

ERROS FUNDAMENTAIS EM TANATOLOGIA *

Marcos de ALMEIDA**

ALMEIDA, M. Erros fundamentais em Tanatologia. *Arq. med. ABC*, 4(1): , 1981.

RESUMO: O Autor, após uma avaliação da situação da Medicina Legal em geral e da Patologia Forense em particular, no mundo atual, caracteriza as razões da crise existente na especialidade. Em seguida focaliza alguns dos erros mais freqüentemente cometidos pelos que se concentram nessa tarefa, sem a necessária competência.

UNITERMOS: Medicina Legal; Patologia Forense; Tanatologia.

*"A diferença de um só cabelo
Pode mudar o rumo da trilha
Em uma milha"*

Hsi-Yuan-Lu, 1251

INTRODUÇÃO

Em princípio todas as necropsias médico-legais deveriam ser realizadas, sem exceção, por patologistas habilitados em Medicina Legal porque, apesar de serem especialistas em ciência biológica, teriam a noção do pensamento jurídico. Infelizmente existe ao redor do mundo uma escassez crítica de tais profissionais. Salvo em alguns países, invariavelmente de dimensão geográfica e população reduzidas o suficiente para permitir uma centralização (como na Dinamarca, na Suíça, na Bélgica e poucos outros), ou então em nações com tradição médico-legal onde há fácil acesso a importantes e auto-suficientes centros da especialidade (como na Alemanha, na Grã-Bretana, na Itália e na França), problemas graves surgem, com efeitos pouco recomendáveis para a ciência de Zacchia.

Uma avaliação levada a cabo nos Estados Unidos no começo da presente década apontou a existência de menos de 200 médicos especializados em Patologia Forense em toda a nação norte-americana. Desses, alguns não mais exerciam a atividade. Dos demais apenas quatro dezenas o faziam em regime de dedicação exclusiva a grande maioria dos restantes encontrando-se aglutinada nos centros melhor aparelhados e de maior prestígio. Esse fato, aliado à variação nos dispositivos dos corpos legislativos dos 51 estados com acentuadas disparidades no que respeita à exigência do ato necroscópico, deixa extensas áreas daquele país bastante carentes das necessidades periciais básicas da Justiça.

E não é diferente a situação em vários outros países do mundo, particularmente os de maior índice demográfico e grande extensão territorial com pouca disponibilidade econômico-financeira para encetar programas incentivadores do surgimento e fixação de vocações.

No Brasil, em especial, diríamos que a situação é próxima da catastrófica, não por ênfase emocional ou erro de perspectiva, mas por absoluta falta de expressão mais adequada para designar o que acontece. Sem qualquer intenção de emprestar às nossas palavras colorido demasiado sombrio, poderíamos afirmar, sem temor de engano, que a nacionalidade do bom Deus, ao menos no que tange ao campo particular da Tanatologia, seguramente não é brasileira.

As razões pelas quais nos encontramos na presente circunstância são múltiplas. Também não ignoramos a existência de brilhantes expressões da Medicina Legal no Brasil. Contudo nos outorgamos o direito de afirmar que elas são em número reduzido, considerando a dimensão da tarefa e o tamanho e pretendido crescimento em importância do país. Acrescente-se o cotejo inevitável com outras especialidades, embora não esquecendo nossas debilidades flagrantes em outras áreas ainda mais fundamentais.

No que se refere à Tanatologia ou Patologia forense, o problema é sentido de modo mais agudo, pois é fato notório o desconhecimento das noções mais elementares de Anatomia Patológica por grande parte dos nossos legistas. Os ditos "cursos de formação para médicos legistas", da maneira como são estruturados, não conferem aos que os completam qualquer competência dentro dos padrões mínimos exigíveis para uma necropsia médico-legal. Disso tudo deflue um estado de coisas caracterizado por pequena quantidade de profissionais que anualmente tomam o endereço da Medicina Legal, fazendo-o entretanto, com raras exceções, com a idéia preconcebida de que se trata de emprego provisório.

No cerne da situação residem basicamente duas determinantes inifudáveis: a péssima remuneração,

* Trabalho apresentado no 5.º Congresso Brasileiro de Medicina Legal — Belo Horizonte — MG, dezembro de 1978.

