



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
 Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania
 Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo - IMESC

temas IMESC

Sociedade • Direito • Saúde

ISSN 0102-2490

Temas IMESC Sociedade • Direito • Saúde 5 (1)



Temas IMESC - Sociedade, Direito, Saúde | São Paulo | v. 5 | n. 1 | p. 1-56 | jan. jul. 2017



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania
Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo
IMESC

temas IMESC
Sociedade • Direito • Saúde



Rua Barra Funda, 824 – São Paulo-SP
Tel.: (11) 3821-1200

Governo do Estado de São Paulo

Geraldo Alckmin – Governador

Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania

Márcio Fernando Elias Rosa – Secretário

Luiz Souto Madureira – Secretário Adjunto

Leonardo de Moraes Barros – Chefe de Gabinete

Realização

Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo

IMESC

Sergio Maranhão - Superintendente

Conselho Editorial

Márcio Fernando Elias Rosa

Sergio Maranhão

Élcio Rodrigues da Silva

Murilo Campos Battisti

Roberto Tadeu Noritomi

Glauber Callegari

Sandra Lucia Garcia Massud

Marilda da Silva

Jornalista Responsável

José Francisco Pacóla – MTB 16.324

Foto da capa

Paulo Cesar da Silva/Imprensa Oficial do Estado S/A - IMESP

Revisão

Silvia Clea Coutinho Ramos

Editores, Impressão e Acabamento

Imprensa Oficial do Estado S/A - IMESP

Ficha Catalográfica elaborada por Cláudia Garcia Pettan Leme Teixeira
CRB – 8 n. 5794

TEMAS IMESC: sociedade, direito, saúde. V.5, n.1 (jan./jul. 2017)-.
São Paulo: Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São
Paulo – IMESC, 2017.

Semestral
ISSN 0102-2490

CDU 300:610

Sumário

Apresentação	7
Prefácio	9
Artigos	11
A atuação médico-pericial na avaliação de danos corporais	11
Lucas Pedroso Fernandes Ferreira Leal, Élcio Rodrigues da Silva, Viviam Paula Lucianelli Spina, Jonas Aparecido Borracini, Fábio Tadeu Panza	
Laudos periciais em ações de curatela	19
Élcio Rodrigues da Silva, Viviam Paula Lucianelli Spina, Lucas Pedroso Fernandes Ferreira Leal, Jonas Aparecido Borracini, Fábio Tadeu Panza, Richard Rigolino, Luiz Carlos Pillegi Forte	
Estadiamento oncológico e atividade laboral	25
Sílvia Regina Graziani, Rogerio Pinheiro Arraes	
Tratamento quimioterápico e impacto na sobrevida no câncer	41
Marineide Prudencio de Carvalho	
O DNA em ações de investigação de paternidade: uma breve revisão de sua utilização no âmbito judicial	47
Karen Regina Amato Samos	
Uma problemática indigesta: violências da escola	55
Marilda da Silva	
Perícias Psicológicas em Ações de Retificação do Registro Civil de Indivíduos Transexuais e Travestis no IMESC – Proposta de uma Abordagem Não Patologizante	63
Flavia da Penha Fiorini, Bernadete Aparecida Toledo, Elaine Leme da Silva José, Ivani Valarelli Menezes, Nelson Raul de Campos Fragoso, Rosana Aparecida Scarassatti, Zulma Regina Bicas Di Lascio	

Apresentação

Órgão de excelência e referência nacional em perícias médico-forenses, o Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC) traz de volta à comunidade científica a **Revista Temas IMESC**, publicação semestral destinada a debater assuntos relacionados à atuação do Instituto e de áreas correlatas.

Trata-se, sem dúvida, de mais uma iniciativa exitosa do superintendente do IMESC, Sérgio Maranhão, cujo dinamismo nas ações, visão estratégica e reconhecida aversão ao comodismo levam, agora, à retomada de um projeto de inquestionável importância.

Trinta e dois anos após a sua última edição, a **Revista Temas IMESC** renasce para o cenário da literatura científica com a robustez e a seriedade que sempre marcaram a publicação.

Em boa hora, retoma-se a discussão técnica de temas sempre atuais, promovendo a saudável disseminação de conhecimento, suscitando o debate e fomentando o estudo.

Esta edição, comemorativa aos 47 anos do IMESC, traz à lume cinco artigos da maior importância não apenas para os profissionais da perícia, mas para a comunidade científica em geral e, ainda, para a família forense.

São textos produzidos a partir do trabalho desenvolvido por profissionais vinculados ao IMESC ao longo de suas atividades de perícias e de pesquisas dentro do Instituto.

Todos os trabalhos publicados, é bom ressaltar, são selecionados pelo novo Conselho Editorial da revista, composto por profissionais de reconhecida competência e aos quais dirijo meus agradecimentos por terem abraçado essa missão: Dr. Murilo Campos Battisti, presidente do CONED-SP; Dr. Roberto Noritomi, sociólogo; Dr. Elcio Rodrigues da Silva, diretor do Centro de Perícias do IMESC; Prof^a Dr^a Marilda da Silva, da Universidade do Estado de São Paulo – UNESP; Dr. Glauber Callegari, chefe de Gabinete da Defensoria Pública do Estado de São Paulo; e Dr^a Sandra Lúcia Garcia Massud, promotora de Justiça do Ministério Público do Estado de São Paulo.

A **Revista Temas IMESC** é também um reconhecimento à produção científica dos profissionais vinculados ao Instituto e, seguramente, se consolidará como fonte de consulta e de inspiração para peritos de todo o País.

Márcio Fernando Elias Rosa

Secretário de Estado da Justiça e da Defesa da Cidadania

Prefácio

Dentre as instituições que realizam perícias no país, o IMESC encabeça a lista no tocante à quantidade de laudos realizados e que abrangem a maior diversidade de áreas do Direito.

Elaborar um Laudo Pericial é um processo complexo que requer conhecimento científico específico. A conclusão nele exposta é determinante e pode causar alterações significativas na vida das pessoas. Assim o é, também, na atividade científica.

A natureza do embasamento teórico médico-pericial é multidisciplinar. Diz-se que a Medicina é uma Arte, pois além do Saber, necessita da Habilidade. Ao médico perito, cabe ainda mais, buscar em outras áreas do conhecimento (que não as da Ciência Médica), tais como o Direito e a Sociologia, complementos para o seu labor cotidiano.

No transcorrer dos anos, a perícia médica vem se transformando: novos temas, novas populações, novas legislações. Tal dinâmica resulta em instrumentos e técnicas inéditos ou adaptados.

Observar o diferente, estudar a metodologia, propor práticas inovadoras e avaliar seus resultados. Pura atividade científica incorporada pela comunidade de médicos peritos alinhados com os propósitos deste século.

Contudo, o diferente, o adaptado, o processo, tudo precisa ser compartilhado. Não se pode privar o restante da comunidade científica do conhecimento adquirido. O saber sempre avança; não se avalia o que se ignora.

As Revistas Científicas têm exatamente este fim, possibilitar que o conhecimento adquirido seja veiculado entre as várias áreas do Conhecimento. O cientista (que aqui não se refere ao pesquisador, mas àquele que faz Ciência) necessita de renovação diária. Discutir ideias, adquirir dados e ferramentas são itens vitais para a excelência de seu trabalho.

Ao refletir sobre tais aspectos e tentando suprir um enorme vácuo na bibliografia nacional, o IMESC lançou, em 1978, a revista "IMESC Ilustrada".

A partir de então, foram editadas revistas, com tiragens trimestrais ou semestrais, que tiveram seus nomes alterados, a saber, "IMESC Ilustrada" (1978/1979); "Revista do IMESC" (1980/1983); "Temas IMESC" (1984/1987); e, "Revista IMESC" (1998/2001).

Há 16 anos nenhuma Revista é editada pelo IMESC. Revistas que, apesar da alteração da nomenclatura sempre tiveram grande aceitação e reconhecimento da comunidade científica.

Com a atual fase do Instituto, a qual concentra suas atividades na excelência de seus peritos e, conseqüentemente, de seus laudos periciais, o IMESC retoma a publicação da “Revista IMESC” com esta Edição Comemorativa do Aniversário de 47 anos do IMESC.

Artigos

A atuação médico-pericial na avaliação de danos corporais

Lucas Pedroso Fernandes Ferreira Leal¹, Élcio Rodrigues da Silva²,
Viviam Paula Lucianelli Spina³, Jonas Aparecido Borracini⁴,
Fábio Tadeu Panza⁵

1 Médico, Diretor do Departamento de Estudos e Perícias do Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC), Perito Oficial do IMESC.

(lucaslealdr@uol.com.br)

2 Médico, Diretor do Centro de Perícias do Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC), Perito Oficial do IMESC.

3 Médica, Perita Oficial do Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC).

4 Médico, Diretor do Núcleo de Perícias Clínicas do Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC), Perito Oficial do IMESC.

5 Médico, Perito Oficial do Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC).

RESUMO: No âmbito da avaliação de danos corporais, a prova pericial é essencialmente médica e deve obedecer a normas específicas do âmbito do Direito em que tem lugar. A função do perito é saber dar resposta ao objeto da perícia, procurando traduzir a complexidade da avaliação técnica em um conjunto de conclusões fundamentadas, contribuindo com a Justiça. O laudo médico deve ser completo e fazer compreender a situação real do indivíduo. É fundamental que o dano seja identificado, descrito e valorado de acordo com rigoroso método científico. Em demandas indenizatórias, contemplam-se os danos temporários e permanentes, patrimoniais e não-patrimoniais, avaliados dentro do princípio geral da reparação integral dos danos, de modo objetivo e contextualizado, após análise do evento traumático e da ponderação do nexo de causalidade, bem como da data de cura ou consolidação das lesões.

Palavras-chave: laudo; indenização; dano.

ABSTRACT: Medical expert evidence has to comply with legal proceedings. In the assessment of personal injuries, physician must respond to the object of litigation, translating the complexity of technical evaluation into a set of reasoned conclusions, contributing to Justice. The medical report needs to be complete. It is essential that the damage is identified, described and assessed according to a rigorous scientific method, according to the actual situation of the individual. In civil lawsuit, temporary and permanent impairments are considered and require evaluating within the general principle of full compensation of damages, in an objective and reasoned manner, after analysis of the traumatic event, study of the nexus and the determination of the date of cure or consolidation of the lesions.

Key-words: expert testimony; compensation and redress; moral damage.

O exame pericial de avaliação de danos corporais constitui uma atividade técnica, efetuada a diversos títulos, visando fundamentada e correta avaliação do indivíduo, de forma global e individualizada, de acordo com as ciências forenses e metodologias periciais, em sede de processo judicial¹. Nesta seara, a prova pericial é

essencialmente médica, independente do âmbito do Direito à luz da qual a avaliação técnica é efetuada: Civil, Penal, Previdenciário, Securitário, Trabalhista ou da Família. O método de realização do exame e de elaboração de seu respectivo relatório, que possui valor probante relevante², é muito próximo para os diversos tipos de pe-

ria de avaliação de danos corporais, mas os seus objetivos e conclusões diferem conforme a doutrina que rege cada um deles¹, atendendo-se as determinações judiciais.

