

JOSÉ EDUARDO BUENO ZAPPA

**POR QUE AS EXUMAÇÕES ?**

**ESTUDO CRÍTICO**

Tese apresentada ao Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Medicina.

Campinas - 1994

JOSÉ EDUARDO BUENO ZAPPA n.º 218/n.c

## POR QUE AS EXUMAÇÕES ?

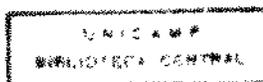
### ESTUDO CRÍTICO

Tese apresentada a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Medicina.

Área de concentração: Medicina Interna

Orientador: Prof. Dr. Fortunato Antonio Badan  
Palhares

Campinas - 1994



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	T/Unicamp
V.	318p
TOMBO	BC/17521
PROZ.	433/95
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	05/01/95
N.º CPD	

CN-00065424-6

FICHA CATALOGRAFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

Zappa, Jose Eduardo Bueno  
Z18p Por que as exumacoes? Estudo critico / Jose Eduardo Bueno  
Zappa. -- Campinas, SP : (s.n.), 1994

Orientador : Fortunato A. Badan Palhares.  
Tese (doutorado) Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciencias Medicas.

1. Exumacoes. 2. Medicina legal. 3. Necropsia. I. Palhares, Fortunato A. Badan. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciencias Medicas. III. Titulo.

20. CDD -614.1

Indices para catalogo sistematico:

1. Exumacoes 614.1
2. Medicina legal 614.1
3. Necropsia 614.1

A minha esposa Izabel e aos nossos filhos Ana Carolina e Eduardo  
que souberam entender as horas e horas de ausência..

Aos meus pais e sogros ainda que distantes,  
jamais deixaram de dar seu apoio e incentivo.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus colegas do Departamento de Medicina Legal, em especial à Doutora Lélia Britto Passos Gerson e à Professora Maria Cristina von Zuben de Arruda Camargo pelo inestimável apoio, incentivo e auxílio.

Às Professoras Sonia Touguinha Neves Martins e Luzia Bueno, pela revisão do vernáculo.

À Elisabeth Justi Rodrigues, pela eficiência nos trabalhos em computação.

Ao Senhor Cesar Augusto Sales, pela execução da digitação.

Aos Senhores Juarez Pires de Souza e Pedro Jimenez, pela ilustração fotográfica.

Ao Senhor Reinaldo Tomaz, pela encadernação.

A todos os funcionários, na verdade amigos, do Departamento de Medicina Legal e do Instituto Médico-Legal de Campinas, que direta ou indiretamente me auxiliaram na elaboração.

Aos amigos do Centro de Comunicação da UNICAMP, pela participação nos casos e na realização das filmagens.

Aos funcionários das Bibliotecas da Faculdade de Ciências Médicas e Central da Universidade, pela ajuda e apoio na revisão bibliográfica.

A todos os meus amigos, dentro e fora da Universidade, que souberam entender a dificuldade da realização deste e que sempre incentivaram, colaboraram e apoiaram.

"Há três coisas que um médico-legista deve possuir: o ofício, a ciência e a arte. O ofício aprende-se. Com paciência e trabalho fica-se sábio. A arte, contudo, exige qualidades naturais, instintivas; e os que as possuem não são numerosos".

(Lacassagne e Martin).

“A opinião do perito não deve ser estabelecida em suspeitas e presunções. Se, após o exame, ficar na dúvida, na incerteza, é preciso exprimi-la de maneira formal.”

(Chaussier)

## SUMÁRIO

### RESUMO

1 - INTRODUÇÃO .....	1
1.1. - Bioética .....	4
1.2. - Exame necroscópico .....	7
1.3. - Exumação.....	10
2 - HISTÓRICO .....	13
3 - OBJETIVOS .....	18
4 - MATERIAL E MÉTODOS .....	19
5 - APRESENTAÇÃO DOS CASOS .....	21
5.1. - Caso 1.....	21
5.2. - Caso 2.....	31
5.3. - Caso 3.....	44
5.4. - Caso 4.....	58
5.5. - Caso 5.....	70
5.6. - Caso 6.....	91
5.7. - Caso 7.....	108
5.8. - Caso 8.....	130
6 - DISCUSSÕES.....	148
6.1. - Técnica.....	149
6.2. - Crítica.....	167
6.3. - Geral.....	175

7 - CONCLUSÕES.....	178
8 - ANEXO.....	179
9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	186
10 - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA .....	190

ABSTRACT

## RESUMO

É avaliada a razão do número elevado de exumações no Brasil. Oito casos exumados e submetidos à exame necroscópico no Departamento de Medicina Legal da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e Instituto Médico-Legal de Campinas são apresentados como base do trabalho. Laudos, aspectos técnicos e criticos são discutidos e enfatizados no que diz respeito à formação e carreira de Médico-Legista, na estrutura dos Institutos Médico-Legais e formação médica. Conclui que no Brasil, as falhas em laudos são decorrentes de exames necroscópicos mal realizados pois os médico-legistas não têm estrutura, formação e condições de trabalho. Com estes aspectos, a “solução” da Justiça é solicitar exumações às instituições mais estruturadas e tentar solucionar os erros iniciais.

## 1 - INTRODUÇÃO

"Só há um partido na Ciência, o da Verdade"  
(Locard)

Conceituar ou definir Medicina Legal não são tarefas fáceis. Sempre que um ou outro autor tenta, de forma simples ou complexa, fazê-las, esbarra em uma série de dificuldades.

Entre as muitas definições entendemos que a de TALIBERTI<sup>35</sup> é uma das mais abrangentes e didaticamente, o próprio autor a subdividiu:

- I - A Medicina Legal é uma ciência;
- II - A Medicina Legal é uma arte;
- III - A Medicina Legal, como ramo da Medicina, tem objetivo próprio;
- IV - Cooperar na elaboração das leis que carecem dos conhecimentos médico-biológicos;
- V - Colabora na execução das leis que carecem de conhecimentos médico-biológicos.

Comparando-se com outras áreas da Medicina, conclui-se que nenhuma outra tem essa abrangência. Este é o aspecto fascinante da Medicina Legal.

A Medicina Legal tem um espectro amplo de atuações. Em sua forma mais pura, podemos citar inúmeras delas nos mais variados ramos da nossa sociedade. Talvez a maior parte da população não perceba ou, melhor

dizendo, não tenha conhecimento da atuação do médico legista. Pode-se demonstrar o envolvimento da Medicina Legal com a sociedade face à grande ligação daquela com o Direito que, indubitavelmente afeta sobremaneira a vida do Homem.

O médico-legista pode e atua nos campos da área do Direito Penal com exames periciais em indivíduos vivos, no que tange à identificação de lesões corporais, alterações psiquiátricas, etc; na área Cível, geralmente como perito designado pelo Juiz, emite seus laudos nos casos de acidente de trabalho (Infortunística) e em casos de interdições.

O Departamento de Medicina Legal (DML) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas deu-nos a oportunidade de colocarmo-nos frente a frente com grande número de casos que foram objeto de perícia dos profissionais que formaram e formam o DML.

Com a orientação de professores, o trabalho pericial logrou despertar o meu interesse científico e crítico. É partindo deste que pretendo, nesta oportunidade, retomar casos já minuciosamente estudados e arduamente examinados para que, ordenadamente, possa-se extrair deles algo mais que a simples resolução.

A equipe de peritos do DML da Universidade Estadual de Campinas, à qual hoje orgulho-me de pertencer, tem renome nacional e internacional. Em todos os casos para que foi convocada, graças ao excelente preparo de seus componentes, coadjuvados por uma série de professores, técnicos e numerosos colaboradores dentro da Universidade e fora dela, logrou êxito nas perícias porque a visão pericial não é isolada, é fruto da interdisciplinaridade e da multidisciplinaridade que a formação do perito deve ter para atingir seus objetivos.

Grande parte do respeito e credibilidade adquiridos, ao longo destes anos, deve-se ao êxito alcançado com os resultados obtidos nos exames pós-exumações. Casos em que a falta de dados, no exame necroscópico inicial, privaram a Justiça de informações necessárias para seu desfecho.

Levantada esta questão, passamos a vislumbrar um outro aspecto da Medicina Legal. Com visão crítica, analisamos estes casos e eles alertaram-nos para um hiato dentro da Medicina Legal no Brasil. Não temos a oportunidade de encontrar, com raras e honrosas exceções, escolas trabalhando de

maneira crescente, aperfeiçoando técnicas periciais e publicando trabalhos científicos na nossa área.

Temos tido a oportunidade de entrar em contato com colegas de todo o Brasil e a realidade vivida por eles foi mais um estímulo para o desenvolvimento deste trabalho.

Tentaremos ser analíticos, mas fundamentalmente críticos, contra a estagnação basal da nossa Medicina Legal.

Vejam exemplos da nossa história como Nina Rodrigues, Flaminio Fávero, Oscar Freire e outros. Seus trabalhos sérios, científicos e desbravadores sucumbiram pelo tempo. Como já dissemos, temos pouquíssimos legistas que com determinação e boa vontade promovem a Medicina Legal.

Nunca é demais salientar o fato de que o desenvolvimento médico mundial é extraordinário, incluindo o próprio Brasil. Mas aqui, porém, como em muitos campos, notamos uma nítida inversão de valores. A tecnologia de ponta ganha espaço rapidamente; o trabalho basal, no entanto, ainda não é desenvolvido e muito menos uniforme.

Essas contradições de nosso País estão presentes também na Medicina Legal. Com isso desenvolvemos o nosso trabalho no sentido de tentarmos resgatar um espaço vazio - gerado pela falta do trabalho basal - que jamais poderia ter existido.

No DML há um objetivo pericial que nos orienta na condução dos trabalhos e que procuraremos aqui ressaltar: "A procura da verdade".

A busca da verdade deve ser um dos pilares na formação do médico-legista. Para isto, a princípio, não são necessários exames sofisticados ou até mesmo simples. O poder de observação e a sistematização com a elaboração de protocolos específicos para os mais variados casos, são fatores primordiais. A tecnologia sofisticada ou não, só deve ser utilizada quando a aptidão manual estiver esgotada.

Necessário é querer encontrar a verdade.

A capacidade do ser humano de aprender, de captar e de desenvolver-se é talvez infinita e nestes pontos deve o médico-legista pautar a sua conduta.

## 1.1. - BIOÉTICA

Este trabalho aborda uma das práticas específicas da Medicina Legal enquanto especialidade médica. Trata, portanto, de um ato médico que deve ser realizado com absoluto rigor técnico-científico e ético-moral.

Não podemos negligenciar a questão da formação médica posto que dela depende a correção da conduta médica na exumação.

O estudo e a manipulação de cadáveres que, segundo CASTIGLIONI<sup>12</sup>, "tiveram no Egito grande significado científico, cultural e religioso, culminando com o domínio absoluto das técnicas de mumificação e o avanço dos conhecimentos médicos, especialmente na área da cirurgia", caem em descrédito e proibição na cultura judaico-cristã, que transforma, ainda, em sacrilégio a dissecação de cadáveres que eram vistos como impuros e abomináveis.

É no Renascimento que se recupera o conceito de que, segundo GUISANDE<sup>21</sup>, "só pelo estudo real do próprio corpo humano se poderia conhecer a beleza perfeita". Isto permitiu o progresso espantoso da Anatomia e, conseqüentemente, da Filosofia, durante este período. Foi a partir de então que as Universidades passaram a obrigar a manipulação de cadáveres humanos na formação de médicos.

Estes fatos históricos são fundamentais para que se compreenda a inserção da Medicina Legal no âmbito da Medicina como um todo, marcada, aquela, por traços culturais-religiosos superados a nível cognitivo, porém ainda presentes no imaginário coletivo.

Na verdade, o curriculum das escolas médicas deveria reservar maior ênfase para a disciplina de Medicina Legal - na mesma proporção em que o médico-legistase integra à comunidade médico-científica - mas resta, ainda, a necessidade de integração das diversas disciplinas de forma a descaracterizar o curriculum microdisciplinar presente nas escolas médicas, permitindo assim uma visão holística do homem e integral da Medicina, apesar das diversas especialidades que a compõem.

Os procedimentos de alta densidade tecnológica disponíveis às especialidades médicas incluem a Medicina Legal; no entanto, carece ela de suporte bioético, de abordagem teleológica e não deontológica, de uma postura reflexiva e não legalista. Este momento de reflexão não se constitui numa necessidade exclusiva da Medicina Legal, ela apenas reflete uma carência da própria Medicina.

O suporte bioético permitiria a elaboração de respostas à questões fundamentais como, segundo BEAUCHAMP; CHIDRESS<sup>5</sup>:

Até que ponto pode lícitamente se estender e afirmar-se o domínio do homem sobre o homem no campo médico-biológico? A pergunta coloca o problema da fronteira ética ao progresso científico, que parece não ter fronteiras fixas, pois avança sempre além, graças à tecnologia aplicada à ciência.

Uma abordagem teleológica de questões desta natureza supera uma visão meramente utilitarista, ocupando-se das conseqüências dos atos ou procedimentos médicos para o outro (paciente ou família), enquanto uma análise deontológica estaria limitada às causas geradoras de ação médica.

O princípio bioético de beneficência, o mais antigo da ética médica, um critério hipocrático de "fazer o bem, não causar dano", coloca-nos frente a frente com a responsabilidade médica pelo outro, pela vida, pela saúde, pela dignidade humana na vida e na morte, e integra os critérios de necessidade, benefícios e limites da exumação.

Autonomia, segundo elemento do tripé básico da bioética, diz respeito à capacidade humana de autogoverno, de escolha, de agir como sujeito, e significa, segundo VEATCH<sup>36</sup>, "a própria emancipação da razão humana, a legislação pelo próprio sujeito de sua vida e de suas atitudes". Alguns procedimentos médicos, como a exumação, podem ser feitos de forma excludente em relação à família ou de forma a integrá-la, não permitindo fenômenos de alienação do outro que pode e deve agir como sujeito de sua história, seja ela qual for. É a postura do médico-legista que definirá o plano ético em que se desenvolverá uma exumação.

Finalmente o princípio de justiça visa articular recursos e atenção às necessidades dos outros (família e/ou sociedade), respondendo,

enquanto médico, à dor, ao sofrimento, à incapacidade, à necessidade de compreensão das pessoas.

Somos sabedores de que esta análise bioética de procedimentos médicos extremamente objetivos, como os que se verificam na prática da Medicina Legal, foge à possibilidade de quantificação; estamos, no entanto, certos de que muito se ganha em respeito e humanidade.

## 1.2. - EXAME NECROSCÓPICO

Segundo o dicionário de AURÉLIO BUARQUE DE HOLANDA FERREIRA<sup>15</sup>, a verdade pode ser definida ou expressada como "algo de conformidade com a realidade; exatidão; coisa verdadeira; princípio certo".

Em muitas situações o ser humano necessita revelar ou demonstrar a verdade. No caso da Medicina Legal, os médicos, através de seus trabalhos periciais, devem evidenciar em seus laudos o que viram ("visum et repertum") que é, em suma, a nossa verdade.

Segundo Miranda Santos apud ARBENZ<sup>2</sup>: "a verdade lógica é a conformidade do pensamento com as coisas e a ontológica é a conformidade das coisas com o pensamento que as produziu". No ponto de vista médico-legal nos interessa a verdade lógica.

O exame necroscópico e o laudo produzido após o mesmo, fazem uma verdade única. Assim podemos inferir que o legista pode auxiliar a Justiça ou atrapalhá-la.

No que tange à credibilidade pericial, nossos Códigos, têm dispositivos que permitem ao Juiz não precisar acatar, obrigatoriamente, o laudo como peça verdadeira e inequívoca (CÓDIGO DE PROCESSO PENAL<sup>7</sup> no Artigo 182 e CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL<sup>6</sup> no Artigo 436).

O exame necroscópico, isto é, a análise do cadáver desde as vestes, a identificação, as características pessoais até as lesões externas e internas é um ato pericial. Na Medicina Legal, a área de Tanatologia, isto é, a área que estuda a morte, não só o cadáver mas todo o cortejo de exames necessários para a perícia, deveria selecionar seus melhores membros para essa missão. Os mais capacitados tecnicamente deveriam executar esses exames, porém esta não é a situação vista atualmente. A tendência é de que os exames necroscópicos façam parte da rotina dos Institutos Médico-Legais. A rotina em qualquer atividade leva, quase sempre, a um aumento das chances de erro.

Para os legistas, convenientemente formados e cuidadosos, a grande maioria dos exames necroscópicos é de execução e interpretação fácil. No

entanto, assim como ocorre em outras atividades técnicas, é recomendado que tenham um protocolo específico para cada situação, que os conduza a uma orientação do pensamento para a perfeita conclusão dos achados.

Em alguns livros de Medicina Legal podemos obter dados ou roteiros que podem ser utilizados ou adaptados às mais variadas situações. Salientamos que existem, inclusive, livros dedicados somente à técnica de exames necroscópicos.

A preocupação na realização de um bom exame é antiga. Wilhelm em 1878 apud SOUZA LIMA<sup>32</sup> refere:

Os peritos deverão ter o maior cuidado nos exames que procederem, não esquecendo investigação alguma que os possa levar à convicção de que um crime se há cometido. Assim como descreverão com a maior minuciosidade e exatidão o aspecto exterior do cadáver, não deixando de descrever circunstância alguma por insignificante que pareça, tanto no que tende a comprovar a identidade do indivíduo, como a existência de ofensas externas ou internas e tudo quanto possa rodear o cadáver e que tenha relação com o fato.

CARLOS LOPES<sup>22</sup> mostra excelentes protocolos para exame necroscópicos.

O Professor HÉLIO GOMES<sup>17</sup> apresenta extensa descrição do exame necroscópico com riqueza de detalhes e uma seqüência implícita, muito rigorosa.

Em CANUTO; FOVO<sup>9</sup> também podemos encontrar os detalhes técnicos de um exame necroscópico feito com orientação e rigor.

O professor FELICIANO BALDI<sup>4</sup> é outra referência de padrão de exame necroscópico.

O Professor e grande Mestre da Medicina Legal Brasileira FLAMINIO FÁVERO<sup>14</sup> faz referência no item Relatório Médico Legal, ao que ele denomina de "Laudo Metódico" e apresenta uma série de sugestões as quais os laudos devem seguir. Na seqüência faz referência a Lacassagne e Martin que traçaram "aforismos" para os peritos médicos; alguns deles, no entanto, são por

vezes esquecidos. Tomamos a liberdade de lembrar neste trabalho alguns que mais chamam a atenção, apesar da importância de todos:

Os casos de aparência mais simples podem ser os mais complicados. Olhar com atenção e, aquilo que se olhar, ver bem.  
Proceder com ordem o método segundo o plano preestabelecido.  
Um exame necroscópico malfeito não mais se recomeça.  
A vantagem da prática médico legal é de não criar uma inteligência exclusiva e estreitamente especializada.

Em BURTON; PETTY<sup>8</sup> temos um excelente protocolo de exame necroscópico onde são discutidos e explicados com prós e contras, as mais variadas formas de se redigir o protocolo. Nota-se a preocupação de que a redação e o exame sejam extremamente completos, porém, não complexos.

Temos, então, que o exame necroscópico bem realizado e por conseqüência um laudo redigido com clareza, objetividade e com conclusões bem elaboradas, consegue atingir a transcrição da realidade observada, que em última análise reflete a verdade real e lógica sendo então o âmago da questão.

### 1.3. - EXUMAÇÃO

Segundo AULETE<sup>3</sup>: Exumação, substantivo feminino, referido como sendo a ação de exumar ou seja desenterrar um cadáver, ou então em linguagem figurada: tirar do esquecimento ou descobrir à custa de trabalhos e investigações.

Etimologicamente, deriva do verbo exumar, do latim Exumare (de Ex-; equivalente a Ec- 'movimento para fora' + lat. humus, 'terra e ar').

Apesar das exumações parecerem tétricas, tenebrosas ou ainda como diz FRANÇA<sup>16</sup>: "a mais terrível, a mais ingrata e a mais repugnante de todas as perícias"; entendemos que, desde que seja feita dentro de suas normas e limitações, poderá esclarecer vários fatos.

Pensamento contrário a França tem GOMEZ; CALABUIG<sup>19</sup>, mesmo sendo desagradável e repugnante, o perito médico deve armar-se de paciência para examinar minuciosamente os restos mortais, pois, com freqüência, os achados compensam os sofrimentos.

Segundo Felippi apud RODRIGUES<sup>28</sup>, "em Medicina Legal, na dúvida, mais vale uma prova negativa demonstrada, do que uma prova negativa presumida".

Outros autores, como SMITH; FIDDES<sup>31</sup>, por experiência própria, estão convencidos de que quase sempre podemos encontrar algo de valor e, muitas vezes, informações surpreendentemente úteis podem ser obtidas após longos períodos de inumação.

A visão das exumações e seus respectivos exames posteriores, isto é, o necroscópico e os complementares, parece ser, sempre ou quase sempre, relegada a um segundo plano. No item anterior, fizemos referência a alguns dos muitos autores que tratam e descrevem o exame necroscópico. Se, no entanto, tentarmos estudar a exumação e seus exames posteriores, a dificuldade aumenta sobremaneira.

De forma geral tanto a literatura estrangeira como a nacional relatam poucos casos estudados pós-exumação. São, a grande maioria, ligados principalmente às áreas de arqueologia, de identificação ou de envenenamento. São casos isolados e geralmente referem apenas orientações gerais, apesar de alguns relatarem aspectos extremamente práticos.

Por sua vez, no Brasil, as exumações são realizadas quase como rotina. Nas estatísticas do DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E CONTROLE DA POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO<sup>29</sup>, podemos observar os dados da tabela abaixo que mostram o número de exumações apenas no estado, considerado como o mais desenvolvido no País.

ANO	EXUMAÇÕES
1987	75
1988	85
1989	92
1990	112
1991	174
1992	147
1993	112

Nessa dificuldade de encontrar uma literatura sobre exumações, usamos outras alternativas antes de iniciar este trabalho, como a bibliografia em compêndios e a experiência de colegas além da nossa.

Segundo alguns autores, entre eles, PEIXOTO<sup>24</sup>, ARBENZ<sup>1</sup>, GOMEZ; CALABUIG<sup>19</sup>, as exumações dividiriam-se em dois grupos:

1. As administrativas ou cíveis, quando o cadáver vai mudar de sepultura ou até ser cremado.
2. As judiciais ou judiciárias, que são aquelas onde primeiro houve a inumação e, posteriormente, verificou-se a necessidade do exame necroscópico ou, então, aquelas que, mesmo tendo sido necropsiado, por algum motivo deverá ser novamente examinado, seja por suspeita de delito ou identificação.

Deve-se ressaltar ainda, segundo ARBENZ<sup>1</sup>, os casos de exumação ditos canônicos para fins de beatificação e santificação, com transporte ou não dos restos mortais.

No Brasil, o CÓDIGO DE PROCESSO PENAL<sup>7</sup> fixa normas para o procedimento de exumações:

ARTIGO 163. Em caso de exumação para exame cadavérico, a autoridade providenciará para que, em dia e hora previamente marcados, se realize a diligência, da qual se lavrará auto circunstanciado.

PARÁGRAFO ÚNICO. O administrador do cemitério público ou particular indicará o lugar da sepultura, sob pena de desobediência. No caso de recusa ou de falta de quem indique a sepultura, ou de encontrar-se o cadáver em lugar não destinado a inumações, a autoridade procederá às pesquisas necessárias, o que tudo constará do auto.

ARTIGO 164. Os cadáveres serão, sempre que possível, fotografados na posição em que forem encontrados.

ARTIGO 165. Para representar as lesões encontradas no cadáver, os peritos, quando possível, juntarão ao laudo do exame provas fotográficas, esquemas ou desenhos, devidamente rubricados.

ARTIGO 166. Havendo dúvida sobre a identidade do cadáver exumado, proceder-se-á ao reconhecimento pelo Instituto de Identificação e Estatística ou repartição congênere ou pela inquirição de testemunhas, lavrando-se auto de reconhecimento e de identidade, no qual se descreverá o cadáver, com todos os sinais e indicações.

PARÁGRAFO ÚNICO. Em qualquer caso, serão arrecadados e autenticados todos os objetos encontrados, que possam ser úteis para a identificação do cadáver”.

## 2 - HISTÓRICO

"A Medicina Legal decide muitas vezes em assuntos de que depende a vida, a fortuna e a honra dos cidadãos"  
(Mahon)

Entendemos que, independente do propósito do trabalho, não se pode prescindir de revermos, pelo menos sumariamente, a história.

Em muitos livros, a história da Medicina Legal mostra acompanhamento com a da Medicina em geral e a do Direito, visto que, separar em vários pontos a Medicina do Direito ou vice-versa é impossível. Segundo Mazel apud SIMONIN<sup>30</sup>: "Da qualidade do informe depende, em grande parte, a qualidade e a equidade do julgamento".

A Medicina Legal deve tido início desde a antigüidade. Segundo vários autores - entre eles Déchambre apud HÉLIO GOMES<sup>18</sup>, e o Professor SOUZA LIMA<sup>33</sup> - existe uma divisão em cinco grandes períodos.

**ANTIGO:** A Legislação de Moisés, com textos relativos à gravidez, ao aborto, aos sinais de virgindade, aos suplicios, às inumações, sendo que os "sacerdotes" da época eram peritos e juizes. No Egito observam-se dados sobre a prática de verificação de óbitos para embalsamamento, e ausência de suplício em mulheres grávidas. Na Grécia existem relatos de Machaon, Hipócrates, Aristóteles, sendo que os cadáveres eram sagrados o que impedia o estudo anatômico e exame necroscópico. No Código de Hamurabi e nas Leis de Manú (Brâmane), também são observadas citações de caráter médico-legal.

**ROMANO:** Que pode ser dividido em duas épocas. A primeira teria início com uma lei atribuída a Numa que prescrevia a histerectomia pós-mortal (nascimento de Cezar). Nessa época, inicia-se a influência do cristianismo vista no Código Teodosiano em 438, com questões relativas ao casamento e ao exame do cadáver, porém só externamente. A segunda época inicia-se no século VI, com o Código de Justiniano, com referências a casamentos, parto, aborto, à impotência e doenças simuladas.

**IDADE MÉDIA:** Aparecem as Leis Sállica e Germânica com perícias incipientes. As Capitulares de Carlos Magno com citações de ações médicas em casos de ferimentos, infanticídio, suicídio, violência carnal, impotência e casamento. Essa fase foi muito prejudicada no desenvolvimento pelas noções de sobrenaturalismo, misticismo e pela inquisição.

**CANÔNICO:** De 1200 a 1600. Temos nesse período a legislação de Inocêncio III (Bula) em 1209, com os chamados “médicos” visitando feridos que tivessem ligação com tribunais. Em seguida as Decretais de Gregório IX e XIII com opiniões médicas a cerca de lesões mortais, casamento e provas contra acusados. As Cartas Patentes de Felipe “O Audaz”(ou “Temerário”)em 1278,com alusões a cirurgiões juramentados. Nas Leis de Felipe “O Belo” e Dom João II, em 1352, observam-se referências à nomeação de cirurgiões junto ao Rei. Em 1521 temos o relato do primeiro exame necroscópico, realizado no Papa Leão X, que teria sido vítima de envenenamento. Em 1525 surge na Itália o “*Editto della Gran Carta della Vicaria di Napoli*” que segundo Lazaretti apud FRANÇA<sup>16</sup>, seria o início da Medicina Legal prática. Em 1532, o Código Carolino de Carlos V (*Constitutio Criminalis Carolina*) foi de grande importância, sendo aprovado na Assembléia de

Ratisbona, onde se diz ser necessária a presença de peritos em vários exames precedendo às decisões judiciais. Em 1575 Ambroise Paré lança o chamado primeiro livro de Medicina Legal - *Des Rapports et Moyens d'Embaumer les Corps Morts* - com questões de embalsamamento, ferimentos, asfixias, virgindade e outras.

**MODERNO:** Inicia-se com o primeiro livro específico de Medicina Legal escrito em Palermo, Itália, por Fortunato Fedele, em 1602, sob o título "*De Relatoribus Libri Quator in Quibus ea Omnia quae in Forensibus ac Publicis Causis Medici Preferre Solent Plenissime Traduntur*". Em 1621 é lançado o livro de Paolo Zacchia intitulado "*Questiones Medico Legales Opus Jurisperitis Maxime Necessarium Medicis Perutile*". A partir destes, a Medicina Legal começa a se desenvolver em vários países da Europa, com expoentes como: Teichemeyer, na Alemanha; Orfila, na França; Bernt, Schanesteir e Paltauf, na Áustria; Hunter e Cooper, na Inglaterra, e outros.

As considerações históricas apresentam variações conforme o compêndio em que se estuda e geralmente são de pequena monta.

Não podemos omitir o primeiro texto de Medicina Legal chinês, o Hsi Yuan Lu, datado de 1251, citado por alguns autores como CARVALHO et al.<sup>11</sup> e STRASSMANN<sup>34</sup>.

A partir do período moderno, a Medicina Legal deve ser encarada como tendo se desenvolvido em cada país.

No Brasil, autores como Oscar Freire, apud FÁVERO<sup>13</sup> e GOMES<sup>18</sup>, dividem a Medicina Legal em três fases:

**ESTRANGEIRA:** De 1500 a 1877. Nesta fase, segundo FRANÇA<sup>16</sup>, nota-se a influência italiana e francesa. A primeira publicação de caráter médico-legal foi em 1814 - *Impugnação Analítica ao exame feito pelos clínicos Antonio Pedro de Souza e Manoel Quintão da Silva, em uma rapariga que julgaram santa, na capela de Nossa Senhora da Piedade da Serra, próxima à Vila Nova da Rainha de Caeté, comarca de Sabará, ao Dr. Manoel Vieira da Silva*. O primeiro exame necroscópico publicado, segundo PEIXOTO<sup>25</sup> foi em 1835 por Herculo Octaviano Muzzi - *Autopse do Exmo. Sr. Regente João Braúlio Muniz, feita segunda-feira, 21 de setembro de 1835, às 2 horas da tarde, 22 horas depois da morte* -. A primeira tese foi de Antonio José Pereira das Neves, no Rio de Janeiro em 1839 - *Dissertação Médico-Legal acerca do infanticídio* -. A partir destas obras a Medicina Legal brasileira inicia seu desenvolvimento.

**SOUZA LIMA:** O Professor Doutor Agostinho José de Souza Lima marca uma fase nova e decisiva na Medicina Legal. Em 1877 publica um tratado de Medicina Legal e, graças a ele, inicia-se o ensino prático, o curso de Tanatologia, além das análises sobre as leis penais.

**NACIONALISTA:** Nesta fase destaca-se o Professor Raimundo Nina Rodrigues, catedrático da cadeira de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia, de 1895 a 1906. Sem dúvida, como relata PEIXOTO<sup>25</sup>, foi Nina Rodrigues, “espírito original da Medicina Legal Brasileira”. Seu maior mérito foi que não se poderia concluir e julgar por meio da experiência européia, mas sim desenvolver nossas doutrinas motivo pelo qual a fase por ele representada ser chamada de Nacionalista.

No início com apenas duas faculdades de medicina, uma na Bahia e outra no Rio de Janeiro, o desenvolvimento da Medicina Legal ficava restrito. Sua difusão deveu-se à criação de novas faculdades e dos serviços de Medicina Legal nos estados.

Gostaríamos de salientar uma preocupação do Conselheiro José Martins da Cruz Jobim, primeiro professor de Medicina Legal da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em 1847 ele se preocupava com um problema, ainda incipiente, o da especialização dos médicos legistas.

Nesse trabalho de História, pudemos notar fatos interessantes. O que mais nos chamou atenção foi a quantidade mínima de referências à exumações, quando comparadas a outras partes da Medicina Legal.

Esse aspecto é observado tanto em livros de Medicina Legal do Brasil como do Exterior, e quando essas referências aparecem, são tidas como exceções.

### 3 - OBJETIVOS

"Para quem a desempenha, a função pericial é das mais temíveis"  
(Caselli)

O método científico tem início na construção de problemas. Desenvolve-se com a coleta de dados e informações sobre o problema e com a elaboração das hipóteses que são possíveis respostas. Com a verificação e experimentação das hipóteses, sai o conhecimento científico que gera tecnologia. A tecnologia transforma a realidade, fazendo surgir uma nova realidade com novos problemas que exigirão o mesmo tratamento.

O objetivo primordial deste trabalho situa-se exatamente no espírito que nos norteou a analisá-lo:

Por que as exumações?

A exumação acompanhada de seu ato necroscópico e realização de exames subsidiários é o que se pode chamar de Segunda Perícia.

Tentaremos demonstrar concretamente o que está ocorrendo dentro da Medicina Legal no Brasil, já que aqui o número de exumações é alto e a realização desta perícia tem que estar bem fundamentada e justificada.

#### 4 - MATERIAL E MÉTODOS

"A primeira virtude de um médico-legista é conhecer as lacunas de sua cultura especial e ousar confessá-las"  
(Brouardel)

O material utilizado neste trabalho para que os objetivos fossem concretizados, são casos periciados no Departamento de Medicina Legal da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e pelo Posto de Perícias Médico-Legais da cidade de Campinas, sede da 5ª. Região Administrativa do Estado, pertencente à Secretaria de Negócios da Segurança Pública do Estado de São Paulo.

Do período de 1988 a 1994 escolhemos 8 (oito) casos dos quais participamos como perito.

A escolha se fez não pela importância ou destaque que os casos tiveram, mas unicamente porque fornecem elementos ilustrativos, revelando-se mais didáticos, podendo ser absorvidos pelo público leigo de forma geral e pelos especialistas, com maior profundidade, no que diz respeito ao objetivo do trabalho.

Os casos também foram selecionados de forma a tentarem abranger as situações práticas da rotina de um médico-legista.

O método utilizado à apresentação seguirá a seguinte ordem:

- I - Solicitação da nova perícia.
- II - Resumo de dados dos inquéritos ou processos.
- III - Laudo necroscópico inicial.
- IV - Esclarecimentos técnico-periciais.

Finda a apresentação de cada caso, relatamos os itens da nova perícia realizada na seguinte ordem:

1. - Exumação.
2. - Exame necroscópico pós-exumação.
3. - Exames subsidiários.
4. - Reexame dos locais dos fatos.

Cada caso tem suas características peculiares que serão preservadas e, entre vários pontos, daremos ênfase aos dados obtidos nos laudos iniciais.

As descrições de sentido e trajetória dos projéteis de arma de fogo foram elaboradas levando em consideração o corpo em posição anatômica.

Utilizamos como forma de ilustração diversas fotografias, para transmitir com maior fidedignidade os aspectos transcritos.

Acrescentamos ainda, que os dados serão cópias fiéis, integrais ou parciais das solicitações, dos laudos e se necessário for, partes constantes dos Inquéritos ou Processos, desde que sejam fundamentais para um perfeito entendimento e encadeamento de idéias. Em alguns casos, não por nossa culpa, os dados são incompletos ou ausentes.

Terminada a descrição da segunda perícia serão colocadas as conclusões de cada caso, seguindo sempre a mesma ordem, isto é, inicialmente os resultados obtidos na primeira perícia e os da segunda, posteriormente.

Com esta metodologia tentamos dar uma visão clara dos trabalhos efetuados na segunda perícia e uma noção das pessoas envolvidas e do material utilizado.

Embora tenhamos tido todo cuidado ético para evitar a identificação dos envolvidos, é possível que alguns possam vir a sê-lo, em razão de que vários casos foram amplamente divulgados pelos vários meios de comunicação.

## 5 - APRESENTAÇÃO DOS CASOS

"Laudos são como medicamentos: uns fazem grande bem, outros nem bem nem mal, alguns porém, fazem muito mal"  
(Lacassagne)

### 5.1. - CASO 1 (ATS)

#### 5.1.I - Solicitação

Neste caso, em fase de inquérito policial, a solicitação para exumação e novo exame necroscópico, foi determinada por contradições existentes entre as declarações de testemunhas, no que tange à distância dos disparos, e ausência no laudo destas informações.

A solicitação foi feita por órgão superior da polícia, haja vista que policiais envolvidos estavam sob suspeita de homicídio.

#### 5.1.II - Resumo de dados do inquérito

Jovem do sexo masculino, de 25 anos, branco, que teria morrido durante troca de tiros com policiais, sendo que os autores dos disparos estariam, aproximadamente, a 100 metros de distância.

### 5.1.III - Laudo necroscópico inicial

Cadáver vestido com camisetas, jaqueta de couro, calça, cueca, meias e tênis.

Como lesões estão descritas: lesão pérfuro-contusa (1) de entrada de projétil de arma em região do ouvido direito. Trajetória antero-posterior, da direita para esquerda, de baixo para cima e projétil localizado e retirado na região parietal esquerda. Internamente: aberta a caixa craniana achado de positivo: hemorragia encefálica difusa e necrose tecidual. Lesão pérfuro-contusa (2) de entrada de projétil de arma, região lateral direita do pescoço (infra-auricular direita). Direção antero-posterior, de baixo para cima, da direita para esquerda, provocando lesão pérfuro-contusa (2) de saída de projétil de arma na região parietal esquerda. Internamente: aberta a caixa craniana, achado de positivo: hemorragia encefálica difusa e necrose tecidual. Lesão pérfuro-contusa (3) de entrada de projétil de arma em região infra-escapular direita com direção pósterio-anterior, da direita para esquerda e de baixo para cima, provocando lesão pérfuro-contusa(3) de saída de projétil de arma na região mamária esquerda, no 5<sup>o</sup> espaço intercostal esquerdo. Internamente: achado positivo: hemotórax, perfuração do parênquima pulmonar esquerdo e coração (ventrículo esquerdo). Lesão pérfuro-contusa (4) de entrada de projétil de arma na região infra-escapular esquerda com trajetória pósterio-anterior, de baixo para cima com inclinação para esquerda, provocando lesão pérfuro-contusa(4) de saída de projétil de arma na região mamária esquerda no 6<sup>o</sup>. espaço intercostal esquerdo. Internamente: achado positivo de hemotórax e perfuração do parênquima pulmonar esquerdo.

- Conclusões: 1 - Examinamos um corpo em estado de morte real;
- 2 - A causa da morte procedeu-se em virtude de traumatismo crânio-encefálico e hemorragia traumática.

#### 5.1.IV - Esclarecimentos técnico-periciais

Foram escassas as informações periciais no presente caso, havia apenas o dado de que o exame residuográfico realizado na mão direita do cadáver havia sido positivo em relação às substâncias contidas na pólvora e que não tinha ocorrido atendimento hospitalar.

### SEGUNDA PERÍCIA

#### 5.1.1. - Exumação

A exumação foi realizada 11 (onze) meses e 21 (vinte e um) dias após a inumação.

