Pública, solicitando providências no sentido de recomendar a dotação de verbas necessárias à remuneração condigna do trabalho do médico, nas hipóteses de elaboração do exame de corpo delito e demais exames ou perícias requisitadas pelas autoridades.

Consulta n. 15.133/1995 – Cremesp

Assunto: Se juiz de direito pode impor, ao médico, obrigação de realizar perícia.

Ementa: o médico está obrigado a atender a nomeação judicial para servir como perito, com as ressalvas pontuadas na presente peça.

Consulta n. 33.624/1996 – Cremesp

Assunto: perícia judicial – médicos do serviço público servirem como peritos.

Ementa: 1) Preliminarmente, deve ser esclarecido que é direito do médico se recusar a realizar a perícia, caso não se sinta habilitado para realizá-la nos termos do disposto do art. 28 do Código de Ética Médica, que dispõe ser direito do médico:

“Artigo 28 - recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.”

Tal disposição é completada pelo art. 118 do referido códex, que dispõe ser vedado ao médico: “Deixar de atuar com absoluta isenção quando designa-

do para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites de suas atribuições e competência.”

2) No caso dos consulentes, que são psiquiatras, deve-se ainda atentar para o disposto no art. 120 do Código de Ética Médica, que dispõe ser vedado ao médico:

“Ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho.”

3) Portanto, parece-nos lícita a recusa em tais circunstâncias. Nesta hipótese, deverá o médico explicar as razões pelas quais se sente habilitado a dar o laudo dentro do prazo assinalado pelo Art. 146 do Código de Processo Civil, ou seja cinco dias. Todavia, a nosso ver, a licitude da escusa deverá ser analisada caso a caso pelo magistrado, não cabendo a escusa genérica, com base no art. 29 do Código de Ética Médica.

4) Deve ser lembrado que a perícia médica é privativa dos inscritos neste Conselho.

5) O Art. 145, parágrafo 2º, do CPC afirma que “os peritos comprovarão sua especialidade na matéria sobre o que deverão opinar, mediante certidão do órgão profissional em que estiverem inscritos”. Nelson Nery, em seus comentários ao CPC anota que “A alusão feita pelo CPC, no Art. 145, parágrafo 2º, à especialidade do profissional autoriza entender que não basta a qualidade de médico para a realização da perícia que exija conhecimento de especialista. É necessário que a entidade profissional indique qual o ramo de atividade em que se insere o objeto da perícia, bem como se o profissional escolhido pelo juiz se enquadra entre os que se valem de conhecimento especial sobre o assunto.”

6) Deste modo, se o consulente entender que há conflitos entre suas atividades profissionais e as perícias solicitadas pelos magistrados, deve o mesmo informar tal fato à autoridade solicitante, observadas as normas procedimentais para o assunto.

7) A nosso ver, a solução mais adequada para o assunto seria a constituição, pelo poder judiciário, de um corpo de peritos médicos, concursados pelo poder público e que se dedicassem exclusivamente à perícia judiciária.

Parecer n. 63/1997 – Cremerj

Assunto: ofício de juiz de direito, encaminhando cópia de sentença proferida em autos de processo, referente à recusa de médicos em trabalharem como peritos nomeados em processos.

Ementa: esclarece que se o réu da ação é a Previdência Social e se o profissional nomeado está vinculado à mesma, fica claro que o médico não pode trabalhar como perito, pois o exercício de tal tarefa só pode verificar-se por parte dos que não têm essa vinculação.

Consulta n. 11.213/1997 – Cremesp

Assunto: se um clínico geral tem condições de responder os quesitos expedidos nos autos de processo de acidente de trabalho na justiça comum, sem ser médico do trabalho.

Ementa: embora se considere oportuno que o médico perito em ações de acidente de trabalho seja médico do trabalho, não há contra-indicação formal para que um médico clínico atue na justiça como perito-judicial.

Parecer n. 06/1998 – Cremec

Assunto: nomeação de médicos para realização de perícia, por parte de autoridade judicial.

Ementa: o médico nomeado como perito está obrigado a aceitar o *munus*, exceto nos casos previstos em lei, sob pena de responder judicialmente (inteligência dos arts. 277 e 278 do CPP e 146 e 423 do CPC).

Consulta n. 0002/1999 – CRM (DF)

Assunto: assistente técnico em perícia judicial.

Ementa: 1) Assistente técnico deve considerar-se impedido por manter vínculo profissional com o periciado? Não. O assistente técnico é da inteira confiança da parte, podendo, portanto, ser o seu médico assistente. 2) Há transgressão ao Código de Ética Médica? Não.