A avaliação pericial, admitindo o conhecimento científico específico, tem sido mais que uma necessidade e um direito das partes envolvidas nas lides. Os magistrados utilizam-se da opinião de um especialista, fundamentada em evidências científicas e exposta na prova pericial², para considerar, limitar ou excluir o que se pleiteia e se justifica na apresentação do julgamento. Os expertos, com isso, devem assegurar que o juízo seja esclarecido, conforme suas necessidades, mediante análise do laudo médico³. A função do perito é saber dar resposta concreta e adequada ao objetivo da perícia na área do Direito em tela, procurando traduzir a complexidade da avaliação médica por palavras simples e de maneira harmônica e equitativa, para que todos os outros intervenientes no processo, leigos em Medicina, possam apreciar os resultados exarados em seu relatório, pretendendo, ao final, que se obtenha Justiça^{1,2}.

O perito médico desempenha um importante papel, muitas vezes crucial, na matéria do Direito em que decorre e, principalmente nos casos de responsabilidade médica⁴⁻⁶. O sistema jurídico depende, nesta situação, de perito médico⁷⁻⁹, que é dotado de conhecimento especializado não

possuído pelo público leigo^{2,10-14}. Mas não é infrequente que ocorram mal-entendidos no que diz respeito à comunicação entre médicos peritos e profissionais do Direito^{11,15-19}; sabe-se, inclusive, que pode haver distorções graves no julgamento da responsabilidade médica profissional^{2,4,20}. O perito deve ter, além dos conhecimentos médico-legais, um certo grau de conhecimentos de fundo processual, incluindo o funcionamento do tribunal, o andamento processual e como interagir com juizes e advogados, a fim de navegar com êxito num processo judicial^{2,21,22}.

Na prática, um perito médico deve ser capaz de descrever e discutir em seu laudo o que é determinado pelo juiz, baseando-se em elementos observados e nas melhores evidências científicas disponíveis. Uma abordagem sistemática do caso é necessária, levando-se em conta seus contextos clínico, organizacional e científico²³, fornecendo subsídios para o juiz formar a sua convicção. A apuração do dano respeita critérios científicos, é ciência e, como tal, deve ser reproduzível, precisa e compreensível. Ademais, o perito é um personagem neutro no processo²⁴⁻²⁶, que deve se limitar às suas incumbências, sem jamais se manifestar sobre o mérito, e que está sujeito a sanções disciplinares, cíveis, criminais, éticas e administrativas. As mais importantes qualidades que dispõe são^{22,27}:

integridade ética, competência profissional, objetividade intelectual e inteligibilidade de discurso.

O laudo médico pericial é um fator decisivo na formação do convencimento do juiz^{23,28-30}, cujas respectivas qualidades são diretamente proporcionais. Ainda que não seja absolutamente vinculativo para o magistrado, é certo que tem relevância substancial na formação de seu convencimento, haja vista que as decisões se dão sopesando-se os elementos disponíveis². O relatório de uma perícia médica, por isso, permanece como a pedra angular da maioria dos casos em que se pleiteia indenização por suposto erro médico^{22,23,29,31,32}. Eis a elevada magnitude da responsabilidade do perito em todo o processo, ante suas ponderações e comentários exibidos no laudo elaborado. O relatório pericial relativo a uma situação em que se analisam causas, consequências e circunstâncias de eventos variados deve retratar, com fidedignidade, precisão e clareza, tudo o que foi observado pelo experto, salientando-se os elementos que fundamentam suas conclusões^{1,2}. Há que servir a verdade e assegurar a justa avaliação do dano em questão, abordando a situação real do indivíduo, para contribuir com a decisão judicial, obedecendo a normas específicas com vistas a satisfazer cabalmente os objetivos a que se destinam para

o domínio do Direito em que está inserido¹.

É importante que os laudos periciais estejam de acordo com um formato estruturado^{1,10}, e que sejam autônomos, precisos, isentos, diligentes, imparciais e relevantes^{1,33}, transmitindo informações médicas ao tribunal de uma forma profissional e de alcance público²¹, contribuindo para a administração da Justiça^{2,34}. Relatórios médicos devem ser facilmente compreensíveis, tanto para juízes quanto para causídicos, atendendo ao determinado pela autoridade, esclarecendo, precipuamente, o nexo de causalidade, os diversos parâmetros de dano pertinentes, as características e repercussões variadas do caso em questão, em atenção aos aspectos gerais de interesse, conforme a prática habitual, fundamentando-se cada afirmação, consoante o conhecimento médico^{1,2,35-39}. Vale dizer que a descrição pormenorizada dos achados clínicos e a discussão embasada em conhecimentos médico-legais permitem uma melhor tradução das implicações reais do dano do que, por exemplo, o registro de meros valores numéricos que, por si só, são simplórios, relativos e questionáveis. A resolução do caso pela autoridade competente se baseia em todas as provas pertinentes apresentadas e no previsto pelas doutrina, legislação e jurisprudência², conforme o

caso. A prova técnica de natureza médica só é útil ao fornecer os subsídios necessários para que a autoridade estenda seu olhar sobre o caso concreto, permitindo a justiça social².

Vale salientar que, no âmbito da avaliação de danos corporais em Direito Civil, a função do perito é, sobre bases concretas e através de método científico, descrever o resultado dos exames efetuados e suas repercussões em todos os níveis, fazendo compreender a situação real do indivíduo, mediante análise de todos os parâmetros de dano, patrimoniais e extrapatrimoniais, o que permitirá estabelecer e assegurar o montante indenizatório¹. Insta aduzir que é imperiosa a uniformização de critérios técnicos a serem utilizados em laudos que são utilizados pelos magistrados em ações de reparação de danos, baseados em conceitos de consenso científico e com amplo foco analítico, para melhor oferecer informações ao juízo, tendo em conta que, no Brasil, temos observado e criticado a forma simplista de parte dos relatórios médico-legais em ações indenizatórias, tão somente dispendo de análise da capacidade laborativa e informação de um “percentual de indenização”, na maior parte das vezes baseado na Tabela de Indenização da SUSEP, como se traduzisse todos os aspectos relacionados ao dano e como se espelhasse o comprometimento do

potencial de trabalho do indivíduo. Nos casos em que se exige a apuração do dano e suas repercussões, como nas demandas indenizatórias, há que se elaborar laudo técnico em que se proceda a análise tanto dos danos temporários quanto dos danos permanentes, dentro dos princípios gerais da reparação integral e particular dos danos no contexto de vida do indivíduo, de acordo com *lex artis*. Há que se basear ainda nas dificuldades, nas limitações que sejam o reflexo das sequelas assinaladas também nas atividades de lazer, escolares e desportivas, nos atos essenciais da vida cotidiana, na vida familiar e nas relações afetivas¹, não se limitando à avaliação do comprometimento do patrimônio físico ou psíquico e às repercussões sobre a atividade laborativa do indivíduo. Merece atenção a análise das perdas, privações e desvantagens que possam ter advindo do dano, propiciando um detalhado conjunto de informações para que o Magistrado tenha condição de reparar o dano e o sofrimento físico-psíquico do indivíduo, com a devida fundamentação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Magalhães T, Corte-Real F, Vieira DN. O relatório pericial de avaliação do dano corporal em Direito Civil. In: Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito

- Civil. Biblioteca de Seguros. Coedição Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra. 2008.
2. Leal LPFF, Milagres A. A importância do laudo pericial médico na formação do entendimento do juízo: análise de casos de suposta má prática médica em cirurgia geral. *Saúde, Ética & Justiça* 2012; 17(2): 82-90.
 3. Dierks Ch. Medical opinions in court--a challenge for communication between physicians and lawyers. *Versicherungsmedizin*. 2005 Mar 1;57(1):20-4.
 4. Feld AD, Carey WD. Expert witness malfeasance: how should specialty societies respond? *Am J Gastroenterol*. 2005 May;100(5):991-5.
 5. Posner KL, Caplan RA, Cheney FW. Variation in expert opinion in medical malpractice review. *Anesthesiology*. 1996 Nov;85(5):1049-54.
 6. Kern KA. Medicolegal perspectives on laparoscopic bile duct injuries. *Surg Clin North Am*. 1994 Aug;74(4):979-84.
 7. Horton JB, Reece E, Janis JE, Broughton G 2nd, Hollier L, Thornton JF, Kenkel JM, Rohrich RJ. Expert witness reform. *Plast Reconstr Surg*. 2007 Dec;120(7):2095-100.
 8. Hammond CB, Schwartz PA. Ethical issues related to medical expert testimony. *Obstet Gynecol*. 2005 Nov;106(5 Pt 1):1055-8.
 9. Manning J. The standard of care and expert evidence of accepted practice in medical negligence. *J Law Med*. 2007 Dec;15(3):394-407.
 10. Ryan M. The adversarial court system and the expert medical witness: 'The truth the whole truth and nothing but the truth?'. *Emerg Med (Fremantle)*. 2003 Jun;15(3):283-8.
 11. Kaufman HH. The expert witness. Neither Frye nor Daubert solved the problem: what can be done? *Sci Justice*. 2001 Jan-Mar;41(1):7-20.
 12. Becker W, Laufs A, Schreiber HL. The function and legal position of the medical expert. *Laryngol Rhinol Otol (Stuttg)*. 1977 Sep;56(9):723-40.
 13. Hawkins TS. Expert testimony: a perspective from the trenches. *J Am Coll Radiol*. 2005 Feb;2(2):126-30.
 14. Ulsenheimer K. Quality assurance by experts. *Zentralbl Gynakol*. 1998;120(12):588-92.
 15. Dierks Ch. Medical opinions in court--a challenge for communication between physicians and lawyers. *Versicherungsmedizin*. 2005 Mar 1;57(1):20-4.
 16. Jerrold L. The role of the expert witness. *Surg Clin North Am*. 2007; 87(4):889-901, vii-viii.
 17. Franzki H. Development of expert assessment in the malpractice lawsuit from the viewpoint of the judge. *Z Arztl Fortbild (Jena)*. 1996 Nov;90(7):652-6; discussion 656-7.
 18. Krinsky S. The weight of scientific evidence in policy and law. *Am J Public Health*. 2005;95 Suppl 1:S129-36.
 19. Cranor C. Scientific inferences in the laboratory and the law. *Am J Public Health*. 2005;95 Suppl 1:S121-8.
 20. Specht G. Conflicting expert opinions from the medical viewpoint. *Z Arztl Fortbild (Jena)*. 1996 Nov;90(7):640-1.
 21. Davis GG. The art of attorney interaction and courtroom testimony. *Arch Pathol Lab Med*. 2006 Sep;130(9):1305-8.
 22. Ulsenheimer K. Expert evidence. General prerequisites and procedural characteristics for expert opinions. *Anaesthesist*. 2005 Nov;54(11):1081-8.
 23. Giard RW, Stolker CJ. The physician as an expert in medical negligence cases. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2003 Apr 26;147(17):819-23.
 24. Bal BS. The expert witness in medical malpractice litigation. *Clin Orthop Relat Res*. 2009 Feb;467(2):383-91.
 25. Jerrold L. The role of the expert witness. *Surg Clin North Am*. 2007; 87(4):889-901, vii-viii.
 26. Fish R, Rosen P. Physicians should be expert witnesses. *J Emerg Med*. 1990 Sep-Oct;8(5):659-63.
 27. França GV. *Medicina legal*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2008.
 28. Becker W, Laufs A, Schreiber HL. The function and legal position of the medical expert. *Laryngol Rhinol Otol (Stuttg)*. 1977 Sep;56(9):723-40.
 29. Ulsenheimer K. Quality assurance by experts. *Zentralbl Gynakol*. 1998;120(12):588-92.
 30. Andrew LB. Expert witness testimony: the ethics of being a medical expert witness. *Emerg Med Clin North Am*. 2006 Aug;24(3):715-31.
 31. Hugh TB, Dekker SW. Hindsight bias and outcome bias in the social construction of medical negligence: a review. *J Law Med*. 2009 May;16(5):846-57.
 32. Schreiber HL. The standard of required medical responsibility as an instrument in malpractice cases. *Versicherungsmedizin*. 1995 Feb 1;47(1):3-5.
 33. Schofferman J. Opinions and testimony of expert witnesses and independent medical evaluators. *Pain Med*. 2007 May-Jun;8(4):376-82.
 34. Owolabi T, Vilos G. The physician expert in legal proceedings. *J Obstet Gynaecol Can*. 2006 Oct; 28(10): 913-5.
 35. Feld AD, Carey WD. Expert witness malfeasance: how should specialty societies respond? *Am*