Conforme as regras gerais, todo o procedimento técnico-burocrático foi realizado.

O corpo estava inumado em sepultura abaixo do nível da terra. Após a exumação, a urna foi trasladada ao Necrotério do Cemitério para a realização do exame necroscópico.

#### 5.1.2. - Exame necroscópico

A abertura da urna revela o corpo com áreas em esqueletização e outras em fase coliquativa.

Trajava camiseta de cor marrom, calça de tom cinza e meias brancas.

Retirado da urna, com toda a técnica específica para o caso, foi colocado sobre a mesa de exames. No exame externo pudemos individualizar um orifício circular no osso temporal direito com bordas nítidas, medindo 1,4 centímetros no maior eixo. Presença de outro orifício de bordas não tão precisas, situado entre o ramo ascendente da mandíbula direita e o mastóide com cerca de 2,0 centímetros no maior eixo (Fig. 1).



Fig. 1 Face ínfero-lateral direita do crânio com orifícios de entrada de projéteis de arma de fogo- setas.

Presença de fratura da apófise estilóide do rochedo e porção inferior do esfenóide à direita. No osso parietal esquerdo, região posterior, observamos dois outros orifícios, situados lado a lado, com pequena área óssea íntegra entre eles e medindo aproximadamente 2,5 centímetros no maior eixo cada um. A abertura do crânio revela presença de material amorfo amolecido, onde se encontrou fragmento metálico, provável parte de um projétil de arma de fogo. O exame revela, no orifício do osso temporal direito, fratura de tábua óssea interna maior que externa. Aspecto semelhante é visto

no orifício da região anterior do mastóide direito. No osso parietal esquerdo, região posterior, notamos que os dois orifícios têm fraturas com perda maior de tecido ósseo na tábua óssea externa que na interna (Sinal do funil). O exame externo do tronco revela na região mamária esquerda dois orifícios recobertos por esparadrapo (Fig. 2).

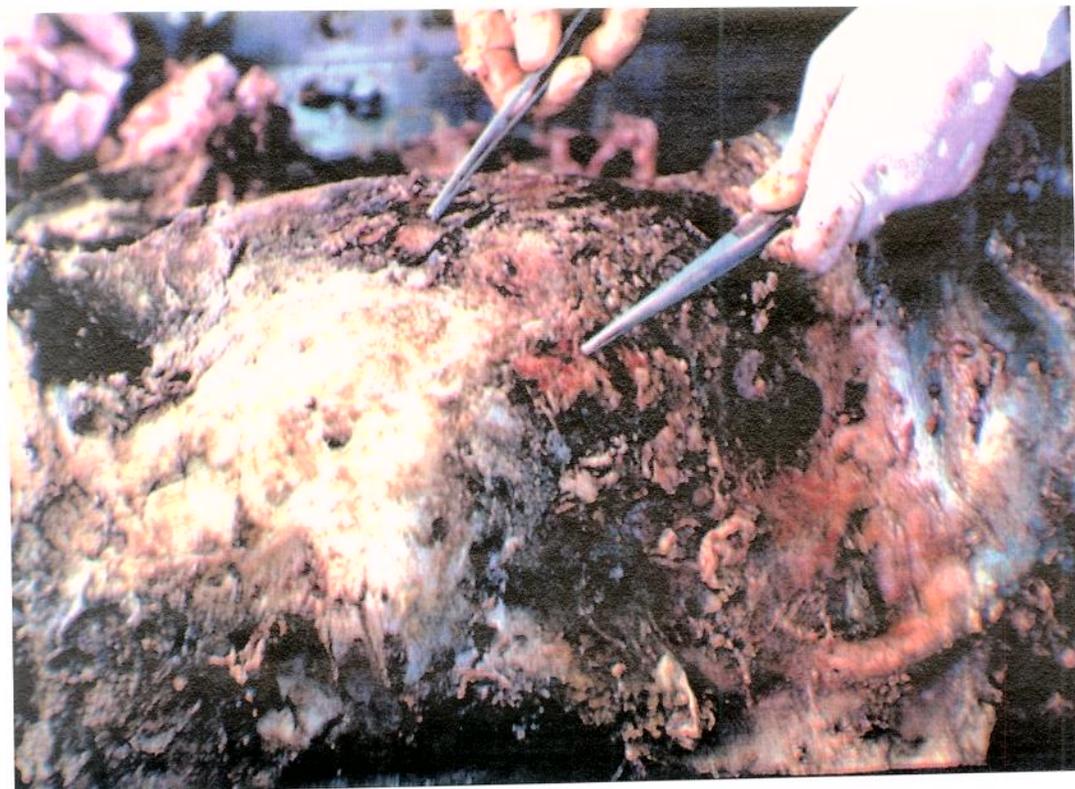


Fig. 2 Vista da face anterior do tórax com as pinças mostrando os esparadrapos que recobriam os orifícios.

Um deles no quinto espaço intercostal esquerdo, com bordas irregulares medindo aproximadamente 2,5 centímetros no maior eixo. Presença de fratura do quarto arco costal que pelas suas características foi do sentido posterior para anterior. O outro orifício também recoberto por

esparadrapo situa-se no sexto espaço intercostal esquerdo próximo à linha axilar anterior. O tecido ao redor mostra-se amolecido pelo processo putrefativo. No dorso nota-se, na região infra-escapular esquerda, outro orifício, a cerca de 3,5 centímetros da linha média, recoberto por esparadrapo, de bordas nítidas e medindo 1,4 x 1,0 centímetros. Na região infra-escapular direita, cerca de 5,0 centímetros da linha média e 3,0 centímetros acima da linha do orifício da esquerda, notamos outro orifício recoberto por esparadrapo, e com bordas esgarçadas pelo processo putrefativo. Não foi utilizado neste caso o exame radiológico normalmente imperativo nos casos de corpos atingidos por projéteis de arma de fogo, devido à absoluta impossibilidade de aparelhos.

### 5.1.3. - Exames subsidiários

Durante o ato necroscópico pós-exumação, utilizando um estilete e um transferidor, medimos os ângulos das trajetórias dos projéteis que atingiram o crânio. A utilização de estiletos não é técnica científica consagrada, pois pode, principalmente nos casos onde os tecidos apresentam-se friáveis, produzir pseudopertuitos. No entanto, queremos reforçar que as nossas precauções e cuidados têm-nos fornecido elementos para não dar crédito aos achados quando uma dificuldade técnica é observada. Sob o aspecto visual no recurso fotográfico tal expediente é extremamente útil e didático.

#### 5.1.3.1. - Trajetória dos disparos no crânio

O projétil que atingiu o osso temporal direito teve trajetória com ângulos de 15 (quinze) graus de baixo para cima e 21 (vinte e um) graus da frente para trás. O projétil que atingiu a região anterior do mastóide direito teve trajetória com ângulos de 20 (vinte) graus de baixo para cima e 18 (dezoito) graus da frente para trás (Fig. 3).



Fig. 3 Vista superior do crânio com um estilete demonstrando a trajetória do projétil de arma de fogo que penetrou na região temporal direita e saiu na região parietal esquerda.

#### 5.1.3.2. - Radiológicos

Foram radiografados os esparadrapos que recobriam os quatro orifícios, com o intuito de se detectar partículas metálicas. O resultado foi negativo.

#### 5.1.3.3. - Residuográficos

Foram pesquisados resíduos de metais (chumbo e cobre) nos esparadrapos que recobriam os orifícios e também no material colhido ao redor dos orifícios do crânio, pela técnica de residuografia metálica química, cujos resultados foram negativos.

#### 5.1.3.4. - Histológicos

O exame histológico da margem do orifício da região infra-escapular esquerda revela ausência de epitélio e autólise.

#### 5.1.3.5. - Balísticos

O exame do material encontrado no crânio revela tratar-se da vulgarmente chamada “camisa de projétil”\*. Por suas deformidades, tornou-se impossível determinar o calibre do projétil de arma de fogo.

#### 5.1.4. - Reexame do local

Neste caso o exame do local não pôde ser realizado devido ao fato de que o mesmo apresentava grandes modificações, haja vista que é um local de cultura agrícola e que também não havia indicações precisas e exatas de onde os fatos ocorreram.

---

Camisa de projétil, segundo RABELLO<sup>25</sup> é o revestimento de projéteis denominados blindados, isto é, têm núcleo de chumbo, mas estão revestidos por metal mais duro, que pode ser o aço, o cobre ou outra liga metálica.

## CASO 1 - RESULTADOS

### PRIMEIRA PERÍCIA

Neste caso houve apenas a resposta aos quesitos oficiais.

1. Houve morte?

R. Sim.

2. Qual a sua causa?

R. Traumatismo crânio-encefálico e hemorragia traumática.

3. Qual o instrumento ou meio que a produziu?

R. Instrumento perfuro-contundente.

4. Foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por meio insidioso ou cruel?

R. Não.

### SEGUNDA PERÍCIA

Terminados os procedimentos periciais e todo o estudo feito, juntamente com os dados da primeira perícia, concluímos que:

1. O corpo apresenta oito orifícios identificados:

1.a. - Três dos orifícios são de entrada e três de saída de projéteis de arma de fogo.

1.b. - Dois orifícios, o da região infra-escapular direita e o outro na região do sexto espaço intercostal esquerdo anterior, estão no exame externo, prejudicados na sua interpretação em função do grau de putrefação.

2. No crânio temos:

2.a. - Orifício de entrada em região temporal direita com orifício de saída em região parietal esquerda. O projétil teve, assim, sentido e trajetória de frente para trás, de baixo para cima e da direita para a esquerda.

2.b. - Orifício de entrada em região próxima ao mastóide direito e orifício de saída em região parietal esquerda. Assim, o projétil teve sentido e trajetória de frente para trás, de baixo para cima e da direita para esquerda.

3. O orifício da região infra-escapular esquerda é orifício de entrada de projétil de arma de fogo.

4. O orifício da região do quinto espaço intercostal esquerdo anterior é de saída de projétil de arma de fogo.

5. Análise dos efeitos dos ferimentos produzidos pelos projéteis de arma de fogo:

5.a. - Os ferimentos produzidos pelos projéteis de arma de fogo no crânio são mortais.

5.b. - O ferimento produzido pelo projétil de arma de fogo no tórax é mortal.

5.c. - Tecnicamente não há possibilidade de se concluir a distância dos disparos efetuados contra a vítima, face ao tempo decorrido entre a morte e o exame realizado. Isto só é possível, em grande parte, nos exames iniciais. Contribuiu para a não conclusão sobre a distância dos disparos a ausência de pólvora no perióstio craniano (Sinal de Benassi).

## 5.2. - CASO 2 (JAPBJ)

### 5.2.I - Solicitação

Neste caso, em fase de inquérito policial, investigava-se o desaparecimento de uma pessoa. Encontrou-se um corpo que foi identificado sumariamente e sepultado. Por solicitação familiar, a autoridade necessitou de provas técnicas de identificação e causa da morte, e solicitou a exumação e novos exames.

### 5.2.II - Resumo dos dados do inquérito policial

Trata-se do desaparecimento de um jovem de 14 anos, do sexo masculino, durante um passeio na praia. Estava em companhia de seu pai. Durante dias houve busca incessante na região não se logrando êxito. Cerca de 8 (oito) dias após o fato, encontrou-se em outra praia, do outro lado do estuário aproximadamente a 20 (vinte) quilômetros., um corpo em adiantado estado de putrefação (Fig. 4).



Fig. 4 Vista geral do corpo como foi encontrado na praia antes da primeira inumação.

O corpo foi então enterrado no cemitério local. Cerca de 2 (dois) dias após, a família teve conhecimento do fato e solicitou a exumação e o traslado deste corpo. O corpo foi então exumado e trasladado para a cidade onde ocorreu o desaparecimento para exame pericial.

### 5.2.III - Laudo necroscópico inicial

O exame externo revelou partes de corpo humano, algumas em estado avançado de putrefação e outras já em esqueletização.

Ausência de lesões traumáticas. O odontólogo do desaparecido ao examinar os dentes, identificou nos pré-molares e molares inferiores um processo de selamento que teria sido realizado há algum tempo.

Conclusões: 1 - A causa da morte é indeterminada.  
2 - O corpo é do desaparecido.

#### 5.2.IV. - Esclarecimentos técnico-periciais

O odontólogo não tinha a ficha clínica da vítima. O material usado no selamento de fissuras é um produto dentário comum e este procedimento é rotina em pessoas que utilizam a odontologia preventiva. O tipo sanguíneo dos pais e das três irmãs do desaparecido era do grupo O, Rh +.

### SEGUNDA PERÍCIA

#### 5.2.1. - Exumação

A exumação foi realizada um mês e quatro dias após a inumação.

Conforme as regras gerais, todo o procedimento técnico burocrático foi realizado.

A urna estava inumada em sepultura abaixo do nível da terra, em gaveta. Após a exumação, a urna foi para a sala de Anatomia em uma Faculdade de Medicina, para a realização do exame necroscópico.

### 5.2.2. - Exame necroscópico

Aberta a urna, observa-se em seu interior partes de um corpo com adiantado grau de putrefação e com áreas em fase de esqueletização (Fig. 5).



Fig. 5 Vista geral do corpo na abertura da urna.

Observamos crânio, mandíbula, membro superior direito, vértebras, clavículas, escápulas, manúbrio esternal, arcos costais, ossos da pelve, sacro, membro inferior direito e fêmur esquerdo. Além da presença de couro cabeludo em região posterior do crânio, com cabelos negros, grossos e curtos, e partes moles em região cervical posterior, em região tóraco-lombar, região glútea esquerda, antebraço, mão e pé direitos.

Após as radiografias da mão e pé direitos, do quadril, crânio e dos ossos longos, os ossos foram lavados e examinados cada um "per si".

O exame do crânio revela ausência das apófises estilóides. A sutura sagital anterior está apagada, porém as demais mostram-se abertas.

O exame dos dentes revela ausência dos incisivos superiores com alvéolos abertos, aspecto visto também na mandíbula com ausência dos incisivos centrais e o lateral direito. Não há sinal de erupção dos terceiros molares. Não foram observadas lesões ou restaurações dentárias, salientando-se em pré-molares e molares a presença de material de tonalidade rósea nas ranhuras (Fig. 6).

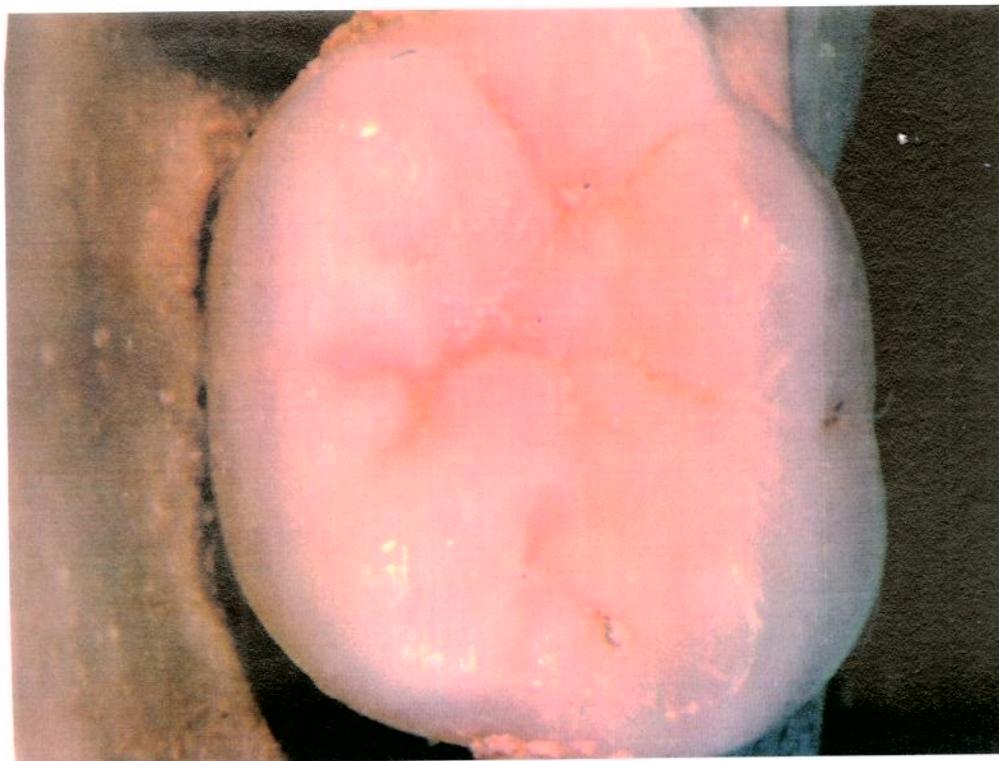


Fig. 6 Ranhuras dentárias com material de tonalidade rósea.

Como característica, pode-se observar que ambos os caninos inferiores são salientes, principalmente o esquerdo, que faz uma angulação e projeta-se anteriormente e na frente do incisivo lateral (Fig. 7).

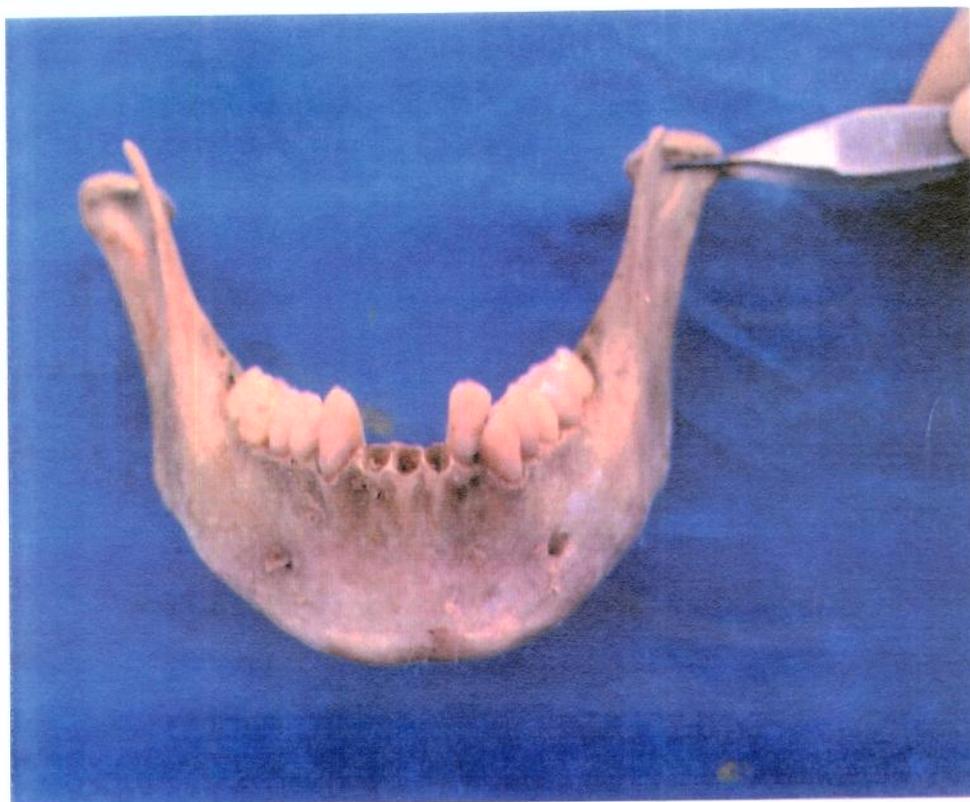


Fig. 7 Mandíbula mostrando alvéolos dentários abertos na região anterior - perda pós-mortal - e a projeção do canino inferior esquerdo sobre o incisivo lateral.

O exame das vértebras não revela lesões de interesse médico-legal. Nas clavículas, no manúbrio esternal e nos seguintes arcos costais, segundo e terceiro esquerdos e no primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto, sexto e sétimo à direita, observamos lesões retilíneas, com seccionamento parcial ou total do osso (Fig. 8 e 9).



Fig. 8 Manúbrio esternal mostrando lesões do tipo “incisas”  
e área com perda de tecido ósseo - setas.

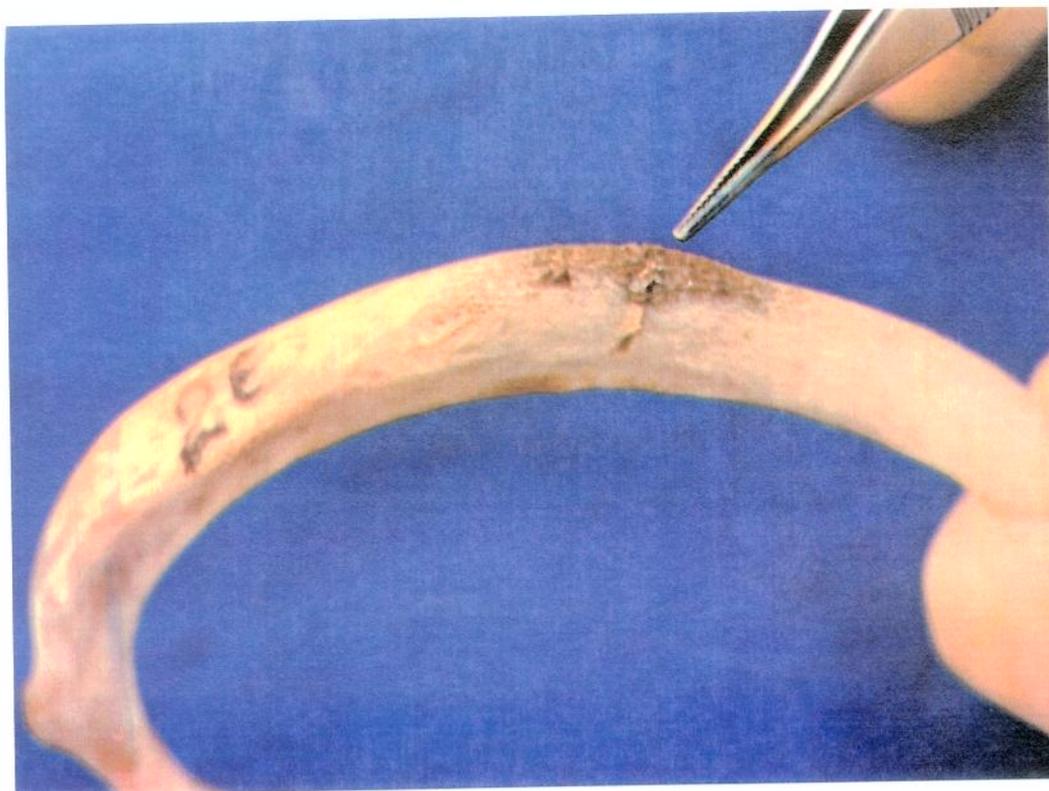


Fig. 9 Arco costal - a pinça aponta lesão tipo “incisa” tendo ao redor halo escuro por depósito hemossiderínico (indicativo de lesão pré-mortal).

A escápula esquerda mostra arrancamento por seccionamento da porção inferior, fratura da região do acromio-clavicular, secção parcial de parte da cavidade articular umeral e fratura central. O úmero, a tibia e a fíbula direitos também revelam lesões semelhantes as vistas nos arcos costais e escápula.

### 5.2.3. - Exames subsidiários

#### 5.2.3.1. - Antropométricos

##### Estatuta

Fêmur direito	46,5cm
Tíbia direita	39,5cm
Fíbula direita	38,5cm
Úmero direito	31,4cm
Rádio direito	24,8cm
Ulna direita	26,7cm.

##### Sexo

Ângulo femural	82 graus
Inclinação da pelve	52 graus
Chanfradura isquiática	ângulo agudo
Ângulo subpúbico	65 graus
Forame obturador	ovalado
Sacro	estreito e côncavo em toda a sua altura
Côndilo occipital	riniforme e longo

##### Raça

Índice nasal	41,5
Ângulo de Rivet	84 graus
Pele íntegra em região posterior do tronco é de cor branca	

#### 5.2.3.2. - Radiológicos

Foram realizadas radiografias dos ossos do punho, mão, pé, crânio, mandíbula, ossos longos e pelve para avaliação de idade óssea.

#### 5.2.3.3. - Tricológicos

Os fios de cabelo retirados do corpo foram comparados com os fornecidos pela família, retirados de uma esponja, de uso exclusivo do jovem desaparecido.

##### Diâmetro médio (micra)

Cadáver 82,5 a 90,0

Esponja 52,5 a 82,5

##### Diâmetro medular (micra)

Cadáver 13,5

Esponja 10,5

##### Índice medular

Cadáver 0,12

Esponja 0,18

##### Qualitativos

Pigmentação mais grosseira e intensa nos fios do cadáver, quando comparados com os da esponja.

#### 5.2.3.4. - Hematológicos

Foram utilizados fios de cabelo do cadáver para a tipagem sanguínea nos grupos ABO e Rh, pelas técnicas da inibição da hemaglutinação e aglutinação mista. O resultado foi que os fios pertenciam a uma pessoa com grupo sanguíneo A.

#### 5.2.3.5. - Químicas

Foram extraídas amostras do material retirado dos dentes pré-molares e molares e comparados com o material usado pelo odontólogo.

A técnica usada foi de espectrofotometria infravermelho, transformada de Fourier (F.I.I.R.), equipamento Perkin-Elmer, sendo a preparação com pastilhamento por KBr, grau espectroscópico. Não houve, talvez pelas alterações decorrentes do tempo, possibilidade de se afirmar com certeza se eram ou não o mesmo material.

#### 5.2.3.6. - Sobreposição de imagens

Usando-se o crânio e foto da suposta vítima, realizou-se a sobreposição de imagens com requisitos técnicos de eliminação de distorções. O exame revelou ausência de concordância nos pontos craniométricos examinados (Fig. 10).

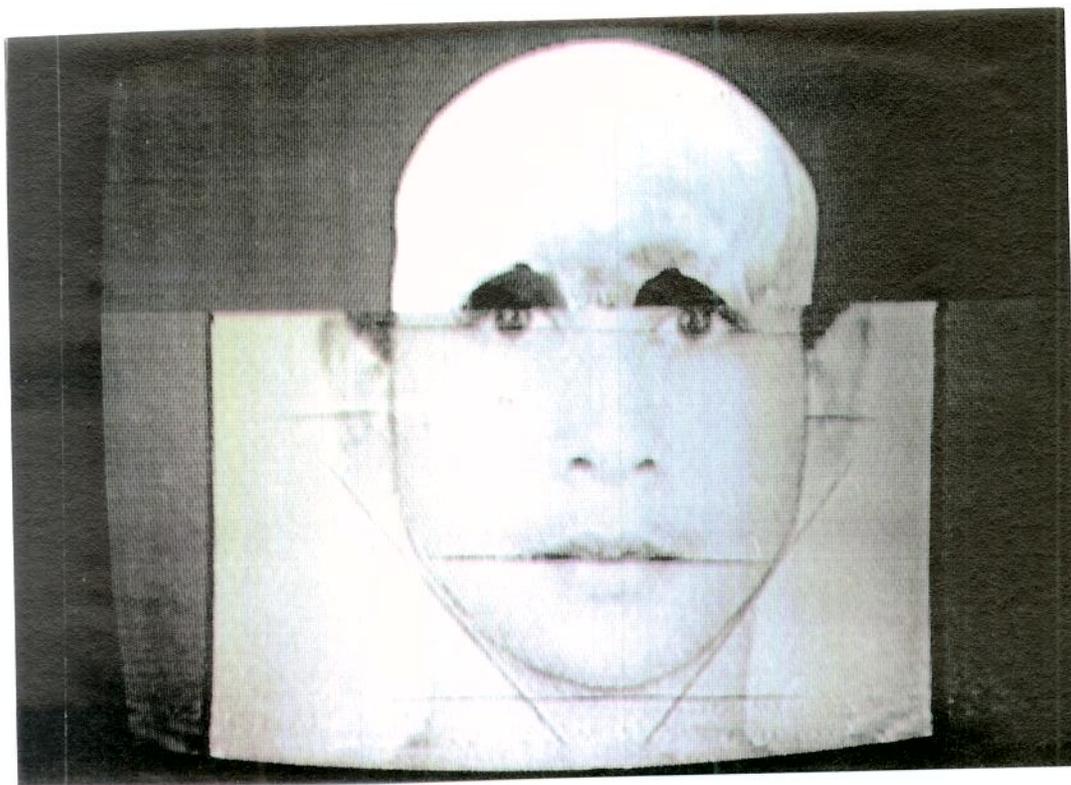


Fig. 10 Sobreposição de imagem evidenciando a discordância crânio-foto.

#### 5.2.4. - Reexame dos locais

Foram examinados por ar e terra, os locais onde o jovem desapareceu e onde o corpo apareceu.

O local da primeira inumação foi reaberto com estudo detalhado da terra e do material plástico que envolveu o corpo durante a primeira inumação.

Não foi colhido nenhum outro dado significativo.

### CASO 2 - RESULTADOS

#### PRIMEIRA PERÍCIA

Resposta aos quesitos oficiais e comentário.

1. Houve morte?

R. Sim.

2. Qual a sua causa?

R. Indeterminada.

3. Qual o instrumento ou meio que a produziu?

R. Prejudicado.

4. Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura ou por outro meio insidioso ou cruel?

R. Prejudicado.

Como comentário existe a afirmação da identificação pelo odontólogo, justificada pelas características relatadas no aspecto macroscópico dos dentes.

## SEGUNDA PERÍCIA

1. Este corpo é de um indivíduo do sexo masculino, branco, com idade óssea entre 14 e 16 anos, com estatura entre 1,71 e 1,73 metros, sangue tipo A e sofreu nos dentes pré-molares e molares um processo de selamento de fissuras.

2. A morte deste indivíduo deu-se, provavelmente, através de ferimentos causados por instrumento ou instrumentos pérfuro-cortantes ao nível de tórax.

3. Apresenta lesões em ossos longos, compatíveis com as chamadas lesões de defesa.

4. Há diferenças significativas no exame tricológico comparativo entre os cabelos encontrados no cadáver e os fornecidos pela família.

5. Não houve concordância entre as fotos da vítima e o crânio do cadáver, no processo de sobreposição de imagem.

6. Não há provas científicas para a identificação deste corpo como sendo o da pessoa desaparecida.

### 5.3. - CASO 3 (ARV)

#### 5.3.I - Solicitação

Neste caso, em fase de inquérito policial investigava-se a ocorrência de suicídio. Segundo a família do morto, existiriam indícios de homicídio. O advogado da família solicitou e conseguiu deferimento para a exumação e novo exame necroscópico.

#### 5.3.II - Resumo dos dados do inquérito

Tratava-se de homem, 27 anos de idade, que vivia maritalmente com uma mulher mais velha, a qual já tinha um filho de outro homem. Os antecedentes da vítima eram de embriaguez, desordens e provável envolvimento com tóxicos.

No dia em que ocorreu o fato, a vítima encontrava-se alcoolizada e durante a madrugada quis adentrar a casa onde vivia. A mulher resistiu, porém o mesmo quebrou os vidros da porta e janela. A mulher abriu então a porta temendo uma grande confusão.

Ocorreu, então, uma violenta discussão e durante a mesma o rapaz retirou de uma bolsa um revólver, colocou o cano na boca e disparou. A mulher pediu socorro e conseguiu levá-lo ao hospital. Foi socorrido com realização de craniotomia descompressiva porém, em menos de duas horas veio a falecer.

### 5.3.III - Laudo necroscópico inicial

Relato de corpo de homem jovem, branco, previamente identificado, nu e com a cabeça envolta em ataduras.

O exame externo revela hematoma peri-orbitário esquerdo e incisão cirúrgica em região parietal esquerda (local de cirurgia de descompressão). Orifício de entrada de projétil de arma de fogo na boca, com o projétil fraturando incisivos superiores esquerdos, perfurando a região do maxilar esquerdo, órbita esquerda (o que evidencia o hematoma peri-orbitário esquerdo), tendo o projétil se alojado em região occipital esquerda, onde foi retirado por abertura na caixa craniana em região occipital esquerda. Ausência de outras lesões de interesse médico-legal.

- Conclusões: 1 - Examinamos um corpo em estado de morte real.
- 2 - A causa da morte foi traumatismo crânio-encefálico.

### 5.3.IV - Esclarecimentos técnico-periciais

O fato ocorreu na casa onde ambos residiam, situada nos fundos de um bar-restaurant de propriedade da mulher. O levantamento pericial local revelou vidros da porta e da janela quebrados, sendo que a maior parte dos cacos estava dentro da casa. No local do fato, observaram uma mancha de sangue no tapete e ausência de sinais de luta.

Registraram, ainda, a pesquisa residuográfica realizada no dedo polegar, indicador e prega interdigital entre eles, da mão direita da vítima, resultando positiva.

O exame da arma revelou disparo recente.

O exame de lesões corporais na mulher foi negativo.

## SEGUNDA PERÍCIA

### 5.3.1. - Exumação

A exumação foi realizada um ano e dezoito dias após a inumação.

Conforme as regras gerais, todo o procedimento técnico-burocrático foi realizado.

A urna estava inumada em jazigo de alvenaria, revestido por mármore.

A abertura do jazigo revela à direita quatro locais para sepultamento. A urna estava na segunda de baixo para cima.

Retirada com cuidados, estava em bom estado de conservação e foi levada ao necrotério do próprio cemitério para a realização do exame necroscópico.

### 5.3.2. -Exame necroscópico

Aberta a urna, observamos o corpo com áreas de esqueletização completa e outras ainda em fase putrefativa adiantada.

O crânio estava envolto com faixa de crepe, completamente esqueletizado e na região nasal havia material semelhante a algodão.

Retirados os restos vegetais, pudemos observar que o cadáver tinha como roupas uma camisa de mangas compridas de tonalidade azulada, calça de tonalidade cinza e meias pretas.

Antes de qualquer movimentação no corpo, pudemos fazer uma análise dos ossos da face, dentes e mandíbula.

Do lado direito observamos ausência de quatro dentes superiores, a saber: incisivo lateral, canino, primeiro e segundo pré-molares.

Nota-se que a parte óssea correspondente à implantação destes dentes, na região do maxilar, está fraturada, sendo que a fratura da tábua óssea externa é maior que a interna (Fig. 11).



Fig. 11 Crânio - vista ântero-lateral direita - notar a área de fratura na região do maxilar direito..

Neste fragmento ósseo, encontrado próximo à mandíbula estavam presentes dois dentes: o incisivo e o canino.

No lado superior esquerdo, nota-se ausência do incisivo lateral, com o alvéolo aberto e o dente caído no espaço que correspondia à região da boca (Fig. 12).



Fig. 12 Crânio - vista ântero-lateral esquerda.

Ainda com o crânio dentro da urna, apenas promovendo um movimento para elevação, pudemos observar orifício irregular a nível de palato, à direita, próxima à área de fratura do maxilar (Fig. 13).

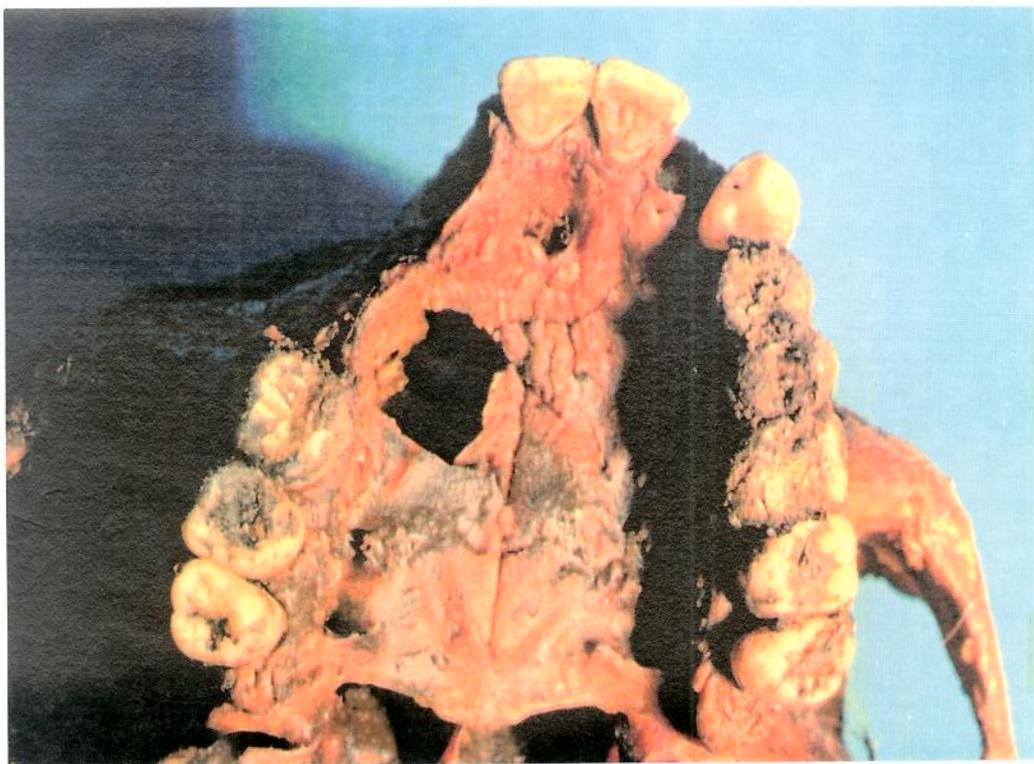


Fig. 13 Vista do palato com detalhe do orifício irregular situado à direita.

Presença ainda, de fratura do osso nasal e porção nasal da órbita esquerda. Estas fraturas formam uma trajetória em linha reta.

Retirando-se o crânio da urna e sem as faixas de crepe, individualizamos um orifício em região parietal esquerda, cônico, com base maior externa, do tipo cirúrgico. Na região parieto-occipital esquerda, há outro orifício maior que o anterior, também com características de ter sido produzido por instrumentos cirúrgicos.

A mandíbula não apresenta lesões, assim como os dentes inferiores.

Todo o restante do corpo foi examinado pormenorizadamente e não foram encontradas nenhuma outra fratura ou evidência de lesões.

Retiramos para exames o crânio, a mandíbula, os fragmentos ósseos encontrados e dentes que estavam íntegros.

### 5.3.3. - Exames subsidiários

#### 5.3.3.1. - Radiológicos

O crânio tal como foi retirado da urna, foi radiografado pela sua face inferior. A radiografia revela, no palato, minúsculos pontos metálicos distantes da área de penetração do projétil. Neste local, assim como nos outros ossos que o projétil transfixou, há fragmentos maiores. A radiografia de parte da maxila direita, que estava fraturada, também demonstrou a presença de minúsculos pontos metálicos (Fig. 14).