Consulta n. 1.976/1999 – Cremesp

Assunto: atuação de médico estatutário como assistente técnico da respectiva pessoa jurídica de direito público interno em processos judiciais.

Ementa: indicação de médico estatutário como assistente técnico da respectiva pessoa jurídica de direito público interno (Município) em ações judiciais; possibilidade; permissivo legal (arts. 421 e 422 do CPC); indicação facultativa da parte litigante; observância do disposto nas resoluções n. 1.488/98 – CFM e n. 76/96 – CRM.

Consulta n. 8.029/1999 – Cremesp

Assunto: acerca de procedimento de perito judicial que elaborou laudo em processo trabalhista do qual o consulente é parte denunciada.

Ementa: não é lícito prejudicar o médico em qualquer circunstância, pois é paradigma fundamental dessa casa o amplo direito de defesa, ou seja, o contraditório.

- PERÍCIA PREVIDENCIÁRIA

Consulta n. 11.690/1989 – Cremesp

Assunto: eticidade do fornecimento de relatórios médicos solicitados pelo INPS, através de seus pacientes, para o fornecimento de licença ou aposentadoria por motivo de saúde.

Ementa: desde que autorizado por seu paciente ou seus responsáveis legais, nada obsta a elaboração de relatório médico ou atestado, oferecendo, assim, subsídios precisos à elaboração da perícia. Vale enfatizar que os peritos, médicos que são, também estão sujeitos às normas éticas atinentes à própria perícia, bem como ao sigilo profissional.

Processo Consulta n. 0677/1991 – CFM

Assunto: homologação dos exames médico-periciais.

Ementa: o ponto de vista jurídico, legal, normativo, parece-me não haver dúvidas de que os procedimentos mencionados estão respaldados por lei (lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que dispõe sobre o Regime Jurídico Único) e pelas normas internas do Instituto.

Processo Consulta n. 1984/1992 – Parecer n. 1/1993 – CFM

Assunto: perícia médica – atualização das orientações técnico-administrativas expressas no Manual do Médico Perito, adaptando-o à nova legislação previdenciária.

Ementa: analisado atentamente, este relator não encontrou nada que mereça reparo. Entretanto, é pertinente o acréscimo de importantes recomendações: 1) Além dos médicos, os demais profissionais da área de saúde e de nível administrativo estão obrigados a manterem o sigilo pericial, cuja quebra é crime previsto nos artigos 154 ou 325 do Código Penal brasileiro, conforme a situação em que seja praticado. 2) O CFM aprove a decisão da

Coordenadoria Geral de Serviços Previdenciários e Divisão de Perícias Médicas, ao introduzir um seu manual de procedimentos técnico-administrativos, recomendações sobre comportamento ético do médico perito, por entender que a iniciativa aperfeiçoará as relações dos médicos com os cidadãos e com os próprios colegas.

Parecer n. 01/1993 – CFM

Assunto: Perícia médica.

Ementa: atualização das orientações técnico-administrativas expressas no Manual do Médico Perito, adaptando-o à nova legislação previdenciária.

Consulta n. 19.322/1995 – Cremesp

Assunto: médicos do INSS atuarem em outras empresas com o mesmo título.

Ementa: se tais médicos têm como seus pacientes funcionários de tais empresas, seja no ambulatório da mesma ou em seu consultório, não é ético ser perito deles.

Consulta n. 32.614/1996 – Cremesp

Assunto: atribuições do perito médico na Perícia Previdenciária.

Ementa: 1) Preliminarmente, deve ser esclarecido que é direito do médico se recusar a realizar a perícia, caso não se sinta habilitado para realizá-la, nos termos do disposto no Art. 28 do Código de Ética Médica, que dispõe ser direito do médico: “Recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”. Tal disposição é completada pelo Art. 118 do referido códex, que dispõe ser vedado ao médico: “deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites de suas atribuições e competências.”

2) Quanto ao desconhecimento da área trabalhista, lembramos que o perito médico deve se adstringir às especificidades da área médica, não lhe cabendo realizar a interpretação jurídica. Deve ser alertado de que se o perito não dispor dos conhecimentos jurídicos para a elaboração da perícia, poderá solicitar esclarecimentos ao magistrado ou ao assistente técnico das partes.

3) Conforme já ressaltado, se houver incapacidade do perito, este deverá explicar as razões pelas quais não se sente habilitado a dar o laudo, dentro

do prazo assinalado pelo Art. 146 do Código de Processo Civil, ou seja cinco dias.

4) Na hipótese de o médico entender que não se sente adestrado para realizar a perícia solicitada pelo juiz, deverá informar que não detém os conhecimentos técnicos para tal, visto que sua especialidade é distinta daquela necessária para a realização da perícia.