** Chefe da disciplina de Medicina Legal e Deontologia da Escola Paulista de Medicina. Professor Titular da disciplina de Medicina Legal e Deontologia da Faculdade de Medicina da FUABC.

mesmo em termos das condições econômicas do Brasil, de uma profissão que sequer pode ser designada como liberal e que implica em tremenda carga de responsabilidade, a par da fisionomia pouco atraente e o ar estéril que reveste a disciplina da forma como ela é comumente posta aos estudantes, principalmente nas escolas médicas.

Nas últimas décadas, neste país, a Medicina Legal passou a ser enfocada de um ponto de vista crescentemente doutrinário. Essa tendência foi se avultando pela incorporação em seu bojo de muitos aspectos nem sempre a ela pertinentes, em detrimento do seu lado prático-científico e experimental que alguns, talvez por motivo de adesão a uma suposta moda, decidiram designar por *aspecto ortodoxo da Medicina Legal*. Esqueceram que a Medicina Legal adquiriu categoria de disciplina verdadeiramente autônoma precisamente quando desenvolveu métodos próprio de investigação para os problemas inerentes a esse agora alegado *aspecto ortodoxo*. E problemas que não são objetos da preocupação de qualquer outra especialidade do campo biológico. Nesse *aspecto ortodoxo* e não no pseudo-intelectualismo repousa a ressurgência da Medicina Legal européia, sua progressiva afirmação na Norte América e seu crescente interesse nas nações em ascensão de outras partes do mundo.

Não interpretem nossa argumentação como posição contrária à feição doutrinária da Medicina Legal que precisa continuar a ser enfatizada. O que nos preocupa, pelo rumo tomado no ensino da especialidade, é a unilateralidade dominante, é o abandono a que foi relegada entre nós a pesquisa científica em medicina forense. Excetuando-se alguns cultores da matéria, agora felizmente em posição de influir decisivamente na direção a ser tomada pela Medicina Legal nacional, boa parte prefere o uso exclusivo da pena e do papel na fabricação de artigos que pouco ou nada acrescentam à compreensão de inúmeros temas. É preciso que se volte a pensar com profundidade e clareza, com espírito criativo e analítico, a agir de acordo com um pensamento não apriorístico. É indispensável livrar a mente da tendência à imitação simiesca e dinamizar a Medicina Legal que nos recusamos a encarar como algo de caráter *exclusivamente* doutrinário. E é esse exclusivismo quase inconsequente que tem substituído o estudo das múltiplas e fascinantes áreas da especialidade por um verbalismo pomposo que transforma os docentes em discursistas ejetores de lições caducas ou arautos de idéias frequentemente heterotópicas e racionalizantes, que só servem para entediar os que as ouvem. Não conseguimos enxergar a incompatibilidade entre a execução vigorosa e simultânea das atitudes doutrinárias e técnico-científicas. Esse fato teria efeito extremamente benéfico e estimulante, *principalmente nas escolas médicas* que é onde existem potencialmente as verdadeiras vocações.

O que tem sucedido ultimamente é que os médicos jovens recorrem à Medicina Legal unicamente para acrescentar alguns cruzeiros ao seu minguado orçamento e, tão logo adquirem certo grau de auto-confiança e surgem outras oportunidades monetariamente mais compensadoras, deixam os Institutos Médico-Legais. E não se atribua o fato a um desinteresse ge-

neralizado. A premência da situação atual obriga algumas vocações verdadeiras ao abandono da carreira, as vezes com extremo pesar, mas as alternativas não dão margem a outra opção.

E a consequência final é que os institutos oficiais jamais conseguem manter um corpo adequado de legistas com prática e experiência suficientes para a sustentação de um padrão de confiabilidade indispensável ao exercício da Justiça. De uma Justiça que cada vez mais precisa se embasar na objetividade imparcial dos exames e provas periciais, em lugar da circunstancialidade e subjetividade das demais provas.

ALGUNS ERROS BÁSICOS

O necroscopista deve ter a constante preocupação de que, na maioria das vezes, aguarda-se que a necropsopia médico-legal forneça indicações que não seriam de qualquer interesse num caso hospitalar comum. Ou seja, informações cujo relevo seja mais por motivos legais do que médicos. Por isso é que *somente ele* tem condições de fornecer elementos que sejam essenciais a uma série de eventualidades e que exigem um enfoque perquiridor, algo como "um espírito de detetive"; porém, sem a conotação dos filmes e romances policiais. A série de erros a seguir fornecerá um quadro melhor.