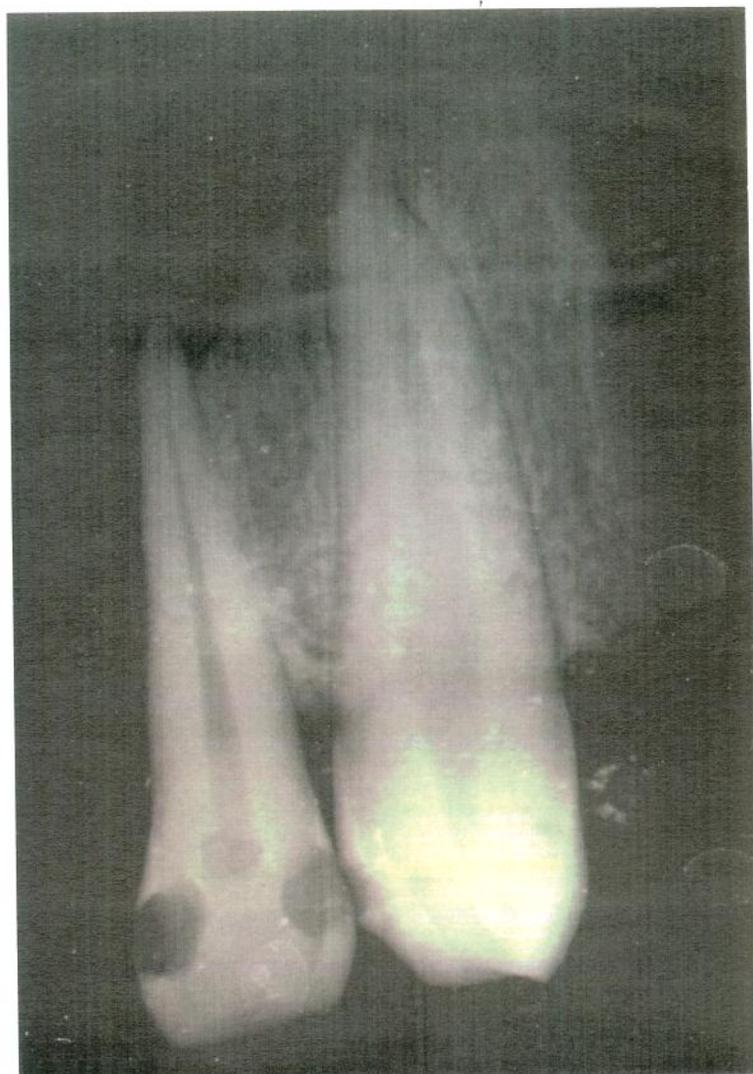


Fig. 14 Radiografia da região fraturada do maxilar direito demonstrando pontos metálicos.

### 5.3.3.2. - Dissecção

Após limpeza do crânio observamos:

- Fratura do maxilar direito revelando área de destruição da tábua óssea externa maior do que a interna (Fig. 15).

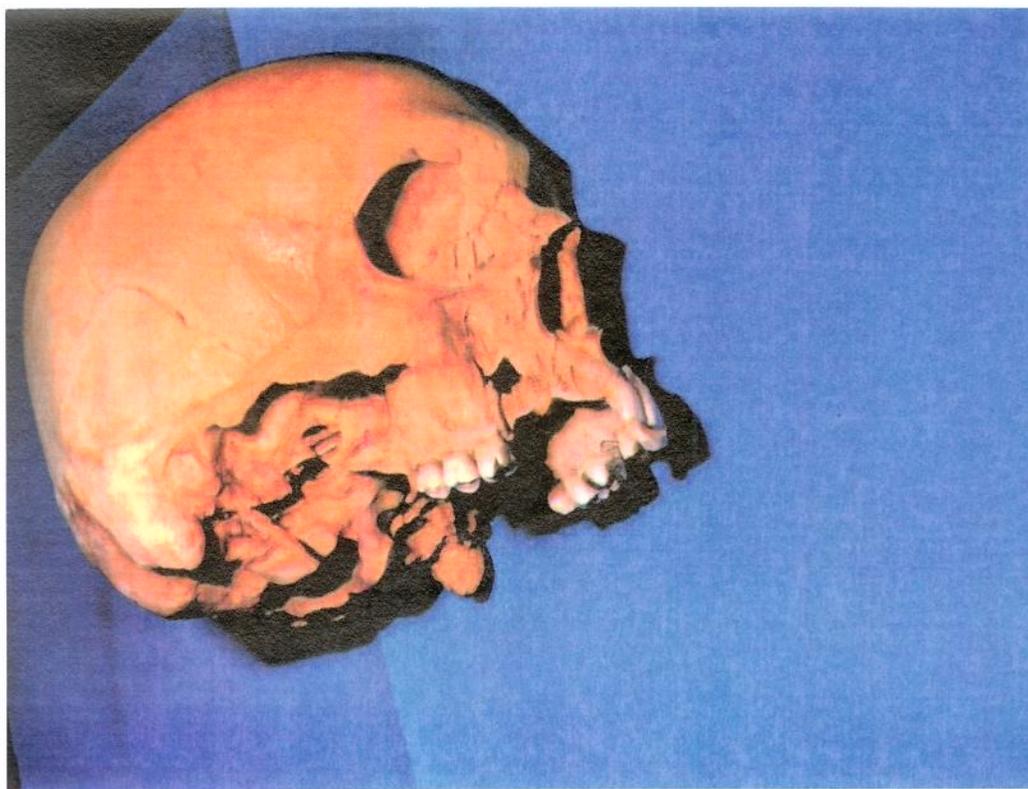


Fig. 15 Vista ínfero-lateral direita mostrando área de fratura no maxilar com destruição da tábua óssea externa maior que a interna.

- Fratura de palato à direita, ao lado da área da maxila, de forma circular.
- Fratura transversa do nasal na sua margem inferior.

- Fratura da órbita esquerda nas regiões látero-interna, súpero-látero-interna e teto.
- Orifício cônico com borda externa ampla, no parietal esquerdo, de bordas lisas, medindo 1,5 centímetros de diâmetro.
- Orifício irregular, com bordas apresentando saliências e reentrâncias, situado na transição parieto-occipital esquerda superior e medindo 2,5 x 2,0 centímetros (Fig. 16).

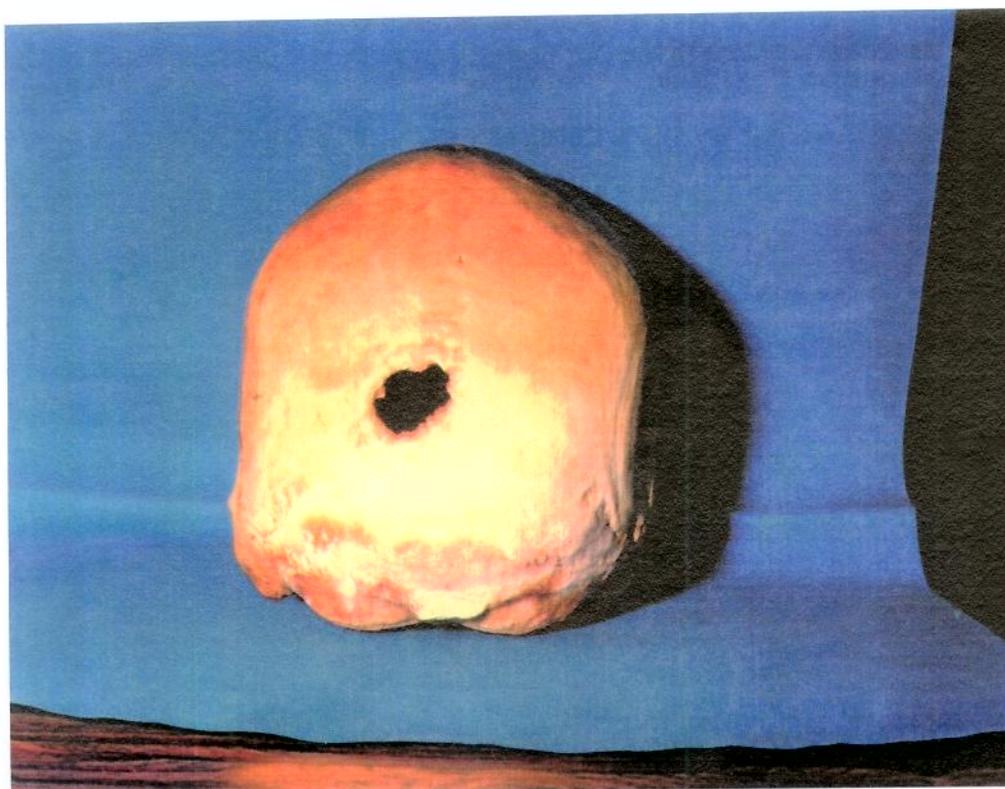


Fig. 16 Orifício da região parieto-occipital esquerda resultante de instrumentação cirúrgica para retirada do projétil de arma de fogo após a morte da vítima.

#### 5.3.3.3. - Trajetória.

Com as fraturas descritas, a trajetória do projétil de arma de fogo ficou delineada. Este penetrou pelo palato à direita, transfixou o nasal, a órbita esquerda e alojou-se no crânio (Fig. 17).



Fig. 17 Demonstração da trajetória do projétil de arma de fogo com entrada no lado direito do palato.

#### 5.3.3.4. - Histológicos.

Prejudicados pelo estado de decomposição.

#### 5.3.3.5. - Sobreposição de imagens.

Usando-se o crânio e a foto da vítima, realizou-se a sobreposição de imagens com requisitos técnicos de eliminação de distorções. O exame revelou concordância nos pontos craniométricos examinados (Fig. 18).



Fig. 18 Sobreposição de imagens revelando a concordância dos pontos craniométricos e a demonstração da trajetória do projétil de arma de fogo.

#### 5.3.4. - Reexame do local

Nesse caso, o reexame do local foi prejudicado devido às modificações em decorrência do abandono do mesmo.

### CASO 3 - RESULTADOS

#### PRIMEIRA PERÍCIA

Neste caso existe apenas a resposta aos quesitos oficiais.

1. Houve morte?

R. Sim.

2. Qual sua causa?

R. Traumatismo crânio-encefálico.

3. Qual o instrumento ou meio que a produziu?

R. Instrumento perfuro-contundente.

4. Foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por outro meio insidioso ou cruel?

R. Não.

## SEGUNDA PERÍCIA

1. Este corpo foi atingido pelo menos por um projétil de arma de fogo.
2. O projétil penetrou pelo palato à direita, tendo sentido e trajetória da direita para esquerda, de baixo para cima e da frente para trás, segundo os seguintes ângulos: 20 (vinte) graus da direita para esquerda e 30 (trinta) graus da frente para trás.
3. Na trajetória, o projétil alojou-se dentro da caixa craniana, não havendo orifício de saída do mesmo.
4. O cano da arma que disparou o tiro estava dentro da boca.
5. Os resíduos metálicos no palato mostram que houve extrema proximidade do fim do cano com o palato.
6. O segmento de maxila com dois dentes foi fraturado de dentro para fora.
7. A fratura da área da maxila deveu-se, provavelmente, à explosão dos gases na hora do disparo.
8. Tecnicamente, a probabilidade de ter ocorrido o suicídio é mais alta.

#### 5.4. - CASO 4 (SP)

##### 5.4.I - Solicitação

Neste caso, em fase de inquérito policial, a solicitação para a exumação e novo exame necroscópico foi determinada por contradições existentes entre as declarações de testemunhas no que tange à distância dos disparos, e a ausência no laudo destas informações.

A solicitação foi feita por órgão superior da polícia, haja vista que, policiais envolvidos estavam sob suspeita de homicídio.

##### 5.4.II - Resumo de dados do inquérito

Jovem, do sexo masculino, 23 anos, branco, que teria morrido durante troca de tiros com policiais, sendo que os autores dos disparos estariam, aproximadamente, a 100 (cem) metros de distância.

##### 5.4.III - Laudo necroscópico inicial

No momento do exame trajava camisa de algodão azul, calça de brim cinza xadrez, tênis de lona bege, meia de algodão azul clara e jaqueta de nylon bege.

Como lesões: lesão perfuro-contusa de entrada de projétil de arma intra-oral penetrando no palato superior. Direção: antero-posterior, de baixo para cima com leve inclinação para a direita, provocando lesão perfuro-contusa de saída de projétil de arma em região parietal direita. Lesão perfuro-contusa de entrada de projétil de arma em região orbital esquerda. Direção: antero-posterior, da esquerda para a direita de cima para baixo, provocando

lesão pérfuro-contusa de saída, em região lateral direita do pescoço. Provocando fratura óssea orbital esquerda e maxilar. Internamente: aberta a caixa craniana achado de positivo: hemorragia encefálica difusa e necrose tecidual. Tórax: simétrico. Lesões: lesão pérfuro-contusa de entrada de projétil de arma em região infra-escapular esquerda. Direção: pósterio-anterior, de baixo para cima, da esquerda para a direita e projétil alojado na região mamária direita, no sétimo espaço intercostal direito no subcutâneo. Internamente: aberta a cavidade torácica achado de positivo: hemotórax de 1,5 litros. Perfuração do parênquima pulmonar direito com conseqüente hemorragia. Lesão pérfuro-contusa de entrada de projétil de arma na região mamária esquerda no quinto espaço intercostal esquerdo. Direção: antero-posterior, da esquerda para a direita e com leve inclinação para cima. Projétil não penetrou na cavidade torácica, percorreu o subcutâneo, atingindo o osso esterno e provocando lesão pérfuro-contusa de saída de projétil de arma. Membros: lesão pérfuro-contusa de entrada de projétil de arma, em face posterior do dedo anular da mão esquerda com fratura óssea (falange) e lesão pérfuro-contusa de saída de projétil de arma em face anterior do dedo anular esquerdo.

Conclusões: 1 - Examinamos um corpo em estado de morte real.

2 - A causa da morte procedeu-se em virtude de traumatismo crânio-encefálico e hemorragia traumática.

#### 5.4.IV - Esclarecimentos técnico-periciais

As informações periciais, neste caso, resumiram-se apenas em relatar que o exame residuográfico realizado na mão direita do cadáver tinha sido positivo para substâncias contidas na pólvora.

## SEGUNDA PERÍCIA

### 5.4.1. - Exumação

A exumação aconteceu 11 (onze) meses e 21 (vinte e um) dias após a inumação.

Conforme as regras gerais, todo o procedimento técnico-burocrático foi realizado.

A urna estava inumada em túmulo, revestida por lajotas e as gavetas em nível inferior ao plano da superfície da terra.

Retirada a urna, esta foi transladada ao necrotério do próprio cemitério para realização do exame necroscópico.

### 5.4.2. - Exame necroscópico

Aberta a urna, observamos o corpo em adiantado grau de putrefação, com extensas áreas em esqueletização. Como roupas, pudemos individualizar uma camisa de mangas compridas de tonalidade esverdeada com listras escuras e calça cinza escuro.

O exame do corpo dentro da urna mostra na região orbital esquerda e na região nasal secções de esparadrapo. As mãos, já esqueletizadas, mostram entre os ossos um rosário de contas azuis. Nota-se fratura da falange proximal do dedo anular da mão esquerda (Fig. 19).



Fig. 19 O estilete mostra os fragmentos ósseos resultantes da fratura da falange proximal do dedo anular.

Estes fragmentos ósseos da falange foram retirados, acondicionados em recipiente plástico e rotulados.

Com cuidados especiais, conseguimos colocar o corpo sobre a mesa de exames.

O exame iniciou-se pelo crânio onde observamos extensas fraturas na face, atingindo o lado direito, com destruição parcial do palato à direita, fratura do osso malar direito, fratura do côndilo direito da mandíbula, fratura da base do crânio à direita e orifício de bordas irregulares na região

parietal direita posterior com linhas de fratura à sua volta e destruição de tábua óssea externa maior que a interna formando um cone com abertura maior externa. Presença de linha de fratura na face lateral externa da região orbitária esquerda. Na cavidade orbitária esquerda havia presença de fraturas na face póstero-infero-interna, onde localizamos fragmentos de metal, provavelmente de projétil de arma de fogo, que foram condicionados em recipiente plástico e rotulado.

Recolocando-se os ossos e fragmentos do crânio, na medida do possível em suas posições anatômicas, pudemos estimar uma trajetória desde o palato à direita, transfixando base craniana até o orifício na região parietal posterior. Como não havia risco de produzir um falso trajeto, utilizamos um longo estilete para evidenciar a trajetória e para que pudéssemos medir os ângulos de inclinação (Fig. 20).



Fig. 20 Vista súpero-lateral do crânio com o estilete demonstrando a trajetória do projétil de arma de fogo que atingiu o palato. Salienta-se que, para esta trajetória, a boca deveria estar necessariamente aberta.

Estes revelaram ser de 40 (quarenta) graus no plano horizontal e 15 (quinze) graus do plano vertical. Durante a realização destas medidas, evidenciamos que, para ser possível esta trajetória, a mandíbula deveria estar necessariamente em posição de abertura da boca.

O exame dos dentes revela fratura no dente incisivo central superior esquerdo, em faces posterior e lateral, em forma de cunha, com lasqueamento maior em face interna. Presença de fraturas no segundo pré-molar e primeiro molar superiores direitos, com aspecto de terem sido produzidas de dentro para fora.

O exame dos ossos da face revela um outro trajeto em sentido látero-lateral, isto é, há uma linha atingindo órbita esquerda, ossos do nariz, osso malar direito e côndilo da mandíbula direita, este fraturado e com características, na linha de fratura, de ter sido de dentro para fora (Fig. 21 e 22).



Fig. 21 Vista ântero-superior do crânio com estilete demonstrando a trajetória do projétil de arma de fogo que atingiu a órbita esquerda e fraturou o côndilo direito da mandíbula.



Fig. 22 Detalhe do côndilo direito da mandíbula com fratura produzida de dentro para fora.

Novamente com auxílio de um estilete pudemos medir os ângulos de inclinação que revelaram ser de 52 (cinquenta e dois) graus no plano horizontal, 48 (quarenta e oito) graus no plano vertical e 22 (vinte e dois) graus no plano sagital.

O crânio foi então aberto pela técnica habitual e no seu interior encontramos apenas restos de material putrefeito.

O crânio foi então aberto pela técnica habitual e no seu interior encontramos apenas restos de material putrefeito.

O exame externo do restante do corpo foi prejudicado pelo adiantado grau de putrefação, porém como dados positivos, pudemos evidenciar linha de fratura no osso esterno, face anterior ao nível do quarto espaço intercostal e outra na décima vértebra da coluna torácica de forma inclinada. Os órgãos internos estavam reduzidos a material amorfo putrefeito.

Para exames complementares foram selecionados o crânio, fragmentos dos ossos da falange do dedo anular esquerdo, a décima vértebra torácica, o esparadrapo que cobria a região orbitária esquerda e os fragmentos de provável projétil de arma de fogo achados na cavidade orbitária.

#### 5.4.3. - Exames subsidiários

##### 5.4.3.1. - Trajetória dos disparos

Com os dados do exame necroscópico e após limpeza e colocação dos fragmentos ósseos em suas posições anatômicas, pudemos demonstrar que o crânio foi atingido por 2 (dois) projéteis de arma de fogo. Um penetrou pelo palato, à direita, transfixou base craniana e saiu pelo osso parietal direito com trajetória e sentido de baixo para cima, da frente para trás e da direita para a esquerda. O outro projétil penetrou em região de cavidade orbitária esquerda, sendo que parte dele saiu pela região mandibular direita provocando a fratura do côndilo. A parte restante foi recolhida durante o exame necroscópico na cavidade orbitária. Teve este projétil trajetória e sentido de cima para baixo, da frente para trás e da esquerda para a direita.

##### 5.4.3.2. - Radiológicos

Foram realizadas radiografias do crânio, dos dentes e dos ossos do dedo anular esquerdo. Estas revelaram, no palato,

microfragmentos metálicos situados distantes da área de penetração do projétil. Na falange foram evidenciados fragmentos metálicos, grandes e irregulares, na linha da fratura, e outros de pequeno tamanho distantes desta área (Fig. 23).



Fig. 23 Radiografia dos fragmentos da falange proximal do dedo anular esquerdo com fragmentos metálicos.

O exame radiológico do dente incisivo central superior esquerdo não mostrou evidência da presença de metais. No restante do crânio existem apenas fragmentos metálicos na margem das fraturas produzidas pela passagem dos projéteis.

#### 5.4.3.3. - Residuográficos

Foram pesquisados resíduos de metais (chumbo e cobre), no palato, dentes e nos ossos da falange do dedo anular esquerdo.

A residuografia de superfície foi realizada após os exames radiológicos utilizou-se a técnica de residuografia metálica química, revelando ser positiva para cobre no material retirado do palato e nos fragmentos dos ossos da falange do dedo anular esquerdo (Fig. 24).



Fig. 24 Técnica da residuografia metálica de superfície: positividade demonstrada pela coloração escura na área central do papel de filtro.

#### 5.4.3.4. - Balísticos

O exame do material encontrado na cavidade orbitária foi compatível como sendo parte de projétil de arma de fogo com massa sugestiva de ser do porte de projétil calibre 32 ou 38.

#### 5.4.4. - Reexame do local

Neste caso, o reexame do local não pôde ser realizado por ausência de indicações precisas e pelas modificações ocorridas, já que se tratava de local de cultura agrícola.

### CASO 4 - RESULTADOS

#### PRIMEIRA PERÍCIA

Neste caso só existem respostas aos quesitos oficiais.

1. Houve morte?

R. Sim.

2. Qual a sua causa?

R. Traumatismo crânio-encefálico.

3. Qual o instrumento ou meio que a produziu?

R. Instrumento pérfuro-contundente.

4. Foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia, ou tortura, ou por outro meio insidioso ou cruel?

R. Não.

## SEGUNDA PERÍCIA

1. Este corpo sofreu impacto de pelo menos 3 (três) projéteis de arma de fogo:

1.a. - Projétil que penetrou pela região do palato e saiu pela região parietal posterior, com sentido e trajetória de baixo para cima, da direita para a esquerda e de frente para trás.

1.b. - Projétil que penetrou pela cavidade orbitária esquerda, sendo que parte dele saiu pela região mandibular direita e parte foi encontrada na cavidade orbitária. Descreveu assim, sentido e trajetória de cima para baixo, da esquerda para a direita e de frente para trás.

1.c. - Projétil que atingiu e fraturou os ossos da falange proximal do dedo anular da mão esquerda. Pelo aspecto da fratura, esta ocorreu em sentido pósterio-anterior em posição anatômica.

2. O projétil que atingiu o dedo anular da mão esquerda foi disparado a curta distância.

3. O projétil que atingiu o palato foi disparado a curta distância, provavelmente com o cano da arma dentro da boca.

4. O projétil que atingiu o palato e posteriormente o encéfalo provocou lesões mortais.

## 5.5. - CASO 5 (APC)

### 5.5.I - Solicitação

Neste caso, em fase processual, a solicitação foi encaminhada pelo promotor de Justiça ao Juiz de Direito responsável, que aceitou as dúvidas do promotor no sentido de evidenciar:

- a) formas de violência física contra a vítima;
- b) número de projéteis que atingiram a vítima, assim como ter uma melhor avaliação das trajetórias e sentidos dos projéteis;
- c) lesões encontradas no cadáver que não ficaram esclarecidas no laudo necroscópico inicial.

### 5.5.II - Resumo de dados do processo

Trata-se de um homem de 37 anos que foi seqüestrado, levado a um local ermo e morto a tiros. Seu corpo foi despido, abandonado no local e encontrado cinco dias após.

### 5.5.III - Laudo necroscópico inicial

Cadáver do sexo masculino em adiantado estado de putrefação, trajando cueca e meias de malha creme. Rigor mortis abolido. Manchas de hipostases de coloração enegrecida fixadas nas partes posteriores do corpo. Circulação póstuma de Brouardel presente no tronco cuja epiderme apresentava-se apergaminhada. Segmento cefálico com acentuada destruição

de partes moles. Destruição das regiões axilar direita, inguinais, genital e face interna do membro inferior direito por larvas de insetos necrófagos. Cabeça com deformação, cabelos de coloração castanho-escuro e crespos. Supercílios e cílios ausentes. Globos oculares ausentes. Nariz mediano deformado pela putrefação. Pavilhões auriculares parcialmente decompostos. Lábios parcialmente destruídos pela putrefação. Dentes: ausência em vida das unidades 11, 12, 13, 14, 18, 21, 34, 35, 36, 37, 38, 45, 46 e 47; unidades 16, 31, 27 e 44 com restaurações de metal prateado. Fratura cominutiva de bordo alveolar e palato esquerdo. Pescoço, tórax e abdômen normalmente constituídos. Lesões: 1. ferida pérfuro-contusa, de formato irregular medindo 54 x 15 milímetros, localizada na região maxilar esquerda, com fratura cominutiva do rebordo alveolar e do osso palatino, causada pela penetração de projétil de arma de fogo em disparo efetuado a curta distância. 2. ferida pérfuro-contusa, de formato ovalado, medindo 11 x 0,9 milímetros nos maiores eixos, circundada por coloração enegrecida (Sinal de Benassi), localizada na região frontal esquerda, distando o pólo inferior 75 milímetros do násio e o pólo superior 56 milímetros do bregma, causada pela penetração de projétil de arma de fogo em disparo efetuado encostado a caixa craniana. 3. ferida pérfuro-contusa, de formato ovalado, medindo 21 x 13 milímetros localizada na região frontal esquerda distando o pólo superior 39 milímetros do bregma e o pólo inferior 99 milímetros do násio, causada pela saída de projétil de arma de fogo. 4. ferida pérfuro-contusa, de formato circular, medindo 13 milímetros de diâmetro, localizada na região parietal direita, distando 78 milímetros do bregma e 70 milímetros do lambda, causada pela penetração de projétil de arma de fogo. 5. fratura oblíqua do osso frontal à direita. 6. fratura oblíqua do osso parietal direito, a qual bifurcava-se a partir da lesão descrita no item número 4. 7. fratura cominutiva, com ausência de fragmentos ósseos, comprometendo a escama do occipital, predominantemente à direita, e porção do osso parietal homolateral. Exame interno, cabeça: Rebatido o couro cabeludo residual e aberta a caixa craniana os peritos observaram dura-máter transparente com múltiplas lacerações. Ausência do cérebro e do tronco cerebral. Cerebelo liqüefeito, de consistência pastosa e coloração enegrecida. Removida a dura-máter residual, a base do crânio apresentava fraturas cominutivas dos andares médio e posterior. Tronco e

abdômen com alterações putrefativas. Membros: Ausência de fraturas ou luxações.

Conclusão: - A causa da morte foi traumatismo aberto de crânio devido a múltiplas transfixações cranianas por projéteis de arma de fogo.

#### 5.5.IV - Esclarecimentos técnico-periciais

Neste caso havia apenas o relato do perito que examinou o corpo no local e detectou lesões orificiais na região cervical posterior (nuca). O local de encontro do corpo é distante de estradas e a via de acesso é por trilha. Não foi encontrado no local qualquer outro dado esclarecedor.

## SEGUNDA PERÍCIA

#### 5.5.1. - Exumação

A exumação realizou-se 6 (seis) meses e 20 (vinte) dias após a inumação.

Conforme as regras gerais, foram realizados todos os procedimentos técnico-burocráticos.

A urna estava inumada em sepultura do tipo gaveta, situada em parede lacrada com tampa pré-moldada de cimento. Após a exumação, a urna foi trasladada para o necrotério do próprio cemitério e realizado o exame necroscópico.

### 5.5.2. - Exame necroscópico

A urna de madeira era revestida internamente de zinco, lacrada com solda. Após a abertura de ambas, observamos o corpo nu, totalmente envolto em algodão e exalando forte odor de formol. Como não havia mesa apropriada, realizamos o exame com o corpo dentro da própria urna, contornando as dificuldades técnicas de manuseio.

Tratava-se de corpo de um homem adulto, formolizado por ocasião do primeiro exame necroscópico, com sinais de putrefação evidentes.

O exame externo revelava perda dos globos oculares, partes moles do nariz, da boca e das orelhas. Ausência de pele, subcutâneo e músculos de grande parte da face, principalmente à esquerda (Fig. 25).



Fig. 25 Vista geral da cabeça, pescoço e parte superior do tronco.

Nesta região e no couro cabeludo, notamos múltiplas suturas irregulares, usadas para fixação parcial dos retalhos de pele e do couro cabeludo, já que estes estavam destruídos pela putrefação.

Na face, observava-se perda parcial do maxilar esquerdo. O exame da região posterior do crânio e região cervical revelava um orifício circular na região occipital esquerda, um elíptico na região póstero-lateral esquerda do pescoço e outro elíptico em região mandibular esquerda (Fig. 26).



Fig. 26 Vista lateral esquerda da cabeça e pescoço mostrando as suturas em couro cabeludo e a ponta do estilete o orifício da região mandibular esquerda.

O exame do tronco pela face anterior revelava sutura de incisão manúbrio-pubiana mediana (realizada durante o primeiro exame). Pela face posterior não evidenciamos qualquer lesão.

A abertura das cavidades torácica e abdominal, usando-se a mesma incisão já descrita, revela que as mesmas foram evisceradas e estavam preenchidas por algodão.

O exame dos membros superiores e inferiores revelou apenas sinais de putrefação com áreas de mumificação.

Foram examinados os ossos longos que estavam íntegros.

Retiramos, para exame em locais mais adequados, o pólo cefálico, isto é, a cabeça e quatro vértebras cervicais.

### 5.5.3. - Exames subsidiários

#### 5.5.3.1. - Radiológicos I

Durante o exame necroscópico foram efetuadas radiografias de crânio, mãos, pescoço, terço superior do tórax incluindo ombros, terço médio e inferior do tórax, abdômen e região pélvica.

Entre todas, a única que mostrava alterações era a do crânio.

Nesta observou-se fratura com grande deslocamento do fragmento ósseo a nível de hemicalota craniana esquerda. Fratura de ramo de mandíbula esquerda e presença de múltiplos fragmentos metálicos esparsos.

#### 5.5.3.2. - Radiológicos II

Além dos dados já identificados no exame inicial, as novas radiografias realizadas nos laboratórios da Universidade revelaram, de forma mais precisa, os fragmentos metálicos. Estes se situavam nas regiões frontal, parietal direita, palato, região nasal, parietal esquerda posterior e occipital esquerda.

#### 5.5.3.3. - Dissecção

Após os exames radiológicos o pólo cefálico foi cuidadosamente dissecado, sendo retirada para outros exames a pele com os ferimentos evidenciados inicialmente.

Durante a realização da dissecção observou-se que a cavidade craniana estava preenchida por algodão com presença de restos da dura-máter em base do crânio. Presença de área oval no osso occipital esquerdo, sem solução de continuidade com o couro cabeludo, parcialmente preenchida por fragmentos ósseos e tendo na face externa, próxima ao perióstio, quase no subcutâneo, um fragmento metálico.

Terminada a limpeza e mantendo o cuidado de não utilizar objetos metálicos nas bordas dos orifícios ou traços de fratura, pudemos evidenciar:

- Orifício circular no osso frontal esquerdo com 1,2 centímetros de diâmetro, distando 5,5 centímetros do bregma em seu pólo superior e desviado 1,2 centímetros da linha média à esquerda. Presença de fratura com destruição de tábua óssea interna maior que a externa.

- Orifício ovalado no osso frontal esquerdo medindo 2,2 x 1,0 centímetros. Dista 3,5 centímetros do bregma em seu pólo superior e está desviado 2,5 centímetros da linha média à esquerda. Apresenta sua margem anterior arredondada e a posterior irregular, quando visualizado em norma anterior. Presença de destruição de tábua óssea interna maior que a externa e de fragmento metálico na borda externa.

- Área com aspecto de semicírculo em região parietal direita, atingindo sutura inter-parietal, medindo 2,7 x 2,5 centímetros com porção superior íntegra. Presente nessa região, uma fratura de tábua óssea externa maior que a interna (Fig. 27, 28 e 29).



Fig. 27 Vista anterior do crânio mostrando os dois orifícios em região parietal esquerda, a extensa linha de fratura e a perda de tecido ósseo em região malar esquerda.

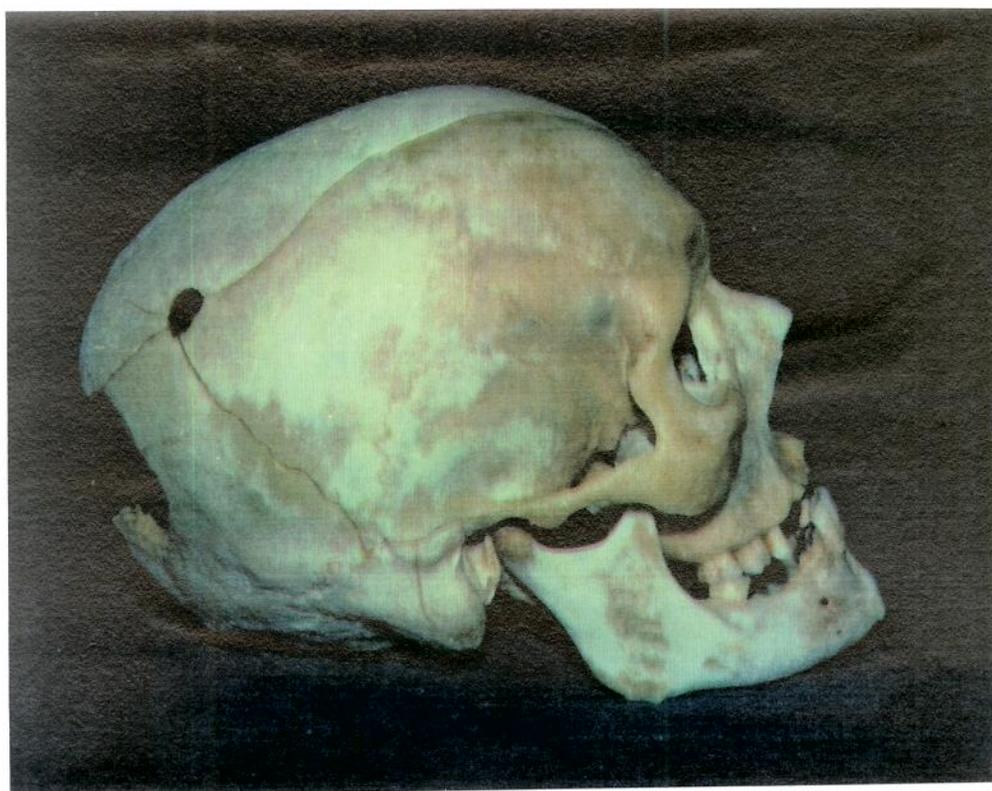


Fig. 28 Vista lateral direita do crânio mostrando o orifício em região parietal direita e as linhas de fratura.

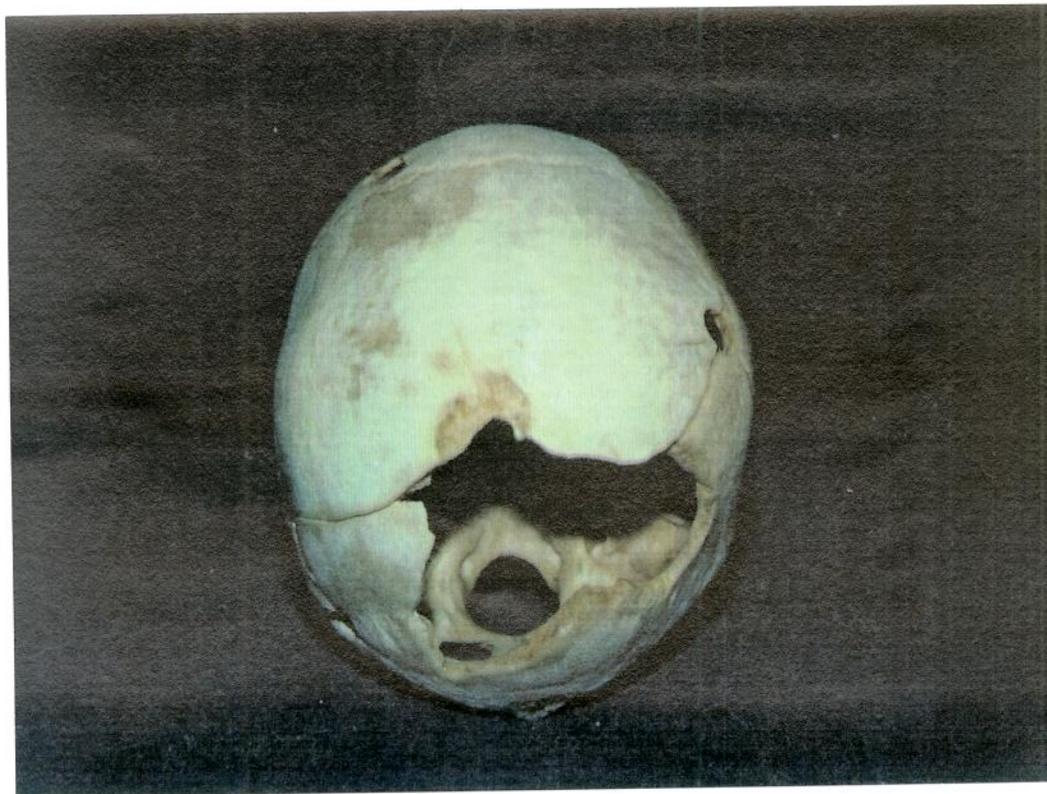


Fig. 29 Vista posterior do crânio revelando a extensa área de falha óssea com a borda do orifício da região interparietal mostrando perda de tecido na tábua óssea externa maior que na interna.

- Área com aspecto da letra "C" invertida em osso parietal direito, região posterior, próxima à sutura parieto-occipital, medindo 4,0 x 3,5 centímetros, com perda óssea em porção central e lateral e fratura de tábua óssea externa maior que a interna.

- Área de falha óssea em região parietal esquerda, póstero-lateral, sobre a sutura parieto-occipital, medindo 2,5 x 1,5 centímetros. Apresenta fraturas irregulares na borda anterior e a posterior em nítido semicírculo, sendo que essa área mede, aproximadamente, 1,5 x 1,0 centímetros e apresenta fratura de tábua óssea interna maior que a externa.

- Área ovalada de bordas irregulares medindo 2,4 x 1,1 centímetros, situada em osso occipital à esquerda, distando 0,6 centímetros

do forame magno e apresentando fratura de tábua óssea externa maior que a interna.

- Linhas múltiplas de fratura, todas relacionadas aos orifícios e às áreas descritas.

- Destruição parcial do maxilar esquerdo na região inferior entre incisura nasal esquerda e alvéolos dentários.

- Destruição parcial de palato esquerdo, atingindo maxilar e palatino, e fratura transversa em palato anterior. Presença de fragmento metálico encravado nessa região (Fig. 30).



Fig. 30 Palato mostrando fragmento metálico (ponta do estilete), área de destruição óssea à esquerda e fratura transversa na região anterior.