5) Deve ser lembrado que a perícia médica é privativa dos médicos inscritos neste Conselho.

6) O Art. 145, parágrafo 2º, do CPC afirma que “os peritos comprovarão sua especialidade na matéria sobre o que deverão opinar, mediante certidão do órgão profissional em que estiverem inscritos”. Nelson Nery, em seus comentários ao CPC anota que “A alusão feita pelo CPC, no Art. 145, parágrafo 2º à especialidade do profissional, autoriza entender que não basta a qualidade do médico para a realização da perícia que exija conhecimento de especialista. É necessário que a entidade profissional indique qual o ramo de atividade em que se insere o objeto da perícia, bem como se o profissional escolhido pelo Juiz se enquadra dentre os que se valem de conhecimento especial sobre o assunto.”

7) Desse modo, se o consulente não se sente habilitado para a realização das perícias solicitadas pelos magistrados, deve o mesmo informar tal fato à autoridade solicitante, observadas as normas procedimentais para o assunto.

Processo Consulta n. 15/2002 – CRM (PB)

Assunto: solicita parecer sobre a Orientação Interna Conjunta INSS/PROCGER/DIRBEN n. 52.

Ementa: em face do exposto, sou de parecer que a Orientação Interna Conjunta INSS/PROCGER/DIRBEN n. 52 deve ser revista à luz do Código de Ética Médica e da resolução n. 1605/2000.

Parecer Consulta n. 28/2002 – Cremego

Assunto: referente à obrigatoriedade da prestação de informações escritas ao paciente, pelos médicos peritos do INSS.

Ementa: a recusa de tais informações é passível de abertura de processo ético-profissional em desfavor do responsável técnico da Perícia Médica do INSS, conforme dispõem os artigos 1º, 4º, 59, 71 e 118.

Processo Consulta n. 07/2003 – CRM (PB)

Assunto: solicita parecer sobre a Instrução Normativa INSS/DC n. 078, de 16 de julho de 2002.

Ementa: que seja notificada a Gerência Regional do INSS em João Pessoa, para proceder à modificação pertinente da Instrução Normativa INSS/DC n. 078, de 16 de julho de 2002, suprimindo o parágrafo único de seu Art. 201.

Parecer Consulta n. 31/2003 – CFM

Assunto: prorrogação de benefício do INSS praticado por pessoa que não prestou atendimento ao paciente.

Ementa: A perícia médica é ato exclusivo da profissão médica, devendo este profissional realizar o exame clínico do paciente antes de atestar.

- PROGRAMA DE INFORMÁTICA

Parecer Consulta n. 32/2003 - CFM.

Assunto: resultado de perícia médica determinado por programa de informática.

Ementa: a perícia médica é um ato médico e não pode ter seu resultado determinado por programa de informática, pois isto fere a autonomia do médico.

- PRONTUÁRIO

Consulta n. 8.525/1996 – Cremesp

Assunto: atuações fiscalizatórias ou perícias, na relação com os colegas, envolvendo acesso aos prontuários.

Ementa: o médico-perito, ou auditor, deve ter plena autonomia para investigar dados referentes ao seu objetivo pericial, estando vinculado ao sigilo profissional.

Parecer n. 09/1997 – CFM

Assunto: arquivo médico – informatização

Ementa: documentos médicos integrantes do prontuário ou processo médico-pericial podem ser devolvidos ao periciado após decisão administrativa, após registro dos resultados.

Parecer n. 04/2000 – CRM (AL)

Assunto: solicitação dos prontuários médicos por diversos convênios a fim de efetuarem pagamentos médicos e hospitalares.

Ementa: a instituição prestadora de serviços médicos não é obrigada e nem deve enviar os prontuários aos seus contratantes, sob pena de responder por este ato de infringência ao Código de Ética Médica.

- PSQUIATRIA

Parecer Consulta n. 26/1998 – Cremego

Assunto: pressão sob os psiquiatras na realização de exames médico-psiquiátricos para fins periciais forenses.

Ementa: o crime de desobediência à ordem legal é uma espécie de crime funcional, praticado por funcionário público em razão da função. O particular não está obrigado a prestar serviço de forma gratuita ao poder público. As instituições privadas e pessoas físicas poderão participar de forma complementar, contudo as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos deverão sempre ter a preferência. O caminho legal é o recurso à instância legal. Poderá ser solicitado ao Tribunal de Justiça de Goiás que se instale serviço médico psiquiátrico próprio para aquele fórum ou requisite profissionais que tenham interesse em prestar tal serviço.