- J Gastroenterol. 2005 May;100(5):991-5.
36. Furukawa T. Judgment at medico-legal dispute. Nippon Geka Gakkai Zasshi. 1999 Nov;100(11):756-60.
37. Bauch J, Meier J, Ulsenheimer K. The surgeon's role as expert witness in malpractice lawsuits. Purpose and requirements of legal medical opinions. Chirurg. 2005 Dec;76(12):1185-97; quiz 1198-9.
38. Brennan T. Overview of legal issues. Jt Comm J Qual Improv. 1993 Aug;19(8):319-21.
39. Merz SM. Clinical practice guidelines: policy issues and legal implications. Jt Comm J Qual Improv. 1993 Aug;19(8):306-12.

Laudos periciais em ações de curatela

Élcio Rodrigues da Silva¹, Viviam Paula Lucianelli Spina²,
Lucas Pedroso Fernandes Ferreira Leal³,
Jonas Aparecido Borracini⁴, Fábio Tadeu Panza⁵,
Richard Rigolino⁶, Luiz Carlos Pillegi Forte⁷

1 Médico, Diretor do Centro de Perícias do Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC), Perito Oficial do IMESC.

(ers54@terra.com.br)

2 Médica, Perita Oficial do Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC).

3 Médico, Diretor do Departamento de Estudos e Perícias do Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC), Perito Oficial do IMESC.

4 Médico Diretor do Núcleo de Perícias Clínicas do Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC), Perito Oficial do IMESC.

5 Médico, Perito Oficial do Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC).

6 Médico, Perito Oficial do Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC).

7 Médico, Diretor do Núcleo de Perícias Psiquiátricas do Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC), Perito Oficial do IMESC.

RESUMO: Legislação em vigor desde janeiro de 2016 promoveu também modificações em ações de interdição e curatela. O ideal da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência garante direitos e maior autonomia à população que possui algum tipo de deficiência. Motivaram-se diversas discussões técnicas para contribuir com sua efetiva implementação, no âmbito da atuação médico-pericial, à luz de critérios de saúde. Orientação se faz necessária na elaboração de laudos, no que tange aos conceitos envolvidos na avaliação clínica contextualizada do indivíduo, bem como na prática determinada dos profissionais envolvidos. Recomendações procedimentais e método de avaliação foram propostos pelo Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo (IMESC), salvaguardando-se os valores fundamentais da pessoa e a legislação vigente.

Palavras-chave: laudo; avaliação da deficiência, direitos civis.

ABSTRACT: Recent legislation promoted some modifications in the institute of interdiction and curatela. The ideal of the Brazilian Law of Inclusion of the Person with Disability guarantees rights and greater autonomy to this population. Several technical discussions were motivated to contribute to its effective implementation, within the scope of medical-expert action, in the light of technical criteria. Guidance is necessary in the elaboration of medical reports, regarding the concepts involved in the clinical assessment of the individual, as well as in the practice of the experts. Recommendations and the evaluation method were proposed by the Institute of Social Medicine and Criminology of São Paulo (IMESC), safeguarding the fundamental values of the person and the current legislation.

Key-words: expert testimony; disability evaluation, civil rights.

O advento do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015), que instituiu a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência¹, implementou políticas inclusivas da pessoa com deficiência, determinando mudanças no Código Civil²

e no Código de Processo Civil³, que repercutiram nos institutos da Curatela / Interdição. Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obs-

truir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas⁴. O precípuo fim daquela referência normativa é resguardar os direitos civis individuais, fundamentais à vida e às liberdades da palavra, da manifestação, da fé, da defesa, de ir e vir, do direito de propriedade, do direito de contrair contratos, do direito à justiça, assegurando a inclusão social e cidadania da referida população.

A interdição é uma medida judicial que declara a incapacidade de uma pessoa, tendo a finalidade de retirar de si a sua capacidade civil e a livre disposição de seus bens da vida, perdendo-se ou restringindo-se o direito de externar desejos e necessidades e de gerir sua pessoa e interesses, não se dispensando o exame pericial na pessoa a ser interdita^{2,3}. A interdição é um ato de natureza constitutiva e prévio à curatela, e tem por objetivo aferir a incapacidade do interditando. A interdição poderá ser total ou parcial, temporária ou permanente, com necessidade de se explicitar as restrições em situações de interdição parcial. Em se caracterizando a necessidade de interdição, busca-se ser a menos restritiva possível, descrevendo-se as restrições e a duração do impedimento.

A curatela é o encargo deferido por lei a alguém capaz para zelar sobre os interesses de outrem, que não pode exercitá-los^{2,3}. É mister sa-

liantar que poderá ser estabelecida a curatela sem interdição, como em situações que não haja comprometimento psíquico (do discernimento - crítica, da capacidade volitiva ou da autodeterminação), mas que existam outras restrições físicas ou da comunicação.

É cristalina a necessidade de se estabelecerem e padronizarem os requisitos mínimos que, devem conter os laudos periciais elaborados para a instrução de processos judiciais que, tenham por finalidade delimitar a extensão da curatela de pessoas portadoras de deficiência, de forma que sejam atendidas as disposições legais. A lei exige que a avaliação da deficiência, quando necessária, seja biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar¹. Há que se considerar as limitações no desempenho de atividades, as restrições de participação e os fatores sócio-ambientais, psicológicos e pessoais envolvidos. Note-se que, no caso da pessoa com deficiência, a primeira exigência é a caracterização dos problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, como um desvio significativo ou uma perda. Assim, há necessidade de um diagnóstico médico do comprometimento físico, mental, intelectual ou sensorial. A depender da especificidade da demanda da Curatela (finalidade), e conforme as particularidades da situação observada, o perito poderá indicar a

necessidade de avaliação de equipe multidisciplinar (cuja composição não foi explicitada no texto legal), o que dá liberdade e autonomia ao perito para indicar a necessidade e solicitar a avaliação de outros profissionais para cada situação observada, face às necessidades de cada caso em especial, como por exemplo: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisiatra, assistente social, psicólogo, dentre outros. Frente ao apurado, e com foco objetivo da abrangência da curatela, deve ser informado o motivo da não solicitação de laudos de outros especialistas, quando for o caso.

O médico perito, como auxiliar da Justiça, ao ser solicitado a atuar nas demandas de curatela-interdição, deve realizar o diagnóstico médico da condição de saúde do indivíduo, caracterizando a deficiência física-motora, mental-intelectual-cognitiva e/ou sensorial (auditiva/visual) que houver, bem como avaliar suas repercussões nas atividades e participações dentre os diversos domínios, tais quais comunicação, mobilidade, cuidados pessoais, vida doméstica, trabalho e vida econômica, educação, socialização e vida comunitária. É certo que esta análise deve focar o comprometimento das estruturas do corpo e funções e suas implicações (limitações de atividade, na execução de tarefas, e restrições de participações, nas situações de vida), baseadas nas deficiências, de

maneira específica, individualizada e de forma contextualizada, tendo em conta também fatores ambientais (físico, social e de atitude em que as pessoas vivem e conduzem sua vida), consoante conceitos balizados pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴. Estas recomendações procedimentais e o método de avaliação foram por nós sugeridos e utilizados na elaboração do modelo institucional padronizado e adotado pelo Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo (IMESC)⁵.

A deficiência poderá ser em relação a funções mentais, sensoriais, orgânicas e de comunicação, com repercussão variável, conforme o grau de acometimento, que devem ser assinaladas. Visa-se averiguar o grau de autonomia / dependência na execução de uma tarefa ou ação (Atividade), o potencial de envolvimento em situação da vida real (Participação), as dificuldades na execução de atividades (Limitações da atividade), os problemas enfrentados quando está envolvido em situações da vida real (Restrições na participação) e eventuais interferências dos fatores ambientais, face às alterações nas funções ou nas estruturas do corpo identificadas (Deficiências). A interpretação dos dados, após estudo dos itens relativos a cada domínio, permite inferir a gravidade do comprometimento, desde gravis-

sima limitação (nas situações em que se caracteriza total dependência) até a plena capacidade (autonomia preservada, sem qualquer repercussão), podendo-se caracterizar situações intermediárias de realização de atividades com adaptação e também de realização de atividades com auxílio de terceiros. Destarte, determina-se o nível de participação do indivíduo examinado na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas (se plena e efetiva, ou não), suas potencialidades, habilidades, capacidades de expressar desejos, vontades, preferências e necessidades, eventuais restrições para atos de vida negocial e patrimonial, como fazer empréstimos, conciliar, dar quitação, alienar, hipotecar, demandar ou ser demandado, praticar atos que não sejam de mera administração, bem como a possibilidade de imprimir diretrizes de vida e ter potencial para opinar sobre a nomeação ou escolher o seu curador, conforme a crítica, para dividir decisões (decisão apoiada)⁵.

O perito deve concluir em seu laudo sobre a repercussão da deficiência na capacidade do periciando para exercer as atividades de ordem negocial e patrimonial, a única atividade de vida civil prevista a ser curatelada pela Lei nº 13.146/2015¹. São pontos críticos da perícia a averiguação das capacidades de discernimento da

pessoa com deficiência, de se auto-determinar e de exprimir seus desejos e preferências, sopesando-se o que reza a legislação atual, de forma contextualizada e baseada nos critérios técnicos descritos⁵.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Estatuto da Pessoa com Deficiência.
2. Brasil. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil.
3. Brasil. Lei n. 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil.
4. OMS. Organização Mundial da Saúde, CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.
5. São Paulo. Portaria 10-S-IMESC, de 17 de agosto de 2016. Perícias e Laudo Institucional em ações de Curatela. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 ago 2016, Poder Executivo - Seção I, p.4-6.

Estadiamento oncológico e atividade laboral

Silvia Regina Graziani¹, Rogerio Pinheiro Arraes²

1 Médica Oncologista, Perita Oficial do Instituto de Medicina Social e Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC)
(srgraziani@gmail.com)

2 Médico Ginecologista Obstetra, Perito Oficial do Instituto de Medicina Social e Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC)

RESUMO:

O câncer de mama é a neoplasia mais frequente na população feminina. Há uma tendência natural de aumento da incidência e mortalidade desta patologia com o envelhecer.