- Destruição de ossos internos do nariz.
- Fratura incompleta na transição corpo-ramo da mandíbula à esquerda.

#### 5.5.3.4. - Radiológicos III

Após a dissecação e descrição das fraturas, novos exames radiológicos foram efetuados. Nesses exames foram detectados microfragmentos metálicos, cuja localização precisa foi:

- Fragmentos metálicos na borda externa do orifício circular do osso parietal direito.
- Fragmentos metálicos nas bordas externas dos orifícios do osso frontal.
- Fragmentos metálicos na borda externa da porção semicircular da falha óssea na região sobre a sutura parieto-occipital.

#### 5.5.3.5. - Histológicos

De todas as áreas examinadas, apenas no fragmento retirado da margem do orifício da região occipital existiam áreas com material escuro, fibras musculares voltadas para dentro e pigmento pardo-escuro esparso. As outras mostraram alterações do tipo autolítico compatíveis com fase putrefativa.

#### 5.5.3.6. - Ficha odontológica

Foram analisados todos os dentes encontrados; não se evidenciaram, porém, lesões de interesse médico-legal, a não ser a ausência de dentes do maxilar esquerdo que estava destruído.

#### 5.5.3.7. - Exame tricológico

Foram analisados neste item fios de cabelo retirados da vítima durante a dissecação do crânio e fios de cabelo achados no local de encontro do cadáver.

A análise de confronto foi baseada em aspectos quantitativos e qualitativos seguindo o protocolo desenvolvido no Setor de Tricologia do DML. O resultado mostrou semelhança em todos os itens analisados.

#### 5.5.3.8. - Exame de espectrometria de fluorescência de Raios X

Tal análise foi realizada no intuito de tentarmos identificar qualitativamente metais nos orifícios descritos na pele da região occipital, cervical e inframandibular.

O resultado foi negativo para os vários metais utilizados na composição de projéteis.

#### 5.5.3.9. - Trajetória dos projéteis no crânio

O exame do crânio mostrou que o mesmo foi atingido por 5 (cinco) projéteis de arma de fogo.

Seguindo as características dos orifícios descritos e a presença dos fragmentos metálicos nas margens das lesões, pudemos evidenciar a trajetória dos projéteis:

- Orifício de entrada localizado no osso frontal esquerdo, mais central, e o orifício de saída em região parietal direita, com trajetória e sentido de cranial para caudal, da frente para trás e da esquerda para direita, com ângulos de 70 (setenta) graus no plano coronal e 25 (vinte e cinco) a 30 (trinta) graus no plano transversal.

- Orifício de entrada no osso frontal esquerdo mais posterior e o orifício de saída na parte média da região parietal direita, com trajetória e sentido de cranial para caudal, da frente para trás e da esquerda para direita, com ângulos de, aproximadamente, 65 (sessenta e cinco) graus no plano coronal e aproximadamente 20 (vinte) graus no plano transversal.

- Orifício de entrada no osso parietal direito com área de impacto de projétil de arma de fogo em região occipital esquerda, com sentido e trajetória de cranial para caudal, de frente para trás e da direita para esquerda, com ângulos de, aproximadamente, 5 (cinco) graus no plano coronal e de, aproximadamente, 47 (quarenta e sete) graus no plano transversal.

- Área de perda óssea na região maxilar e palato esquerdos, compatíveis com passagem de projétil de arma de fogo. Em consonância a essa área, havia um orifício na pele da região occipital, com características de ter sido produzido por passagem de projétil de arma de fogo. Por conseguinte, não se comprovou tecnicamente se o sentido deste projétil foi de trás para frente ou da frente para trás (Fig. 31 e 32).

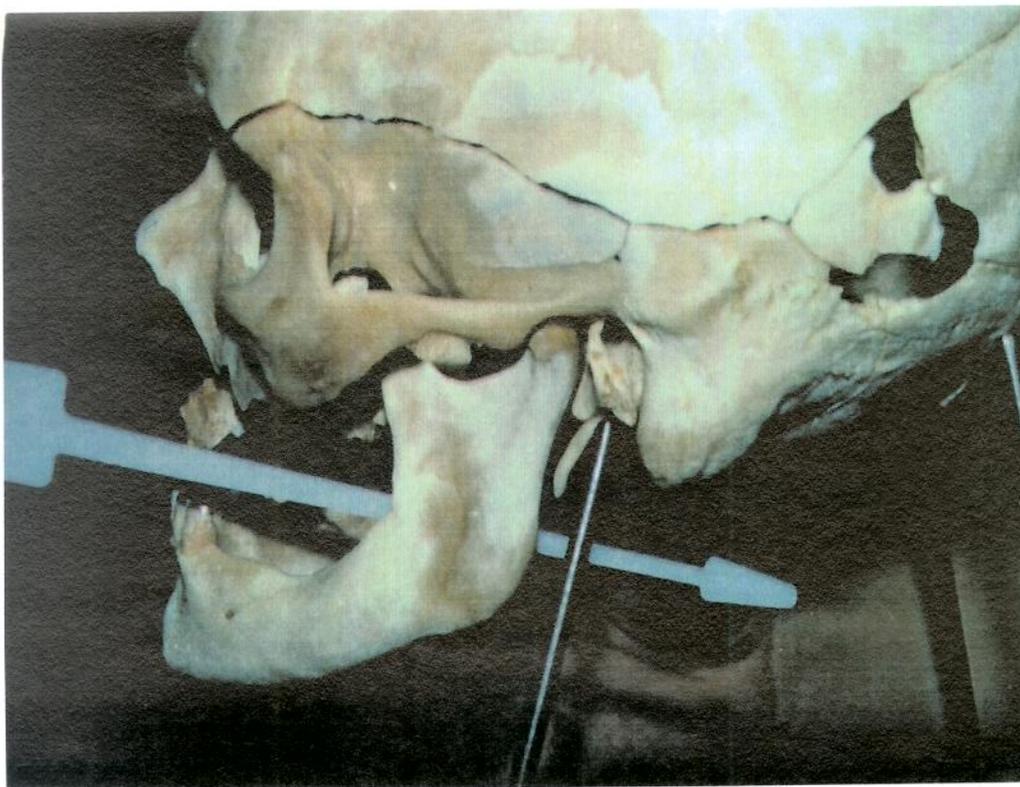


Fig. 31 Trajetória do projétil de arma de fogo que atingiu a região maxilar com sentido da frente para trás.

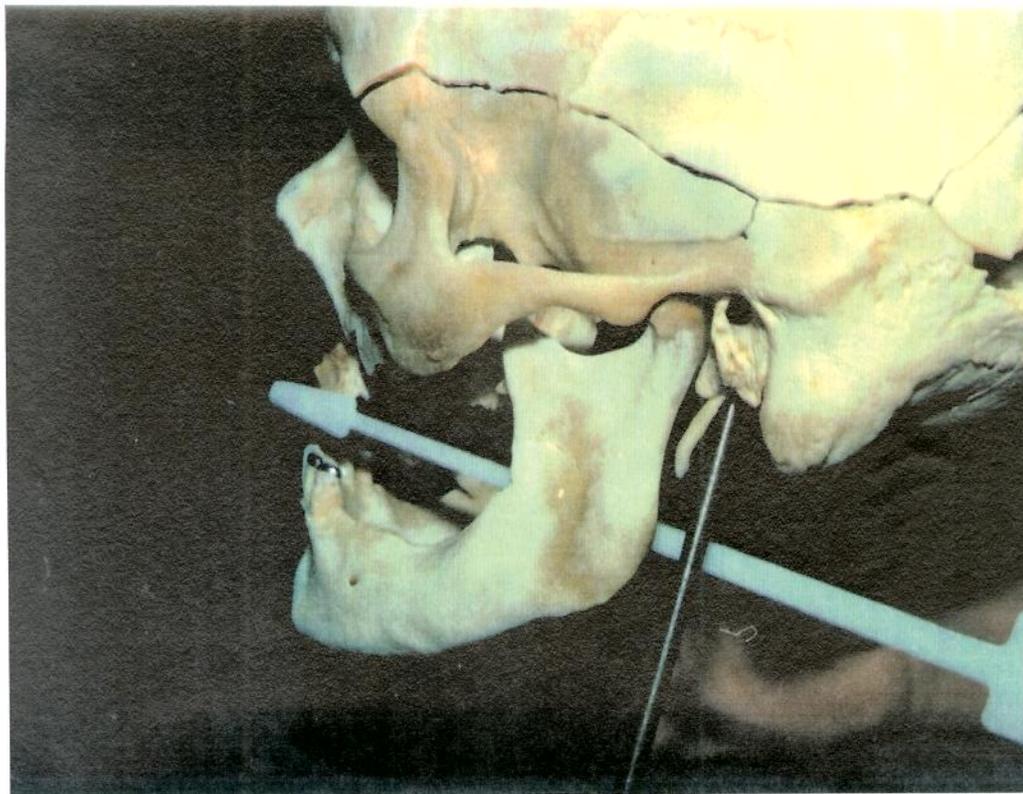


Fig. 32 Trajetória do projétil de arma de fogo que atingiu a região maxilar com sentido da trás para frente.

- Área de falha óssea na região parieto-occipital esquerda, apresentando na região posterior forma de semicírculo. Nesta região existia fratura de tábua óssea interna maior que a externa e presença de fragmentos metálicos na borda externa. Não se pôde tecnicamente comprovar se o projétil penetrou no crânio nesta região ou se houve apenas uma trajetória tangencial.

#### 5.5.3.10 - Sobreposição de imagens

Usando-se o crânio e a foto da vítima realizamos a sobreposição de imagens com requisitos técnicos de eliminação de distorções. O exame revelou concordância nos pontos craniométricos examinados. Durante este procedimento também demonstramos a trajetória dos projéteis.

#### 5.5.4 - Reexame dos locais

O local onde o cadáver foi encontrado é ermo e distante de qualquer núcleo populacional e, após meses, ocorreram modificações com crescimento de vegetais. Mesmo assim, examinamos o local e nenhum outro dado pôde ser conseguido.

### CASO 5 - RESULTADOS

#### PRIMEIRA PERÍCIA

Neste caso, além dos quesitos oficiais, também foram formulados outros suplementares e há um comentário feito pelos peritos. Todos são transcritos a seguir:

1. Qual a causa da morte?

R. Traumatismo aberto de crânio devido à múltiplas transfixações cranianas por projéteis de arma de fogo.

2. Qual o instrumento ou meio empregado na produção da lesão ou lesões mortais?

R. Instrumento pérfuro-contundente; projéteis de arma(s) de fogo.

3. Houve emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou outro meio insídioso ou cruel, ou de que tenha resultado perigo comum?

R. Não

4. Houve emprego, pelo agente, de algum recurso que dificultou ou tornou impossível a defesa da vítima?

R. Prejudicado.

## Quesitos suplementares

1. Houve morte?

R. Sim.

2. Qual a causa da morte?

R. Traumatismo aberto de crânio devido à múltiplas transfixações cranianas por projéteis de arma de fogo.

3. Qual o instrumento e ou meio que produziu a morte?

R. Instrumento pérfuro-contundente: projéteis de arma(s) de fogo.

4. Se foi produzida por meio de arma de fogo, asfixia ou tortura, ou por outro meio insidioso ou cruel?

R. Sim, produzido por arma(s) de fogo.

5. Há vestígios indicando ter havido emprego de qualquer outro meio para reduzir a capacidade de resistência?

R. Prejudicado.

6. Qual o meio empregado?

R. Prejudicado.

7. Outros dados julgados interessantes pelos Srs. médico-legistas?

R. Ver comentário médico-forense.

Como já mencionamos, há neste caso um comentário, referido como médico-forense, que será transcrito a seguir:

"Prendendo-se aos dados encontrados no exame realizado a presente discussão visa dirimir algumas dúvidas que, embora não tenham sido apresentadas oficialmente, foram motivo de argüição por parte de

Autoridades Policiais que acompanharam o achado e remoção do corpo. Vejamo-las pois: 1. Tempo de morte e estado de decomposição cadavérica: Tendo sido informada a data provável da morte, os achados necroscópicos vieram ao encontro da mesma, confirmando-a. Em avançado estado de decomposição, apresentando destruição de partes moles por insetos necrófagos, a conservação parcial de segmentos como o tronco e parte dos membros, deveu-se, principalmente, ao local onde fora colocado o corpo examinado, por ser descampado, permitindo que a exposição aos raios solares propiciasse um estado inicial de mumificação espontânea, traduzida pelo apergaminhamento da pele nas porções anteriores e laterais do tronco e dos membros, levando-se em consideração ter permanecido o corpo neste período na posição de decúbito dorsal. Posição esta comprovada pela impregnação por material argiloso nas partes posteriores das regiões referidas, causada pelo tipo de solo e pelo estado de conservação da derme e epiderme que apresentavam zonas de maceração. 2. Instrumentos utilizados na produção das lesões: havendo sido aventada a possibilidade do emprego de instrumento contundente concomitante à instrumento pérfuro-contundente na produção das fraturas cranianas, tal possibilidade foi descartada, quando da análise das lesões ósseas, tendo as mesmas sido produzidas única e exclusivamente pelos disparos da ou das armas de fogo, em distâncias variáveis desde o disparo encostado ao distante mais de cinquenta centímetros da calota craniana. O impacto dos disparos e a qualidade dos mesmos, principalmente os descritos nos itens 1 e 2 foram diretamente responsáveis pelas fraturas observadas na caixa craniana. 3. Outros sinais de violência: no exame efetuado, não foram encontradas, em que pese o estado de putrefação cadavérica, outras lesões que pudessem evidenciar o emprego de violência física. As pequenas lesões localizadas na face interna do membro inferior direito foram causadas pela ação de insetos necrófagos, sendo comuns em cadáveres com o estado de conservação observada".

## SEGUNDA PERÍCIA

1. Esta vítima apresentava lesões produzidas por cinco projéteis de arma de fogo.
2. Todas as lesões causadas pelos projéteis estavam no pólo cefálico.
3. Não foram evidenciadas quaisquer outras fraturas ósseas, a não ser em ossos do crânio e face.
4. Os projéteis que atingiram o crânio da vítima tiveram as seguintes trajetórias e sentidos:
  - 4.a. - Orifício de entrada no osso frontal esquerdo, descrevendo uma trajetória e sentido da esquerda para direita, de cranial para caudal e da frente para trás, com orifício de saída na região parietal direita.
  - 4.b. - Orifício de entrada no osso frontal esquerdo mais posteriorizado do que o anterior, com trajetória e sentido da esquerda para direita, de cranial para caudal e de frente para trás, com orifício de saída na região média dos parietais.
  - 4.c. - Orifício de entrada no osso parietal direito com trajetória e sentido da direita para esquerda, de cranial para caudal e levemente de frente para trás, com provável área de impacto na região occipital esquerda, em área de fratura cominutiva ovalada, próxima ao forame magno.
  - 4.d. - Área de perda óssea na região maxilar e palato esquerdo com trajetória de cranial para caudal, com provável orifício de passagem de projétil na pele da região posterior do pescoço.
  - 4.e. - Área de fratura com perda de substância óssea na região parieto-occipital esquerda, pela provável trajetória ou impacto.

5. Todos os disparos, com exceção ao da face e da região parieto-occipital esquerda em trajetória tangencial, são mortais, em tempo variável.

6. Se todos os disparos foram efetuados seguidamente, isto é, um logo após o outro, a vítima foi a óbito rapidamente.

7. Dos orifícios em região cervical, pelo menos um foi produzido em vida.

8. As fraturas cranianas, provavelmente, foram produzidas pela passagem dos projéteis.

9. Os fios de cabelo encontrados no local são, tecnicamente, semelhantes aos da vítima.

10. O exame de espectrometria por fluorescência de Raios X foi inconclusivo.

#### Quesitos suplementares

1. Que tipo de violência física foi praticada contra o corpo da vítima, ora alvo de exumação?

R. A violência física praticada contra a vítima foi evidenciada pelo achado de lesões produzidas por projéteis de arma de fogo.

2. Quantos disparos de arma de fogo atingiram o crânio da vítima?

R. Foram evidenciadas lesões produzidas por cinco projéteis de arma de fogo, a nível do pólo cefálico.

3. A face do cadáver apresentava perfuração produzida por arma de fogo?

R. A face, na região maxilar esquerda, mostrava lesão por projétil de arma de fogo.

4. As perfurações vistas na parte posterior do pescoço foram produzidas por arma de fogo? Caso positivo, os projéteis, ao penetrarem, causaram a quebra do pescoço da vítima?

R. Pelo menos uma das perfurações vistas na região cervical posterior foi produzida em vida e pela provável passagem de um projétil de arma de fogo. Não foram encontradas fraturas nas vértebras cervicais.

5. Estando o cadáver em posição de decúbito dorsal, com a parte posterior do pescoço colada ao chão, os orifícios aí existentes poderiam ter sido causados por “bicarada” de ave quando da destruição parcial sofrida pela vítima?

R. Entendemos que os orifícios descritos na região cervical posterior e lateral, podem ter sido causados pelo processo putrefativo e por animais, ressaltando-se que um deles, no mínimo, foi produzido em vida e por provável passagem de projétil de arma de fogo.

6. Além da violência evidenciada na cabeça e no pescoço do cadáver, outras partes do corpo foram atingidas quando da prática do homicídio?

R. Não foram evidenciadas quaisquer outras lesões com repercussões ósseas na vítima. Devemos salientar que o estado em que a vítima foi encontrada, dificulta sobremaneira a análise das lesões que não podem ser afastadas com segurança.

## 5.6. - CASO 6 (LOM)

### 5.6.I - Solicitação

Caso em fase de inquérito policial em que a solicitação foi encaminhada pelo Delegado de Polícia, presidente do inquérito, para que a nova perícia esclarece-se número e trajetória dos projéteis e provas técnicas em variadas peças relacionadas a um homicídio.

### 5.6.II - Resumo de dados do inquérito

Homicídio de homem com 42 anos que após uma festa foi morto, transportado e abandonado em uma lixeira ao lado de uma estrada. Seu corpo foi encontrado no dia seguinte.

### 5.6.III - Laudo necroscópico inicial

Cadáver do sexo masculino, aparentando a idade que consta na requisição, com sinais tanatológicos de certeza e trajando camisa de mangas curtas listrada, calça de tonalidade escura e cueca bege.

O exame externo revela escoriações e equimoses esparsas em face e membros superiores. Presença de orifício de entrada de projétil de arma de fogo em região mandibular esquerda com orifício de saída em região cervical direita inframandibular, com trajetória da esquerda para direita, da frente para trás e de cima para baixo. Orifícios de entrada em região bucinadora esquerda e orifícios de saída em região bucinadora direita e infra-

mandibular direita, com trajetórias da esquerda para a direita, de trás para frente e de cima para baixo. Orifício de entrada de projétil de arma de fogo em região cervical posterior esquerda com orifício de saída em região mandibular direita, com trajetória da esquerda para direita de cima para baixo. O exame do crânio revela hemorragia em fossa posterior. O exame das cavidades torácica e abdominal não revelam lesões de interesse médico-legal.

Conclusão: - A causa da morte foi traumatismo raqui-medular.

#### 5.6.IV - Esclarecimentos técnico-periciais

Segundo consta do inquérito, a vítima foi transportada em um automóvel, que estava apreendido, onde foram evidenciadas manchas de sangue, cuja tipagem sangüínea coincidia nos sistemas ABO e Rh com os referidos como sendo da vítima, já que não havia tipagem oficial do sangue da mesma.

### SEGUNDA PERÍCIA

#### 5.6.1. - Exumação

A exumação realizou-se 42 (quarenta e dois) dias após a inumação.

Foram realizados, conforme as regras gerais, todos os procedimentos técnico-burocráticos.

A urna estava inumada diretamente na terra a uma profundidade aproximada de 1,00 metro. A urna estava parcialmente destruída, principalmente a parte superior, na região do visor, cujo vidro estava quebrado

e com grande quantidade de terra em seu interior. Tivemos então o cuidado para que ela fosse toda amarrada e pudesse ser transportada ao necrotério onde seria realizado o exame necroscópico. Neste caso, como o local era distante do cemitério, a urna foi levada por um carro de remoção de corpos do Instituto Médico-Legal da cidade, tendo sido acompanhada neste trajeto pelos peritos responsáveis.

#### 5.6.2. - Exame necroscópico

Aberta a urna, notou-se em seu interior, principalmente na porção superior, terra e fragmentos de vidro.

O corpo estava em estado de putrefação em fase coliquativa, trajando camisa e calça azuis escuras.

Retiramos então todo o material estranho, isto é, restos de vegetais, véu, terra e vidros.

Com o corpo à mostra, iniciamos o trabalho, retirando amostras de cabelo que foram acondicionadas em recipiente plástico e rotulado.

Ainda com o corpo dentro da urna, já que pelo estado de putrefação era quase impossível retirá-lo, isolamos o crânio e a coluna cervical.

Durante o processo, recolhemos fragmentos ósseos a nível de mandíbula, tanto à esquerda como à direita. Seccionando os ligamentos da transição coluna cervical para torácica, conseguimos retirar, em bloco único, o crânio e a coluna cervical.

Este bloco foi então radiografado em posições antero-posterior e perfil.

O exame imediato revelou múltiplos fragmentos metálicos, dispersos, fratura cominutiva bilateral dos corpos mandibulares e fratura na segunda e terceira vértebras cervicais, além da marca do seccionamento da calota craniana realizada no primeiro exame (Fig. 33).

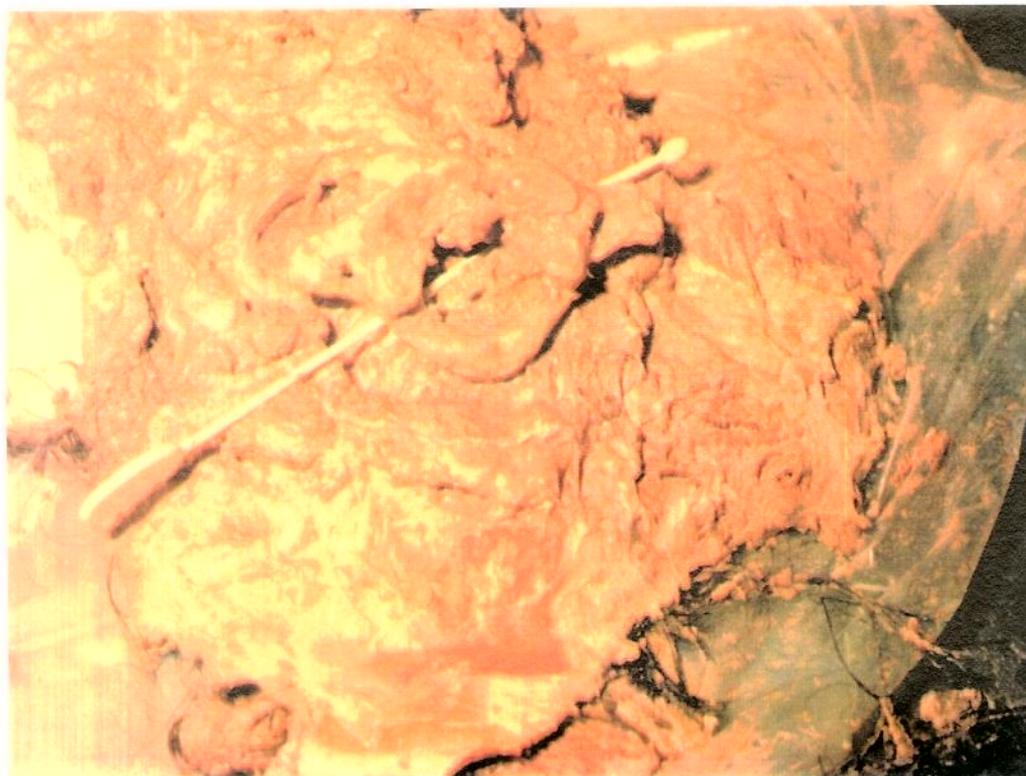


Fig. 33 Vista superior da coluna cervical com estilete demonstrando a trajetória do projétil de arma de fogo da esquerda para direita.

Após esse exame, fizemos uma limpeza parcial no material putrefeito que revestia o crânio. Este tinha sido aberto por ocasião do primeiro exame necroscópico. Não evidenciamos nenhuma outra fratura.

O crânio e a coluna cervical foram então acondicionados em recipiente apropriado para serem levados ao DML.

Continuando o exame do resto do corpo, evidenciamos uma fratura da apófise transversa direita da terceira vértebra torácica. Esta área, isto é, duas vértebras acima e duas abaixo, foi isolada e acondicionada para exames futuros.

Nas regiões torácica e abdominal, que já tinham sido examinadas no primeiro exame necroscópico, os órgãos estavam na fase de putrefação esperada e não observamos nenhuma alteração de interesse pericial.

O exame dos membros também foi realizado, não sendo evidenciados sinais de lesões.

Retiramos para exames, além das áreas já citadas, o fêmur e a tíbia esquerda.

### 5.6.3. - Exames subsidiários

#### 5.6.3.1. - Dissecção

Após a limpeza do material retirado no exame necroscópico pudemos constatar:

- Ausência de fraturas nos ossos do crânio.

- Mandíbula com fratura cominutiva em ambos os corpos. Após montagem, foi possível reconstituir apenas o ramo direito, já que à esquerda, os fragmentos ósseos eram tão numerosos que o trabalho foi impossível. Contudo, pudemos identificar à esquerda, no corpo, sede de

impacto, com perda óssea próxima à linha inferior, entre primeiro e segundo molar. Presença de fratura de tábua óssea interna maior que a externa e, na margem externa, presença de fragmento metálico (Fig. 34).

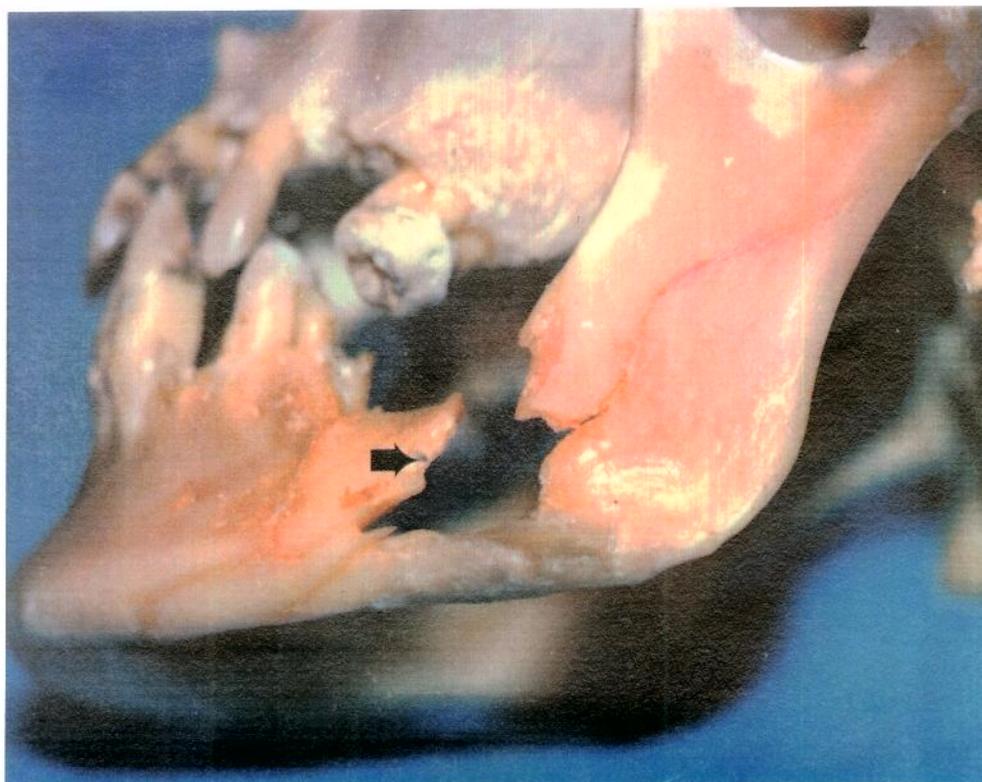


Fig. 34 Detalhe da área de perda óssea no corpo da mandíbula à esquerda, com a presença de minúsculo fragmento metálico na margem - seta..

No lado direito, região do corpo, a sede de impacto com falha óssea é na linha superior, mais próxima às coroas dos dentes e na região do terceiro molar. A fratura de tábua óssea externa é maior que a interna. Nessa região pode-se observar fragmentos metálicos nas margens da área de falha óssea interna.

- Na coluna cervical, observamos fraturas da segunda e terceira vértebras (Fig. 35).

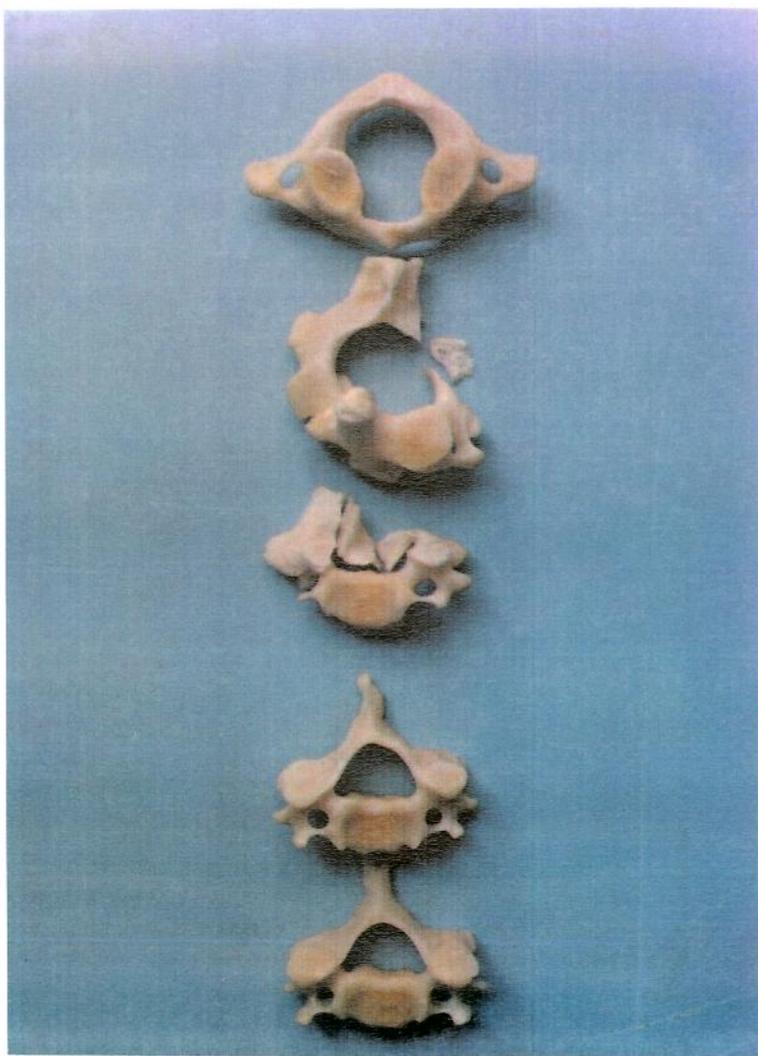


Fig. 35 Vértebras cervicais - fraturas da segunda e terceira.

Após reconstituição de ambas, foi visto um orifício situado na região posterior esquerda, entre segunda e terceira vértebras, de bordas nítidas, com fragmentos metálicos na margem e bordas internas, da área do orifício, maiores que as externas. Observou-se ainda, outro orifício, situado na região anterior direita da terceira vértebra, de bordas irregulares com fragmentos metálicos na margem, e bordas externas da área do orifício maiores que as internas.

- Na coluna torácica verificou-se a fratura da apófise transversa da terceira vértebra.

#### 5.6.3.2. - Odontológicos

Foram encontrados vários dentes e nenhum deles apresentava qualquer lesão recente.

#### 5.6.3.3. - Radiológicos

Os novos exames radiológicos confirmaram a presença de fragmentos metálicos nos corpos da mandíbula e nos orifícios da coluna cervical.

#### 5.6.3.4. - Hematológicos

Usando-se tecido da medular do fêmur esquerdo, conseguiu-se a tipagem sanguínea da vítima, isto é, tipo O, Rh + e MN.

#### 5.6.3.5. - Histológicos

Foram usados fragmentos ósseos da região da vértebra torácica fraturada e da mandíbula.

O exame revelou material, tipo hemossiderínico, nos fragmentos retirados da mandíbula. Aspecto esse não visualizado no fragmento ósseo ao nível da vértebra.

#### 5.6.3.6. - Ângulos dos disparos

Utilizando as partes ósseas do crânio, mandíbula e coluna torácica, juntamente com subsídios fornecidos pelas radiografias revelando os fragmentos metálicos, pudemos proceder à medida dos ângulos dos disparos em posição anatômica.

Tendo em vista os orifícios produzidos na mandíbula, pudemos verificar que o projétil penetrou na região mandibular esquerda e com ângulos que foram de 18 (dezoito) a 20 (vinte) graus de frente para trás e de 7 (sete) a 10 (dez) graus de baixo para cima. Com sentido da esquerda para direita, transfixou o corpo da mandíbula, à esquerda, e atingiu o corpo da mandíbula, à direita, com saída, provável, em região masseteriana direita (Fig. 36).

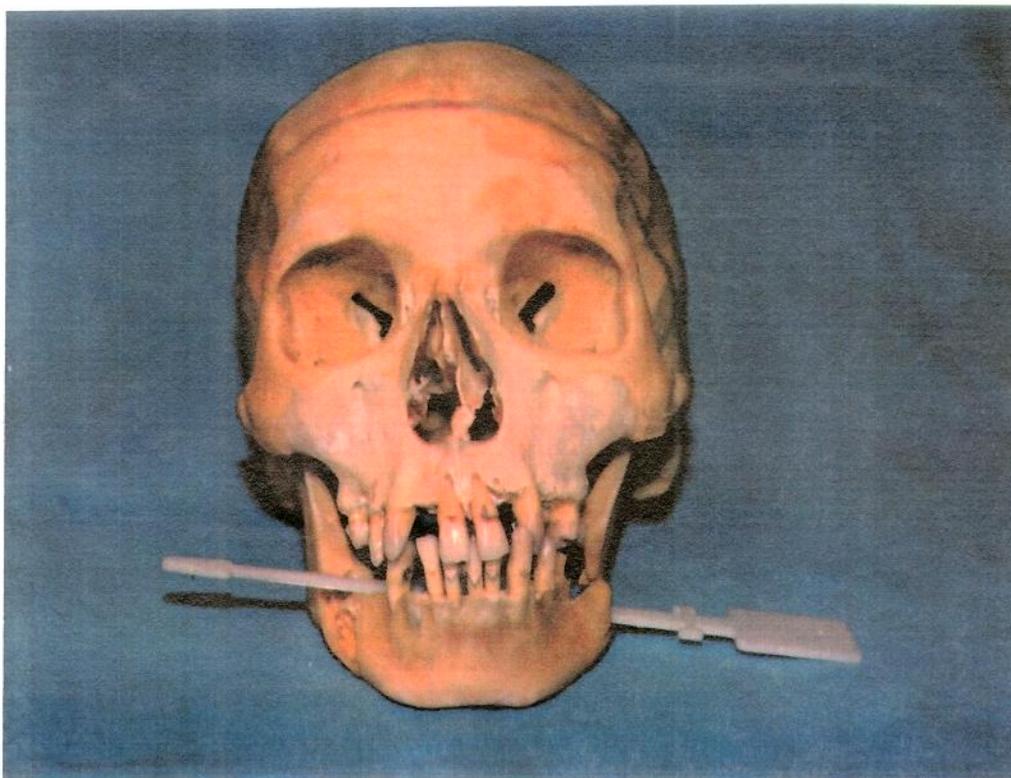


Fig 36 Vista anterior do crânio com o estilete demonstrando a trajetória e o sentido do projétil de arma de fogo que atingiu a mandíbula.

O exame da coluna cervical, tendo em vista o aspecto dos orifícios e a presença de fragmentos metálicos nas margens, mostrou que o projétil penetrou entre a segunda e terceira vértebras pela região posterior, com ângulos de 8 (oito) a 10 (dez) graus de baixo para cima e de 17 (dezesete) a 20 (vinte) graus de trás para a frente. Com sentido da esquerda para a direita ele transfixou o canal medular e saiu pelo orifício na terceira vértebra cervical. A sua região de saída no corpo dependerá da análise da posição da cabeça no momento do disparo (Fig. 37).

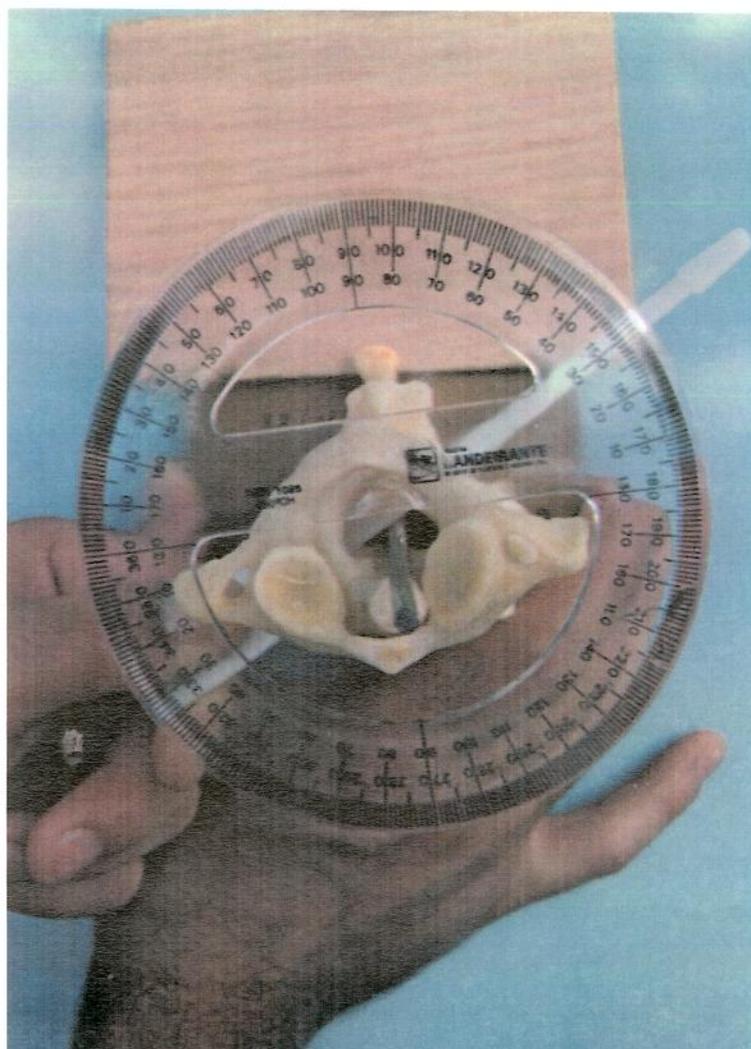


Fig. 37 Coluna cervical - trajetória do projétil e avaliação dos ângulos.