Parecer n. 80/1999 – Cremerj

Assunto: questões referentes ao tratamento psiquiátrico de profissional médico acometido de doença incapacitante.

Ementa: afirma que o crime de constrangimento ilegal, tipificado no Código Penal, abre exceção para intervenção médica em caso de iminente perigo de vida ou para impedir tentativa de suicídio. Considera também que o médico portador de doença incapacitante terá seu registro suspenso, após procedimento administrativo com perícia médica, enquanto durar sua incapacidade.

Consulta n. 62.695/2001 – Cremesp

Assunto: família solicitar que seja elaborado um parecer ou um perfil diagnóstico (psiquiátrico) de um de seus irmãos.

Ementa: a via judicial, com perícia determinada pela autoridade competen-

te, constitui o caminho ético e legal que deve ser seguido pelos parentes do possível paciente.

Parecer Consulta n. 18/2005 – CFM

Assunto: obrigatoriedade de realização de perícias médicas atestando incapacidade civil para usuários e não-usuários do serviço, por psiquiatras da instituição.

Ementa: ressaltando-se os direitos que o médico detém, amparado pela lei e normas éticas vigentes, de escusar-se ao cumprimento da requisição judicial, deverá, investido desse imprescindível encargo público, realizar o seu ofício, devendo receber a devida remuneração. Cabe enfatizar as penalidades a que está sujeito o profissional no âmbito do Judiciário, em razão de desobediência à ordem legal do juiz, podendo responder a processo ético-profissional na instância conselhal, constatada a ausência de motivo legítimo.

- RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

Parecer n. 19/1999 – CFM

Assunto: competência dos peritos médicos-legistas.

Ementa: Somente o poder judiciário (magistratura) e os Conselhos Regionais de Medicina têm competência para, firmando o convencimento, julgar – aquele, a existência da culpa; estes, o delito ético que envolve também a ação ou omissão culposas. Sendo assim, “exorbita competência” o médico-legista emitir parecer, ainda que por indícios, da existência ou não, de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por médico, pois isto é um julgamento, missão privativa de juiz ou dos Conselhos Regionais de Medicina.

Parecer n. 15/2000 – CFM

Assunto: médico que exerce irregularmente a Medicina em outro Estado.

Ementa: por exigência legal, o médico, para exercer a Medicina em jurisdição diversa da origem por até noventa dias, deve cumprir o previsto no art. 18, da lei n. 3.268/1957. O não cumprimento deste dispositivo é caracterizado como infração ética (inciso III do Preâmbulo do CEM). Outras maneiras para registro, diferentes das previstas em lei, tais como comunicação por fax, correio e *e-mail*, não podem ser utilizados.

- SIGILO PROFISSIONAL

Processo Consulta n. 2156/1992 – Cremesp

Assunto: quebra de sigilo profissional envolvendo perícias médicas.

Ementa: Cabe razão à Diretoria de Recursos Humanos (DIRHU), esta, também, obrigada por lei ao dever do sigilo, pela exigência de ser especificada, no laudo pericial, a doença do servidor, não caracterizando, dessa forma, lesão ao estatuto do segredo médico, pois a autoridade legal detém a atribuição de determinar a perícia e o médico, face ao apoio das leis, tanto penal e civil, como ética, pode, por justa causa, quebrar o segredo médico, sem, no entanto desobrigar-se da guarda do mesmo.

Processo Consulta n. 13/1999 – CRM (PB)

Assunto: consulta sobre a legalidade da liberação de informações sigilosas por parte do Setor de Perícias Médicas do INSS/JP (PB).

Ementa: o sigilo profissional é um dos principais alicerces da profissão médica, e só deve ser quebrado na excepcionalidade de beneficiar o paciente e/ou a coletividade, por dever legal, justa causa e autorização do paciente ou representante legal. Logo, é ilegal a liberação de informações que constituam sigilo médico que não preencham esses requisitos, pois infringe vários artigos do Código de Ética Médica.

Parecer n. 27/2003 – CFM

Assunto: sigilo em Junta Médica do INSS.

Ementa: nos processos de aposentadoria por invalidez permanente, o médico deve referir nome ou natureza da doença nos casos indicados pela lei, cumprindo o mandamento do dever legal.

- TÍTULO DE ESPECIALISTA

Parecer n. 02/2003 – CFM

Assunto: Laudo médico pericial.

Ementa: a solicitação de prova de qualificação especializada por parte de um perito não é criticável. Contudo, o médico não deve se anunciar como médico-legista se não tiver título de especialista em Medicina Legal ou desempenhar essa função no serviço público.