Os mecanismos de carcinogênese ainda são desconhecidos, porém se conhece alguns fatores preditivos de desenvolvimento da neoplasia, bem como a importância da prevenção, com a conscientização da população através de Políticas Públicas para a realização de mamografia com maiores chances de diagnóstico precoce e controle da doença.

O tratamento do carcinoma de mama é multimodal, envolvendo áreas médicas diversas como a Mastologia, Oncologia, Radioterapia e a equipe multiprofissional que dará apoio incondicional à paciente, em todas as fases da neoplasia.

Mesmo com toda a tecnologia disponível para diagnóstico precoce e tratamento minimamente invasivo para o câncer de mama, ainda temos uma grande porcentagem de mulheres com diagnóstico de doença avançada, necessitando de terapias mais agressivas e como consequência, maior chance de desenvolvimento de complicações relacionadas ao tratamento.

Dentre as complicações mais frequentes e que levam à incapacidade funcional estão os linfedemas relacionados ao procedimento cirúrgico radical e ao esvaziamento de linfonodos axilares e agravado pela radioterapia. Outra complicação muito frequente, e tida como principal seqüela, é a flexão viciosa do ombro homolateral à cirurgia, que leva à incapacidade funcional do braço, relacionada ou não a quadro doloroso.

A atividade pericial deve considerar múltiplos fatores para avaliar a capacidade laboral da pericianda: com antecedente, ou portadora de neoplasia de mama.

Dentre as múltiplas possibilidades, cabe ao perito ter conhecimento técnico das limitações funcionais associadas ao nível cultural e sócio econômico e, principalmente, dos que lhes é cabível nas avaliações pontuais, prevalecendo, desta forma, a garantia dos direitos constitucionais dessas mulheres que têm muito a agregar para a sociedade.

Palavras-chave: câncer de mama; atividade pericial

ABSTRACT: Breast cancer is the most in the female population. There is a natural tendency to increase the incidence and mortality of this pathology with aging. Mechanisms of carcinogenesis are still unknown,

but if knows some predictive factors of development of neoplasm, as well as such as the importance of prevention, with the population's awareness through Public Policies for the mammography with higher chances of early diagnosis and control of the disease. Treatment of breast carcinoma is multimodal, involving various tips such as Mastology, Oncology, Radiotherapy and the team multi-professional who will give unconditional support to the patient, in all stages of the neoplasm. Even with all the technology available for early diagnosis and minimally invasive treatment for breast cancer, we still have a large percentage of women diagnosed with advanced disease, requiring more aggressive therapies and as a consequence, a greater chance of development of treatment-related complications. Among the most frequent complications that lead to functional disability are the lymphedemas related to the radical surgical procedure and to the emptying of axillary lymph nodes and worsened by radiotherapy. Another very frequent complication, and considered as the main sequel, is the of the shoulder homolateral to surgery, which leads to functional disability of the arm, whether or not related to the painful.

The expert activity should consider multiple factors to assess the of the periwinkle: with antecedent, or carrier of neoplasm of breast.

Among the many possibilities, it is up to the expert to have technical knowledge associated functional limitations at the cultural and socio-economic and especially of those who is appropriate in the one-prevailing in this way, the guarantee constitutional rights of these women who have a lot to add for the society.

Key-words: Breast cancer; expert activity

INTRODUÇÃO

O Câncer de mama é a neoplasia maligna mais frequente no mundo, acometendo mulheres de países desenvolvidos e em desenvolvimento na mesma incidência, representando 25% de todos os tumores e com 1,67 milhões de mulheres com diagnóstico no ano de 2012 em todo

o mundo, sendo 96 mulheres para cada 100000 mulheres na Europa e 27 mulheres para cada 100000 mulheres na África Central e Ásia Oriental (InCa-2014).

Igualmente ao aumento de incidência no mundo, temos o aumento das taxas de sobrevivência, sendo em média 85% nos países desenvolvidos e 60% nos países em desenvol-

vimento, no período de 5 anos após o diagnóstico³⁹.

Alguns fatores de risco são bem conhecidos, como o envelhecimento, relação com a vida reprodutiva da mulher, histórico familiar de câncer de mama, consumo de álcool, obesidade, sedentarismo e mamas densas³⁹.

Contudo, a idade permanece sendo o fator de risco mais importante e as taxas de incidência aumentam muito até os 50 anos, sendo que quatro a cada cinco mulheres têm diagnóstico de câncer de mama em idade próxima aos 50 anos.

O câncer de mama familiar é menos frequente e hoje temos recursos para detectar essa população de risco e aplicar testes genéticos para avaliar a alteração dos genes BRCA 01 e 02, por exemplo; porém, a incidência desses tumores é muito baixa, representando uma em cada nove mulheres, que tem histórico familiar.

Cerca de 30% dos tumores de mama podem ser evitados se a mulher adquirir hábitos de vida saudáveis, como alimentação balanceada, prática de atividade física regular e frequente, e manter o peso corpóreo com o IMC (Índice de Massa Corpórea) entre 18,5 e 25 kg/m².⁰⁵

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda e disponibiliza na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS) a realização do exame de mamografia, a partir dos 40 anos, para as mulheres sem fatores de risco e

histórico familiar; e, a partir de 35 anos, para mulheres com fatores de risco e histórico familiar. Pretendendo, desta forma, detectar lesões de forma precoce, que aumentam muito as taxas de sobrevida global.

A taxa de sobrevida é diferente para cada estadiamento, sendo que nos tumores de mama, segundo dados do Instituto de Câncer Americano, são: 100% pacientes vivas em 5 anos nos estágios iniciais “in situ” e I, 93% nos estágios clínicos II, 72% nos estágios clínicos III; e, 22% nos estágios clínicos mais avançados e metastáticos⁰².

Baseados nessas informações estatísticas, propomos que mulheres com antecedente de neoplasia de mama em idade ativa possam ter oportunidades laborais de acordo com o estadiamento da doença, cujas chances de recidiva da doença e metástases são baixas.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA E A INCIDÊNCIA DE CÂNCER NO BRASIL

A Política Nacional de Atenção Oncológica, incorporada pela Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009, define para o país abrangente controle do câncer e considera vários componentes, desde as ações voltadas à prevenção até a assistência de alta complexidade, integradas em redes de atenção oncológica, com o

objetivo de reduzir a incidência e a mortalidade por câncer (InCA-2010). Segundo recente relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC)/OMS (*World Cancer Report 2008*), o impacto global do câncer dobrou em 30 anos.

O contínuo crescimento populacional, bem como seu envelhecimento, afetará de forma significativa o impacto do câncer no mundo, sobretudo nos países de médio e baixo desenvolvimento.

A utilização das informações sobre mortalidade, em função de sua abrangência e disponibilidade, tem sido utilizada para descrever a magnitude e o impacto do câncer. Essa estratégia, entretanto, não expressa a real compreensão da magnitude do problema, uma vez que existem diferenças importantes entre os vários tipos de câncer, em função da letalidade e da sobrevida. Para os tumores de maior letalidade, a mortalidade permite uma aproximação do que seria a incidência, o que não acontece com aqueles de melhor prognóstico, como é o caso dos tumores de pele não-melanoma, mama feminina, colo do útero, cólon, reto e próstata.

Dentro da notificação estatística os mais incidentes foram o câncer de pulmão (1,52 milhões de casos novos), mama (1,29 milhões) e cólon e reto (1,15 milhões). Devido ao mau prognóstico, o câncer de pulmão foi a principal causa de morte (1,31 mi-

lhões), seguido pelo câncer de estômago (780 mil óbitos) e pelo câncer de fígado (699 mil óbitos). (WORLD CANCER REPORT, 2008).

Os tumores mais incidentes para o **sexo masculino** são devidos ao câncer:

- pele não-melanoma (53 mil casos novos)
- próstata (52 mil), pulmão (18 mil)
- estômago (14 mil)
- cólon e reto (13 mil).

Para o sexo feminino destacam-se os tumores:

- pele não-melanoma (60 mil casos novos)
- mama (49 mil)
- colo do útero (18 mil)
- cólon e reto (15 mil)
- pulmão (10 mil).

A distribuição dos casos novos de câncer segundo localização primária mostra-se heterogênea entre Estados e capitais do país; o que fica em evidência ao observar-se a representação espacial das diferentes taxas brutas de incidência.

Nas regiões Sul e Sudeste, de maneira geral, apresentam as maiores taxa fato que deve se dar pela notificação mais eficiente pelo sistema de óbito, enquanto que as regiões Norte e Nordeste mostram as menores taxas. As taxas da região Centro-Oeste apresentam um padrão intermediário. Sabidamente tem-se conhecimento de que nas regiões Norte e Nordeste o sistema de saúde é precário, não oferecendo condições de programas

de promoção e prevenção de câncer e de assistência secundária e terciária para os pacientes já diagnosticados.

Muitos desses sujeitos migram para as capitais do Sudeste, como São Paulo e Rio de Janeiro, em busca de tratamento especializado.

MECANISMOS DE DESENVOLVIMENTO TUMORAL E ESTADIAMENTO DAS NEOPLASIAS

A carcinogênese consiste em um processo monoclonal nos tumores sólidos em humanos, quando, a partir de uma célula que perde o controle da apoptose (morte celular programada) se dá o início da formação tumoral. O que explica a evolução das neoplasias ocorre em etapas sucessivas¹¹.

O início dessa transformação de uma célula normal em uma célula tumoral pode ocorrer por ação de um agente carcinogênico, que pode ser uma substância hormonal, como o estrogênio, por exemplo, nas neoplasias de mama.

Com a perda do controle da morte celular programada, as células assumem uma velocidade de crescimento tumoral de forma exponencial

até um platô; e a partir daí, ocorre uma diferenciação e, por problemas de suprimento e oxigenação, as células passam a ter um comportamento agressivo, invadindo a matriz celular e ganhando a circulação linfática e sanguínea, ocasionando a disseminação metastática³³.

A carcinogênese inclui várias etapas, entre estas, as principais são:

Indução celular – onde a célula normal sofre a ação de um agente carcinogênico e inicia o processo de divisão celular, este período tem uma expectativa de 1 a 3 anos, na maior parte dos tumores sólidos.

Promoção celular – progride a divisão celular de forma exponencial, as células tendem a formar tumores e iniciam com o processo de dificuldade de suprimento metabólico e oxigenação

Invasão celular – nesta fase as células invadem a matriz celular e “caem” na circulação linfática, atingindo os linfonodos e lá iniciam o processo de maturação e proliferação celular e a circulação sanguínea, instalando-se em órgão alvos como fígado, pulmão, ossos e sistema nervo central (VERONESI *et al.*, 2002)³⁹.

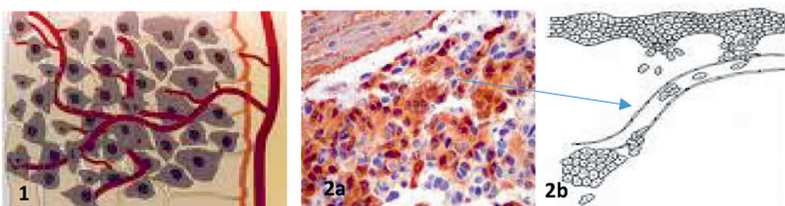


Figura 01- Etapas da disseminação celular no epitélio e da invasão de vasos linfáticos (1) e sanguíneos (2a e 2b)

As neoplasias malignas são avaliadas em relação à extensão da doença e à codificação desta avaliação se dá pelo sistema universalmente conhecido como Sistema TNM, em que o T - se refere ao tamanho do tumor, o N - ao envolvimento de linfonodos locorregional e o M - à presença de metástases, seja à distância, por disseminação hematogênica, ou por contiguidade.