1) *Deficiência do exame externo* — Contrariamente à morte hospitalar, na morte médico-legal o exame externo é uma etapa absolutamente indispensável. As informações relativas à localização, correspondência com lesões nas vestes, dimensões, forma, aspecto, orientação, profundidade e outros dados particulares das lesões observadas são, em regra, descritos inadequada e incompletamente (quando o são) no relatório necroscópico. É mais prudente perder algum tempo com o assinalamento de 5 achados que no final resultam como sem significado, do que omitir um único que possa ser fundamental. De outro lado, embora devam ser mencionados elementos normais como garantia de que nada foi esquecido, é conveniente ser restrito com as palavras para descrevê-los, ao mesmo tempo em que não se deve ser sumário no que se refere às lesões principais. São muitos os casos na literatura em que a autoridade requisitante do laudo declara que o mesmo, apesar de poder ser extremamente interessante para outro médico, não lhe forneceu qualquer informação adicional útil. Isso quando, não infreqüentemente, o laudo médico é menos completo que o dos peritos criminalistas no que respeita à descrição e até ao número das lesões externas registradas fotograficamente, resultando num conflito pericial e num evidente descrédito.

2) *Realização de necropsopias incompletas* — É de boa prática a abertura das três cavidades clássicas em qualquer ato necroscópico. O encontro de uma aterosclerose coronariana, ainda que acentuada e extensa, *mas não oclusiva*, logo de início, não pode servir de desculpa para o término prematuro de uma necropsopia. Embora possa, na verdade, representar a causa real da morte, não há qualquer lei biológica que impeça a coexistência de outra entidade mórbida inde-

pendente que tenha sido a responsável pela morte. Assim como nada há que proíba a ocorrência de um envenenamento ou lesão violenta em setor não observado. A par disso é raro o necroscopista disposto a dissecar o segmento cervical ou a cavidade raqueana, mesmo quando não encontrou causa de morte convincente em outras regiões. É mais cômodo e simples retirar fragmentos ou órgãos inteiros e remetê-los ao laboratório, na esperança de que o histopatologista ou o toxicologista, supostamente mágicos, resolvam a questão. Isso quando não adotam a atitude simplista de assinar um atestado e até um laudo, de causamortis indeterminada, sem lançar mão dos recursos disponíveis.

3) *Alegação de um corpo como inadequado à necropsopia* — É fundamental lembrar que duas coisas são importantíssimas em tanatologia: a identidade do morto e a provável etiologia jurídica da morte. Incorre em erro crasso julgar insatisfatórios para exame, corpos carbonizados, decompostos ou excessivamente mutilados. Por mais queimados, putrefeitos ou fragmentados estejam os cadáveres, um exame cuidadoso frequentemente resulta produtivo no que respeita à identidade, causa de morte e outras evidências. *Raramente existe uma razão legítima ao considerar o estado do corpo como fator impediante da necropsopia.* O fator subjacente é, mais provavelmente, a repugnância ou a expectativa de um ato excessivamente trabalhoso do que a real convicção da inutilidade do exame.

4) *Falsa interpretação de alterações post-mortem* — No nosso país é comum, antes da evidência externa da putrefação, a saída de líquido sero-sangüinolento da boca e narinas, especialmente quando a morte foi precedida de edema pulmonar. O encontro de tal circunstância leva alguns a atribuírem a morte a hemorragia interna. Outro fato a ser lembrado é que *a putrefação é mais acelerada onde existe solução de continuidade na pele ou equimose sub-cutânea*, o que aconselha exame mais minucioso, *precisamente nos locais de putrefação desproporcionalmente adiantada*, pois aí pode ser o sítio de uma lesão produzida em vida. Algumas estruturas exibem alterações post-mortem precoce. *A autólise pancreática*, por exemplo, é uma causa de erro das mais frequentes, pois confere ao órgão um aspecto róseo-acastanhado, atribuído pelos menos experientes, sem a menor cerimônia, a uma pancreatite hemorrágica (em 90% dos casos não confirmada na histologia). A pancreatite hemorrágica é um evento relativamente infrequente em patologia, mas num levantamento feito no Instituto Médico-Legal de São Paulo antes da maior habitualidade dos exames histológicos, ocupou o primeiro lugar como causa de morte natural do aparelho digestivo, numa proporção 15 vezes mais elevada que a de qualquer outra estatística mundial. Do mesmo modo a digestão ácida pós-mortal, com perfuração da parede do estômago e saída do conteúdo, já levou alguns a fazer o diagnóstico de úlcera perfurada e peritonite. Outro fato do conhecimento dos mais experientes é a hiperdistensibilidade de orifícios naturais, como o ânus e a vagina, após o desaparecimento da rigidez cadavérica, e que