#### 5.6.3.7. - Sobreposição de imagens

Usando-se o crânio e a foto da vítima na hora do encontro do corpo, realizamos a sobreposição de imagens com requisitos de eliminação de distorções. O exame revela concordância nos pontos craniométricos utilizados. Pudemos ainda analisar com perfeição a trajetória dos projéteis.

O projétil que atingiu a região mandibular esquerda teve a trajetória descrita e orifício de saída em região massetéica direita.

O projétil que atingiu a região cervical posterior teve orifício de saída na região infra-mandibular direita, abaixo do ângulo da mandíbula, o que levou-nos a perceber que, para essa trajetória no momento do disparo, a vítima estaria com flexão da cabeça para a direita.

Os outros dois projéteis que atingiram a vítima cujas lesões foram visualizadas na fotografia, revelam que atingiram apenas partes moles, não sendo possível descrever tecnicamente suas trajetórias, já que as partes ósseas estão íntegras.

#### 5.6.4. - Reexame dos locais

Neste caso, baseados nos dados do inquérito, examinamos os locais das últimas horas de vida da vítima.

Como era de se esperar, as modificações foram grandes, porém alguns dados de suma importância puderam ser observados, pois auxiliaram o trabalho pericial e policial.

O local do encontro do corpo situava-se às margens de uma rodovia asfaltada, onde, pela erosão, houve deslizamento do acostamento e o local é usado como depósito de lixo. No entanto, às margens desta área, no asfalto, ainda persistiam manchas que, segundo as informações oficiais, eram de sangue, e ao serem visualizadas refletiram nitidamente que o corpo fora arrastado e ali jogado (Fig. 37).

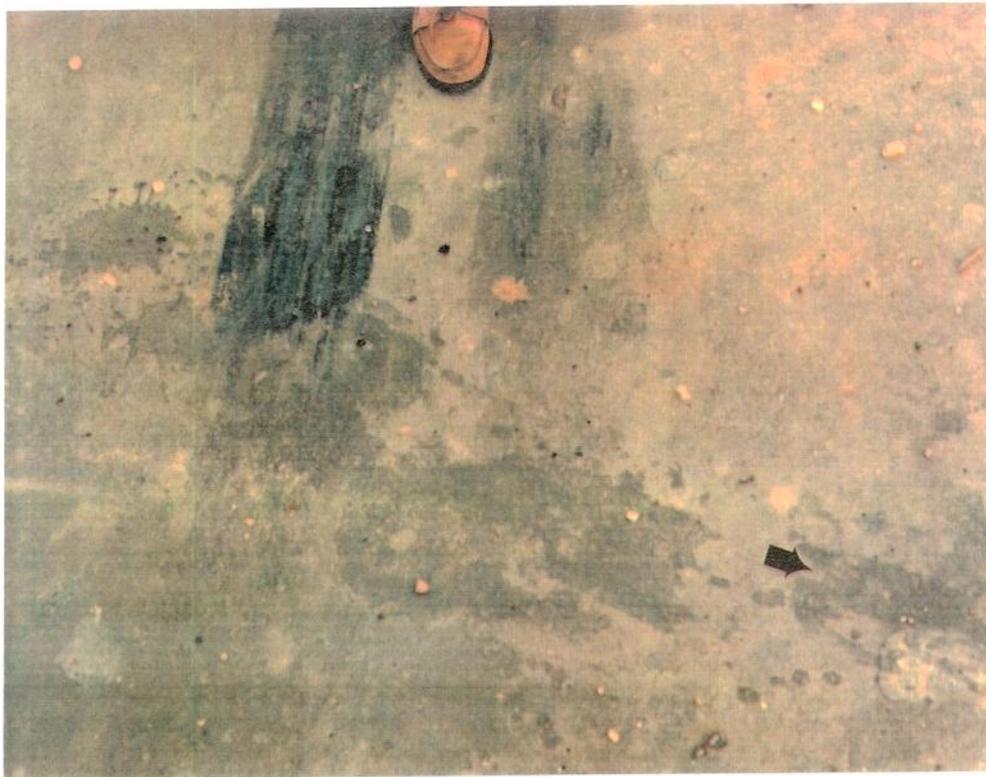


Fig. 37 Margem do local onde a vítima foi encontrada. As manchas no asfalto revelam a trajetório no sentido da lixeira -seta..

O exame do carro utilizado para a remoção da vítima, mostrou-nos dados de valor pericial incalculável.

O banco dianteiro à direita revelava inúmeras manchas de sangue, na parte interna e na espuma (Fig. 38).



Fig. 38 Vista interna do revestimento do banco, notar a nítida impregnação sangüínea.

Não havia nele nada que evidenciasse impacto de projétil.

O exame bem detalhado ainda nos permitiu visualizar algumas manchas com aspecto hemático no carpete da região do banco da frente, próximo ao câmbio, do lado direito, e também isolar 5 (cinco) fios de cabelo (Fig. 39).



Fig. 39 Mancha de aspecto hemático no carpete do carro.

Usando o material obtido no carro, pudemos fazer algumas análises técnicas:

#### 5.6.4.1. - Exame hematológico

O exame das manchas de sangue encontradas no carro revelaram ser sangue humano e dos grupos O, Rh +, MN.

#### 5.6.4.2. - Exame tricológico

Usamos para confronto, os cabelos retirados durante o exame necroscópico pós-exumação e os retirados no carro.

Seguindo os itens do protocolo do DML, pudemos observar que um dos fios encontrado no carro tinha extrema semelhança técnica com os da vítima, não podendo, pelos dados obtidos, ser excluído.

## CASO 6 - RESULTADOS

### PRIMEIRA PERÍCIA

Neste caso só existem respostas aos quesitos oficiais.

1. Houve morte?

R. Sim.

2. Qual a sua causa?

R. Trauma medular.

3. Qual o instrumento ou meio que a produziu?

R. Instrumento pérfuro-contundente.

4. Foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por outro meio insidioso ou cruel?

R. Não

## SEGUNDA PERÍCIA

1. A vítima foi atingida pelo menos por dois projéteis de arma de fogo:

1.a. - Penetrou pela região cervical posterior esquerda superior e saiu pela região infra-mandibular direita.

1.b. - Penetrou na região mandibular esquerda e saiu na região masseteriana direita.

2. As fraturas ósseas, com os resíduos metálicos, comprovaram que as mesmas foram provocadas por projéteis de arma de fogo.

3. A fratura da terceira vértebra torácica foi provavelmente pós-mortal.

4. A vítima tinha tipo sanguíneo O, Rh+ e MN.

5. O sangue encontrado no estofamento do carro é do tipo O, Rh+ e MN.

6. Um dos fios de cabelo encontrados no interior do veículo mostrou altíssimo grau de probabilidade de ser da vítima.

7. A possibilidade da vítima ter sido morta dentro do carro é reduzida.

8. As manchas no asfalto mostraram que a vítima permaneceu no local por algum tempo e, posteriormente, foi arrastada e atirada na lixeira.

9. Pela quantidade de sangue observado no estofamento do carro e no asfalto, a vítima com certeza deveria ter vários ferimentos sangrantes.

10. Não havia marcas de projéteis de arma de fogo no carro.

## 5.7 - CASO 7 (GSS)

### 5.7.I - Solicitação

Caso em fase de processo em que o representante do Ministério Público solicitou ao Juiz responsável pelo caso a exumação, devido à dúvidas quanto: ao número de disparos por arma de fogo que teriam atingido a vítima; ao sentido e à direção dos mesmos; à possibilidade da morte instantânea ou não pelas lesões produzidas por projéteis e sinais de outras violências físicas.

### 5.7.II - Resumo de dados do processo

Segundo o processo, a vítima, um homem com 30 anos, foi seqüestrado e levado inicialmente a um primeiro local onde teria sido atingido por um disparo de projétil de arma de fogo na região do tronco e, posteriormente, removido para um segundo local onde é atingido por mais um ou dois disparos de arma de fogo, é despido, abandonado, e seu corpo é encontrado após cinco dias, já em fase de putrefação.

### 5.7.III - Laudo necroscópico inicial

Cadáver do sexo masculino, aparentando ter a idade de 30 anos. Desnudo, cabeça sem deformação e cabelos crespos pretos. Supercílios e

cílios de coloração preta. Olhos opacificados e oftalmo-putrefativo. Dentes em bom estado de conservação. Corpo em adiantado estado de putrefação com numerosas flictenas e despregamento epidérmico. Apresentava as seguintes lesões externas: Ferimento no. 1.- Entrada de projétil de arma de fogo, situado na região bucinadora esquerda, medindo 0,8cm de bordos regulares, invertidos. Ferimento no. 2.- Entrada de projétil de arma de fogo, situado no hipocôndrio direito, 8,0cm à direita do apêndice xifóide, nível da linha média clavicular ipsilateral com borda regular, invertida, medindo 0,7cm. Ferimento no. 3.- Situado na região têmporo-parietal direita, medindo 2,5cm de diâmetro, com bordos dilacerados. Este ferimento, dentro dos achados alinhados, foi interpretado como de entrada e saída a um só tempo. Exame Interno: Cabeça: aberta com as técnicas habituais foram observadas: fraturas dos ossos temporal e parietal à direita e esfenoíde, especialmente, asa direita. Encéfalo em decomposição. Língua com transfixação da borda esquerda. Coluna vertebral sem anormalidades. Feita a incisão bi-acrômio-manúbrio-pubiana, desviada à esquerda da cicatriz umbilical, retirado o plastrão condro-esternal, observou-se posição anatômica normal dos órgãos; esterno, costelas e espaços intercostais sem alterações. Pescoço sem anormalidades. Esôfago, pleuras, pulmões e coração em estado de putrefação, não sendo percebidas lesões traumáticas. Diafragma separando normalmente as duas cavidades e a abdominal, contendo restos de material castanho-escuro presumido como sendo sangue. Estômago em estado de putrefação; Pâncreas transfixado. Intestinos distendidos por gases; Fígado transfixado ao nível do lobo direito; Baço em putrefação; Rins: transfixação do rim direito; Bexiga: sem perfurações. Trajetória: Ferimento no. 1: A trajetória do projétil é marcada por uma linha reta dirigida da porção caudal para cranial, da esquerda para direita e ligeiramente de diante para trás, em ângulo aproximado de 30 graus. No seu trajeto, o projétil lesa a borda esquerda da língua, palato, asa direita do esfenoíde, parietal e temporal direito, comprometendo o rochedo e, em pequena parte, a escama. O orifício de saída jaz na região temporal direita. Ferimento no. 2.- A trajetória é ligeiramente, inclinada para baixo, da direita para esquerda, num ângulo de 120 graus com o

plano superficial do corpo. Penetra a parede abdominal, lobo direito do fígado, lesa pâncreas e rim esquerdo, alojando-se o projétil na massa muscular da região lombar esquerda. O projétil foi removido com os dedos; não sendo tocado por instrumentos metálicos. Ferimento no. 3.- A trajetória é representada por uma linha oblíqua, desde a parte lateral direita da têmpora, dirigindo-se de baixo para cima, num ângulo aproximado de 150 graus, terminando no seio hemisférico cerebral esquerdo, vizinho à cortical. Dois projéteis foram coletados para exames complementares.

Conclusão: - A vítima faleceu de lesões múltiplas de vísceras por projéteis de arma de fogo.

#### 5.7.IV - Esclarecimentos técnico-periciais

No processo, há o laudo da perícia técnica, mostrando que o local de encontro do corpo foi uma vala, ao lado de uma estrada, parcialmente recoberta por mato e referindo-se às mesmas lesões descritas no laudo necroscópico. Salienta-se que existe também no processo o exame do veículo que transportou a vítima e que estava parcialmente danificado e sem o banco traseiro. Conseguiram os peritos encontrar algumas manchas de sangue, que após a realização de exames, verificou-se serem de sangue humano e do mesmo tipo da vítima nos sistemas ABO e Rh, isto é, O e Rh +.

## SEGUNDA PERÍCIA

### 5.7.1. - Exumação

A exumação realizou-se 6 (seis) meses e 21 (vinte e um) dias após a inumação.

Foram realizados, conforme as regras gerais, todos os procedimentos técnico-burocráticos.

A urna foi inumada em sepultura simples de alvenaria, com gaveta única, abaixo do nível da terra e recoberta por placas de cimento pré-moldados. Antes da retirada da urna, fomos informados por parentes da vítima que, aproximadamente, 3 a 4 anos antes, a mesma tinha sido atingida por projétil de arma de fogo em coxa direita e que este não havia sido retirado.

Seguindo as normas gerais, a urna foi retirada e transladada em carro apropriado para o Instituto Médico-Legal, onde foi realizado o exame necroscópico.

### 5.7.2. - Exame necroscópico

A urna de madeira mostrava sinais de decomposição parcial, porém, dentro dela a urna de zinco estava preservada. No visor desta havia a identificação da vítima.

Após a abertura da urna de zinco pudemos observar o corpo de um homem adulto, nu, recoberto por algodão e exalando intenso odor de formol. O corpo apresentava sinais de fase putrefativa que, devido ao preparo com formolização, deveria estar aproximadamente, da forma com que tinha sido encontrado.

Com a colocação do corpo da vítima sobre a mesa de exames, iniciamos o trabalho com a identificação das lesões externas e, concomitante, a realização de radiografias de todo o corpo.

Na cabeça pudemos notar a sutura do couro cabeludo, da incisão bímastoídea. Na região pré-auricular direita, atingindo pavilhão auricular, na região anterior, há um ferimento de bordas enegrecidas, irregulares e anfractuadas, com parte delas evertida e outra invertida medindo 3,0 x 3,5 centímetros (Fig. 40).



Fig. 40 Detalhe do ferimento na região pré-auricular direita, com margens anfractuadas.

Na região mandibular lateral esquerda, distando aproximadamente 2,0 centímetros da comissura labial, há outro ferimento, este circular, de bordas nítidas e medindo 1,2 x 0,8 centímetros (Fig. 41).



Fig. 41 Ferimento na região mandibular lateral esquerda.

No lábio superior, à direita, há área hiperpigmentada medindo aproximadamente 2,0 x 0,8 centímetros, diferindo do restante do lábio que apresenta tonalidade clara.

No tronco pudemos observar a sutura da incisão manúbrio esternal até região pubiana.

Na região lateral direita do tronco, aproximadamente, no hipocôndrio, presença de área com descamação epidérmica, tendo no centro, área escura, onde observamos um orifício de bordas irregulares, deformado, medindo, aproximadamente 1,0 centímetro no maior eixo. Situa-se cerca de 10,0 centímetros abaixo do mamilo, na linha hemiclavicular.

Na região lateral esquerda do tronco, linha axilar posterior, nota-se outra área de descamação epidérmica, tendo no centro um ferimento do tipo inciso de aproximadamente 4,0 centímetros.

Ausência de qualquer outra lesão externa.

O exame das radiografias iniciais revela como dado positivo que havia uma nítida imagem metálica na região mandibular esquerda, próxima ao ramo ascendente da mandíbula. Nesta radiografia ainda observavam-se outros fragmentos metálicos esparsos e de pequeno diâmetro e fraturas de ossos como o temporal direito e mandíbula (Fig. 42).

Na radiografia da pelve e terço proximal de coxas, observamos na face medial e superior da coxa direita, uma imagem de metal compatível com projétil de arma de fogo.

Os exames radiográficos de todo o restante do corpo não revelaram alterações ósseas ou elementos metálicos.

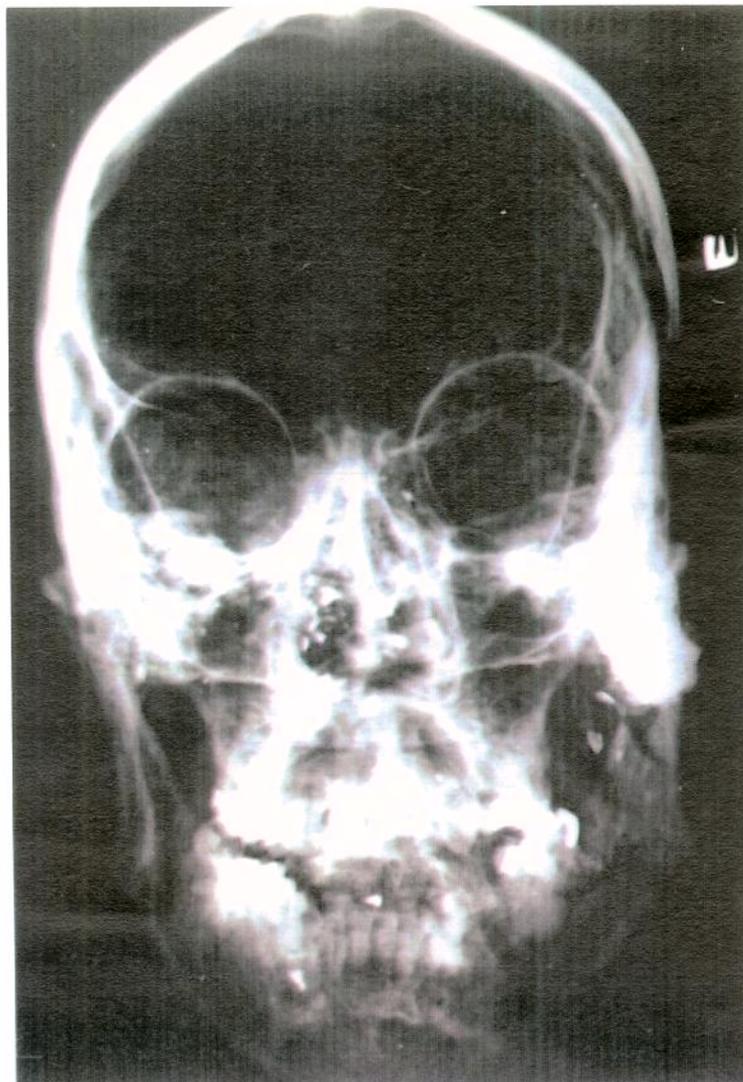


Fig. 42 Radiografia do crânio evidenciando fraturas e fragmentos metálicos.

Iniciamos a abertura do tronco, utilizando a mesma incisão do primeiro exame.

Visualizamos o plastrão condro-esternal livre e as cavidades repletas de algodão embebido em formol, colocado após a

evisceração realizada no primeiro exame. O exame das paredes das cavidades revela que, no espaço entre o sexto e sétimo arcos costais, à direita, aproximadamente entre a linha hemiclavicular e axilar anterior, há um orifício com aproximadamente 1,0 centímetro, em consonância ao orifício descrito externamente. No lado oposto, entre a sétimo e oitavo arcos costais em região posterior, próximo à linha axilar posterior em projeção inferior, há outro orifício, este irregular, com cerca de 1,2 centímetros e em consonância ao ferimento tipo inciso descrito externamente.

O restante do exame da cavidade torácica e abdominal não revelou outras alterações.

Dissecamos a musculatura da coxa direita, na região lateral interna, terço proximal, e isolamos na massa muscular um projétil de arma de fogo envolto por cápsula fibrosa. Este foi acondicionado e rotulado.

Retiramos para exames mais detalhados o crânio e as quatro primeiras vértebras cervicais em conjunto.

### 5.7.3. - Exames subsidiários

#### 5.7.3.1. - Radiológicos

O crânio, em conjunto com as quatro primeiras vértebras, foi novamente radiografado em condições técnicas ideais. Nestas, confirmaram-se os achados durante o exame necroscópico e acrescentaram-se outros. São descritos a seguir:

- Deslocamentos de parte da calota craniana, seccionada em planos perpendiculares.
- Múltiplos pequenos fragmentos metálicos esparsos na porção mediana da face.
- Linhas de fratura em temporal direito.
- Presença de massa radiopaca compatível com projétil de arma de fogo, alojado em ramo de mandíbula esquerda.
- Fratura dos côndilos mandibulares direito e esquerdo.
- Fratura da mandíbula do lado esquerdo em região do corpo.

- Vértex cervicais com estrutura óssea preservada.

#### 5.7.3.2. - Dissecção

Dissecamos cuidadosamente o pólo cefálico, iniciando o trabalho na região massetéica esquerda. Neste local, conseguimos encontrar no ramo ascendente esquerdo da mandíbula, próximo ao côndilo, um projétil de arma de fogo encravado parcialmente no osso (Fig. 43).



Fig. 43 Projétil de arma de fogo encravado na mandíbula.

Abrimos então a sutura bimastróidea e após rebater o couro cabeludo, visualizamos a calota craniana seccionada em planos perpendiculares e íntegra.

A cavidade craniana estava preenchida por algodão embebido em formol.

O exame da cavidade craniana mostra área hiperocrômica que se estende por todo o etmóide até a sela túrcica onde existe na porção inferior, área de perda de substância óssea, que faz solução de continuidade com a face.

Na fossa média, à direita, observamos fratura dos ossos, porém, sem solução de continuidade com o exterior.

Durante a dissecação foram retirados fragmentos de pele da região pré-auricular direita, com a lesão e, também, fragmentos de pele próximos que não apresentavam lesões. Procedimento idêntico foi realizado na região mandibular esquerda.

Após a limpeza dos ossos do crânio e face, pudemos identificar os seguintes dados:

- Calota craniana íntegra seccionada por dois planos perpendiculares.

- Fratura com destruição da porção anterior do conduto auditivo direito e prosseguindo até o osso occipital em área aproximada de 4,0 x 2,0 centímetros.

- Fratura dos processos estilóides dos temporais.

- Fratura da porção posterior do palato bilateralmente.

- Fratura com arrancamento dos terços médio e posterior do arco zigomático direito.

- Fratura linear em osso temporal direito.

- Fratura linear da asa maior do esfenóide com origem na área de destruição do temporal direito em direção a órbita direita.

- Destruição dos ossos do nariz, principalmente à direita.

- Fratura linear do maxilar direito, unindo o rebordo orbitário e os alvéolos dentários em direção vertical.
- Destruição de assoalho, parede medial e parte medial do teto da órbita direita.
- Destruição da lâmina crivosa do etmóide à direita.
- Destruição total do côndilo direito da mandíbula até fossa pterigóidea.
- Fratura cominutiva do corpo da mandíbula à esquerda, atingindo desde forame mentoniano até o ângulo.
- Fratura cominutiva do ramo esquerdo com destruição da incisura sigmóidea e côndilo.
- Perda de substância óssea em região das raízes do primeiro molar esquerdo, em face interna (Fig. 44 e 45).

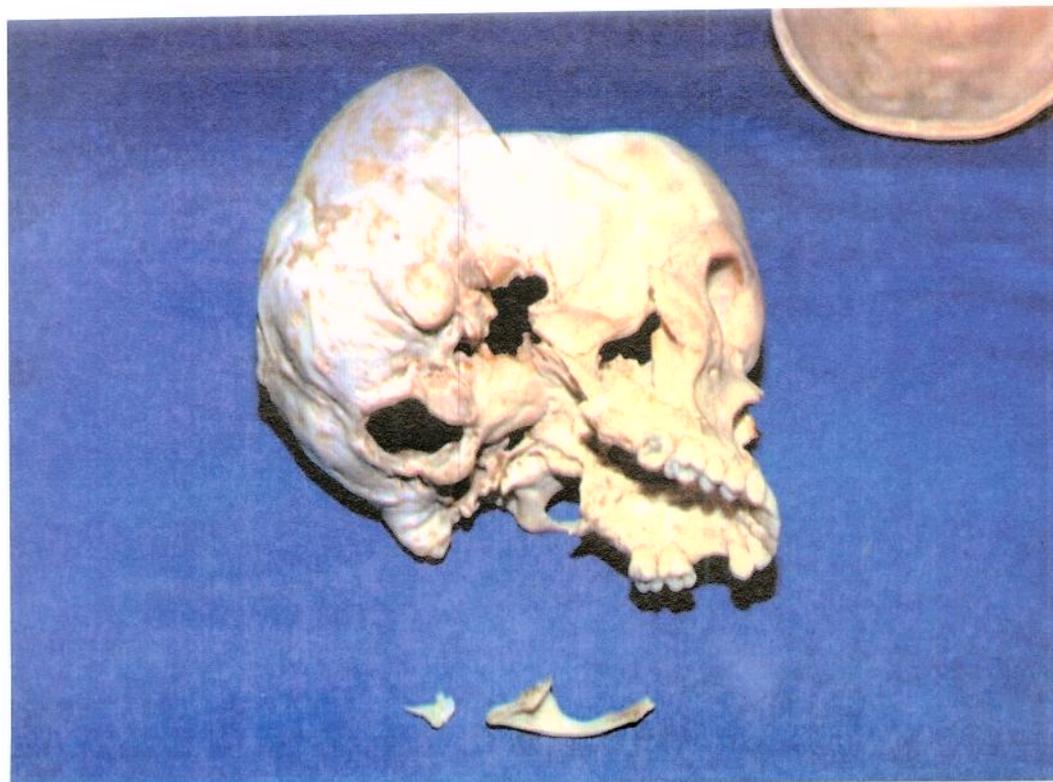


Fig. 44 Fraturas múltiplas de crânio e face - detalhe da extensa destruição óssea em região temporal direita.

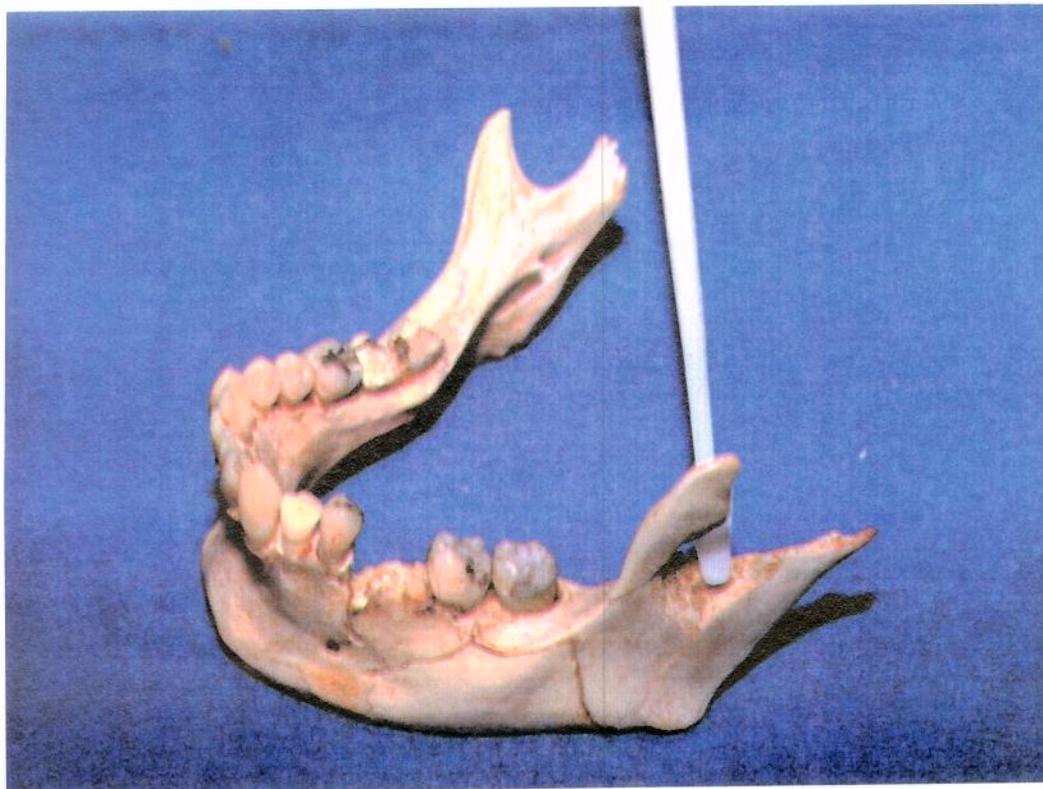


Fig. 45 Mandíbula - vista lateral esquerda - presença de fraturas e a ponta do estilete mostra o local de encontro do projétil.

#### 5.7.3.3. - Hematológicos

Usando amostra de medula óssea retirada de uma vértebra cervical, com método básico de inibição da aglutinação, foi tipado o sangue da vítima que revelou ser do grupo O. O fator Rh não pôde ser determinado por problemas técnicos.

#### 5.7.3.4. - Histológicos

Para esse exame, foram retirados fragmentos da margem do orifício da região pré-auricular direita, da margem do orifício da região mandibular esquerda, área do lábio superior direito, na região

hipercrômica, fragmento ósseo na região do temporal direito, e cápsula que envolvia o projétil que foi retirado da coxa direita.

Foram retirados também fragmentos de regiões sem lesões para controle.

Podemos relatar como dados positivos os achados nos fragmentos retirados das margens das lesões pré-auricular direita e região mentoniana esquerda, onde foi detectado, além de material hemossiderínico, outro material não metálico, amorfo, observado em grande quantidade na lesão pré-auricular e somente na margem da lesão da região mandibular.

No exame do fragmento retirado do lábio superior à direita, nota-se, no tecido subcutâneo, presença de pigmento pardo escuro, compatível com hemossiderina (Fig. 46).

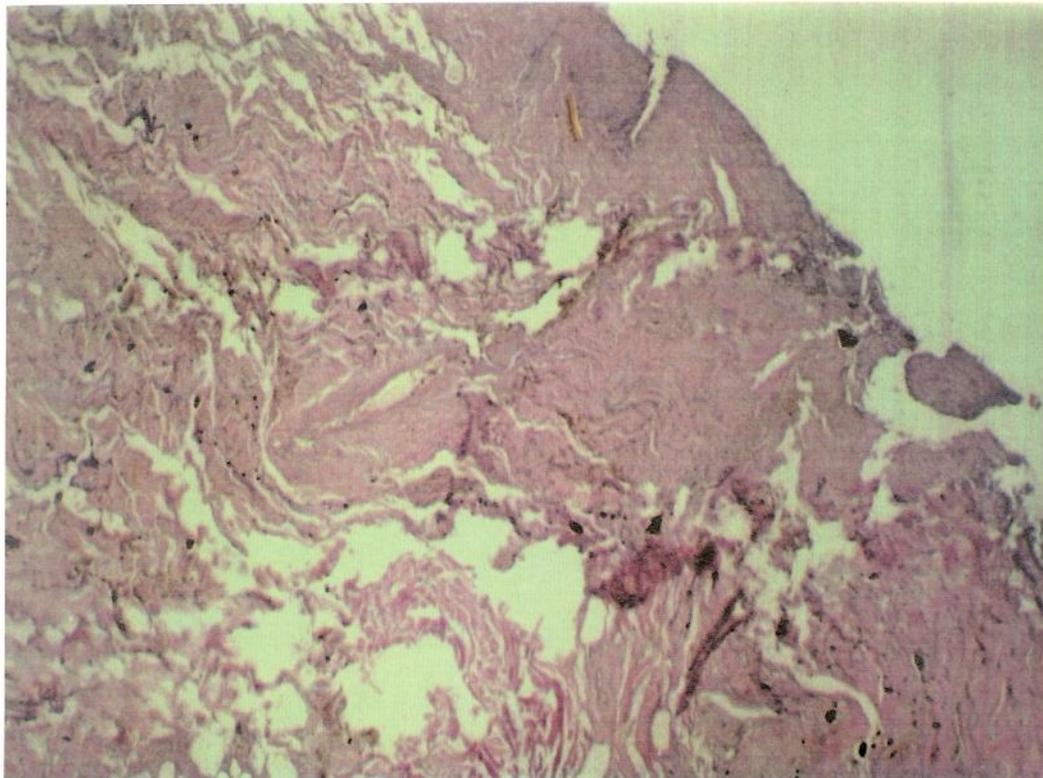


Fig. 46 Aspecto microscópico da lesão do lábio superior. Pontos escuros compatíveis com pigmento hemossiderínico.

No fragmento ósseo retirado da região temporal há desestruturação e ainda, material tipo hemossiderínico no periósteo e superfície óssea.

Nos fragmentos utilizados como controle, foram observadas apenas as alterações putrefativas e autolíticas.

O exame da cápsula que envolvia o projétil da coxa direita revelou ser de tecido fibroso com áreas de hialinização. Não havia qualquer sinal de material hemossiderínico.

#### 5.7.3.5. - Exame de espectrometria de fluorescência de Raio X.

Foram examinados fragmentos de pele ao redor das lesões na região pré-auricular direita e mandibular esquerda, no sentido de identificar de forma qualitativa metais.

Os resultados não foram significativos em confronto com as amostras-controle.

#### 5.7.3.6. - Odontológicos

O exame dos dentes não revela lesões traumáticas.

#### 5.7.3.7. - Tricológicos

Para esse exame foram utilizados cabelos retirados durante a dissecação do crânio e outros encontrados no local onde se achava o corpo.

A análise foi feita baseando-se em dados qualitativos e quantitativos do protocolo desenvolvido no DML.

Após a análise, conclui-se que os fios de cabelo confrontados são concordantes, não podendo haver exclusão em qualquer item examinado. Há, portanto, grande semelhança técnica entre eles.

#### 5.7.3.8. - Trajetórias dos projéteis no crânio

Terminadas as análises, podemos identificar que o crânio foi atingido por dois projéteis de arma de fogo.

Um deles teve como entrada a região mandibular esquerda, altura do primeiro molar esquerdo e descreveu uma trajetória e sentido da esquerda para a direita, de caudal para cranial e da frente para trás. Os ângulos aproximados são de 40 (quarenta) graus no plano coronal e 20 (vinte) graus no plano transversal. Na sua trajetória, transfixou palato, nariz, órbita direita e alojou-se no crânio (Fig. 47).

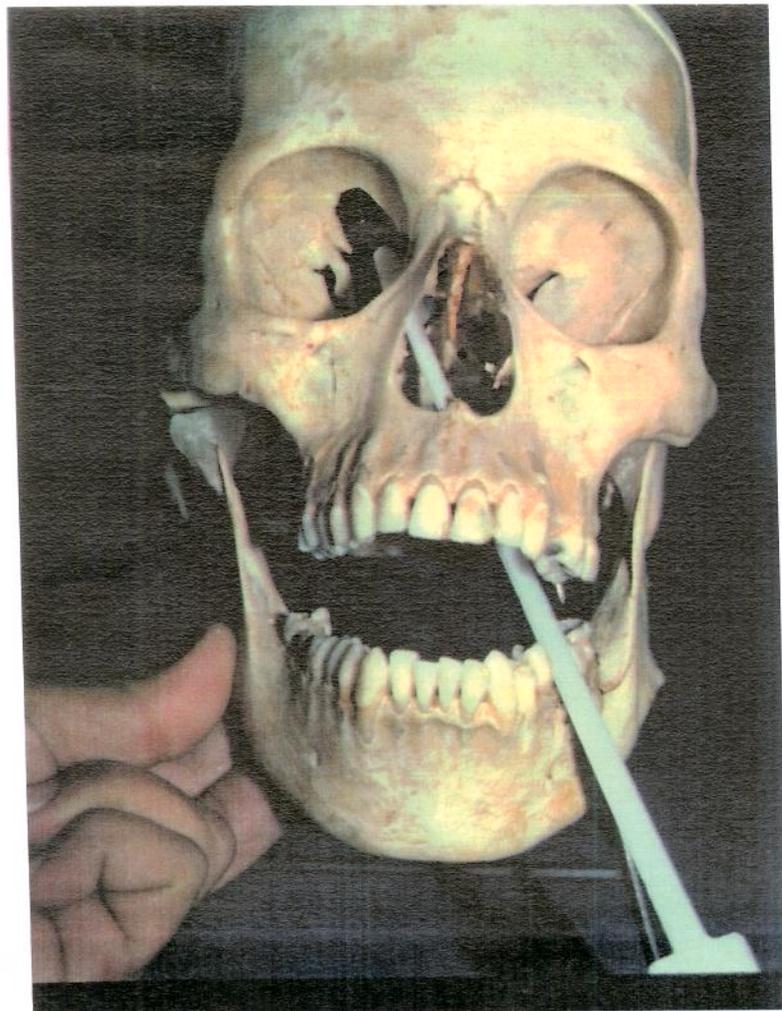


Fig. 47 Trajetória do projétil de arma de fogo que atingiu a região mandibular.

O outro projétil teve como entrada a região temporal direita com trajetória e sentido da direita para a esquerda, de cranial para caudal de trás para frente. Os ângulos aproximados são de 20 (vinte) graus no plano coronal e entre 5 (cinco) a 10 (dez) graus no plano transversal. Na sua trajetória destruiu o côndilo da mandíbula direita, provocou extensa fratura em base de temporal direito atingindo inclusive o forame magno, fraturou processos estilóides e o projétil se encravou na mandíbula esquerda onde provocou várias fraturas (Fig. 48).

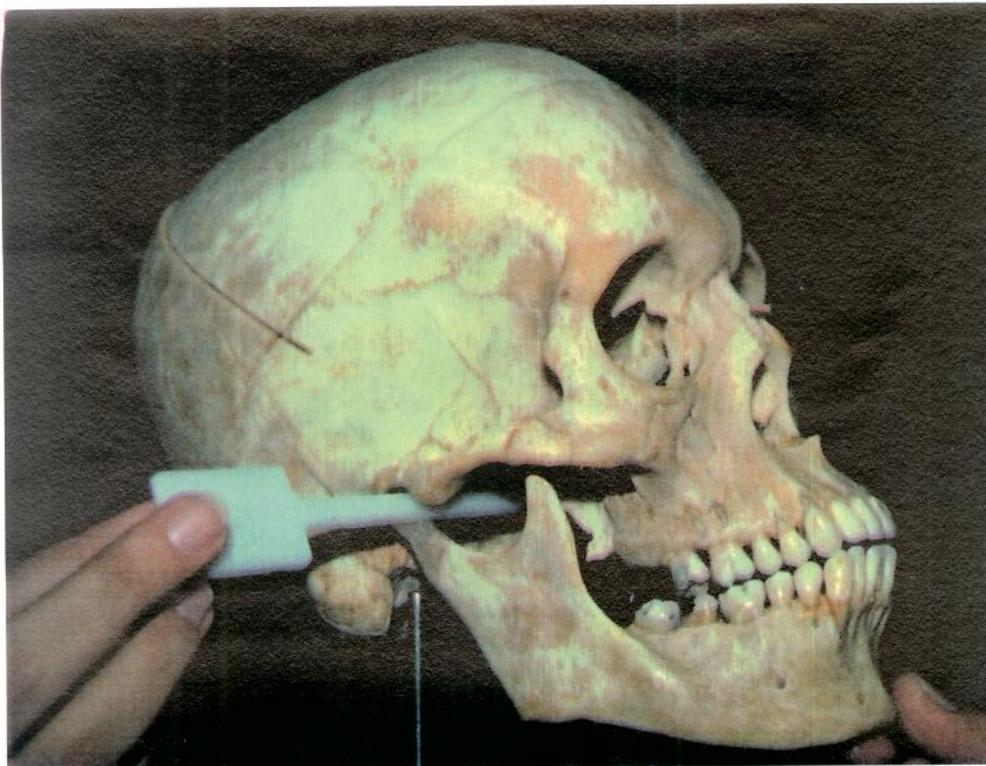


Fig. 48 Trajetória do projétil de arma de fogo que atingiu a região temporal direita.