Estadiamento das Neoplasias Malignas

(Estadiamento do câncer retirado e modificado do Projeto Diretrizes Barros *at al.*, 2001).

O estadiamento do câncer de mama é baseado na classificação internacional denominada de **TNM** (T: tumor, N: linfonodo, M: metástase). Sendo ele realizado em função das diversas combinações possíveis por esse sistema. É classificado em:

Estadio IS: Carcinoma *in situ* não ocorre infiltração pelos dutos ou lóbulos, sendo um câncer não invasivo, portanto não apresenta metástases linfáticas ou hematogênica.

Estadio I: Apresenta um tumor pequeno, não se dissemina pelos linfonodos, ocorre uma invasão local, mas sem metástase.

Estadio II: Local limitado do tumor e/ou metástases regionais, podendo apresentar quaisquer condições abaixo:

O tumor é menor que 2,0 centí-

metros, ocorre a infiltração para os linfonodos axilares.

O tamanho do tumor atinge entre 2,0 e 5,0 centímetros, não há comprometimento dos linfonodos axilares. Há a presença de câncer nos linfonodos axilares, mas não apresentam evidência de tumor no órgão que o originou.

Estádio III: O tumor local é extenso e/ou quando há metástases ganglionares regionais extensas: apresenta quaisquer das condições citadas abaixo:

O tumor é menor que 5 centímetros, os linfonodos axilares que estão aderidos uns aos outros ou a outras estruturas vizinhas estão comprometidos.

Atinge linfonodos axilares que podem ou não estar aderidos uns aos outros ou a outras estruturas vizinhas e o tamanho do tumor é maior que 5,0 centímetros.

Estadio IV: Independente da extensão do tumor, porém deve ocorrer metástase para outros locais do corpo como ossos, pulmões, fígado ou cérebro.

Quanto ao comprometimento do linfonodo, podemos encontrar: NX quando os linfonodos não podem ser avaliados, N0 quando não apresentam metástase nos linfonodos regionais, N1 metástase no linfonodo axilar do lado comprometido, N2 quando há o comprometimento e os linfonodos estão fixos a outras estruturas, N3 ocor-

reu metástase em cadeia mamária interna homolateral (BARROS, 2001; CAMARGO, 2000).

TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA E POSSÍVEIS SEQUELAS INCAPACITANTES:

Cirurgia:

As cirurgias do câncer de mama, de acordo com Camargo e Marx (2000) estão divididas em **Setorectomia**, na qual ocorre a remoção do tumor sem margens de tecido adjacente. Sendo indicada para tumores até 1,0 cm de diâmetro. Este procedimento pode estar relacionado com a linfadenectomia e com a radioterapia, proporcionando bons resultados estéticos, mas o índice de recidiva é maior do que nas cirurgias de quadrantectomia⁰⁴.

Na **Quadrantectomia** ocorre a remoção de um quadrante ou segmento da glândula mamária, com margens do tecido circunjacente de 2,0 a 2,5 cm, indicada para tumores até 2,0 cm e 3,0 cm de diâmetro. Podendo ocorrer o esvaziamento axilar, caso haja comprometimento dos linfonodos desta região¹⁴.

A **cirurgia de mastectomia** clássica, descrita por *Halsted* (mastectomia radical com retirada dos músculos peitoral maior e peitoral menor), sofreu modificações em relação às cirurgias de câncer de mama. Hoje observamos métodos que preservam o músculo peitoral maior, técnica

realizada por Patey e Dyson; além de a técnica em que ocorre a preservação daqueles dois músculos, realizadas por Madden, e conhecidas por mastectomia radical conservadora (FREITAS *et al.*, 2001).

Complicações relacionadas a cirurgia:

As principais complicações das cirurgias mutiladoras como carcinoma de mama, apresentadas por Bastiston e Santiago (2003), quando após a linfadenectomia foram observadas⁰³:

- Limitação do movimento do ombro (61,9%)
- Dor (32,5%)
- Linfedema (29,4%)
- Aderência cicatricial (3,1%)
- Alterações sensitivas (2,5%)

Na amostra do autor, 19,4% das mulheres não apresentavam complicações.

Dentre as complicações encontradas no carcinoma de mama temos o Linfedema, que é limitante e incapacitante, merecendo maior destaque técnico na discussão.

Linfedema:

O linfedema é definido como todo e qualquer acúmulo de líquido nos espaços intersticiais, devido à alteração do sistema linfático causado pela cirurgia e/ou radioterapia. Promovendo alterações físicas e emocionais na mulher mastectomizada e

compromete suas atividades diárias e sociais. No câncer de mama, geralmente ocorre, na região do membro superior homolateral à cirurgia (PANOBIANCO, 2002)²⁹.

O diagnóstico de linfedema se faz através da realização da perimetria do membro superior (homolateral e contralateral à cirurgia), esta diferença deverá ser no mínimo maior ou igual a 3,0 cm (MAMEDE 2002)²⁶.

A avaliação da severidade do linfedema pós-mastectomia é apresentada de forma variada dentre os autores que têm estudado essa complicação. Estima-se um valor 25% de incidência do linfedema moderado, e de 10% para linfedema severo .

Radioterapia:

A Radioterapia consiste no tratamento em que se utiliza uma fonte radioativa, Cobalto, ou o Acelerador Nuclear.

As radiações ionizantes são do tipo eletromagnética ou corpuscular e carregam energia.

Interagem com os tecidos e dão origem a elétrons que ionizam o meio e desencadeiam efeitos químicos, como a hidrólise da água e a ruptura do DNA.

A morte celular é induzida por vários mecanismos, como a inativação de sistemas essenciais até a interrupção da apoptose.

A resposta dos tecidos à radiação depende de diversos fatores, como a

sensibilidade do tumor à radiação e o tempo total em que ela é administrada.

Para se obter o efeito antitumoral preservando os tecidos normais, essa modalidade de tratamento deve ser feita de forma fracionada³⁴.

Complicações relacionadas à radioterapia:

Os efeitos colaterais podem ser classificados em imediatos e tardios.

Os efeitos imediatos são observados nos tecidos que apresentam maior capacidade proliferativa, como as gônadas, a epiderme, as mucosas dos trato digestivo, urinário e genital, e a medula óssea. Eles ocorrem somente se estes tecidos estiverem incluídos no campo de irradiação e podem ser potencializados pela administração simultânea de quimioterápicos.

Manifestam-se clinicamente por anovulação ou azoospermia, epitelites, mucosites e mielodepressão (leucopenia e plaquetopenia) e devem ser tratados sintomaticamente, pois geralmente são bem tolerados e reversíveis.

Os efeitos tardios são raros e ocorrem quando as doses de tolerância dos tecidos normais são ultrapassadas. Os efeitos tardios manifestam-se por atrofia e fibroses. As alterações de caráter genético e o desenvolvimento de outros tumores malignos são raramente observados.

Todos os tecidos podem ser afetados, em graus variados, pelas radiações. Normalmente, os efeitos se relacionam com a dose total absorvida e com o fracionamento utilizado. A cirurgia e a quimioterapia podem contribuir para o agravamento destes efeitos.

A associação de radioterapia à terapia adjuvante no câncer de mama é comprovadamente um fator de risco maior para o desenvolvimento de Linfedema³⁶.

Quimioterapia:

A quimioterapia é a modalidade de tratamento em que são utilizados fármacos específicos com finalidade de destruir as células tumorais. Geralmente atuam em várias etapas do ciclo celular, porém, também atingem células normais em divisão celular, como as células do folículo cabeludo, levando a alopecia e as células do trato gastrointestinal, levando aos efeitos adversos mais frequentes na quimioterapia.

O tratamento quimioterápico pode ser definido por um único fármaco, ou pela associação de vários fármacos, dependendo do tipo de tumor e do estadiamento.

A administração pode ser por via endovenosa, intramuscular, subcutânea, oral ou intracompartimental (intratecal, intratumoral ou intraperitoneal), dependendo da indicação do oncologista.

Durante esta fase do tratamento, o paciente oncológico tem direito ao benefício de auxílio doença e consequente afastamento de suas atividades ocupacionais, exceto quando o uso do fármaco é exclusivamente por via oral, em domicílio.

As modalidades de tratamento são:

- **Neo-adjuvante** – quando o tratamento quimioterápico é administrado antes da indicação cirúrgica ou radioterápica. O objetivo nesta indicação é a redução da massa tumoral.

- **Adjuvante** – quando se indica a quimioterapia para complementação do tratamento cirúrgico nos tumores que apresentam alto risco de recidiva tumoral, como os tumores de cólon-reto, de mama, de ovário e outras situações específicas.

- **Paliativo** – quimioterapia administrada para melhora na qualidade de vida e redução da sintomatologia relacionada à doença, quando não há possibilidade de “cura”.

A quimioterapia também é um fator de risco, uma vez que as drogas utilizadas para o tratamento do câncer de mama são drogas vesicantes, levando ao desenvolvimento de um processo inflamatório no local da infusão, inclusive comprometendo ao sistema linfático regional, aumentando proporcionalmente o risco de desenvolvimento de linfedema do membro homolateral à cirurgia⁰⁶.

O CÂNCER DE MAMA NA ATIVIDADE PERICIAL:

Tipos Histológicos mais comuns:

- carcinoma ductal
- carcinoma lobular
- carcinoma metaplásico
- sarcomas (raros), como Tumores Phylodis Malignos
- linfomas (não Hodgkin)

Estadiamento pela classificação TNM:

Esta classificação se aplica apenas

aos carcinomas, sendo indispensável a confirmação histológica. Recomenda-se que, quando houver múltiplos tumores, o maior deles será considerado para definição dos parâmetros e quando houver tumores sincrônicos bilaterais a classificação de cada um deles será isolada. Os Quadros a seguir sintetizam as classificações conforme o tamanho do tumor (T), comprometimento nodal (N) e metástases (M), além de agrupar, por estádios, as diversas combinações possíveis⁰⁵.

Tabela 01 - Estadiamento TNM do câncer de mama por agrupamentos

Estadiamento	T – N – M
0 – “in situ”	Tis N0 M0
I	T1 N0 M0
IIA	T0 N1 M0; T1 N1 M0; T2 N0 M0
IIB	T2 N1 M0; T3 N0 M0;
IIIA	T0 N2 M0; T1 N2 M0; T2 N2 M0; T3 N1 M0; T3 N2 M0
IIIB	T4 N0 M0; T4 N1 M0; T4 N2 M0
IIIC	Tqq N3 M0*
IV	Tqq Nqq M1*

Fonte: UICC, 2002; * qq = qualquer

Risco de Recorrência – fatores a considerar:

- idade inferior a 35 anos;
- tumores maiores que 2,0 cm;

- grau histológico III;
- receptores de Estrógeno e Progesterona negativo;
- proteína c erb B2- positiva;

- envolvimento de linfonodos:

Número de linfonodos	Sobrevida em 5 anos	Prognóstico
0	82,8%	Bom
1-3	73%	Bom
4-9	45,7%	Mediano
>10	28,4%	Ruim

Causas de incapacidade temporária /parcial:

- dor secundária à dissecação axilar;
- efeitos colaterais agudos da quimioterapia/radioterapia.