pode levar à conclusão errônea de sodomia ou estupro. Igualmente nunca é demais lembrar que a ação post-mortem intensa do fogo, pode produzir "fraturas", "hemorragias" peri-durais (que todavia nunca assumem um aspecto bi-convexo), além de pseudo-embolias gordurosas, formada por coalescência de lípidos plasmáticos.

5) *Confusão da parte descritiva com a discussiva* — Ao mesmo tempo que é surpreendente é desolador notar a frequência com que os necroscopistas incluem declarações de opinião e interpretação na parte do relatório destinada ao assinalamento objetivo e factual. Um protocolo, além de outros, tem dois propósitos fundamentais: um deles é registrar uma descrição suficientemente detalhada de objetiva retração pura, não interpretativa, das condições observadas, de modo a permitir que um leitor competente possa formar seu próprio juízo com relação às alterações descritivas. O outro é interpretar e discutir os fatos observados e anteriormente descritos. Assim, uma zona de coloração azulada na região mediana da superfície volar do antebraço esquerdo, pode ou não ser uma equimose. A ela referir-se como uma lesão confusa na parte descritiva do relatório é substituir uma descrição por uma interpretação que pode não ser verdadeira. Quer nos parecer que se está perdendo a capacidade de estocagem mental de uma terminologia descritiva pura e que já não se é mais capaz de uma narração simples sem o vício compulsivo de logo diagnosticar.

6) *Ausência de documentação adequada* — Se um achado necroscópico é tão importante que possa fazer diferença entre a liberdade ou a prisão de um indiciado, tudo deve ser feito para proteger, preservar e registrar tal evidência, de modo a que outros possam vê-la e avaliá-la. Nenhum patologista forense deve considerar-se tão infalível, a ponto de carregar sozinho tal responsabilidade. Uma coisa é ele declarar, por escrito ou verbalmente, que lembra-se ser o contorno peculiar de uma fratura craneana correspondente com o de um pesado cinzeiro encontrado na casa de um acusado. Outra bem diferente é ele exibir o registro fotográfico ou um esquema desenhado de tal lesão. Em um caso no qual o tiro transfixante do crânio foi a causa da morte, o relatório de um patologista com experiência apenas hospitalar dava como de entrada o orifício occipital. Não havia fotografia ou esquema, a descrição era pobre e o fato não presenciado. Se o projétil entrara por trás, a acusação de homicídio intencional estaria bem estabelecida. E a prova da culpa repousava inteiramente na opinião não documentada de um patologista inexperiente. É indispensável, portanto, ao lado da descrição, uma documentação comprobatória tão abundante quanto seja necessária, não importando os gastos que possam ser representados pela mesma. A liberdade e o exercício de uma justiça eficaz jamais poderão ser medidos em termos de natureza puramente econômico-orçamentária.

7) *Comprometimento do laudo por pequenos erros e omissões* — A partir do momento em que a evidência constante de um laudo necroscópico mostra-se contrária aos interesses do seu cliente, é natural que o advogado de defesa procure minar o valor da prova

pela revelação de pequenos erros e omissões. Equívocos de data, enganos de nome, a omissão na descrição de antiga cicatriz de apendicectomia, o não assinalamento do peso de alguns órgãos ou da compleição da vítima, além de outros deslizos de pequena monta, são alguns exemplos. Após 15 minutos de indagações referentes a estes fatos, embora os erros sejam irrelevantes, se o advogado for habilidoso o suficiente ao enfatizá-los, o júri pode começar a se perguntar se tal laudo é realmente confiável. Tais erros devem ser evitados em um relatório necroscópico, sob o risco de vê-lo contestado pela aparente superfície de negligência, urdida pelo brilho oratório de um advogado.