#### 5.7.3.9. - Sobreposição de imagens

Utilizamos o crânio e a foto da vítima para a realização da sobreposição de imagens. Usando-se requisitos técnicos para eliminar distorções, observamos concordância nos pontos craniométricos. Pudemos ainda demonstrar o posicionamento exato das lesões descritas.

#### 5.7.3.10. - Trajetória no projétil do tronco

Utilizando os dados obtidos no exame necroscópico pós-exumação podemos notar que o projétil penetrante na região do hipocôndrio direito, altura da linha hemiclavicular, entre a sexta e sétima costelas, teve sentido e trajetória, da frente para trás e crânio-caudal, tendo sido retirado na região muscular entre sétima e oitava costelas à esquerda, região da linha axilar posterior, isso demonstrado pela incisão - segundo informações - realizada no primeiro exame para a retirada do projétil.

#### 5.7.4. - Reexame dos locais

Seguindo as informações do processo, pudemos observar o local em que a vítima teria recebido o primeiro disparo e onde o corpo fora abandonado e também que teria sido alvejado uma ou duas vezes. A distância entre esses locais é maior que 20 (vinte) quilômetros.

O automóvel utilizado também foi reexaminado e nenhum outro dado foi encontrado.

O local onde o corpo foi encontrado foi revisto e também nenhum outro aspecto novo foi detectado.

## CASO 7 - RESULTADOS

## PRIMEIRA PERÍCIA

Neste caso só houve respostas aos quesitos oficiais:

1. Qual a causa da morte?

R. Lesões múltiplas de vísceras por projéteis de arma de fogo.

2. Qual o instrumento ou meio empregado na produção da lesão ou lesões mortais?

R. Instrumento pérfuro-contundente.

3. Houve emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel ou de que tenha resultado perigo comum?

R. Não.

4. Houve emprego, pelo agente, de algum recurso que dificultou ou tornou impossível a defesa da vítima?

R. Não

## SEGUNDA PERÍCIA

1. Este corpo foi atingido por quatro projéteis de arma de fogo.

2. Dos quatro projéteis, um foi disparado há longo tempo e três são recentes.

3. O projétil disparado há longo tempo foi encontrado na coxa direita.
4. Dos outros três projéteis, dois atingiram o crânio e um, o tronco.
5. O projétil que atingiu o tronco teve entrada em região do hipocôndrio direito, trajetória e sentido da direita para esquerda, de frente para trás e crânio-caudal.
6. Um dos projéteis que atingiu o crânio, teve entrada em região mandibular esquerda, com sentido e trajetória da esquerda para direita, de frente para trás e caudo-cranial.
7. Um dos projéteis que atingiu o crânio, teve como entrada a região temporal direita, com sentido e trajetória da direita para esquerda, de trás para frente e crânio-caudal.
8. O projétil que atingiu o crânio em região temporal direita, foi disparado com a arma encostada no corpo.
9. O projétil que atingiu o crânio e penetrou pela região mandibular esquerda é mortal em tempo variável e foi disparado com a vítima viva (reação vital no etmóide).
10. O projétil que atingiu o crânio em região temporal direita é mortal em tempo variável.
11. O projétil que atingiu o tronco, pela sua trajetória e estimando-se as lesões causadas nos órgãos, é mortal em tempo variável.

12. Nenhum dos três projéteis que atingiu o corpo, isto é, os dois do crânio e o do tronco, levariam, isoladamente, à morte instantânea.

13. A lesão vista no lábio superior direito foi produzida em vida.

14. Não foram evidenciadas quaisquer outras fraturas ósseas a não ser em ossos do crânio e face.

15. Os fios de cabelo encontrados no local onde o corpo foi achado, são semelhantes tecnicamente aos da vítima.

16. A vítima era do tipo sanguíneo O.

#### Quesitos suplementares

1. Quantas perfurações por disparo de arma de fogo podem ser enumeradas no corpo examinado?

R. Podemos enumerar três perfurações ou ferimentos produzidos por projéteis de arma de fogo. Uma no tronco e duas no crânio.

2. O disparo de arma de fogo desferido contra o abdômen do morto, pela trajetória percorrida, causaria a morte imediata? Caso negativo, quanto tempo a vítima poderia permanecer viva? Em sendo socorrida, poderiam lhe evitar a morte?

R. As lesões causadas pelo projétil que atingiu o tronco da vítima, não levariam, com certeza, à morte imediata ou instantânea. O socorro dado à vítima poderia ter ocorrido, porém, não é possível estimar o tempo que a vítima sobreviveria sem atendimento. O aspecto de que o atendimento médico poderia evitar a morte também é provável.

3. Dentre as perfurações vistas no corpo, motivo do exame, qual delas provocou a morte?

R. As lesões causadas pelos projéteis disparados contra a vítima são graves e, isoladamente, cada disparo acompanhado das lesões causadas, poderia levar a óbito. Não existe possibilidade técnica de avaliação de qual lesão tenha provocado a morte. Nestes casos devemos analisar a seqüência provável dos disparos e o agravamento da situação clínica com as subseqüentes lesões. A somatória das lesões causadas pelos projéteis é que provocou o óbito.

4. Outros dados esclarecedores da “causa mortis” a critério da douda criminalística.

R. Ver resposta ao 3 quesito e o item conclusões.

## 5.8. - CASO 8 (OCCJ)

### 5.8.I - Solicitação

Neste caso, em fase processual, a solicitação para exumação e novo exame necroscópico foi feita pelo Promotor Público tendo em vista que o laudo necroscópico inicial não revelava, nas lesões produzidas pelos projéteis de arma de fogo, os aspectos clássicos, além de não haver descrição das trajetórias. Outro aspecto é de que o exame foi realizado no período noturno, o que poderia ter trazido erros de interpretação.

### 5.8.II - Resumo de dados do processo

Homem, branco, com 40 anos foi alvejado por projéteis de arma de fogo em uma sala de trabalho. Estava a vítima sentada e o atirador no lado oposto. Eles discutiam sobre vários assuntos quando, segundo o atirador, a vítima teria se abaixado para pegar uma arma na gaveta. Nesse momento, o assassino teria levantado da cadeira, sacado da arma e disparado quatro vezes de forma seqüencial e deixado o local correndo.

Junto com o assassino e a vítima, outra pessoa assistiu parte da cena, confirmando que a vítima teria se abaixado para pegar algo na gaveta ou então no início de um movimento de sair da cadeira e tentar pegar algo em um arquivo de aço, que estava a sua direita e um pouco atrás da mesa.

### 5.8.III - Laudo necroscópico inicial

Cadáver de adulto, vestindo apenas calção de nylon fantasia, dentes ausentes na arcada superior, mas presentes e bem conservados na arcada inferior. Altura de 1,75 m. Exame Externo: 1 - Ferimento pérfuro-contuso de 0,5cm de diâmetro, com zona de contusão e enxugo, típico ferimento de entrada de projétil balístico, situado em região occipito-temporal à direita; 2 - Ferimento pérfuro-contuso de 0,5cm de diâmetro, com zona de contusão e enxugo, típico ferimento de entrada de projétil balístico, citado em região lombar esquerda; 3 - Ferimento pérfuro-contuso de 0,5cm de diâmetro, com zona de contusão e enxugo, típico ferimento de entrada de projétil balístico, situado em região dorsal direita. 4 - Ferimento pérfuro-contuso de 0,5cm de diâmetro, com zona de contusão e enxugo, típico de ferimento de entrada de projétil balístico, situado em sulco vertebral de coluna lombar; 5 - Drenagem torácica em linha média à direita e esquerda. Exame Interno: Crânio: Ferimento de entrada de projétil balístico em nível occipito-temporal direito, orientou-se para baixo, transfixando o palato e alojando-se na arcada gengival após seccioná-la. Fratura de 19,0cm irregular, temporal direito e occipital. Tórax: Projétil balístico penetrou no quinto espaço intercostal à direita, orientou-se para a esquerda, transfixou lobo inferior do pulmão esquerdo, saindo pelo sétimo espaço intercostal anterior esquerdo, alojando-se na musculatura peitoral. Hemitórax de 800ml. Abdômen: Projétil balístico penetrou pela região lombar esquerda, transfixou rim esquerdo, alças intestinais alojando-se no mesentério. Projétil balístico penetrou rente à coluna lombar, orientou-se para a direita, transfixou o lobo direito do fígado alojando-se junto à vesícula biliar. Hemoperitônio de 500ml.

Conclusão: - A vítima veio a falecer em consequência de Anemia Aguda Traumática devido a ferimento por arma de fogo.

#### 5.8.IV - Esclarecimentos técnico-periciais

Nesse caso havia apenas uma foto do local que tinha sido completamente modificado antes da perícia. A vítima foi removida para um hospital onde veio a falecer.

### SEGUNDA PERÍCIA

#### 5.8.1. - Exumação

A exumação foi realizada 1 (um) mês e 11 (onze) dias após a inumação.

Conforme regras gerais, todo o procedimento técnico-burocrático foi realizado.

O corpo estava inumado em sepultura de tijolos, abaixo do nível da terra, ocluída por lajes de cimento pré-moldado.

Aberta a sepultura, a urna foi retirada com cuidados técnicos, identificada, aberta e no seu interior o corpo em fase coliquativa de putrefação com áreas esqueletizadas.

Antes de iniciarmos o exame necroscópico, o corpo e todo o material de dentro da urna foi radiografado (Fig. 49).



Fig. 49 Urna com o corpo na sala de exames radiológicos.

### 5.8.2. - Exame necroscópico

A abertura da urna na sala de exames necroscópicos revela um corpo em fase coliquativa da putrefação com áreas de extremidades, como pés e mãos, já em início de esqueletização.

Trajava paletó de lã bege-claro, camisa branca, gravata azul-marinho e calça de veludo marrom.

A região do corpo apresentava áreas de mumificação da pele principalmente em face anterior do tórax. Ao nível da face ventral do abdômen, notou-se que a pele estava mais friável e mais clara.

Presença de incisão mento-púbica e outra indo do flanco esquerdo, atingindo região inguino-crural esquerda, região pubiana até a inguino-crural direita, ambas suturadas.

No hemitórax esquerdo, altura do nono espaço intercostal, linha axilar média, há outra incisão suturada que se prolonga até região escapular, altura do quarto espaço intercostal, junto à goteira para-vertebral.

No hemitórax direito, entre oitavo e nono espaços intercostais, linha axilar anterior e média, há incisão cirúrgica suturada com fio de algodão preto, realizada para drenagem do hemitórax direito.

Na superfície externa do tórax, na região infra-mamária esquerda, há uma área mais escura (local que corresponde ao ponto de impacto de projétil nessa região, pela face interna, segundo laudo inicial).

Na face dorsal do tronco, constatamos duas áreas de tonalidade azulada com diâmetro aproximado de 5,0 centímetros cada. Uma na região infra-escapular direita e outra, na região lombar esquerda, entre a segunda e terceira vértebras.

Apesar do adiantado grau de putrefação, a pele da face posterior do corpo encontrava-se em boas condições de análise.

Em razão da técnica utilizada no primeiro exame, fez que os ferimentos produzidos pelos projéteis de arma de fogo, fossem utilizados como ponto de partida nas incisões para a localização dos mesmos e com isso ocorreram intensas modificações, restando-nos a tentativa de identificar estes ferimentos pela face interna. Neste método também está incluído o auxílio radiológico, para que as estruturas ósseas pudessem-nos auxiliar no esclarecimento dos pontos de impacto dos projéteis.

Abrimos as cavidades torácica e abdominal utilizando a mesma incisão realizada no primeiro exame.

O exame interno revela no tórax ferimento circular no sexto espaço intercostal à direita, com acometimento do sétimo arco costal, exatamente em seu ângulo posterior, ponto de inserção do músculo íleo-costal dorsal. O ferimento correspondente a este, pelo lado externo, foi parcialmente seccionado no primeiro exame. Notamos que o orifício descrito internamente estava sob a escápula direita que se mostrava íntegra (Fig. 50).

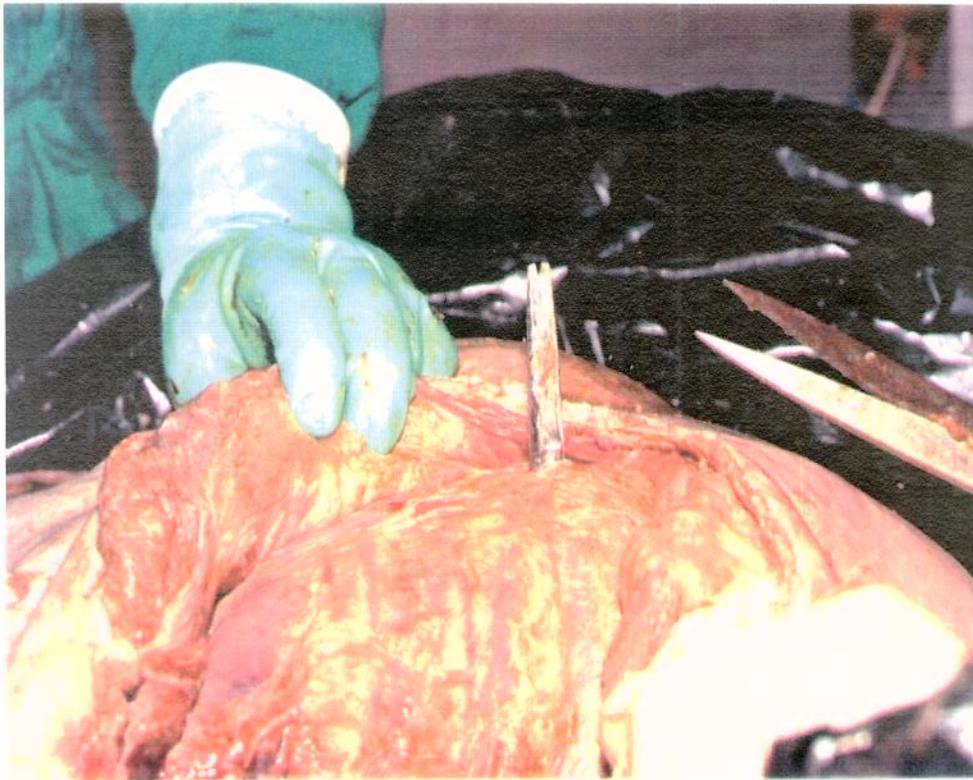


Fig. 50 Corpo em decúbito ventral com vista da região póstero-lateral direita do tronco. O deslocamento cranial da escápula permitiu a passagem da tesoura cirúrgica pelo orifício no sexto espaço intercostal.

No hemitórax esquerdo, observamos um ferimento circular no sexto espaço intercostal, linha média-clavicular e tendo uma correspondência com a área escura descrita na face externa (Fig. 51).

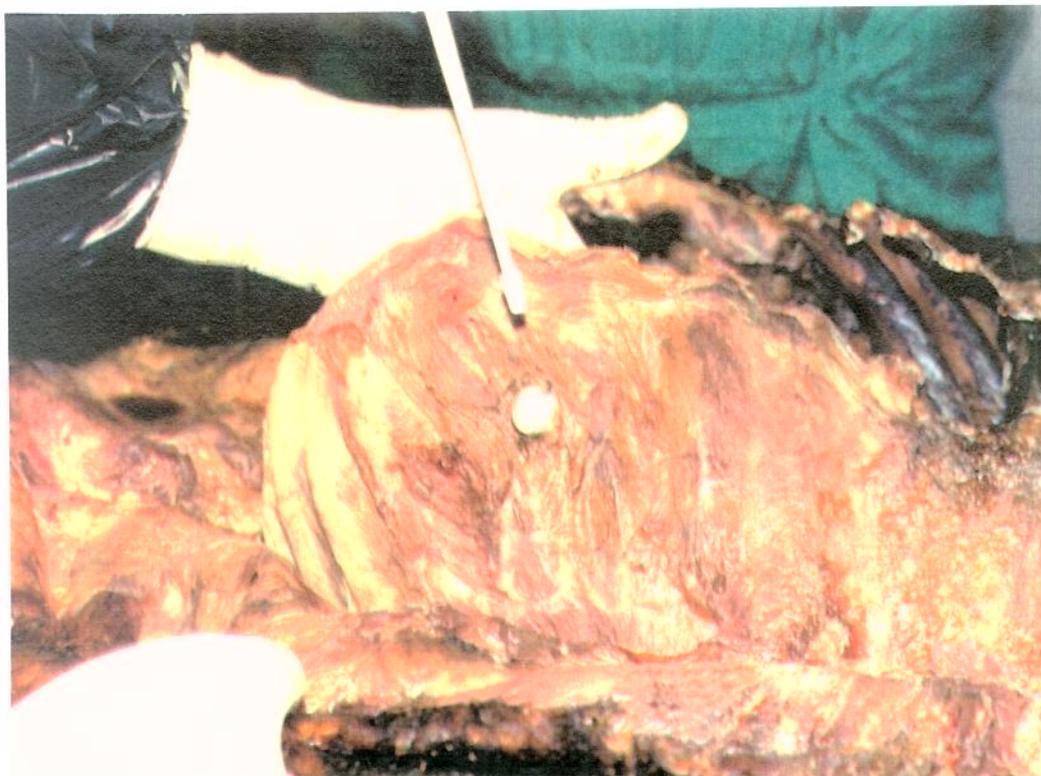


Fig. 51 Vista da face lateral esquerda do tronco após terem sido rebatidos a pele e o tecido subcutâneo. O estilete revela o ferimento do sexto espaço intercostal esquerdo.

No exame radiológico de ambos os ferimentos observamos fratura de arcos costais.

Na cavidade abdominal, região do flanco esquerdo, encontramos área de impregnação hemática junto à loja renal esquerda, exatamente no local onde fora realizada uma das incisões no primeiro exame necroscópico. Nesse local, segundo o laudo inicial, teria passado um dos projéteis.

Na coluna vertebral, a nível da primeira vértebra, encontramos área de lesão com arrancamento das apófises transversa e

mamilar esquerdas, deixando no local impregnação hemática. O exame radiológico desta região revelou, além do arrancamento, pequenos pontos metálicos, confirmando assim a passagem de projétil de arma de fogo.

Não se observaram outras lesões na cavidade abdominal.

No crânio, encontramos, na região parietal direita, um orifício circular com 0,8 centímetros de diâmetro, localizado a 6,0 centímetros da sinostose sagital, a 4,5 centímetros da sinostose lambdóidea ou parieto-occipital direita, a 6,5 centímetros da sinostose parieto-temporal direita e a 7,5 centímetros da sinostose fronto-parietal direita. Este ferimento tinha características de orifício de entrada de projétil de arma de fogo, com fratura de bordas internas maior que a mesma nas bordas externas. Não existia ferimento correspondente a este no couro cabeludo, que em função do exame anterior e do processo putrefativo, estava em boa parte destruído. O exame radiológico desta região revelou fragmentos metálicos na borda da tábua óssea externa.

Esse orifício estava parcialmente deformado, devido à linha de fratura óssea que ia da região temporal direita à parietal esquerda.

Na região próxima à sinostose parieto-temporal direita, havia área de perda óssea, parcialmente seccionada devido à técnica utilizada para a abertura do crânio no primeiro exame.

Presença de extensas linhas de fratura em toda a base do crânio e face que sofreram a ação do projétil de arma de fogo.

Usando-se o orifício de entrada do projétil de arma de fogo descrito na região parietal direita e, o dado do primeiro exame de que o projétil fora encontrado na maxila, estimamos o sentido e trajetória daquele que sob o aspecto anatômico, em posição ortostática e não no da dinâmica espacial, deu-se de cima para baixo, de trás para a frente e voltado da direita para a esquerda.

O estudo dos dentes revelou que o indivíduo era edentado superior e na mandíbula apresentava apenas 6 (seis) dentes.

Medimos também, ossos longos, como o fêmur esquerdo com 47,0 centímetros e o úmero direito com 34,0.

Foram retirados para exames posteriores: o crânio, 3 (três) vértebras cervicais iniciais, 8 (oito) arcos costais à direita, 2 (dois) à esquerda e o conjunto de 4 (quatro) vértebras, sendo a última torácica e as 3 (três) primeiras lombares.

### 5.8.3. - Exames subsidiários

#### 5.8.3.1. - Radiológicos

O exame radiológico realizado nos laboratórios da

Universidade revelou:

- Partículas de metal na borda do orifício da região parietal direita.

- Partículas de metal em ossos da base craniana e face.

- Ausência de partículas de metal na área de perda óssea na região têmporo-parietal direita.

- Partículas de metal no sétimo arco costal direito, região posterior em área de fratura (Fig. 52).



Fig. 52 Radiografia de arcos costais com fragmentos metálicos - seta.

- Partículas de metal no sexto arco costal esquerdo, região anterior, com fratura na sua borda inferior.

- Partículas de metal na primeira vértebra lombar com fratura de suas apófises transversa e mamilar esquerda (Fig. 53).

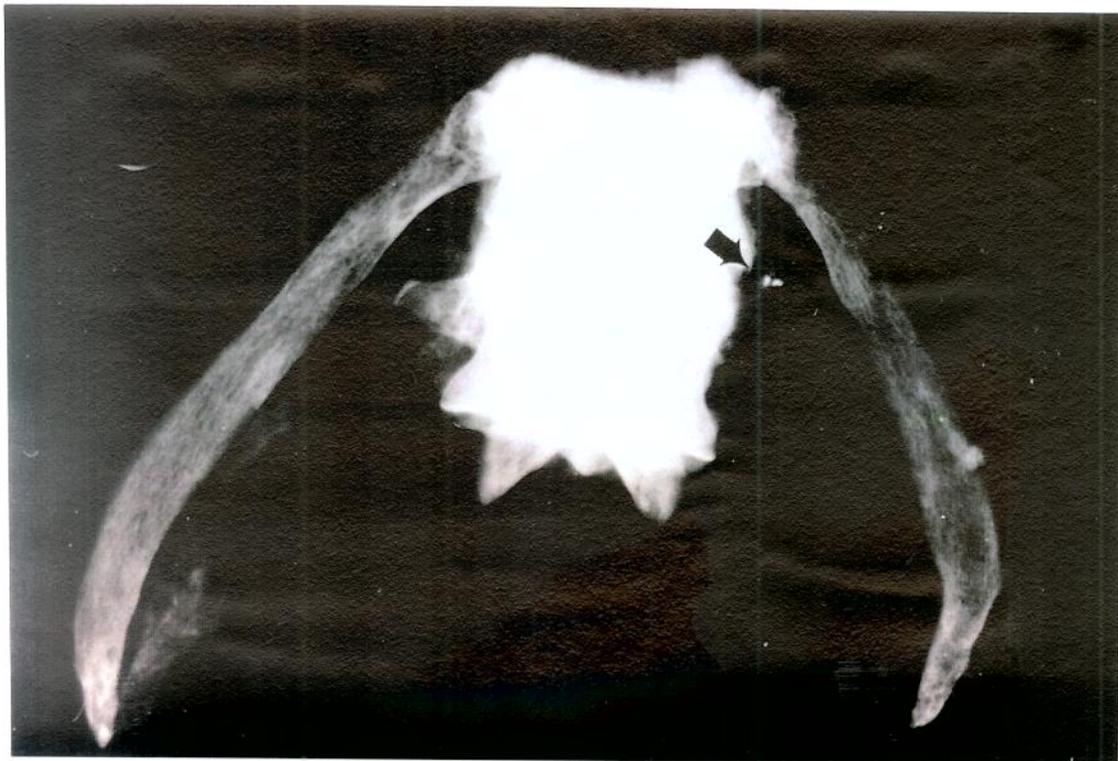


Fig. 53 Radiografia com fragmentos metálicos na região da primeira vértebra lombar - seta.

#### 5.8.3.2. - Dissecção

Finda a limpeza, todo o material pôde ser analisado com maior clareza e critério.

### Crânio

- Orifício em região parietal direita com 0,8 centímetros de diâmetro, apresentando fratura de bordas internas maior que a externa.

- Área de perda de tecido ósseo próximo à sinostose têmporo-parietal direita, medindo 2,5 x 1,5 centímetros, com bordas irregulares (Fig. 54).

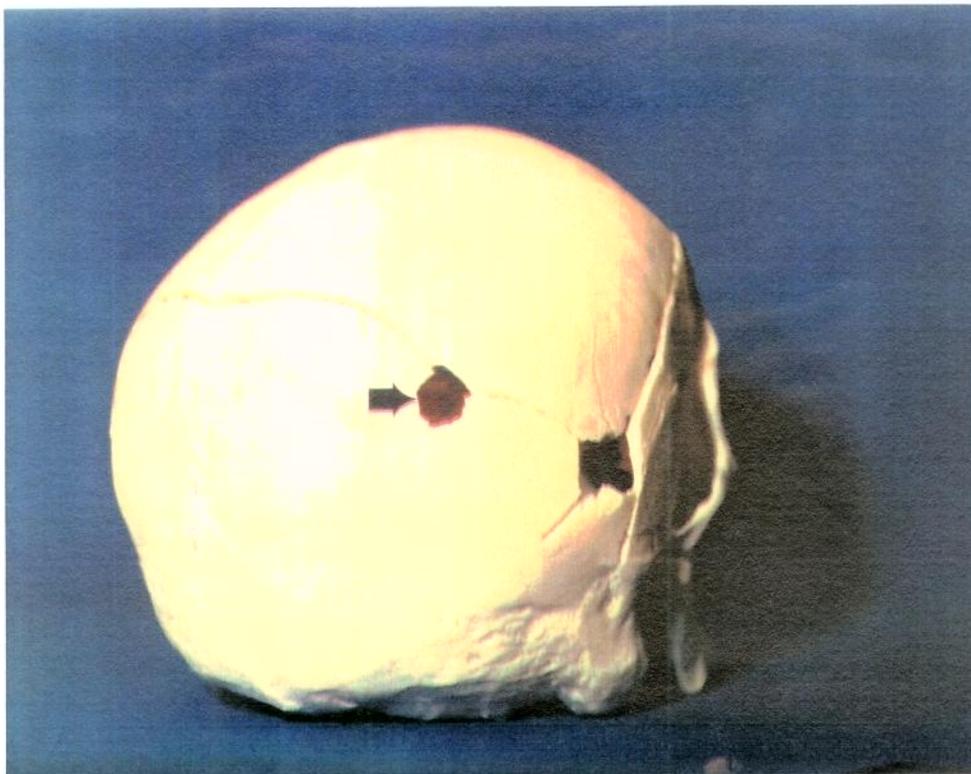


Fig. 54 Crânio - vista póstero-lateral direita. Presença de orifício produzido pelo projétil de arma de fogo - seta - e área com perda de tecido ósseo decorrente da ação de instrumento contundente.

- Fratura do osso temporal direito desde o rochedo até a asa maior do esfenóide direito.
- Disjunção das sinostoses têmporo-parietal, zigomático-frontal e zigomático-temporal, todas à direita.
- Linha de fratura na face externa da asa maior direita do esfenóide.
- Fratura do osso molar direito com perda de substância óssea em região ântero-lateral direita e central.
- Linha de fratura em osso molar esquerdo.
- Linha de fratura desde a área de perda de tecido ósseo em região têmporo-parietal direita, até osso parietal esquerdo com aproximadamente 17,0 centímetros. Seqüência da linha de fratura com área de "lasqueamento" em região parietal esquerda, até atingir a região aberta por meio de serra (primeiro exame).
- Fratura com perda de substância óssea em asa maior direita do esfenóide.
- Fratura com perda de substância óssea em teto de órbita direita (osso frontal).
- Fratura de porção direita da sela túrcica.
- Fratura com perda de substância óssea de dois terços posteriores da lâmina crivosa do esfenóide.

#### Arcos Costais

Fratura com perda de substância óssea, em margem superior da porção posterior do sétimo arco costal direito (aspecto de fratura provocada por força atuante em sentido pósterio-anterior).

- Fratura com perda de substância óssea, em margem inferior do sexto arco costal esquerdo, próxima à cartilagem costal (aspecto de fratura provocada por força atuante em sentido pósterio-anterior).

Vértebras

- Fratura das apófises transversa e mamilar da primeira vértebra lombar à esquerda (Fig. 55).

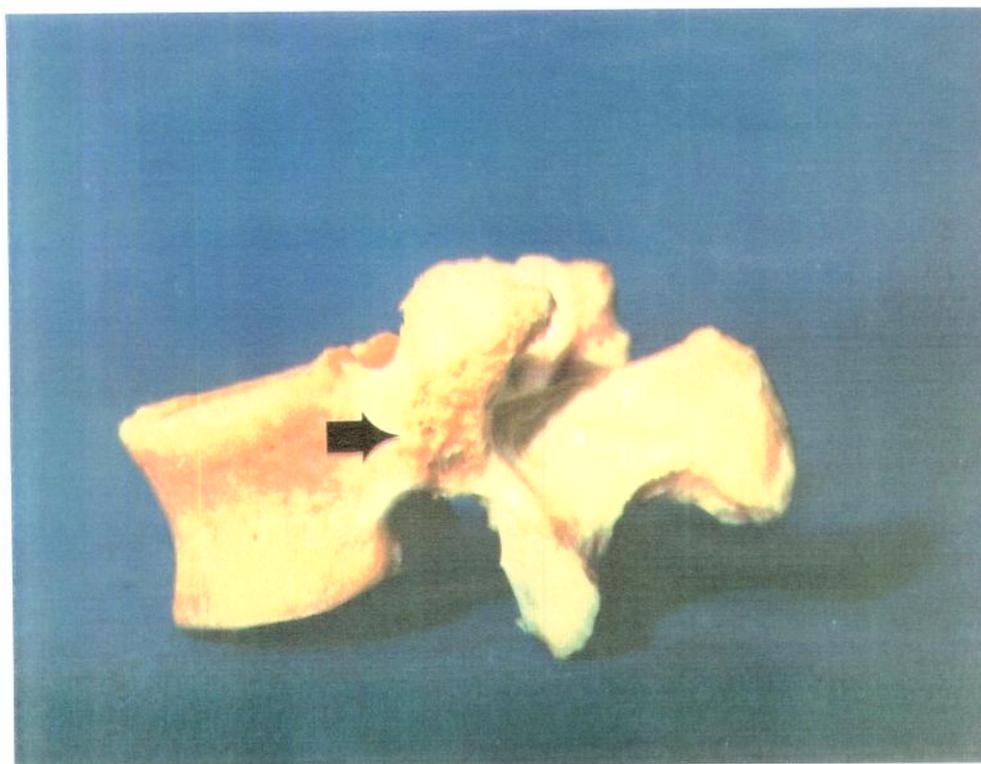


Fig. 55 Primeira vértebra lombar. Área de arrancamento das apófises transversa e mamilar esquerdas - seta.

#### 5.8.3.3. - Sobreposição de imagens

Utilizando-se uma foto e o crânio da vítima, realizamos o exame de sobreposição de imagens com técnica computadorizada. Todos os pontos craniométricos examinados foram coincidentes (Fig. 56).

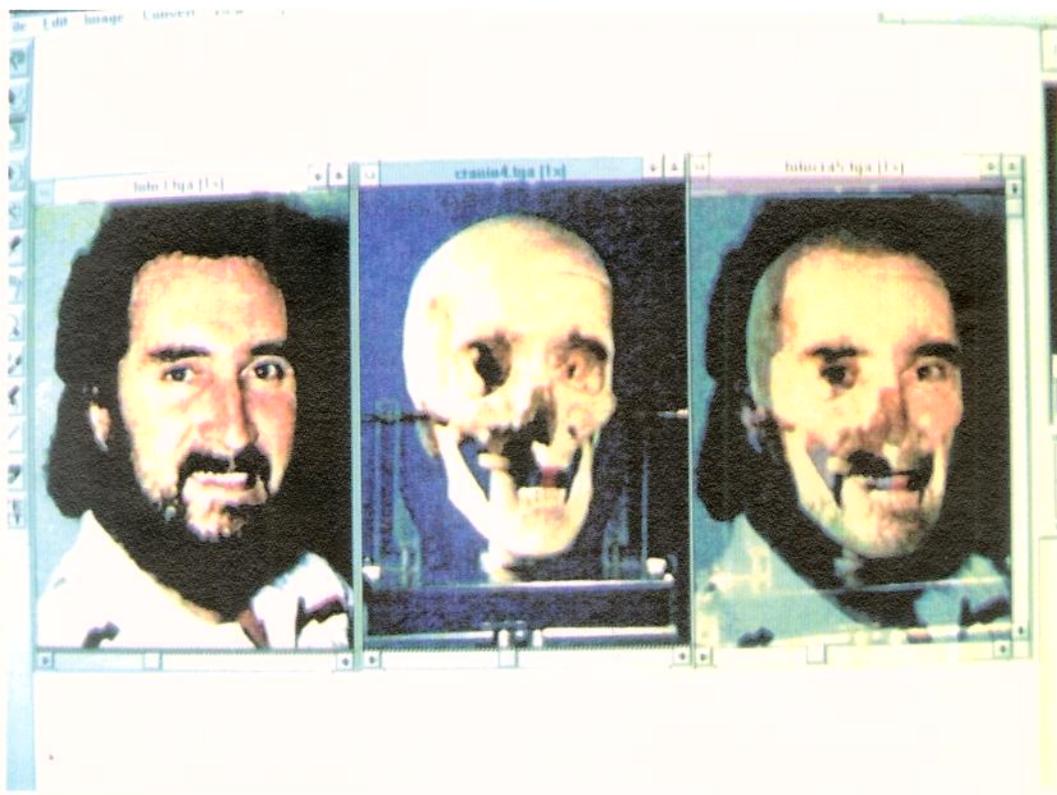


Fig. 56 Sobreposição de imagens evidenciando a concordância dos pontos craniométricos.

#### 5.8.3.4. - Estudo anatômico

Neste caso tínhamos necessidade de realizar um estudo de estruturas anatômicas, de forma estática e dinâmica, para a perfeita demonstração da trajetória dos projéteis no tórax e abdômen.

Assim foi possível demonstrar o porquê da escápula direita não ter sido atingida quando da penetração do projétil na

região torácica pósterio-superior direita. A mesma, com o movimento de elevação do membro superior, desloca-se para cima e para a lateral externa, com isso o projétil não a atingiu.

Com o exame anatômico, pudemos comprovar que o projétil de arma de fogo que atingiu a região para-vertebral esquerda, não poderia ter atingido o fígado, já que sua trajetória fora oposta. Assim, o projétil de arma de fogo que penetrou na região lombar esquerda é que deve tê-lo atingido.

#### 5.8.4. - Reexame do local

Nesse caso, pudemos junto com os peritos criminais, participar da reconstituição do crime. Os dados referidos pelas pessoas envolvidas, propiciaram-nos uma análise completa de todo o caso.

## CASO 8 - RESULTADOS

### PRIMEIRA PERÍCIA

Neste caso só existem respostas aos quesitos oficiais.

1. Houve morte?

R. Sim.

2. Qual a causa?

R. Anemia aguda traumática.

3. Qual a natureza do agente, instrumento ou meio  
que a produziu?

R. Instrumento pérfuro-contundente.

4. Foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por outro meio insidioso ou cruel?

R. Não.

## SEGUNDA PERÍCIA

1 - Examinamos o cadáver de um indivíduo do sexo masculino, de cor branca, em adiantado grau de decomposição e medindo aproximadamente 1,75 metros.

2 - Os projéteis de arma de fogo que atingiram este corpo, penetraram pela face posterior e lateral.

3 - Há elementos técnicos e materiais que comprovam a passagem de três projéteis por estruturas ósseas deste corpo, permitindo definir áreas de entrada e trajetórias.

4 - Há elementos sugestivos de que este corpo tenha sido atingido por pelo menos um projétil, a nível da região do flanco esquerdo, sem ter deixado materialização de sua passagem por estruturas ósseas.

5 - A provável trajetória e sentido do projétil de arma de fogo que atingiu a região do flanco esquerdo, deu-se da esquerda para a direita, de trás para frente e de baixo para cima, considerando-se o corpo em posição anatômica ortostática.

6 - A trajetória e sentido do projétil de arma de fogo que atingiu a região lombar esquerda, deu-se da esquerda para a direita, de trás para frente e discretamente voltado de cima para baixo, considerando-se o corpo em posição anatômica ortostática.

7 - A trajetória e sentido do projétil de arma de fogo que atingiu a região escapular direita, deu-se da direita para esquerda, de trás para frente e de cima para baixo, considerando-se o corpo em posição anatômica ortostática.

8 - A trajetória e sentido do projétil de arma de fogo que atingiu a região parietal direita, deu-se da direita para esquerda, de trás para frente e de cima para baixo, considerando-se o corpo em posição anatômica ortostática (Fig. 58).



Fig. 58 Crânio - vista interna revelando a trajetória do projétil de arma de fogo que atingiu a região parietal direita.

9 - As fraturas existentes na região têmporo-parietal direita com perda de tecido ósseo são decorrentes da ação de instrumento contundente, que atingiu o crânio posteriormente ao projétil.

10 - As fraturas existentes em ossos da base do crânio e nos da face são decorrentes da passagem do projétil de arma de fogo que penetrou pela região parietal direita.

11 - No momento em que o projétil de arma de fogo atingiu a região escapular direita, a escápula estava deslocada para cima e para o lado, já que não visualizamos na mesma qualquer lesão que corresponda ao ferimento encontrado na região.

12 - Não encontramos qualquer evidência de lesões de defesa no corpo examinado.

## 6 - DISCUSSÕES

"A ignorância aceita e a indiferença tolera o reinado das mediocridades"  
(José de Alencar)

Utilizando a forma clássica de discussão, iniciaremos esse item reavaliando, caso a caso, as dificuldades encontradas para a segunda perícia conseguir resolver problemas que, com certeza, poderiam e em muitos casos deveriam ter sido resolvidos no primeiro exame.

A análise de todos os casos e as conclusões já mostradas, em forma de resultados, revelam que os objetivos da segunda perícia foram, se não totalmente, pelo menos em grande parte atingidos.