Causas de incapacidade definitiva/invalidez:

- linfedema secundário à dissecação axilar;
- dor secundária à dissecação axilar;
- efeitos tardios secundários à quimioterapia/radioterapia;
- doença metastática;
- doença localmente avançada ou recorrência local/regional.

DIREITO DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS:

Desde 1980, a Constituição da República Federativa do Brasil determina que: "Saúde é direito de todos e dever do Estado".

O Estatuto da Criança e do Ado-

lescente, que o menor de idade tem direito a ser acompanhado por seus pais, ou responsável legal, durante o período de internação.

O Estatuto do Idoso, que o paciente com mais de 60 anos tem direito a acompanhante durante o período de internação.

- Direito a todas as informações contidas no prontuário médico, como o prontuário de atendimento hospitalar, relatório da cirurgia, exames realizados durante este período e demais documentos relacionados à doença do paciente.
- Lei 7713/88, art. 6º, incisos XIV e XXI, Lei 8541/92, art. 47 e, Lei 9259/92 art. 30; e Normativa SRF 15/01, art. 5º, inciso XII, que preveem, expressamente, os casos de rendimentos não tributáveis.
- Lei 8922/94, acrescida do dispositivo ao art. 20 da Lei 8036/90 e da Medida Provisória

2164/01, art. 9º, para permitir movimentação de conta vinculada.

- Andamento judiciário prioritário, basta fazer um relatório com referência a este direito em processos civil, criminal, ou trabalhista.
- Quitação do financiamento da casa própria pelo sistema financeiro de habitação
- Resolução 01/96 do Conselho Diretor do Fundo de Participação PIS/PASEP, cujo teor menciona o saque de PIS/PASEP para pacientes ou dependentes, que deverão estar inscritos nos institutos previdenciários social da União:
 - o Cônjuge ou companheiro (a)
 - o Filho de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválidos
 - o Irmão (a) em qualquer condição menor de 21 anos ou inválido
 - o Enteado de até 21 anos, ou maior de 21 anos quando incapacitado
 - o Filhos, enteados, irmãos, netos, bisnetos, se cursando ensino superior e admitidos como dependentes, têm direito até 24 anos.
- Fornecimento de medicamento de alto custo pelo SUS, encaminhar o paciente para Posto de Saúde referendado com Alto Custo e preencher os formulários específicos.

- Decreto 5296- considera os pacientes portadores de ostomia como deficiente físico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 - AL-MAJID, S., MCCARTHY, D. *Cancer-induced fatigue and skeletal muscle wasting: The role of exercise*. Biological Research for Nursing, v.2 n. 3, pag. 186-197, 2001
- 02 - BARROS ACSD, BARBOSA EM, GEBRIM LH, *Diagnóstico e tratamento do Câncer de Mama*, Associação Brasileira e Conselho Federal de Medicina, ago. 2012.
- 03 - BATTAGLINI C, BATAGLINI B, BOTTARRO M. *The effects of physical exercise on cancer: a review*. Revista Digital, Buenos Aires ano 8 n.57, Fev. 2003
- 04 - CAMARGO, M.C. & MARX, A.G. *Reabilitação Física no Câncer de Mama*. São Paulo: Editora Roca, 2000
- 05 - CASCIATO, D.A & LOWITZ, B.B. **Manual de Oncologia Clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2011.
- 06 - CHIARAPA, TELMA REGINA *Afetividade nas técnicas de reabilitação física em mulheres mastectomizadas* Dissertação para título de mestrado da Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande, 2003.

- 07 - CYRILLO, P.I. Psicologia reabilitacional. In: ANGERAMI, V.A. **A Psicologia no Hospital**. São Paulo: Traço Editora, 1987. p. 161-172.
- 08 - DENNIS B. *Acquired lymphedema: a chart review of nine women's responses to intervention*. Am J Occup Ther 1993; 47(10):891-8.
- 09 - DELIBERATO, P. C. **Fisioterapia Preventiva – Fundamentos e Aplicações**. São Paulo: Editora Manole, 2002
- 10 - DeLISA, J. A. & GANS, B.M. **Tratado de medicina de reabilitação – princípios e prática**. São Paulo: Editora Manole, 2001.
- 11 - DIETRICH S., *Atividade Física e os Efeitos Colaterais de Tratamento do Câncer*, Revista Agora, Campo Grande, v.1 n.4. p. 3, 2005
- 12 - ELY, J. B. Reconstrução mamária: evolução, técnicas e resultados clínicos. **Arq. Cat. Med.** V.13, n.1, p. 27-45, 1984.
- 13 - FREITAS Júnior R, RIBEIRO FJ, TAIA L, Dáissuke K, FERNANDES GSQ. *Linfedema em pacientes submetidas à mastectomia radical modificada*. Revista Brasileira Ginecologia Obstetria.v.23 n.4 pág. 8-205 2001
- 14 - FRONTERA, W. R., DAWSON, D.M., SLOVIK, D.M. **Exercício Físico e Reabilitação**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2001
- 15 - GOLDBERG, L. & ELLIOT, D. **O poder de cura dos exercícios**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2001.
- 16 - GRABOIS, M. Physical rehabilitation following mastectomy. **Texas Med.**, v.78, p. 53-55, 1982.
- 17 - HAAGENSEN, C.D. **Doenças da Mama**. 3 ed. São Paulo: Editora Roca, 1989
- 18 - KEMP C.; PETTIT D.A.; QUADROS L.G.O; et al, *Projeto diretrizes – Câncer de mama – Prevenção Primária (Associação Médica Brasileira & Conselho Federal de Medicina, Editores)* disponível em : www.amb.org.br
- 19 - KILBREATH S. L, REFSHAUGE K. M, BEITH J. M, WARD L. C, SIMPSON J. M, HANSEN R. D *Progressive resistance training and stretching following surgery for breast cancer: study protocol for a randomized controlled trial* BioMed Central Cancer.V.273 n.6, 2006;
- 20 - LEITE, P.F. **Aptidão física, esporte e saúde**. São Paulo: Editora Robe, 1990.
- 21 - MAZZEO, R.S.; CAVANAGH, P.; EVANS, W.J.; FIATARONE, M.A.; HAGBERG, J.; McAULEY, E. & STARZELL, J. Exercícios e atividade física para pessoas idosas. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v.3, n.1, p. 48-78, 1998.
- 22 - MAMEDE MV. *Reabilitação de mastectomizadas: um novo enfoque assistencial*. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1991.
- 23 - MCNEELY M. CAMPBELL K.L., ROWE B. H., KLASSEN T.P., MACKEY J. R., COURNEYA, *Effects of exercise on breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis* CMAJ. V.175 n.1: 41-34. 2006 July
- 24 - MAMEDE MV. *Reabilitação de mastectomizadas: um novo enfoque assistencial*. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1991.
- 25 - MCNEELY M. CAMPBELL K.L., ROWE B. H., KLASSEN T.P., MACKEY J. R., COURNEYA, *Effects of exercise on breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis* CMAJ. V.175 n.1: 41-34. 2006 July
- 26 - Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer/INCA. Coordenação de Programas de Controle do Câncer/Pro-Onco. Câncer no Brasil: dados de registro de Base Populacional. Rio de Janeiro: INCA/PRO-ONCO, 2003.
- 27 - PANOBIANCO MS, MAMEDE MV. *Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia*. Rev Latino-am Enfermagem 2002 julho-agosto; 10(4):544-51.
- 28 - PRADO MAS, MAMEDE MV, ALMEIDA AM, CLAPIS MJ. A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. **Rev Latino-am Enfermagem** São Paulo, v.12, n.3, p. 494-502, mai./jun. 2004.
- 29 - PRADO M. A. S.; MAMEDE M. V.; ALMEIDA A.M.; CLAPIS M.J. *A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios* Revista Latino-Americana de Enfermagem vol.12 no.3 Ribeirão Preto Maio/Junho 2004
- 30 - PAZZINI, MARA VIEIRA Avaliação postural e proposta terapêutica em pacientes portadores de carcinoma de mama com metástase óssea na coluna vertebral. **Rev PIBIC**, v.2, p.83-88, 2005.
- 31 - SCHMITT, Fernando, Bogliolo *Patologia*, Ed. Guanabara Koogan S.A, 6ª Edição, Rio de Janeiro, 2000
- 32 - RANNA, SILVIA MARIA RODRIGUES. Atuação da fisioterapia no pré e pós-tratamento do câncer de mama. **Rev PIBIC**, v.2, p. 89-93, 2005.
- 33 - ROBBINS, C. et al. *Patologia estrutural e funcional*. 6. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2000.
- 34 - SASAKI, T. & LAMARI, N.M. Reabilitação funcional precoce pós mastectomia. *HB Científica*, v.4, n.2, p.121-127, 1997.

35 - SILVA, M.P.P. et al. Movimento do ombro após cirurgia por carcinoma invasor da mama: estudo randomizado prospectivo controlado de exercícios livres versus limitados a 90° no pós-operatório. **Rev Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.26, n.2, p. 1 – 11, 2004.

36 - SILVA MPP. *Efeitos da fisioterapia na recuperação e complicações no pós-operatório por câncer de mama: exercícios limitados versus não-limitados*. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2002.

37 - VERONESI, U.; LUINI, A.; COSTA, A.; ANDREOLI, C. *Mastologia Oncológica*. Rio de Janeiro: 2002. 580

38 - VERONESI, A. & LUINI, C.A. **A Conservação da Mama**. São Paulo, Ícone, 1992. p. 101-113.

39 - WARMUTH MA, BOWEN G, PROSNITZ LR, et al. *Complications of axillary lymph node dissection for carcinoma of the breast: a report based on a patient survey*. Cancer 1998; 83:1362-8.

40 - XAVIER, L.; AMARAL B.; SPIRO, B.; ALMEIDA, M.; MENKE, C.; BIAZÚ,

SCHWARTSMANN, G. *Detecção do Linfonodo Sentinela em Câncer da Mama: Comparação entre Métodos*, Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia. v.24 n.7 Rio de Janeiro, 2012

- Sites:

www.inca.gov.br/

www.sbcancer.org.br

www.biblioteca.unesp.br/biblioteca-digital/document/?did=653

www.feebpr.org.br/saude.htm 19:20

http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v03/pdf/artigo4.pdf

<http://www.andre.sasse.com/mama.htm>

<http://www.efdeports.com/>

<http://www.biomedcentral.com/1471-2407/6/273>

www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002918.htm - 30

<http://www.hc.ufpr.br/acad/patologia/anatomia/atividades/sistemagenitalfeminino/mama.pdf>

www.oncoguia.org.br/direitos-dos-pacientes

Tratamento quimioterápico e impacto na sobrevida no câncer

Marineide Prudencio de Carvalho¹

-
- 1 Oncologista Clínica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e Professora Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
(marineide.carv@bol.com.br)
-

RESUMO: O diagnóstico precoce das neoplasias malignas implica em tratamento não mutilador e com alta probabilidade de cura. Nos tumores de mama com menos de 2cm submetidos a quadrantectomia, a taxa de controle local é de 90%, com impacto positivo na sobrevida global. Na fase atual de conhecimento da biologia molecular e o emprego de medicamentos desenvolvidos e usados concomitantemente com os quimioterápicos convencionais observa-se aumento da resposta tumoral e conseqüentemente ganho na sobrevida livre de doença, sobrevida livre de progressão tumoral e sobrevida global.