8) *Desprezo da interpretação científica pelo julgamento intuitivo* — Esse é um erro em que incidem comumente os necroscopistas demasiado experientes, inflados de auto-confiança — os denominados “medalhões” — que adotam a tendência perniciosa para a

chamada “dedução intuitiva categórica”. Esse tipo “cinematográfico” de peito pode pular com facilidade da observação de algumas manchas no pescoço da vítima e da presença de pequena escoriação na borda do orifício anal, para a conclusão espantosa de que as primeiras são equimoses produzidas pelo polegar e indicador da mão direita do assaltante e que o mesmo é um sodomista. Ele ignora, do alto de sua presunção, a possibilidade cientificamente comprovável de que as manchas podem não corresponder a equimoses e que o acusado pode ser canhoto, além de impotente, ao lado de outras possibilidades de equimoses cervicais e de que escoriações anais podem ocorrer por outros motivos. É difícil estimar o dano causado por tais personalidades com complexo de onisciência divina, embora a história da Medicina Legal mostre a derrubada de muitas delas, frente a contra-provas cientificamente irrefutáveis.

ALMEIDA, M. Fundamental mistakes in Thanatology. *Arq. med. ABC*, 4(1): , 1981.

SUMMARY: The present status of Forensic Medicine and Forensic Pathology are evaluated by the Author. The Author considers the mistakes and the misleadings that are done by those who are not conveniently trained in this field.

KEY WORDS: Forensic Medicine; Forensic Pathology; Thanatology.

EFEITO ANTAGÔNICO DA ATROPINA SOBRE A CONTRAÇÃO DA MUSCULATURA LISA INTESTINAL

Zuleica B. FORTES*

Maricy TACLA**

FORTES, Z.B. & TACLA, M. Efeito antagônica da atropina sobre a contração da musculatura lisa intestinal. *Arq. med. ABC*, 4(1): 14-16, 1981.

RESUMO: O efeito da atropina sobre a resposta contrátil induzida por acetilcolina (Ach), potássio (K), bário (Ba) e cálcio (Ca), em íleo isolado de cobaia, foi estudado. As contrações induzidas por Ach e Ba foram antagonizadas competitivamente, enquanto as contrações provocadas por K e Ca não o foram. Concluiu-se que a atropina tem uma relativa especificidade pelo receptor muscarínico mesmo em concentrações mais elevadas e, desta forma, se comporta diferentemente dos anestésicos locais que são considerados inibidores inespecíficos da contração do músculo liso.

UNITERMOS: Atropina; Antagonista de Contração Muscular.

INTRODUÇÃO

É bem conhecido o fato de que a atropina é antagonista específico dos receptores muscarínicos nos músculos lisos e em outros órgãos. Além disso, algumas evidências indicam que a atropina, em concentrações mais elevadas, pode bloquear a resposta de drogas que interagem com outros receptores como a histamina serotonina e nor-epinefrina (INNES & NICKERSON, 1975).

A interferência da atropina com a resposta induzida por outros agonistas como potássio e bário bem como a interação entre atropina e cálcio foi estudada por Araki et al. 1976. Estes autores observaram inibição irreversível da resposta contrátil provocada por aqueles agonistas quando usaram atropina em concen-

tração elevada. Concluíram que esta inibição seria decorrente da interferência da atropina com a mobilização de cálcio de camadas mais internas da membrana e não do bloqueio de receptores muscarínicos.

É também bastante aceito o fato que a atropina possui atividade anestésica local, semelhantemente à cocaína e procaína (Araki et al., 1976).

No presente trabalho, foi estudado o efeito da atropina sobre a resposta contrátil induzida por acetilcolina (Ach), potássio (K) e bário (ba) em íleo isolado de cobaia e por cálcio (Ca) em íleo isolado despolarizado. O objetivo deste estudo é verificar se, em concentração elevada, a atropina interfere com a mobilização de cálcio de forma semelhante às drogas anestésicas locais (FEINSTEIN, 1966 e BLAUSTEIN & GOLDMAN, 1966).

* Professora Livre-Docente do Departamento de Fisiologia e Farmacologia do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo.

** Monitora de Farmacologia no período de 1976 a 1978; Médica formada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.