A intenção é tentar demonstrar que as nossas metas foram atingidas não só com o esclarecimento dos casos aqui apontados, mas ressaltando onde estão os princípios falhos, pessoais e institucionais. Nesse sentido, nossa discussão passa a ter três momentos: um técnico, onde há a confrontação entre os dados do primeiro com o segundo exame; um crítico e um geral, onde todo um pensamento teórico será utilizado para que a nossa conclusão possa ser, de forma objetiva e direta, entendida e utilizada.

Alguns casos foram agrupados, pois são próximos em termos de raciocínio.

## 6.1. - TÉCNICA

### VI.1.A.. - Casos 1 e 4

Nesses casos, como ficou consignado anteriormente, o elemento principal de investigação prende-se na determinação da distância dos disparos e dos ângulos de penetração dos projéteis.

Essas dúvidas são pertinentes, já que classicamente os disparos efetuados a curta distância e à distância, apresentam dados objetivos que ao perito experiente não podem passar despercebidos, e muito menos, deixarem de ser consignados em seus laudos.

É bom salientar também que, em função do avanço tecnológico, os conceitos clássicos descritos nos livros de Medicina Legal publicados até bem pouco tempo, abrangem alguns assuntos de forma simplista. Face ao crescente avanço da balística forense, com a utilização de armas com alto poder de impacto, de penetração, de destruição e de velocidade, as características dos orifícios de entrada e saída já sofreram modificações estruturais, mas não são de conhecimento da maior parte dos médico-legistas e também dos peritos criminais. Esses conhecimentos não são apresentados e discutidos.

Na primeira perícia, notamos preocupação com a descrição de orifícios no que tange à região, à trajetória e ao sentido dos projéteis. Não há referências quanto aos orifícios, no sentido de diâmetros, orlas ou halos, e se suas bordas são invertidas ou evertidas. Ora, estas observações são básicas para um legista frente a casos de vítimas atingidas por projéteis de arma de fogo. Pode-se observar que com a simples descrição dos orifícios de entrada, de forma coerente e clássica, o aspecto da distância poderia ser esclarecido.

Um outro dado, são os locais de penetração dos disparos. Vejam, por exemplo, no Caso 1, dois disparos atingiram a região do crânio e cervical quase juntos, com quase o mesmo ângulo de inclinação. Esse

aspecto mereceria, no mínimo, uma discussão no laudo inicial, já que dificilmente a 100 (cem) metros, um corpo seria atingido duas vezes quase no mesmo local pelas nossas armas convencionais, utilizadas no meio civil, tais como calibres 22, 32, e 38 ou até as 7.65, 6.35 ou 45. No entanto, esse fato tem uma interpretação diferente se a arma utilizada for um fuzil de repetição, com projéteis de alta energia. Assim fica difícil interpretar os achados de forma simplista. O perito tem que ter conhecimento para poder opinar e não cometer erros. Mesmo a curta distância, essa coincidência seria possível somente com o corpo quase estático e com disparos sucessivos.

Vejam ainda o disparo efetuado no dedo da mão esquerda no Caso 4, seria impossível não haver halos que caracterizassem o disparo a curta distância, porque mesmo depois de meses conseguimos identificar micropartículas metálicas no osso. Com muito mais propriedade e elementos, os peritos oficiais poderiam ter descrito e demonstrado a distância deste disparo.

Nesse caso não houve uma descrição completa das lesões produzidas pelo disparo que atingiu a boca da vítima. Esse disparo é peculiar. Qual a possibilidade de a 100 (cem) metros um disparo atingir a boca de um indivíduo com o sentido e trajetória descritos? Praticamente quase nula; além disso, o prudente seria interpretar todos os achados, correlacionados com o disparo, para formular-se um raciocínio lógico. Os dados relacionados às fraturas dentárias, com suas características particulares, não foram valorizados e isso é objeto de crítica. Dessa forma, somando-se todos os elementos aqui apontados de forma simplista, até podemos afirmar que é impossível este disparo ter sido efetuado a cerca de 100 (cem) metros. O cortejo de dados nega essa possibilidade.

Nesses dois casos, 1 e 4, podemos ainda constatar um outro aspecto de suma importância. Nos laudos iniciais verifica-se a descrição das lesões e o aspecto intracraniano. Pode-se observar que na segunda perícia, em ambos, os crânios estavam íntegros. Como então foram descritos aspectos intracavitários? Esse aspecto junto com outros serão revistos no final deste item.

## VI.1.B. - Caso 2

Pela própria leitura deste caso notam-se as falhas cometidas na primeira perícia.

Para qualquer legista, o trabalho ou exame de corpos em putrefação é penoso. Entretanto, isso não pode e nem deve interferir na condução pericial. O perito na sua formação tem que saber optar ou assumir sua função plenamente, ou será eternamente um pseudoperito, e o que é pior, pernicioso à sociedade que espera dele uma atuação firme, como profissional de fé pública, e não ser enganada pelo comodismo, negligência ou imprudência de seus atos.

É da atuação consciente e competente do perito que os achados necroscópicos pós-exumação possam vir a corrigir falhas do primeiro exame e esclarecer fatos frente à sociedade. Nesse caso tem-se a nítida impressão de que não houve exame inicial. Com efeito, quando da abertura da urna após a exumação, apenas a mandíbula estava limpa e colocada fora da posição anatômica. Some-se ainda a falta de ficha dentária do odontólogo onde pela simples inspeção afirmou a identificação. E as lesões ósseas? Eram visíveis e facilmente identificáveis. Por que não foram vistas? A resposta é simples. Os restos mortais não foram examinados com a técnica devida. Outro dado complementa este aspecto. Não existe no laudo qualquer referência à medida dos ossos, aspectos anatômicos característicos que, inclusive, pudessem afirmar que se tratava de homem ou mulher, branco ou não-branco e altura estimada.

Pelas observações aqui apresentadas, nota-se que casos em que os elementos periciados deveriam ter sido valorizados e anotados, com a utilização de um protocolo mínimo para os casos de identificação, não tiveram a devida atenção dos peritos. Estes acabaram aceitando um testemunho superficial do odontólogo da família, para que baseados em um único elemento apresentassem a identificação da vítima.

É lastimável, mas a experiência tem mostrado que esta é a nossa realidade.

## VI.1.C. - Caso 3

Antes mesmo de abordarmos o caso em si, é necessário frisar que em todos os casos periciais de morte de autoria desconhecida, a regra criminal e pericial determina que se esgotem todos os recursos e técnicas para demonstrar o homicídio, e somente quando não se consegue este intento pode-se admitir a hipótese do suicídio sempre robustecida por provas materiais.

Este caso apresentava como dúvida fundamental, este particular. Havia uma versão de suicídio, mas a família mesmo depois do exame necroscópico, bem como a autoridade policial, tinham dúvidas se não teria sido homicídio.

O DML ao receber toda a documentação para exame, após análise, entendeu que existiam elementos que se bem explorados, poderiam esclarecer as dúvidas levantadas pelos familiares e pela autoridade policial.

No histórico havia uma afirmação de que a vítima estava alcoolizada, mas não existia nenhum exame que confirmasse a alegação.

A descrição necroscópica era simples e resumida, não explorou e nem se preocupou em apresentar uma descrição do exame externo do cadáver com eventuais escoriações, hematomas, punções sangüíneas. Restringiu-se a afirmar que o orifício de entrada de projétil de arma de fogo foi na boca, com fratura dos incisivos superiores esquerdos, mas não diz que tipo de fraturas, se a nível de coroa ou raiz ou qualquer outro detalhe mais significativo a quem não podendo ver, pudesse pelo menos entender. Prossegue: perfurando a região do maxilar esquerdo, em que face? qual sentido?, pior, refere que houve perfuração de órbita esquerda, mas em que parede, como afirmar? se logo em seguida coloca entre parênteses "o que evidencia o hematoma peri-orbitário esquerdo". Isso não é elemento de certeza, quando muito um dado indireto que pode ou não corresponder à realidade, já que em um grande número de casos ocorre que pela pressão intracraniana dos disparos efetuados encostados ou próximos, há progressão das ondas de energia do projétil que lesam os ossos e pequenos vasos responsáveis pelos hematomas peri-orbitários. Nem sempre as fraturas estão

presentes e muito menos os projéteis penetram na cavidade orbitária. Neste caso ainda pior, na trajetória seria impossível perfurar a órbita esquerda, pois o projétil foi encontrado na região occipital esquerda. Só pela descrição do primeiro exame há de se observar que já existem contradições.

Existiam por sua vez, dados consignados que, isoladamente, levam-nos à convicção do suicídio, somados a outros fatores que podem contribuir para este raciocínio. Assim, o fato de existir prova residuográfica positiva na mão da vítima é uma prova material importante, mas, como este material foi colhido? O que foi pesquisado? Qual a técnica? Colheram material de outras partes do corpo da vítima para exame, para servir como contraprova? Qual a profissão da vítima? Sabemos que as provas residuográficas são falhas, dependendo de como são realizadas e do que é pesquisado. Por exemplo: se formos pesquisar chumbo, temos que ter muito cuidado. Os frentistas de postos de gasolina, os mecânicos de carro, os motoristas de caminhões de combustíveis, tinham sempre testes positivos para chumbo, independente de usarem ou dispararem armas. A gasolina e o diesel possuem partículas de chumbo na sua composição, daí a importância de se saber interpretar os exames.

Não há qualquer referência se colheram material das mãos da mulher, uma vez que ela estava presente na cena do crime. Logo não pode ser afastada a hipótese de ela ter participado do evento.

Por esses pequenos pormenores é que entendemos ser muito difícil chegar-se a uma conclusão por elementos indiretos. Surge, então, a necessidade de se realizar a exumação e tentar colher elementos confiáveis para as conclusões.

Convém aproveitar este momento também para reforçar um ponto muito importante. A segunda perícia sempre começa com uma grande desvantagem, primeiro porque o corpo já foi manuseado e alterado, e segundo porque o próprio tempo se encarrega de destruir ou modificar indícios ou provas pela própria contingência dos fenômenos transformativos e destrutivos da massa orgânica.

Após a exumação, no início do trabalho do exame necroscópico, alguns aspectos despertaram nossa atenção. O crânio estava íntegro, isto é, não havia sido realizada a abertura técnica usual. A leitura do laudo necroscópico inicial revelava que o projétil fora retirado por abertura na caixa craniana em região occipital. Realmente nessa região havia um orifício produzido por instrumento cirúrgico, seguramente utilizado para evitar a abertura do crânio da forma clássica. Não havia também marcas nos arcos costais que indicassem a abertura da cavidade torácica.

Outro dado chamou-nos a atenção. Era a descrição do orifício de entrada e da trajetória. Comparando-se o que está escrito no laudo inicial com o observado, notam-se diferenças acentuadas, inclusive com o orifício em local diferente, fraturas de dentes que estavam íntegros e ausência de descrição de lesões que provavelmente existiam, como por exemplo, a fratura na região maxilar direita.

Salientamos aqui que não foi levantada a hipótese na primeira perícia de que disparos com o cano da arma dentro da boca, levam à lesões não só pelo projétil, mas também pela ação dos gases que são formados durante o disparo, ocasionando uma verdadeira explosão, com propagação das ondas de choque que levam à fraturas e que devem ser analisadas.

Assim com poucos dados, já constatamos que o corpo não tinha sido analisado como requer a boa técnica.

Com os dados radiológicos obtidos nos exames dos ossos e outros, pudemos demonstrar dados que seguramente revelam serem mais favoráveis a um suicídio do que a um homicídio. É obvio que afirmar esta ou aquela opção não é possível; mas se somarmos, porém, todos os dados, inclusive os já constantes no inquérito, podemos concluir que a possibilidade do suicídio é sem dúvida maior que a do homicídio.

## VI.1.D. - Caso 5

Como no Caso 3, examinar corpos em adiantado grau de putrefação não é um trabalho fácil. Nenhum perito gosta de trabalho com corpos neste estado, porém repetimos, isso é necessário e obrigatório. Um colega com experiência comprovada lembrou-nos certa vez que não existe nada melhor para manchar a reputação de um legista do que um corpo putrefeito. Sem dúvida, se um cadáver, sem os processos transformativos, já apresenta problemas na interpretação de lesões, somem-se as alterações putrefativas. Neste caso tivemos um fator que colaborou para as nossas interpretações. Para um leitor não afeito à Medicina Legal, este aspecto pode ter passado despercebido, porém para especialistas, o fato de o corpo ter sido atingido por projéteis de arma de fogo apenas na cabeça, auxilia demasiadamente. Sem dúvida, eles deixam suas marcas nos ossos do crânio, que são seguras e de fácil interpretação quando bem analisadas.

O laudo inicial realmente foi bem ilustrado, e em nosso entender, mostra falhas de interpretação e afirmações duvidosas. Senão vejamos: o exame do crânio revela, sem dúvida, lesões de no mínimo cinco projéteis, enquanto no laudo inicial descrevem-se apenas três. Qual o motivo da discordância? Simples observação. É muito provável que em razão do adiantado grau de putrefação em que o corpo se encontrava, os sinais não tenham sido bem observados e anotados. Na segunda perícia pudemos comprovar que ferimentos descritos como sendo orifícios de saída de projéteis eram, na verdade, de entrada.

É de conhecimento comum entre os peritos, mesmo aos mais jovens, que lesões produzidas em ossos membranosos ou "chatos", como também são conhecidos por apresentarem duas camadas de osso compacto intermediados por uma camada de osso esponjoso, deixam marcas bem nítidas na passagem de um projétil ou até tomam forma muito sugestiva dos objetos que o atingem, revelando a direção e formato dos mesmos. Assim sendo, estas áreas quando analisadas, podem esclarecer essas

dúvidas levantadas no presente caso. É possível ainda, em certos casos, afirmar-se qual foi o primeiro ou segundo disparo com certeza matemática.

Outro dado são as afirmações de disparos a curta distância. Na descrição inicial, há referência de dois disparos desse tipo. Este aspecto não pôde ser comprovado. A lesão descrita na região da face pode ser de saída ou entrada e o sinal de Benassi descrito em outro orifício, não foi visualizado no segundo exame. É óbvio que pelo manuseio do corpo, inclusive formolização, a impregnação possa ter desaparecido.

Notem-se ainda as lesões descritas na região cervical posterior e lateral. Afirmam os primeiros peritos que foram pós-mortais, contudo, o exame histológico da margem de uma delas é sugestivo de terem sido produzidas em vida. Essas afirmações realmente podem levar peritos a incorrer em erros até grosseiros. Sem dúvida, lesões pós-mortais, por putrefação, em muito se assemelham às produzidas por vários instrumentos, por isso é preciso ter cuidado em se avaliar cada situação. Caso o primeiro perito tivesse, por ocasião do seu exame, colhido material para enviar aos laboratórios, as dúvidas teriam sido resolvidas. Nesse caso, utilizamos de forma intensa o exame radiológico. A radiografia simples auxiliou-nos sobremaneira a resolução dos fatos. Sem tomar uma postura antiética, mas apenas fazendo uma avaliação do caso como mero crítico, os exames mínimos necessários e possíveis de serem realizados não aconteceram mesmo existindo aparelho de Raio-X no Instituto Médico Legal onde o exame foi realizado, e estando o mesmo em pleno funcionamento. Seria este um exame complementar indispensável, até porque a boa técnica recomenda radiografar os corpos atingidos por projéteis de arma de fogo, para se conhecer suas trajetórias e até a produção de eventuais projéteis secundários.

Não adianta existirem condições técnicas, se os profissionais não estão capacitados ou não têm interesse para exercerem suas atividades plenamente.

## VI.1.E. - Caso 6

Neste caso as dúvidas existentes eram muito mais de competência de peritos criminais do que de médico-legistas, porém com uma visão pericial completa, entre os dados de Criminalística e de Medicina Legal, os acusados poderiam ter sido considerados culpados. Mais do que a realização da exumação seguida dos demais exames decorrentes, utilizamos um expediente que poucos peritos utilizam: a interpretação dinâmica dos fatos.

Disso resultaram elementos que possibilitaram à equipe, particularmente aos médico-legistas, revelar dados que não tinham sido observados na primeira perícia.

Usando-se a técnica de sobreposição de imagens pudemos evidenciar com perfeição as trajetórias dos projéteis e ainda determinar o posicionamento do pescoço e da cabeça no momento em que a vítima recebeu um dos disparos. Isso permite a correção da trajetória do projétil que atingiu a região cervical e que foi mal-interpretada pelos primeiros peritos

Os demais exames, tais como, imunoematológicos, radiológicos e tricológicos auxiliaram-nos a realizar um laudo com itens tanto na área Médico-Legal como na Perícia Técnica. Não ultrapassamos nossos limites, mas sim utilizamos a inter e multidisciplinaridade a serviço da Justiça.

## VI.1.F. - Caso 7

Este é outro caso em que existiram afirmações periciais, sem dúvida, precipitadas e que provocaram alterações no inquérito e no processo.

O primeiro dado que nos chamou a atenção quando recebemos o caso no D.M.L., foi o fato de que o legista no primeiro exame refere-se a um dado que é, na opinião de muitos e na nossa, altamente improvável. Essa afirmação era de que a vítima recebeu dois disparos de arma de fogo contra sua cabeça e que a entrada de um deles coincidia exatamente com a saída do outro. Ora, em Medicina nada é impossível, porém essa hipótese teria que ser muito bem alicerçada, já que é um fato raríssimo. No exame das fotos realizadas pelos peritos, antes mesmo do exame necroscópico, pudemos constatar ou pelo menos desconfiar de que a irregularidade do orifício descrito pelo perito e que foi interpretada como sendo motivada pela saída e entrada ou entrada e saída dos projéteis, poderia muito bem ser compatível com algo muito mais comum e de fácil conhecimento, isto é, o sinal de Hofmann, que é o efeito lesivo dos gases nas margens de um orifício de entrada de projétil quando a arma está encostada e abaixo da pele se apresenta um plano ósseo. Devido ao fato dos gases refluírem, o orifício de entrada toma aspecto diferente daqueles rotineiros. Outro dado interessante nessa mesma linha de raciocínio era que, neste caso, como em qualquer caso de indivíduos baleados, o exame radiológico seria imprescindível. Nesse ponto poderíamos até levar em consideração as ausências das radiografias se no local onde foi realizado esse exame necroscópico não houvesse aparelhos, porém existiam e não foram utilizados.

Realizamos a exumação e demos início ao exame necroscópico pós-exumação. O cadáver tinha sido formolizado por ocasião do primeiro exame; preservou-se, pois quase como no dia em que fora feito o exame inicial.

O exame da região pré-auricular direita vista nas fotos tornou-se agora mais fácil; era sem dúvida um sinal de Hofmann e para não nos precipitarmos, foram feitos os exames radiológicos. Estes auxiliaram a evidenciar um outro projétil de arma de fogo, encravado na mandíbula esquerda, provocando o hematoma que no primeiro exame tinha sido interpretado como sendo devido às alterações putrefativas.

Durante o exame necroscópico pudemos observar, fotografar e filmar o orifício de entrada e o local de retirada do outro projétil que atingira o tronco. Posteriormente usando esses dados em um outro cadáver, constatou-se que um projétil naquela trajetória não poderia ter atingido os órgãos descritos no primeiro exame. Aí viria a questão: “qual a importância desse dado?” Neste caso era vital demonstrarmos que a vítima, após receber o primeiro disparo, não teve morte instantânea e que poderia ter sido socorrida. Atingindo-se vários órgãos, as lesões seriam mais graves e o tempo para a morte menor.

Nesse caso ocorreram erros de trajetória dos três projéteis que atingiram a vítima. Devemos sempre levar em consideração o aspecto do corpo, porém a análise minuciosa, atenta e o uso de recursos disponíveis não deve ser relegada.

Saindo do aspecto dos disparos de projéteis de arma de fogo contra a vítima, outros dados eram relevantes nesse caso. Um deles foi a procura de lesões que pudessem comprovar outras agressões contra a vítima. No primeiro laudo foram afastadas as hipóteses de outras lesões. No nosso exame porém, já na inspeção, pudemos notar área de provável hematoma em lábio superior que foi comprovada posteriormente. É obvio que agora poderíamos supor que essa lesão fora decorrente de uma queda ou qualquer outra ação não agressiva, no sentido de terem sido provocadas diretamente pelos agressores. Esse aspecto não elimina, entretanto, o fato de que houve falha no exame inicial.

#### VI.1.G. - Caso 8

Este caso foi, incontestavelmente, um dos que proporcionou maiores discussões e também desafios. Os aspectos variados das informações periciais iniciais, dos laudos e dos testemunhos, propiciaram-nos um trabalho que de fato foi dos mais extenuantes, embora de imensa satisfação

ao vê-lo concluído. A discussão deste caso mereceu toda uma atenção especial e nele pudemos, de forma ampla, empregar o que chamamos de Medicina Legal Dinâmica. Integramos nesse caso o legista que realizou o primeiro exame, a equipe de peritos criminais, engenheiros e a equipe do DML

Como em outros casos, o laudo inicial deixava algumas dúvidas, não obstante tivesse muitos pontos positivos.

Todas as vezes em que um caso médico-legal tem que ser objeto de maiores discussões, e este apresenta mais de um ferimento produzido por projétil de arma de fogo, algumas questões fundamentais são colocadas:

- Todos os ferimentos foram produzidos por projéteis do mesmo calibre?
- Todos foram produzidos com disparos à distância? À queima-roupa? Encostados? Ou a distância ainda pode ser mensurada?
- Qual a seqüência dos ferimentos?
- Por que alguns projéteis disparados pela mesma arma, da mesma distância e sobre o mesmo alvo, têm comportamentos diferentes, ou seja, uns transfixam o corpo e outros permanecem no interior do mesmo?
- Qual a diferença existente entre a representação esquemática das trajetórias dos projéteis no corpo da vítima e o aspecto dinâmico espacial?

Além destas, outras questões são rotineiramente levantadas, e os peritos nem sempre têm condições para respondê-las: “Quais os motivos destas dificuldades técnicas?”

- A falta de maior integração entre a perícia do local e a do corpo da vítima no Instituto Médico Legal.
- A falta de protocolos existentes que obriguem os peritos e as instituições hospitalares que atendem os casos de emergência, a guardarem as roupas das vítimas para exames periciais futuros.

- A falta de preservação dos locais por desconhecimento das pessoas ou entidades envolvidas ou por ações criminosas para dificultar as ações dos peritos.
- A falta de maiores informações das autoridades policiais responsáveis pelos casos, aos peritos criminais e aos médico-legistas.
- A grande pressão que os peritos sofrem nos casos de maior repercussão, tendo que realizar determinados exames sem as mínimas condições materiais para aquele caso em especial.

É sabido que toda vez que se perde a oportunidade de colher todos os elementos de investigação no primeiro exame, particularmente no cadáver, a perícia já se torna muito mais difícil por toda a manipulação que possa ter ocorrido com o primeiro exame, onde muitas vezes, verdadeiras mutilações tanto na superfície externa como na interna podem ocorrer, principalmente quando o perito, sem maiores recursos técnicos, tem que praticamente "esquartejar" o cadáver à procura dos projéteis e seus trajetos, destruindo assim ferimentos externos e suas marcas internas, impossibilitando às vezes o sucesso de um segundo exame.

Após a realização da exumação, foram realizados exames radiológicos de todo o cadáver e de todo o material que estava no interior da urna para afastarmos a presença de qualquer projétil que pudesse ainda estar no corpo ou dentro da urna. Realizamos o exame necroscópico no qual participou o perito oficial realizador do primeiro exame. Participamos de todo o processo de reconstituição e podemos, agora, discutir algumas partes desse caso pericial.

O primeiro ponto que pretendemos discutir é a seqüência dos disparos. Independentemente do que conhecemos neste momento sobre todo o caso, há uma regra de conhecimento comum a quem está habituado a usar arma, principalmente as semi-automáticas ou automáticas, de que nos disparos seqüenciais há uma tendência de que a mão do atirador destro se desloque para cima e para a direita. Isso também pode ocorrer com as armas convencionais. Baseados nesse princípio, poderíamos aventar a hipótese do primeiro disparo ser o do flanco esquerdo, seguido do da região lombar e posteriormente o escapular.

Essa impressão já havíamos expressado aos peritos e delegados antes mesmo da exumação e da reconstituição.

Com a reconstituição, essa impressão foi ganhando corpo, até pelas divergências nas declarações daqueles que afirmavam ter visto o incidente.

Assim o primeiro disparo (agora já confirmado, não só pelo aspecto técnico, como pela testemunha do atirador e de outra pessoa que estava no interior da sala) teve uma direção que, obrigatoriamente, deverá ser entendida sob duas visões:

- *Posição anatômica ortostática do corpo humano*: Temos que o primeiro disparo foi o da região do flanco esquerdo, com direção e sentido da esquerda para a direita, de trás para a frente e de baixo para cima. Segundo o laudo inicial transfixou o rim esquerdo e as alças intestinais, alojando-se no mesentério. No nosso entender porém, não havia qualquer elemento de resistência para impedir a continuidade do projétil e ter este parado somente no mesentério. No nosso exame a interpretação é outra. A trajetória é bem anterior aos corpos vertebrais lombares e nesta seqüência atingiu o fígado, transfixando-o e parando a nível da vesícula de onde foi retirado. No ato necroscópico pós-exumação, a loja renal encontrava-se com intensa impregnação hemática, reforçando e confirmando a descrição do laudo inicial neste particular. As alças intestinais e demais órgãos abdominais estavam parcialmente autolizados e liqüefeitos. O reforço para esta nossa convicção, far-se-á na descrição do segundo ferimento.

- *Posição anatômica na dinâmica espacial dos acontecimentos*: Nesse sentido, o exame do local, a posição da cadeira da vítima, da mesa e do autor dos disparos, bem como o tamanho da vítima e do autor, passaram a ser peças fundamentais para se compreender a trajetória do primeiro disparo. A ausência de áreas de lesões de defesa da vítima, bem como de outras áreas de maior densidade que poderiam levar a um desvio de trajetória, não pode ser desprezada.

Dessa forma, em função destas particularidades, mais a confirmação material no exame necroscópico inicial e a ratificação com o segundo exame pós-exumação, o primeiro projétil deve ter atingido a vítima quando este já havia iniciado o movimento de sair da cadeira, dirigindo-se em direção ao arquivo, apresentando sua região lombar (flanco esquerdo) acima da borda superior da mesa, conseqüentemente, seu hemicorpo esquerdo - mais elevado que o direito. Além disso este corpo teria que apresentar rotação em relação à horizontal em cerca de 30 (trinta) graus para a direita.

O atirador, embora quase de frente para a vítima e em função da movimentação do corpo desta, ficou posicionado como que lateralmente a ela. Mesmo com a extensão do braço e antebraço direito que portava a arma em posição de tiro, a diferença entre o cano da arma e o flanco da vítima era de aproximadamente 30 centímetros de altura e a uma distância de aproximadamente 80 a 100 centímetros. Assim, o projétil teve direção de cima para baixo quando atingiu a vítima. Portanto, embora na descrição do corpo em posição anatômica este projétil esteja consignado no laudo inicial como de baixo para cima, na verdade na configuração espacial foi de cima para baixo.

O segundo disparo, pelo caráter técnico e pelo testemunho do atirador e de outra testemunha, ocorreu imediatamente após o primeiro.

Com o impulso inicial da saída da cadeira, o corpo da vítima passou a ter uma inércia de movimento com pelo menos dois vetores, um vertical e outro horizontal, tendo como resultante a deslocação diagonal para a sua direita e para cima em direção ao arquivo.

Estando o atirador ainda na posição do primeiro disparo, o tempo existente entre o primeiro e segundo disparo foi suficiente para que o corpo se deslocasse no espaço mais para a direita em direção ao arquivo e mais para cima, além de continuar a rotação para a direita. O segundo disparo atingiu a região para-vertebral, altura da primeira vértebra lombar à esquerda. Na sua trajetória atingiu as apófises transversa e mamilar da primeira vértebra lombar, arrancando-as.

Com esse dado materializado, somos obrigados a divergir da descrição do laudo inicial de que esse projétil na sua trajetória teria atingido o fígado e deslocado-se até a altura da vesícula. Esta trajetória é impossível, pois, para que isso ocorresse, seria obrigatório que o projétil transfixasse o corpo vertebral ou pelo menos destruísse parte deste. No exame de toda a coluna - tanto lombar como torácica - esta lesão não existe; logo esse é o projétil que, perdendo grande parte de sua energia cinética com o impacto na apófise transversa, deslocou-se até o meso, ainda do lado esquerdo, de onde foi retirado no primeiro exame e descrito no laudo. As partes ósseas arrancadas, funcionando como projéteis secundários ou terciários, podem ter fornecido trajetos irregulares e induzido o perito a erro de interpretação, o que não invalida o laudo, pois não contribui para a interpretação errada da *causa mortis*.

O terceiro disparo foi o que atingiu a região escapular direita, altura do sexto espaço intercostal.

Como este projétil também encontrou resistência óssea em seu trajeto, embora bem menor que o projétil anterior, acabou deixando de forma clara e materializada sua trajetória.

Ao acompanharmos a reconstituição e conhecendo durante o exame necroscópico a trajetória confirmada após limpeza das estruturas ósseas, é possível avaliar o trajeto do projétil no espaço e a movimentação do corpo.

Entendemos que a vítima estava totalmente voltada para o arquivo e provavelmente com o membro superior direito para cima, portanto sem qualquer possibilidade de ataque ou defesa, quando foi atingido pelo terceiro disparo. Esta afirmação se faz baseada nos elementos materiais do exame necroscópico onde constatamos lesão óssea na borda superior do sétimo arco costal, ângulo posterior. Este ponto fica encoberto pela escápula quando em posição normal dos membros superiores. Contudo, ao levantarmos os braços, por ação dos músculos deltóides, redondo maior e menor, a escápula se desloca para a lateral do corpo e para cima, deixando de cobrir esta região. Logo, a vítima estava provavelmente com o braço direito levantado quando foi atingido nesse ponto.

No seu percurso intratorácico, o projétil transfixou lobo superior do pulmão direito, grandes vasos da base cardíaca e lobo inferior do pulmão esquerdo. Na seqüência, atingiu o sexto espaço intercostal esquerdo, lesando a borda inferior do sexto arco costal, ficando alojado em planos musculares da região peitoral, de onde foi retirado durante o primeiro exame.

Com a lesão ocorrida em decorrência do segundo disparo, houve acometimento da musculatura e inervação dessa região, o que com certeza interferiu no apoio da perna esquerda, facilitando, em relação à dinâmica espacial, a rotação do corpo e a perda do equilíbrio para a esquerda e para trás, voltando o corpo para a posição anterior, onde veio, em queda livre, a bater a cabeça na mesa, tendo neste impacto fraturado o crânio com lesão na região temporal direita e projeção da fratura parieto-parietal em extensão de cerca de 17 centímetros descrita no laudo inicial.

O quarto disparo foi o efetuado a nível da região parietal direita. Pela direção do projétil, que anatomicamente se deu da direita para a esquerda, de cima para baixo e de trás para a frente, pode efetivamente ter sido disparado quando o corpo já caía antes do impacto na mesa. Em função da posição do encontro do corpo que impossibilitaria um disparo com a direção em que foi encontrado, sem uma movimentação bastante anômala do atirador, é pouco provável - embora não impossível - que o quarto disparo tenha se dado em circunstância diferente daquela aqui descrita. Isso nos leva a admitir que o último disparo foi efetuado quando a vítima caía de costas, estando o atirador mais próximo do que no momento dos disparos anteriores.

Em função da não-preservação do couro cabeludo e da dura-máter, foi impossível determinar se esse disparo foi à curta distância, mas pela localização e características deste ferimento, ele ocorreu antes da fratura traumática do lado direito do crânio.

Em relação à fratura, há ainda um aspecto importante a ser considerado. A fratura se fez da direita para a esquerda, indo do temporal direito para o parietal esquerdo, onde se interrompeu. Na abertura do crânio, o técnico de necrópsia, observando a fratura à direita, iniciou-a pelo lado esquerdo. A abertura do crânio fez-se no sentido da esquerda para a

direita com aprofundamento do corte mais à esquerda, interrompendo-se à direita, praticamente na altura da fratura. Nesse ponto, sentindo pouca resistência da calota, pressionou-se da direita para a esquerda, tendo produzido uma continuação da fratura até parietal esquerdo, onde o crânio estava serrado. Nessa região o aspecto da fratura é de "lasqueamento".

Convém assinalar que, em função do exame anterior ter registrado a altura da vítima em 1 metro e 75 centímetros, usamos as medidas obtidas em ossos longos no exame necroscópico pós-exumação, submetendo-as à tabela clássica de Etienne-Rollet, de onde obtivemos estatura compatível com a alegada no laudo inicial.

## 6.2. - CRÍTICA

A habilidade pericial não é somente um dom. Ela depende de aspectos qualitativos e quantitativos inicialmente em leituras, planejamento e atenção.

As questões mais relevantes dizem respeito às esferas institucionais com especificações técnicas. Aí a tomada de decisões é figura de destaque. Podemos complementá-las com questões não tão relevantes ao primeiro exame, porém que podem vir a sê-las no decorrer do trabalho.

No desenvolvimento progressivo do trabalho, as discussões, reuniões, o envolvimento dos peritos das demais variadas áreas podem promover a avaliação, digamos, diagnóstica do caso.

A execução de um trabalho planejado deve ser precedida de uma orquestração de forças. No desenvolver do trabalho, os desdobramentos podem ocorrer e o fortalecimento da coletividade pericial é de suma importância para que possamos atingir o "espírito" do trabalho.

Teremos que as discussões fundamentam-se em: "Para onde vai a Medicina Legal? Com que recursos? Qual a política de pesquisa? Quais as orientações e critérios para avaliação dos nossos cursos de especialização? Como adequar estes cursos para os futuros peritos? Como nossas atividades podem ganhar mais espaço? E da nossa comunidade (médicos legistas, peritos criminais, professores e outros relacionados), qual o papel que se espera?"

Dentre estes quês, quais e como, podemos traçar linhas de orientação subjetiva ou utópicas, ou então, por vários métodos tentar orientar as respostas ou responder a elas.

Seguindo a mesma orientação, didaticamente, tentaremos enumerar alguns aspectos para tentar explicar as falhas encontradas nas perícias apresentadas.

A primeira questão que aparece é: Por que os legistas que inicialmente examinaram os casos descritos, não conseguiram ou não puderam realizar uma perícia de forma completa?

A partir dessa indagação poderemos atingir uma gama muito grande de desdobramentos que vão desde a formação médica até aspectos políticos do nosso país.

Para facilitar o entendimento, preferimos utilizar vários pontos de discussão e tentar esclarecer um a um. Não que eles não estejam ligados, mas dessa maneira, a análise feita por parte de pessoas não ligadas ao nosso meio poderá ser mais clara.

#### VI.2.A. - Formação do médico-legista.

Quando qualquer pessoa procura um médico, geralmente o faz por padecer de algum mal e, por indicação de amigos ou outras pessoas, procura um profissional gabaritado e que, principalmente, tenha conhecimento especializado na área. Assim acontece com todas as especialidades médicas de atendimento direto ao paciente e àquelas que são de atendimento indireto, por exemplo, anatomia patológica, radiologia, em que os pacientes seguem a orientação do seu médico. Temos assim que existe uma liberdade de escolha, baseada na capacidade de trabalho do profissional médico.

O médico para atingir seu "status" de especialista necessita, após o término da sua formação, de uma "complementação específica" na área em que vai se dedicar. Isso é o que denominamos de "Residência Médica" e que, dependendo da especialidade desejada, poderá ser de 2, 3, 4 ou mais anos. Imediatamente surge um questionamento. Não está o médico após seis anos de estudo, pronto para exercer sua função? Teoricamente sim, como por exemplo nos mostra nossa legislação atual, onde o indivíduo após receber o diploma e estar devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, pode exercer toda e qualquer atividade médica. No entanto, as falhas no nosso sistema de ensino médico, para não dizer, de todo o nosso ensino, não permitem ao colega recém-formado, bagagem suficiente para o exercício pleno da profissão. Assim, o colega

deverá necessariamente passar por um período de especialização de no mínimo dois anos. E os médicos legistas? A formação de médicos legistas não existe no Brasil.

Enquanto os colegas das várias especialidades podem ter acesso à residência médica, jornadas, cursos de extensão, congressos regionais, nacionais e até internacionais, o médico-legista se vê à mercê de uma estrutura política, onde não se vêem perspectivas de mudança.

Assim, o legista não tem Residência Médica e, no Brasil, apenas a Universidade de São Paulo - USP - mantém curso de pós-graduação, nível mestrado nessa área. Assim a questão é: como então esse médico, que pode ter qualquer especialidade ou não, passa a ser perito médico ou o chamado médico-legista?

No Brasil o médico que, por qualquer motivação, queira ser legista, presta um concurso público oficial e se aprovado, passa por um estágio, geralmente sob os cuidados das Academias de Polícia, sendo este de alguns meses, não ultrapassando 10 (dez) meses. Nesse estágio se dá ênfase a muitos aspectos legais, e parte prática é extremamente deficiente.

Podemos então inferir claramente que os médicos-legistas não têm uma formação básica necessária, nem teórica, nem prática. Os ensinamentos são passados, com ou sem vícios de um colega mais velho para outro, sem que haja alguma coordenação ou direcionamento. Com isso chegamos a verdadeiras aberrações. Médicos de variadas áreas, como por exemplo, psiquiatras, que levaram anos estudando fenômenos mentais, em menos de três meses, estão ao lado de mesas de exame necroscópico, tentando identificar lesões. Anátomo-patologistas cuja formação requer aprendizagem nas mesas de exame necroscópico examinando pacientes que, às vezes, têm alterações psiquiátricas.

A análise desses fatos nos mostra que a formação do legista inexistente. Os que conseguem persistir na carreira devem isso ao desenvolvimento próprio.

Toda formação do legista deve ser extremamente discutida e repensada. Se para os outros, os pacientes vão a eles, na nossa posição não temos pacientes e sim vítimas e, o que é pior, com falhas de formação temos o poder de até inocentar culpados e culpar inocentes.

### VI.2.B. - A carreira do médico-legista

Como já explicamos no item anterior, não existe a formação para o médico-legista. A carreira é dentro da estrutura pública estadual, já que não se pode ter legistas no setor privado ou autônomo. Nesse sentido é de suma importância a remuneração.

Como já explicamos, todos os legistas, com honrosas e raras exceções, têm outra especialidade. É óbvio que, na estrutura pública distorcida como é a do nosso país, a remuneração a nós oferecida chega às raias do ridículo.

Temos assim a situação do legista no Brasil: um médico que cumpre um ritual de atender vítimas vivas ou mortas, por uma remuneração degradante, e cumpre o seu trabalho de forma a gastar o mínimo de tempo possível, para poder exercer a sua outra especialidade, muito melhor remunerada, de forma plena para garantir a própria sobrevivência e da sua família.