Palavras-chave: mama; quimioterapia; sobrevida; tratamento.

ABSTRACT: Early diagnosis of malignant neoplasms implies non-mutilating treatment and with high probability of cure. In tumors of breast with less than 2cm submitted quadrantectomy, the rate local control is 90%, with positive impact on overall survival.

In the current phase of knowledge molecular biology and employment developed medicines and used concomitantly with chemotherapeutic agents is observed increase in tumor response and consequently gain in disease-free survival, survival free of tumor progression and global survival.

Key-words: breast; chemotherapy; survival; treatment.

INTRODUÇÃO

A qualidade do tratamento oferecido ao paciente portador de câncer reflete em qualidade de vida e aumento da sobrevida global. A sobrevida global (SG) é definida como o tempo até o óbito, por qualquer causa. Pelo fato de ser um desfecho preciso, documentado pela data da morte, não está sujeito a viés de análise¹. Por isso e, usualmente, o parâmetro preferido, quando são conduzidos estudos que avaliam sobrevida.

Com as medidas de diagnóstico

precoce e a incorporação de novas tecnologias e formas de tratamento, a sobrevida tem sofrido impacto positivo em várias neoplasias.

Por exemplo, há aumento na sobrevida global nos pacientes portadores de tumor colorretal e de mama nos países desenvolvidos, no período entre 2005 e 2009, segundo dados publicados pelo estudo CONCORD-2.²

Nos portadores de tumor colorretal a sobrevida global atingiu 60% ou mais em 22 países ao redor do mundo. Nos casos de neoplasia de

mama, a sobrevida global em cinco anos atingiu 85%, em 17 países e, quando foram analisados dois períodos, 1995 - 1999 e 2005 - 2009, foi constatado aumento de 78% para 87% na taxa da sobrevida global.

Nos tumores de próstata, também ocorreu aumento na sobrevida global anos, em muitos países; no Brasil, no período de 2005 a 2009, a taxa da SG chega a ser de 95%²

Em algumas neoplasias não foi houve mudança nas taxas de sobrevida; por exemplo, a taxa de sobrevida global nos casos de câncer de colo de útero permanece em 60%, e nos tumores de fígado e de pulmão, em todas as nações; a sobrevida global é menor que 20%..

As taxas altas de sobrevida global refletem a probabilidade do diagnóstico ter sido precoce. Tomaremos como exemplo os tumores de mama. A possibilidade das mulheres fazerem a triagem inicial com o autoexame, se revela extremamente eficiente. O exame é facilmente executado na posição em pé, colocando a mão direita atrás da cabeça e deslizando os dedos indicador, médio e anelar da mão esquerda suavemente em movimentos circulares por toda mama direita na busca de nódulos. No exame da mama esquerda é realizado o mesmo movimento, utilizando a mão direita para examinar a mama esquerda. O exame também deve ser feito em frente ao espelho,

observando as mamas, elevando os braços acima da cabeça, na busca de mudança no contorno das mamas ou retração dos mamilos. Finalmente, a compressão do mamilo é feita para facilitar a saída de secreção.

O diagnóstico clínico do tumor de mama é feito pelo mastologista através do exame físico e se complementa com exames de imagem; inicialmente é realizada a mamografia digital, em mamas densas a ultrassonografia pode acrescentar informações relevantes e quando é necessária mais informações é realizada a ressonância magnética. Nos casos suspeitos de malignidade, o nódulo é puncionado com uma agulha de biópsia e as células recolhidas são analisadas através do microscópio.

Havendo a confirmação da malignidade das células, a paciente será submetida a novos exames de imagem como a tomografia computadorizada de torax e abdome total, cintilografia óssea, e em casos selecionados ao PET-CT. Essa avaliação é realizada para detectar focos de neoplasia além da mama, metástases. Essa pesquisa é denominada estadiamento clínico e como explicamos acima, estadiar é definir quais são os órgãos acometidos pela neoplasia. O estadiamento também define como será o tratamento e a evolução do caso.

A quadrantectomia, retirada de

um quadrante da mama, é realizado no caso de neoplasia com < 2cm e apresenta taxa de controle local de 90%. Essa cirurgia deve ser seguida de radioterapia em toda a mama remanescente, para inibir o crescimento de outros focos microscópicos de neoplasia que estejam em desenvolvimento.

A administração da quimioterapia pós-operatória, adjuvante, tem como função destruir as células tumorais circulantes ou implantadas em órgãos como o fígado, pulmão, esqueleto ósseo, que por serem de pequenas dimensões não foram detectadas pelos exames laboratoriais de estadiamento. O período compreendido entre o início do tratamento e a recidiva tumoral é conceituado como sobrevida livre de doença.

A Figura 1 apresenta a análise das curvas de sobrevida de 1.801 pacientes portadoras de tumor de mama submetidas à quimioterapia pós-operatória, quimioterapia adjuvante, com três drogas, ciclofosfamida, doxorubicina e paclitaxel, as

taxas de sobrevida livre de doença e sobrevida global são, em seis anos, 80% e 87%, respectivamente, e não houve diferença entre os dois esquemas de tratamento paclitaxel semanal e paclitaxel cada 21 dias. A diferença entre os dois esquemas é a melhor tolerância, menos efeitos colaterais no esquema com paclitaxel semanal. Por tanto, se o controle da doença, ou seja, se a sobrevida livre de doença e a sobrevida global são iguais nos dois esquemas a melhor opção de tratamento é o emprego do medicamento semanal.³

O tratamento adjuvante com o anticorpo monoclonal trastuzumabe, em 1.694 pacientes portadoras de tumor de mama também apresenta ganho significativo de sobrevida livre de doença e na sobrevida global no grupo que recebeu o medicamento.⁴

Na doença metastática os resultados também são animadores, há ganho de sobrevida livre de progressão, especialmente quando são associadas à quimioterapia aos medicamentos alvo específico.

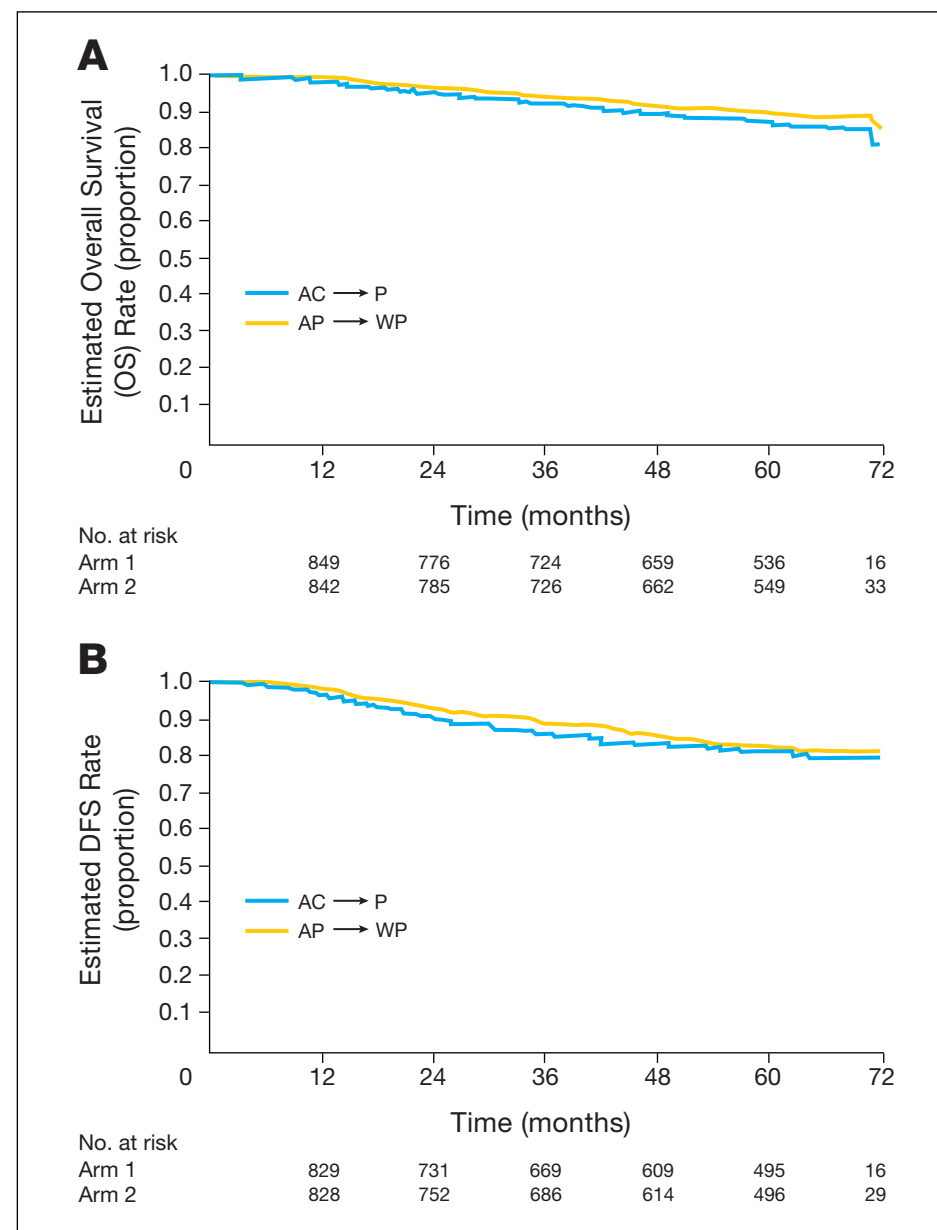


Fig. 1. (A) Overall survival. (B) Disease-free survival (DFS). AC-P, doxorubicin plus cyclophosphamide followed by paclitaxel; AP-WP, doxorubicin plus paclitaxel followed by weekly paclitaxel.

Fonte: J. Clin. Oncol. 28(2010):2958-2965

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) - Guia nº 03/2015 - Versão 1
2. The Lancet. 385(2015); 9972, 977-1010.
3. J. Clin. Oncol. 28(2010):2958-2965.
4. N. ENGL. J. MED. 353(2005):1659-1672.
5. NCCN Guideline 2017.

O DNA em ações de investigação de paternidade: uma breve revisão de sua utilização no âmbito judicial

Karen Regina Amato Samos

Enfermeira Assistente Técnica do Centro de Perícias do Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo (IMESC), Responsável pelo Núcleo de Coleta e Controle de Qualidade, Especialista em Oncologia e Gestão em Saúde.