ESPECIFICAÇÃO DOS PARECERES CONSULTAS RELACIONADOS À PERÍCIA MÉDICA POR ORDEM CRONOLÓGICA

Resolução n. 66/1995 – Cremesp: as perícias médicas devem obedecer a uma metodologia uniforme quanto a forma e conteúdo e necessidade de regulamentar a atividade pericial junto ao Cremesp.

Resolução n. 206.195/1995 – Cremal: aprova as normas de atuação para a perícia e a auditoria médica.

Resolução n. 1.246/88 – CFM: Código de Ética Médica. O presente Código entra em vigor na data de sua publicação e revoga o Código de Ética Médica (DOU, 11-01-65) o Código Brasileiro de Deontologia Médica (Resolução CFM n.º 1.154, de 13-04-84) e demais disposições em contrário.

Resolução n. 1.488/1998 – CFM: normatiza a atividade do médico perito para assistência ao trabalhador.

Resolução n. 1.497/1998 – CFM: dispõe sobre a atuação do médico quando nomeado perito por autoridade pública.

Resolução n. 1.630/2002 – CFM: dispõe sobre condições para realização de exame de aptidão física para aquisição de CNH.

Resolução n. 1.635/2002 – CFM: estabelece normas para a realização de exames médico-periciais de corpo de delito.

Resolução n. 1.636/2002 – CFM: dispõe sobre o exame de aptidão física e mental para condutores de veículos automotores que deverá ser realizado exclusivamente por médico.

Resolução n. 1.715/2004 – CFM: regulamenta o procedimento ético-médico relacionado ao Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP).

Resolução n. 1810/2006 – CFM: veda ao médico de segurança e do trabalho de uma empresa atuação como perito judicial ante servidores da mesma empresa.

Referências

CFM: Conselho Federal de Medicina. *Pareceres*: janeiro 1985 a dezembro 1997. 2. ed. Brasília: Ed. do CFM, 1998.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Site: <<http://www.cfm.org.br>>.

DE PLÁCIDO E SILVA. *Vocabulário jurídico*. Atualizadores: Nagib Slaibi Filho e Gláucia Carvalho. Rio de Janeiro, 2006.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Simone Moraes Stefani Nakano*

A Perícia Médica tem sido testemunha de profundos avanços e modificações no cenário científico nacional. Ocupa um lugar de destaque em todos os campos da Medicina, além de ser uma das grandes protagonistas da sociedade moderna, cuja responsabilidade vai muito além do cunho social. O seu conhecimento técnico e científico é muito abrangente e extrapola o conhecimento hoje contido nas especialidades, haja vista a necessidade de conhecimentos doutrinários específicos, que fogem do aprendizado habitual curricular e das áreas de atuações.

Foi possível constatar, no decorrer de cada capítulo, o quão abrangente e ao mesmo tempo específico é cada assunto, que foi devidamente dissecado de forma peculiar e consistente. Pelo fato de a ética ser uma face constante do trabalho pericial médico, dedicou-se um capítulo específico a este assunto, trazendo praticamente todas as resoluções dos Conselhos Regionais e do Conselho Federal de Medicina que norteiam a boa prática médica.

A interface da Medicina com o Direito, tão bem exemplificada no exame pericial, deve contemplar o olhar médico sobre o ato pericial que o livro apresenta, vindo, dessa forma, somar-se a tantos outros trabalhos científicos na literatura jurídica e completar os conhecimentos nessa brilhante e promissora área. Tais fatos corroboram, de forma transparente, para a grande evolução da Perícia Médica em âmbito nacional.

Embora a Perícia até o presente momento ainda não seja considerada uma especialidade médica e/ou área de atuação, existem diversas modalidades de atuação pericial, cada uma com os seus detratores e apologistas. Essa controvérsia e atuais circunstâncias precisam e merecem ser atualizadas para que

* Doutora em Cirurgia do Aparelho Digestivo pela Universidade de São Paulo. Membro da Câmara Técnica em Perícia do Conselho Regional de Medicina de Goiás. Perita Médica do Instituto Nacional da Previdência Social em Goiás.

se possa fazer uma análise com profundas modificações no atual cenário da Perícia Médica no Brasil. Esperamos que este livro seja motivo de inspiração para que a Perícia Médica ocupe o seu devido e merecido espaço no cenário científico nacional e na categoria profissional médica.

O relacionamento profissional do médico perito, à luz da ética, deve se pautar pelo respeito ao ser humano, sem, contudo, deixar de honrar o compromisso com a verdade a fim de fazer ou subsidiar julgamentos morais, indispensáveis à aplicação do preceito bioético de justiça (Cláudio de Souza).