### VI.2.C. - Estrutura dos Institutos Médico-Legais

No Brasil, a estrutura dos Institutos Médico-Legais, como é regra dentro da estrutura pública, mostra os desmazelos das autoridades. Afinal, construir prédios para abrigar laboratórios e principalmente necrotérios, não são vistos claramente pela população em geral e, portanto, não rendem benefícios.

Com essas estruturas sempre o mais sacrificado é o povo. Não é raro, mas podemos dizer até que chega a ser a regra, a liberação de um corpo levar mais do que 6 ou 10 horas, isso se for no período diurno. No noturno esse problema é muito mais complexo.

A falta de funcionários nas mais variadas funções, associada à uma completa ausência de aparelhos, não necessariamente sofisticados, mas simples, como por exemplo, um aparelho de Raio-X, leva os Institutos à uma situação de precariedade inimaginável.

No momento atual brasileiro, enganam-se os que pensam em solução para esses problemas a curto ou a médio prazo. Não existe o que se costuma dizer em linguagem corriqueira "vontade política" para mudar essa imagem e caracterizar os Institutos Médico-Legais como instituição não só de prestação de serviços à Justiça mas também à comunidade como um todo. Necessitamos de uma estrutura básica de bom funcionamento em recursos humanos e materiais. Não desejamos, obviamente, que os Institutos Médico-Legais, sejam providos de materiais de última geração com tecnologia de ponta. Não esperamos utilizar tais Institutos para fins de pesquisa, pois esta deve ser desenvolvida em conjunto com as Universidades que, em última análise, podem, por meio de seus Departamentos ou Serviços de Medicina Legal, promover uma integração com os Institutos e suprir possíveis falhas técnicas, humanas e materiais.

#### VI.2.D. - Educação médica

Entre os muitos aspectos relacionados à vida do médico-legista um não pode ser esquecido: antes de tudo ele é médico.

A estrutura das instituições educacionais médicas está, há tempos, exigindo uma nova realidade, não só no aspecto técnico como no ético.

O amadurecimento de idéias como o fortalecimento da formação de médicos de acordo com a necessidade da população deve ser enfatizado embora a maioria das escolas a desconheça.

O aspecto do desenvolvimento do Médico Generalista está apenas nas intenções e nós observamos uma ultra-especialização.

Os currículos das escolas médicas colocam em detrimento de algumas áreas, como por exemplo a Medicina Legal e a Ética Médica, grande parte de horas disponíveis nas chamadas Disciplinas Básicas.

O médico hoje não tem, com raras exceções, um conhecimento geral e aí inclui-se a Medicina Legal, disciplina esta que interage com todas as outras. Não são apresentados aos alunos os avanços desta disciplina e seu caráter de importância no desenvolver de sua vida profissional. Porém estes mesmos médicos podem vir a ser futuros legistas.

Deve-se ter em mente que há a necessidade de um compromisso sério com a formação médica para que possamos ultrapassar esta verdadeira tragédia atual.

#### VI.2.E. - Inter e multidisciplinaridade

Um dos aspectos mais importantes dentro da Medicina Legal é o fato de ser uma disciplina, área ou ciência que, obrigatoriamente, está relacionada a outras (interdisciplinaridade) e quase sempre tem para resolver os seus mais variados problemas, outros profissionais das diversas áreas (multidisciplinaridade).

Dentro dessa visão podemos citar uma parte de um poema de Ashavaghosha apud CAPRA<sup>10</sup> que diz:

“Quando a mente é perturbada,  
produz-se a multidisciplinaridade das  
coisas;

Quando a mente é aquietada, a  
multidisciplinaridade das coisas  
desaparece”.

É esse perceber inter e multidisciplinar que na Medicina Legal tem que ser desenvolvido.

Trata-se de uma nova concepção onde a íntima cooperação de várias disciplinas ou áreas cria elementos facilitadores para resolver a problemática da formação do perito.

A mudança do comportamento no ensino da Medicina Legal, não só a parte curricular nas Faculdades, mas também e, principalmente, na formação dos futuros legistas, passa por uma quebra de estrutura que é fundamentalmente isolada: cada área tenta ser "mais" que a outra. A compartimentalização é uma visão equivocada do desenvolvimento. A visão deve ser em termos de conjunto onde cada um tem significado. A cooperação entre profissionais facilita uma influência entre todos e não um domínio de uns sobre os outros.

A maior dificuldade não só na Medicina Legal como em outras áreas, está em uma preocupação exagerada com formalidades e não com pontos ligados à prática do nosso dia-a-dia.

As orientações básicas para o desenvolvimento de uma mentalidade, digamos, "aberta" do legista está ligada à falta de visão dos professores, seja na graduação ou e, principalmente, na especialização.

Um típico exemplo dessa ausência de visão é, que, na formação do legista apenas os professores das Academias de Polícia têm, digamos, direito em ministrar aulas. Vejamos então porque não é obrigatório a um legista passar em um estágio dentro da disciplina de Anatomia Patológica para um conhecimento aprofundado de exame necroscópico, técnicas de dissecação e até de técnica histo e citológica.

A resposta a esta indagação reside na visão deformada dos chamados "formadores ou orientadores" dos novos legistas. Enquanto isso, a não ser os legistas que são por formação prévia anátomo patologistas, podem confirmar a ausência de técnicas simples de dissecação como: de que forma abrir um coração? ou como cortar um rim? e mais, como remeter material para exame anátomo patológico sem fixador adequado ou então com fragmentos de órgãos que atingem 5 (cinco), 6 (seis) até 10 (dez) centímetros de diâmetro.

Entendemos que a visão de inter e multidisciplinaridade não é um problema de custos como acredita-se, mas sim, de enfoque pedagógico.

Nos casos de exumações como os vistos neste trabalho realizados pelo DML, todos podem sentir que sem uma equipe de profissionais das mais variadas áreas nada seria possível.

A credibilidade do DML foi conquistada às custas de uma mudança radical na orientação do pensamento da atuação da Medicina Legal.

O aspecto estático da Medicina Legal foi substituído pelo dinâmico. Neste, a visão não se resume apenas ao cadáver na sala de exames necroscópicos; passa agora a ter complementos. O DML iniciou a transição com as discussões prévias dos casos, não só com médicos, mas também com profissionais de outras áreas. Nessas discussões todo um plano de trabalho é elaborado para que possamos ter uma atuação ampla. A interface entre a Medicina Legal e a Criminalística foi estreitada, os aspectos visuais com recursos fotográficos e de filmagem foram acoplados e desenvolvidos. Os técnicos e professores da área de Computação, de forma geral, foram ouvidos; discussões foram realizadas e técnicas desenvolvidas.

Ao DML coube, assim, a tarefa de abrir uma “nova frente” dentro da Medicina Legal. O trabalho desenvolvido com honestidade e, por conseqüência, a credibilidade proporcionou-nos inclusive os casos descritos neste trabalho.

Reforçamos aqui a nossa visão de inter e multidisciplinaridade na formação do legista e por que não dizer do médico em geral. A vontade e a capacidade para mudar precisam ser adquiridas para que possamos observar alternativas para as coisas que sempre foram vistas, agora com outros olhos, de novos tempos e poderemos buscar vias para o conhecimento como um todo.

### 6.3. - GERAL

Sem dúvida, pelo que acabamos de escrever nesses últimos itens, onde tentamos mostrar a face quase sempre oculta da Medicina Legal no Brasil, temos subsídios para entender os aspectos críticos desse trabalho.

Não nos parece justo apenas criticar os colegas, ou a sua formação, ou às estruturas isoladamente. Parece-nos razoável definirmos ou esclarecermos que todos têm sua parcela de culpa e a percepção da posição de cada aspecto, tanto isoladamente como no seu todo, tentando caracterizar a posição atual da Medicina Legal no Brasil é o mais relevante.

Nos casos demonstrados e discutidos durante o trabalho, pudemos mostrar ou demonstrar que ocorreram muitas falhas nos exames iniciais. Não queremos ressaltar o trabalho realizado no Departamento de Medicina Legal da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Queremos sim ressaltar que esse trabalho e seus custos de nada valerão se não conseguirmos demonstrar que falhas ocorreram e continuarão a acontecer, se não forem tomadas várias decisões.

O aspecto pericial, intimamente relacionado à competência do médico, deve ser caracterizado, sob esse prisma, como uma falha em seu aprendizado. Se o colega não aprendeu como diferenciar um orifício de entrada de um de saída de um projétil de arma de fogo, tarefa básica, talvez a culpa seja de sua formação ou então da falta de possibilidade de espaço para que pudesse estudar e esclarecer suas dúvidas. Não podemos simplesmente atribuir ao colega toda a responsabilidade, como também não podemos eximi-lo de suas responsabilidades.

A competência do médico-legista é de suma importância na caracterização de um serviço que, pelo seus laudos, pode levar à conseqüências danosas a um sem número de pessoas. A falta de recursos para sua especialização e dedicação a uma área tão complexa, deixa os médicos completamente sozinhos e sobre eles recai toda a culpa em casos duvidosos ou não.

Durante anos, não há muito tempo, a Medicina Legal no Brasil foi sinônimo de incompetência e de acobertamentos de situações. Atualmente esses aspectos ainda persistem. Não de forma tão atuante, porém, veladamente. Os casos e casos de laudos e exames mal redigidos e mal realizados, seja por despreparo, seja por falta de condições técnicas ou até por pressões variadas são de conhecimento, senão público, pelo menos de um grande número de pessoas.

Não queremos conseguir as condições de trabalho que os legistas e peritos em geral de países desenvolvidos têm. Isso é utopia. A Medicina Legal no Brasil tem sua história, seus expoentes e seu desenvolvimento próprio. Este estava até alguns anos atrás praticamente estagnado. Cabe a nós revermos todos esses aspectos e lutar para um desenvolvimento global da nossa carreira.

Os casos demonstraram de forma clara e inequívoca que, com melhores condições de desenvolvimento e aprimoramento intelectual dos legistas, com melhores condições físicas e materiais de trabalho, os legistas brasileiros podem realizar serviços à comunidade em níveis de países desenvolvidos.

Vejam assim que, com os recursos disponíveis na nossa Universidade, conseguimos suprir falhas de uma estrutura completamente deformada.

Voltando ao questionamento básico do nosso trabalho: “por que as exumações?”. Podemos concluir que existe, de forma generalizada, em todos os segmentos relacionados à Medicina Legal, uma falta de confiança nos laudos dos médico-legistas. Sem dúvida, como já ficou muito bem demonstrado em numerosos casos, essa falta de confiança se justifica, porém de nada adianta continuarem aqueles que dependem direta ou indiretamente dos nossos laudos, criticando e apontando falhas, se eles não se engajarem em uma luta por melhores condições, não só de remuneração, mas principalmente por condições de especialização técnico-científica e material.

A nossa Medicina Legal tem que voltar a ser respeitada como especialidade, como tantas no Brasil o são. Não podemos permanecer nessa morosidade e ter que lançar mão de estruturas sofisticadas para resolver

problemas que, em última análise, poderiam ser facilmente solucionados, quase sem nenhum material ou equipamento de última geração.

Na nossa ótica vemos um grande e longo caminho a ser percorrido dentro da Medicina Legal no Brasil. Isso não nos deve desanimar mas sim nos encher de coragem para lutar pelo desenvolvimento da nossa especialidade e para resgatar a confiança em nosso digno trabalho.

## 7 - CONCLUSÕES

"Quando todos pensam a mesma coisa, ninguém está pensando"  
(Walter Lippman)

Segundo MARANHÃO<sup>23</sup>: "A conclusão deve ser decorrência lógica e inevitável do raciocínio desenvolvido na discussão. A ela, o leitor deve ser levado de modo imperceptível, mas inexorável".

Em nossos laudos e pareceres, nossas conclusões são sumárias, mas contundentes para o esclarecimento das questões ou quesitos. Diria ainda que as Conclusões devem sempre que possível retratar a materialização dos indícios, transformados em provas irrefutáveis. Não fugiremos à regra. Neste trabalho a única conclusão possível é:

**- Exumar, verbo transitivo direto - Conjugado apenas ou quase sempre em países subdesenvolvidos.**

## 8 - ANEXO

“Dizer não sei quando não se pode saber é ato louvável de consciência.”  
(Afrânio Peixoto)

Em laudos médico-legais, as conclusões encerram o trabalho. Aqui optamos por iniciar um processo de melhora na Medicina Legal. É claro que gostaríamos de reverter toda a situação descrita, se pudéssemos., Entretanto podemos sugerir que pelo menos as exumações tenham um protocolo orientador.

A partir de vários autores, da experiência de colegas e da nossa própria, podemos enumerar algumas etapas a serem seguidas nas exumações. Estas seriam norma geral, pois cada caso merece atenção voltada para um ou outro aspecto.

1 - Solicitação do exame.

2 - Autorização da autoridade.

3 - Conhecimento prévio do caso, solicitando toda a documentação (laudos, atestado de óbito, fichas clínicas, etc.) inclusive os motivos da realização da perícia. Bom senso no sentido de saber se, como peritos, estão ou não em condições de realizar o trabalho.

4 - Presença no local: Peritos, a autoridade policial, geralmente, fotógrafo, cinegrafista, administrador do cemitério, coveiros, auxiliares, membro da família ou pessoa a ela ligada (para confirmação e identificação do local do sepultamento e se possível do morto).

5 - Realização do ato, de preferência na parte da manhã, e, se possível, com boas condições atmosféricas (ausência de chuva).

6 - Na administração do cemitério, o responsável deverá apresentar livro de registro onde conste a data, o nome, o número do registro do óbito, da quadra e da sepultura. Estes dados devem ser anotados para elaboração do laudo. Em casos da falta deles, citar os critérios usados para definir o local exato e estes deverão ser fotografados e filmados, além de descritos.

7 - Ida à sepultura e identificação da mesma, na presença do responsável pelo cemitério e, se possível, a confirmação por pessoa da família.

8 - Registrar, antes do início da exumação, o nome de todos os presentes e suas funções.

9 - Anotar, fotografar e filmar todas as características do local do sepultamento, seja ele túmulo, terra ou gavetas, inclusive atentando para o fato de ter havido manuseio de toda ou parte da sepultura, em data recente ou não.

10 - Proceder a exumação com cuidados na manipulação na urna, se ainda existir, ou nos ossos, prevenindo possíveis lesões pós-mortais. Quando os corpos forem sepultados sem proteção, o próprio perito ou técnico treinado para estes procedimentos, deverão retirar os ossos um a um.

11 - Anotar dados referentes a urna, quanto à cor, aos adornos, ao estado de conservação, etc.

12 - Retirar amostras de terra sobre, sob e distante da urna em casos de suspeita de intoxicações exógenas.

13 - Remover a urna ou restos com o maior cuidado no sentido de evitar qualquer alteração no conteúdo.

14 - Proceder, se possível, a identificação do corpo por pessoa da família. Em casos de ossadas utilizar métodos de identificação antropométricos e odontológicos, a princípio de forma sucinta.

15 - A urna ou os restos deverão ser levados a um local apropriado, preferentemente, no próprio cemitério, se não, a um local com condições de se realizar o exame necroscópico. Segundo POLSON et al.<sup>26</sup>, os dias de exames em barracos no fundo do cemitério são coisas do passado. No entanto, GORDON; SHAPIRO<sup>20</sup>, referem que geralmente é possível improvisar uma mesa a céu aberto para o exame necroscópico.

16 - O exame necroscópico deve ser completo. Não levando em consideração apenas o motivo principal. Deve-se tentar a realização prévia de um protocolo para evitar erros ou distrações.

17 - Usar de todos os meios disponíveis no local e solicitar o que for necessário para a realização do exame necroscópico.

18 - Realizar, conforme o caso, radiografias de partes ou de todo o corpo.

19 - Recolher amostras, sejam dos restos mortais ou da urna, para os mais variados exames, identificando cada amostra com fotos e filme descritivo.

20 - Fotografar e filmar todos os passos.

21 - Após o término do exame recolocar os restos novamente na urna, ou então, em recipientes apropriados e identificados, de forma que possam ser manuseados novamente, se necessário for. Usar identificações não deterioráveis.

22 - Anotar todos os passos, dificuldades, intercorrências e relatá-los no laudo.

Devemos ainda citar alguns cuidados referidos por RODRIGUES<sup>28</sup> e PEIXOTO<sup>24</sup> no sentido de se evitar a respiração imediata dos gases emanados durante a abertura de sepulturas, assim como, cuidados com cadáveres já em estado de esqueletização, para que, com uso de peneiras, encontremos o maior número possível de ossos.

Não podemos deixar de citar novamente que Filippi, apud RODRIGUES<sup>28</sup>, recomenda entre as preliminares para a exumação e o exame necroscópico, que o tempo e o modo de execução daquela sejam determinados pelo próprio perito sem a menor oposição, e que se associem ao perito, pessoas de competência científica por ele reconhecida e que tenha ele ainda, o direito de afastar do local as pessoas que não lhe pareçam adequadas.

A nossa experiência recomenda que, nos casos de grande repercussão, a imprensa pode estar presente para acompanhar os trabalhos. No entanto, tentamos evitar que eles os documentem por fotografias, vídeo ou filme, procedimentos estes que podem chocar a opinião pública. Contudo, é prudente antes de se tomar qualquer atitude, explicar os motivos que nos levam a tais medidas.

As fotografias e filmagens são de uso exclusivo dos peritos. Cabe a eles autorizarem ou não que quaisquer outras pessoas possam documentar o evento.

A seguir apresentamos uma proposta de roteiro de exumações que temos utilizado no DML.

**ROTEIRO DE EXUMAÇÕES****DATA:**     /     /                      **HORÁRIO:****NOME:****1. IDENTIFICAÇÃO DO CEMITÉRIO****2. NOME DO ADMINISTRADOR DO CEMITÉRIO  
SENHOR(A)****3. SEPULTAMENTO****DATA:**     /     /                      **HORÁRIO:****4. EXAME DO LIVRO DE REGISTROS****Nº LIVRO:****PÁGINA:****ANO:****Nº REGISTRO:****5. SEPULTURA****QUADRA:****SETOR:****NÚMERO:****6. NOME DOS COVEIROS**

<b>7. NOME DOS PARENTES</b>

<b>8. NOME E FUNÇÃO DAS AUTORIDADES</b>

<b>9. RECONHECIMENTO E TIPO DA SEPULTURA</b>

<b>10. RECONHECIMENTO E TIPO DA URNA</b>

<b>11. RECONHECIMENTO DO CORPO</b>



## 9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARBENZ, G.O. Criminalística: aspectos médico-legais dos locais de crime, perinecropsia, exumação. In: \_\_\_\_\_. *Medicina legal e antropologia forense*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1988. p. 45-56.
2. ARBENZ, G.O. Perícias médico-legais. In: \_\_\_\_\_. *Medicina legal e antropologia forense*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1988. p. 13-24.
3. AULETE, C. In: \_\_\_\_\_. *Dicionário contemporâneo da língua portuguesa*. 4. ed. Rio de Janeiro, Delta, 1985. v. 2 p. 1524.
4. BALDI, F. Técnica delle autopsie. In: ZANGANI, P.; SCIAUDONE, G.; PALMIERI, V.M.; MANGONI, E.D. et al. *Medicina legale e delle assicurazioni*. Napoli, Morano, 1990. v. 2 p. 1140-1184.
5. BEAUCHAMP, T.L.; CHIDRESS, J.F. In: \_\_\_\_\_. *Principles of biomedical ethics*. 2. ed. New York, Oxford Univ., 1983. p.51.
6. BRASIL. *Código de Processo Civil*. 21. ed. São Paulo, Saraiva, 1991. p. 85.
7. BRASIL. *Código de Processo Penal*. São Paulo, Rideel, 1991. p.80-86.
8. BURTON, J.F.; PETTY, C.S. The autopsy protocol. In: FISHER, R.S.; PETTY, C.S. *Forensic pathology: a handbook for pathologists*. London, Castle House, 1980. p.10-16.

9. CANUTO, G.; TOVO, S. In: \_\_\_\_\_. *Medicina legale e delle assicurazioni*. 11. ed. Padova, Piccin, 1992. p.364-370.
10. CAPRA, F. In: \_\_\_\_\_. *O Tao da Física*. 2. ed. São Paulo, Cultrix, 1986. p. 26.
11. CARVALHO, H.V.; SEGRE, M., MEIRA, A.R.;ALMEIDA et al. Criminalística. In: \_\_\_\_\_. *Compêndio de medicina legal*. 2. ed. São Paulo, Saraiva, 1987. p. 361-371.
12. CASTIGLIONI, A. In: \_\_\_\_\_. *História da Medicina*. São Paulo, Nacional, 1947. p. 78.
13. FÁVERO, F. Definição, conceito, eficiência,relações, histórico. In: \_\_\_\_\_. *Medicina legal*. 10. ed. Belo Horizonte, Itatiaia, 1975. p. 13-24.
14. FÁVERO, F. Perícia médica e peritos. In: \_\_\_\_\_. *Medicina Legal*. 10. ed. Belo Horizonte, Itatiaia, 1975. p. 38-58.
15. FERREIRA, A.B.H. In: \_\_\_\_\_. *Pequeno dicionário da língua portuguesa*. 11. ed. São Paulo, Civilização Brasileira, 1969. p. 1238.
16. FRANÇA, G.V. Introdução ao estudo da medicina legal. In: \_\_\_\_\_. *Medicina legal*. 3. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1991. p. 1-5.
17. GOMES, H. Causa jurídica morte: suicídio, homicídio, morte acidental, diagnóstico comparado, comemorativos, exame de local (perinecropsia), autópsia. In: \_\_\_\_\_. *Medicina legal*. 9. ed. São Paulo, Freitas Bastos, 1966. p.690-696.

18. GOMES, H. Divisão da medicina legal: esboço histórico, desenvolvimento atual da medicina legal na Brasil, evolução do ensino. In: \_\_\_\_\_. *Medicina legal*. 9. ed. São Paulo, Freitas Bastos, 1966. p. 15-28.
19. GOMEZ, L.L.; CALABUIG, J.A.G. Exumaciones y embalsamamiento. In: \_\_\_\_\_. *Tratado de medicina legal*. Valencia, Saber, 1962. p. 454-458.
20. GORDON, I.; SHAPIRO, H.A. The diagnosis and the early signs of death. In: \_\_\_\_\_. *Forensic medicine: a guide to principles*. 2. ed. Singapore, Churchill Livingstone, 1982. p. 60-79.
21. GUISANDE, G.S. In: \_\_\_\_\_. *Historia de la medicina*. Buenos Aires, Atlântida, 1945. p. 87.
22. LOPES, C.R.S. Exames do cadáver. In: \_\_\_\_\_. *Guia de perícias médico-legais*. 4. ed. Braga, Cruz, 1966. p. 120-280.
23. MARANHÃO, O.R. Introdução e criminalística médico-legal. In: \_\_\_\_\_. *Curso básico de medicina legal*. 5. ed. São Paulo, Malheiros, 1992. p. 23-123.
24. PEIXOTO, A. Exumação judiciária e verificações complementares. In: \_\_\_\_\_. *Manual de thanatoscopia judiciária*. Salvador, Bahiana, 1901. p. 289-293.
25. PEIXOTO, A. A função pericial no Brasil. In: \_\_\_\_\_. *Medicina legal*. 6. ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1931. p. 397-414.
26. POLSON, C.J.; GEE, D.J.; KNIGHT, B. Scenes of crimes. In: \_\_\_\_\_. *The essentials of forensic medicine*. 4. ed. Oxford, Pergamon, 1985. p. 574-589.
27. RABELLO, E. In: \_\_\_\_\_. *Balística forense*. 2. ed. Porto Alegre, Sulina, 1982. v. 1 p. 193.

28. RODRIGUES, R.N. Determinação da causa médica e judiciária da morte. In: \_\_\_\_\_. *Manual de autópsia médico-legal*. Salvador, Reis, 1901. p. 11-21.
29. SÃO PAULO. Secretaria dos Negócios da Segurança Pública. Centro de Análise de Dados. Departamento de Planejamento e Controle da Polícia Civil. *Estatística de exumações realizadas pelos postos do Instituto Médico-Legal, nas áreas da Capital, periferia e interior, nos anos de 1987 a 1994*. Informe. São Paulo, 1994 (Fac-símile 148/94).
30. SIMONIN, C.L. In: \_\_\_\_\_. *Medicina legal judicial*. 2. ed. Barcelona, Jims, 1966. p. 5.
31. SMITH S.; FIDDES F.S. Post-mortem examination of the body. In: \_\_\_\_\_. *Forensic medicine: a textbook for students*. 10. ed. London, Churchill, 1955. p. 52-53.
32. SOUZA LIMA, A.J. Jurisprudencia medica. In: \_\_\_\_\_. *Tratado de medicina legal*. 5. ed. Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1933. p. 88-90.
33. SOUZA LIMA, A.J. Prolegomenos: história da medicina legal. In: \_\_\_\_\_. *Tratado de medicina legal*. 5. ed. Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1933. p. 43-68.
34. STRASSMANN, F. In: \_\_\_\_\_. *Manuale di medicina legale*. Torino, Unione, 1901. p. 1-26.
35. TALIBERTI, J. In: \_\_\_\_\_. *Conceito de medicina legal. A contribuição da medicina na feitura das leis*. São Paulo, Revista dos Tribunais, 1941. p. 12.
36. VEATCH, R.M. In: \_\_\_\_\_. *Medical ethics*. Boston, Jones and Bartlet, 1989. p.174.

**10 - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

1. ACHAUAL, A. Tanatología y muerte. In: \_\_\_\_\_. *Manual de medicina legal*. Buenos Aires, Abelido-Periot, 1962. p. 445-446.
2. ALCÂNTARA, H.R. *Perícia médica judicial*. Rio de Janeiro, Guanabara Dois, 1982. 367 p.
3. ALMEIDA JUNIOR, A.; COSTA JUNIOR, J.B.O. *Lições de medicina legal*. 17. ed. São Paulo, Nacional, 1981. 614 p.
4. ALVES, E.S. *Medicina legal e deontologia*. 2. ed. Curitiba, Santa Cruz, 1967. 394 p.
5. ARAGONA, F. *Compendio di medicina legale e delle assicurazioni*. 2. ed. Milano, Ermes, 1992. 406 p.
6. ASNAES, S.; PAASKE, F. Uncertainty of determining cause of death in a medicolegal material without autopsy: an autopsy study. *Forensic Sci. Int.* v.15, p.103-114, 1980.
7. AUER, A. *Ética y medicina*. Madrid, Guadarrama, 1972. 679 p.
8. AZEVEDO, J.B. *Dicionário de medicina legal*. São Paulo, Jalovi, 1967. 212 p.
9. BALTHAZARD, V. *Manual de medicina legal*. 6. ed. Barcelona, Salvat, 1947. 767 p.

10. BALTHAZARD, V. *Précis de médecine légale*. 3. ed. Paris: Baillière, 1921. 626 p.
11. BARCHIFONTAINE, C.P.; PESSINI, L. *Problemas atuais de bioética*. São Paulo, Loyola, 1991. 414 p.
12. BARROS, B.X. *Manual prático de medicina legal*. 3. ed. São Paulo, Brazil de Rothschild, 1915. 804 p.
13. BRASIL. *Código Penal*. Decreto-lei n. 2848, de dezembro de 1940, atualizado pela Lei n. 6898, de 30 de março de 1981. 20. ed. São Paulo, Saraiva, 1983. 817 p.
14. BRIAND, J.; CHAUDÉ, E. *Manuel complet de médecine légale*. 7. ed. Paris, Baillière, 1863. 1048 p.
15. CALABUIG, J. A. G. *Medicina legal y toxicologia*. 4. ed. Barcelona, Científicas y Técnicas, 1991. 1062 p.
16. CAMPOS, M.A.P. *A docência e a investigação científica*. São Paulo, USP, 1962. 198 p.
17. CARRARA, M.; ROMANESE, R.; CANUTO, G.; TOVO, C. *Medicina legale*. Torino, Torinese, 1937. 1288 p.
18. CARVALHO, H.V. In: \_\_\_\_\_. *Manual de técnica tanatológica*. São Paulo, Rossolillo, 1950. cap. 2 p. 118-119.
19. CARVALHO, H.V.; BRUNO, A.M.L.; SEGRE, M. *Lições de medicina legal*. 3. ed. São Paulo, Saraiva, 1965. 87 p.
20. DALLA VOLTA, A. *Trattato di medicina legale*. Milano, Società, 1938. v. 2 882 p.

21. DOUCET, H. Quelques exigences que à la morale de la médecine. In: \_\_\_\_\_ . *Cahiers de bioéthique*. Québec, Laval, 1979. v. 1. 137 p.
22. DU SAULLE, L. *Étude médico-légale sur les testaments*. Paris, V.A. Delahaye, 1879. 624 p.
23. DU SAULLE, L. *Traité de médecine légale*. Paris, V.A. Delahaye, 1874. 1268 p.
24. ENGELHARDT, H.T., Jr. *The foundations of bioethics*. New York, Oxford Univ., 1986. 204 p.
25. FATTEH, A. *Handbook of forensic pathology*. Philadelphia, Lippincott, 1973. 349 p.
26. FERREIRA, A.A. *Da técnica médico-legal na investigação forense*. 2. ed. São Paulo, Revista dos Tribunais, 1962. 2 v. 925 p.
27. FINNIS, J. *Fundamentals of ethics*. Oxford, Clarendon Press, 1983. 517 p.
28. FOURNIER, E. *Élèments de médecine légale et législation médicale*. Paris, Flammarion, 1957. 165 p.
29. FRANÇA, G.V. *Flagrantes médico-legais*. João Pessoa, Imprensa Universitária, 1983. 160 p.
30. GIUGNI, H. *Lecciones de medicina legal*. Valencia, Vargas, 1972. 735 p.
31. GONZALES, T.A.; VANCE, M.; HELPERN, M.; UMBERGER, C.J. *Legal medicine, pathology and toxicology*. 2. ed. New York, Appleton-Century, 1954. 1349 p.

32. GRADWOHL, R.B.H. *Legal medicine*. Saint Louis, C.V.Mosby, 1954. 1093 p.
33. GRESHAM, G.A. *A colour atlas of forensic pathology*. 3. ed. London, Wolfe, 1984. 304 p.
34. GRESHAM, G.A.; TURNER, A.F. *Post-mortem procedures*. London, Wolfe, 1979. 160 p.
35. HELMER, R.P. Identification of the cadaver remains of Josef Mengele. *J. Forensic Sci.* v.32, n. 6, p.1622-44, Nov. 1987.
36. HERRERA, A.A. *Tanatologia forense*. Barcelona, Salvat, 1940. 128 p.
37. HILPERT, C. A aceitação do conceito de autonomia e a respectiva crítica. *Concilium*. v.192, n.2, p.15-25, 1984.
38. HIRSCH, C.S.; MORRIS, R.C.; MORITZ, A.R. *Handbook of legal medicine*. 5. ed. Missouri, C.V.Mosby, 1979.
39. HOFMANN, E. *Nouveaux éléments de médecine légale*. Paris, Baillière, 1881. 830 p.
40. JANSSEN, W. *Forensic histopathology*. Berlin, Springer, 1984. 402 p.
41. KERR, D.J.A. *Forensic medicine*. 4. ed. London, Adam & Charles Black, 1946. 358 p.
42. KNIGHT, B. *Forensic pathology*. New York, Oxford Univ., 1991. 584 p.
43. LACASSAGNE, A.; MARTIN, E. *Précis de médecine légale*. 3. ed. Paris, Masson, 1921. 752 p.

44. LACAZ, C.S. A coruja como símbolo da medicina. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 15 maio 1988. p.43.
45. LACERDA, J.M.G.M. *Instituições de medicina legal brasileira*. São Paulo, Commercio, 1883. 273 p.
46. LAURNAGARAY, J.M. *La pericia médico-legal*. Buenos Aires, El Ateneo, 1932.
47. LUDWIG, J. *Current methods of autopsy practice*. Philadelphia, W.B.Saunders, 1972. 356 p.
48. MARKUS, G. *Manual prático de medicina legal*. São Paulo, Sugestões Literárias, 1976. 322 p.
49. MARTIN, E. *Manual de medicina legal*. Barcelona, Salvat, 1942. 738 p.
50. MASON, J.K. Legal disposal of the dead. In: \_\_\_\_\_. *Forensic medicine of lawyers*. 2. ed. London, Butterworths, 1983. 507-508.
51. MASON, J.K. *Paediatric forensic medicine and pathology*. New York, Van Nostrand Reinhold, 1989. 516 p.
52. MEIRA, C. *Temas de ética médica e medicina legal*. São Paulo, CEJUP, 1989. 333 p.
53. ORFILA, M. In: \_\_\_\_\_. *Traité de médecine légale*. Paris, Labé, 1848. p. 58-79.
54. PANASCO, W.L. *A responsabilidade civil, penal e ética dos médicos*. 2. ed. Rio de Janeiro, Forense, 1984. 503 p.

55. PANASCO, W.L. *Medicina legal*. Rio de Janeiro, Eldorado Tijuca, 1976. 397 p.
56. PATARO, O. *Medicina legal e prática forense*. São Paulo, Saraiva, 1976. 385 p.
57. PEIXOTO, A. *Novos rumos da medicina legal*. 3. ed. Rio de Janeiro, Nacional, 1938. 521 p.
58. PERAZZO, S. O médico e a morte. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 28 set. 1985. p.37.
59. PEREIRA, G. O ensino médico no Brasil. *R. Bras. Educ. Med.*, v.9, n. 3, p.182-186, set./dez. 1985.
60. PEREIRA, H.B.C.; SIGNER, R. *Michaelis: pequeno dicionário*. São Paulo, Melhoramentos, 1992. 678 p.
61. PIÉDELIÉVRE, R.; DÉROBERT, L.; HAUSSER, G. *Abrégé de médecine légale*. Paris, Baillière, 1947. 287 p.
62. PONSOLD, A. *Manual de medicina legal*. Barcelona, Científico-Médico, 1955. 575 p.
63. PUCCINI, C. *Istituzioni di medicina legale*. 3. ed. Milano, Ambrosiana, 1993. 1190 p.
64. REIS, H.C. *Lesões corporais: enfoque médico-jurídico*. Recife, UFPE, 1991. 131 p.
65. RIBEIRO, L. *Medicina legal*. [S.l. : s.n.]. [194-] 428 p.
66. ROJAS, N. *Medicina legal*. 9. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1966 564 p.

67. ROLIH, S.D.; JUDD, W.J. *Serological methods in forensic science technical workshop*. Miami, American Association of Blood Banks, 1985. 106 p.
68. ROOK, A.; DAWBER, R. *Diseases of the hair and scalp*. 2. ed. London, Blackwell, 1991. 625 p.
69. SANT'ANNA, N. *Controvérsias em medicina legal*. Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1988. 312 p.
70. SANTOS, E.E. *Atlas colorido de medicina legal*. São Paulo, Resenha, 1978. 221 p.
71. SANTOS, J.W.S. *Léxico médico legal*. São Paulo, Julex, 1987. 2245 p.
72. SEGERBERG-KONTTINEN, M. Determination of cause and mode of death before and after medicolegal autopsy: a comparative study. *J. Forensic Sci.* v.33, n. 2, p.441-447, Mar. 1988.
73. SGRECCIA, E. *Manuale di bioetica*. 2. ed. Milano, Vita E. Pensiero, 1991. 132 p.
74. SIEGAL, L.J. *Forensic medicine*. New York, Grune & Stratton, 1963. 354 p.
75. SILVA JUNIOR, E.L. *Manual de medicina legal*. São Paulo, Escola de Polícia, 1954. 162 p.
76. SILVA, M.P. *Medicina legal*. 2. ed. Rio de Janeiro, Itambé, 1975. 183 p.
77. SILVA, O. P. *Medicina legal*. Rio de Janeiro, Liber Juris, 1974. 353 p.

78. SILVA RAMOS, F.J.; CAMPOS JUNIOR, J.L. *Inglês-português, português-inglês*. São Paulo, FTD, 1988. 309 p.
79. SIMONIN, C.L. *Médecine légale judiciaire*. 3. ed. Paris, Maloine, 1955. 1054 p.
80. SIMPSON, K. *Forensic medicine*. 4. ed. London, E. Arnold, 1961. 355 p.
81. SKINNER, M. Planning the archaeological recovery of evidence from recent mass graves. *Forensic Sci. Int.* v.34, p.267-287, 1987.
82. TARDIEU, A. *Étude médico-légale sur les blessures*. Paris, Baillière, 1879. 474 p.
83. TEDESCHI, C.G. *Forensic medicine*. Philadelphia, W. B. Saunders, 1977. 1680 p.
84. TETTAMANZI, D. *Bioética: nuove sfide per l'uomo*. Pieme, Casale Monferrato, 1987. 392 p.
85. THOINOT, L. *Précis de médecine légale*. Paris, Octave Doin, 1913. v. 2. 1659 p.
86. TORRINHA, F. *Dicionário latino-português*. 3. ed. Pôrto, Marânus, 1945. 947 p.
87. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação: *Estrutura e apresentação de dissertações e teses*. São Paulo, 1991. 48 p.
88. VANATTA, P.R.; PETTY, C.S. Limitations of the forensic external examination in a determining the cause and manner of death. *Human Path.* v.18, n. 2, p.170-174, Feb. 1987.

89. VASCONCELOS, G. *Lições de medicina legal*. Rio de Janeiro, Forense, 1970. 411 p.
90. VIBERT, C. *Précis de médecine légale*. 2. ed. Paris, Baillière, 1889. 792 p.
91. VIRKKUNEL, M.; PENTTILÄ, A.; TENHU, M. et al. Comparative study on the underlying cause and mode of death established prior to and after medicolegal autopsy. *Forensic Sci.* v.5, p.73-79, 1975.
92. XAVIER FILHO, E.F. *Rotina médico-legal*. Porto Alegre, Sagra, 1992. 210 p.
93. ZACHARIAS, M. *Dicionário de medicina legal*. 2. ed. Curitiba, Champagnat, 1991. 530 p.
94. ZARZUELA, J.L. *Medicina legal: perguntas e respostas*. São Paulo, Madras, 1993. 231 p.

## ABSTRACT

The reason of the elevated number of exhumations in Brazil is appraised. Eight cases of exhumations that were being submitted to autopsies in the Medicolegal Department of State University and Medicolegal State Institute of Campinas are presented as a hard base of our work. Verdicts, technical and critical aspects are discussed and emphasized in order to review the Forensic Doctor formation and career. It concludes that in Brazil, the imperfections in verdicts are the result of some autopsies not well done realized, because Forensic Doctors don't have basic structures, solid formation and good conditions to work. Because of these aspects, the "solution" from Justice is to ask exhumations to institutions that are more prepared and doing this they try to solve the initial mistakes.