(karen.samos@gmail.com)

Resumo

O artigo aborda a utilização do DNA como prova no cenário jurídico atual, tratando de aspectos gerais da paternidade e sua investigação, referindo-se à evolução das formas de se provar a filiação ao longo do tempo. O artigo também levanta problematizações quanto à possibilidade de elaboração do exame genético do DNA particular, considerando, a possibilidade jurídica da realização dos exames através de “Kits de DNA” postos à venda no mercado comercial, dando ênfase às precauções necessárias para garantir a qualidade do laudo pericial produzido a fim de nortear as decisões judiciais relativas à determinação parental. O trabalho tem por objetivo demonstrar como o emprego da prova científica do DNA, pode ser relevante e necessária na investigação de vínculo genético para a determinação da paternidade e demonstrar até que ponto a prova científica de DNA deve ser basilar para o convencimento do magistrado, nas demandas investigatórias de ações de paternidade.

Palavras Chaves: Paternidade, DNA, Prova Pericial.

ABSTRACT: This article addresses the use of DNA as proof in the current judicial scenario, considering general aspects of paternity and the investigation thereof, with reference to the development of ways of proving parenthood, over the ages. This article also raises problems concerning the possibility of preparing a private DNA genetic examination, in the light of the judicial possibility of carrying out the tests with the use of “DNA kits” on sale on the commercial market. Special attention is given to the precautions that are necessary to ensure the quality of the expert evidence produced, in order to guide the Court decisions regarding the establishment of parenthood. The main purpose of this paper is to show how the use of scientific DNA proof can be both relevant and necessary for the investigation of a genetic link, in order to establish paternity, and also to show to what extent the scientific proof based on DNA should be a basic means to convince the judge, in investigations within paternity suits.

Keywords: Paternity, DNA, Expert Testimony.

INTRODUÇÃO

Em 1953, com a descoberta da estrutura helicoidal do DNA (ácido desoxirribonucleico) por James

Watson e Francis Crick, tiveram início os estudos preliminares da genética molecular no campo da investigação da identidade.

Apenas em 1980, iniciaram-se as técnicas capazes de caracterizar no DNA as particularidades de cada indivíduo. Em 1985, Alec Jeffreys criou sondas moleculares radioativas capazes de reconhecer regiões altamente sensíveis do DNA, levantando, assim, os padrões específicos de cada indivíduo, que ele chamou de “impressão digital” genética do DNA.

Anteriormente ao advento da técnica do perfil de DNA, a investigação de vínculo genético para fins de determinação de paternidade e maternidade, tinha como ajuda os marcadores sanguíneos simples. Inegável que com os novos recursos empregados na análise de DNA, não se venha ter respostas a situações, antes impossíveis, como nos casos de pais falecidos, a partir de familiares diretos. Mas isso não quer dizer que a análise do polimorfismo do DNA tenha respostas para todas as indagações no campo da identificação do vínculo genético de paternidade, nem que todos os resultados dessa prova sejam imperiosamente verdadeiros.

A busca incansável das partes, que muitas vezes se contrapõem em suas diretas, uma vez que o autor afirma a paternidade do suposto pai e este insurge com a alegação da ausência da relação jurídica perquirida, deu origem à necessidade da empregabilidade de provas científicas que norteiem as decisões judiciais, ganhando, assim, espaço e notoriedade no meio jurídico.

A investigação de paternidade por análise de polimorfismo do DNA busca a verdade real e não a que advém do processo, pois sem a comprovação científica do vínculo biológico, independente da afirmação ou negação da paternidade, não se terá a proteção jurídica buscada pela sociedade, mormente quando se acredita que é função do julgador demonstrar e esclarecer as dúvidas ou incertezas que se contrapõem em interesses legítimos.

O artigo tem por objetivo demonstrar como o emprego da prova científica do DNA, pode ser relevante e necessária na investigação de vínculo genético, para a determinação da paternidade e até que ponto a prova científica de DNA deve ser basilar para o convencimento do magistrado nas demandas investigatórias de ações de paternidade.

DISCUSSÃO

A descoberta da paternidade biológica sempre permeou diversos planos no caminho evolutivo, partindo da presunção da sua existência até a empregabilidade das técnicas científicas mais modernas na contribuição da determinação da ascendência, esta qual sempre teve importância na sociedade, ganhando maior relevância nos tempos modernos, através da regulamentação jurídica do conhecimento da origem genética, por ações de investigação de paternidade.

Dentro da perspectiva da realidade de se empregar técnicas científicas na determinação parental, o nascimento, que é um dos eventos biológicos mais envoltos de sentimento com que o ser humano se depara, ganha outra concepção, com uma realidade menos sentimental e mais científica, uma vez que a engenharia genética tornou possível o desvenda da ancestralidade por procedimento puramente técnico.

No que tange a essa perspectiva, a paternidade ganha notoriedade no mundo jurídico não por sua aceção sentimental, mas por envolver questões parentais legais⁶. Com a modernização das ciências laboratoriais e médicas e com o advento do DNA tornou-se plenamente possível determinar a origem biológica do indivíduo.

A paternidade desconhecida, aquela em que o suposto pai não vem perante a sociedade/Estado reconhecer a filiação, é um fenômeno comum em nossa sociedade, mas que vem sendo reduzido paulatinamente com a inserção das ciências biológicas no processo judicial².

“A evolução científica veio revolucionar o reconhecimento da relação parental através de técnicas sofisticadas e métodos cada vez mais seguros de identificação dos indicadores genéticos, tornando-os meios probatórios por excelência”³

Não obstante as inúmeras vantagens que a prova de DNA trouxe ao

processo judicial, há dificuldades que impedem, por muitas vezes, a sua realização. Destaca-se que embora as partes processuais devam colaborar com a justiça (arts. 14, I e 339 do Código de Processo Civil) e proceder com lealdade e boa-fé (arts. 14, II; 16 a 18 do Código de Processo Civil), “não se reconhece ao Juiz o poder de coagir a parte ou terceiro a expor seu corpo, ou sua pessoa, à devassa de perícias médicas”⁷

Na prática, verifica-se a prevalência do direito do filho em ter a sua origem biológica desvendada. Entende o sistema jurídico atual que, nesse conflito de direitos, deve prevalecer a verdade real.

Pode-se afirmar que se foi o tempo em que a paternidade e sua investigação propriamente dita, era considerada um “fato oculto e incerto” ou decorrente de provas baseadas em indícios de relacionamento entre os genitores. Tal premissa era, assim, o ponto controverso na lide, determinando que a demonstração da convivência na época da concepção era o fator determinante para o reconhecimento da paternidade sem, contudo, observar a origem genética propriamente dita.

O sistema judiciário do passado não calcava seu raciocínio pautado em provas científicas capazes de demonstrar, com elevados graus de probabilidade, se havia ou não relação de parentesco entre as partes. Ações

deste gênero baseavam-se em testemunhas, indícios, vestígios de uma possível relação e em documentos; enfim, em provas que não ofereciam certeza daquilo que afirmavam.

Com a evolução das Ciências Biológicas e do próprio Direito de Família, tornou-se premente a necessidade de uma maior aproximação com a verdade real da filiação. A prova da paternidade não poderia permanecer calcada em meros indícios que acarretassem a presunção do estado de filho. Deveria, isto sim, levar à realidade dos fatos, passando a entender a prova genética como realidade necessária ao deslinde da investigação da paternidade.

O conhecimento e a leitura do DNA possibilitaram maior certeza do grau de parentesco entre dois ou mais indivíduos, com 99,99% de certeza. É justamente por isso, que se diz que é dado ao julgador conhecer a verdade real da filiação biológica. Neste entendimento, o exame de DNA passou a sustentar a busca da verdade através da sua utilização como meio probante, posto que “na concepção material a função da prova é a demonstração da existência de um fato ou da verdade de uma afirmação”⁴

A importância da prova científica do DNA em ações investigatórias de paternidade ganhou repercussão, passando a despertar a atenção de setores extraprocessuais, com o in-

tuito de “facilitar” a produção dessa prova. De laboratórios de análises químicas ao mercado comercial, existem amplas opções para realizar o exame genético. Em alguns países, aliás, existem “kits” para a coleta e feitura do teste de DNA de forma particular, trazendo à tona alguns questionamentos em relação à sua utilização como método probante.

Primeiramente, questiona-se como deve ser feita essa prova, mais precisamente, qual é o procedimento correto para a coleta dessa prova científica. No ordenamento brasileiro, a prova deve ser colhida no curso do processo, mas há a possibilidade de a coleta e o exame do material darem-se em laboratório particular, a ser determinado pelo Juiz.

“O ponto mais crítico, porém, diz respeito aos aspectos próprios da prova pericial, aos condicionantes físicos e práticos de sua realização, como a técnica utilizada, o laboratório responsável, o perito que o avaliou. Qualquer mácula em um desses itens pode tornar imprestável a prova técnica produzida”⁵

A questão de análise começa pela confiabilidade dos exames de DNA elaborados, mesmo no curso do processo. Os laboratórios de análise de DNA devem estabelecer procedimentos e indicações para certificar que os resultados apresentados ao

judiciário sejam exatos e válidos em todas as instâncias. Para tal, o laboratório deve assegurar as aliquotas das amostras, garantir a realização dos testes de maneira adequada, com reagentes apropriados e por profissionais qualificados.

Os procedimentos para a análise do DNA são complexos, envolvem várias etapas. E dentre as mínimas recomendações para a sua utilização como laudo pericial para ações investigatórias de paternidades com efetiva validade para o sistema judiciário destacam-se: a identificação do número do processo, identificação dos indivíduos (partes), citação da metodologia empregada na coleta e armazenamento de matérias (amostras) e os cuidados empreendidos na manutenção da cadeia de custódia destes materiais.

Não restam dúvidas quanto à possibilidade de utilização legal da prova de DNA no processo. Entrementes, o mesmo deverá ser revestido de todos os aspectos jurídicos necessários para a sua recepção nesse âmbito e para que possa surtir o efeito esperado de determinação da paternidade. No Estado de São Paulo, os exames de averiguação de vínculo genético para fins de paternidade são realizados pelo Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo, órgão estadual vinculado à Secretaria de Justiça e Defesa da Cidadania que tem reconhecimento internacional na coleta e na análise do

DNA como prova pericial para ações investigatórias de paternidade.

Para que os resultados analíticos sejam precisos, alguns cuidados devem ser tomados, como proceder à verificação independente em todas as etapas da marcha analítica, a manipulação correta das amostras em todos os campos, a identificação rigorosa das amostras colhidas e o acondicionamento correto das amostras até a sua fase analítica.

CONCLUSÃO

Os avanços da biologia molecular favoreceram o desenvolvimento dos testes de vínculo genético. Com o surgimento de técnicas moleculares para a avaliação de características genéticas dos indivíduos através do estudo do DNA, possibilitou uma mudança significativa no sistema judiciário no que tange ao reconhecimento da paternidade.

O teste genético de DNA vem, por vezes, indicado como o modelo ideal de prova científica, dado que seu êxito é normalmente enunciado com um altíssimo grau de probabilidade, tão elevado que se pode considerar como equivalente a certeza prática da identificação do sujeito¹.

É por isso que existem autores que afirmam que o advento de tal exame permitiu a substituição da verdade ficta pela verdade real e, da mesma forma, magistrados que julgam apenas com base neste meio de prova.

Para que as provas pautadas em análises de DNA não se esmaçam no exercício contraditório, os laboratórios devem cercar-se de cuidados técnicos na realização da análise em todas as suas fases até a confecção do laudo pericial.

A temática do DNA proporciona discussões relevantes ao cenário jurídico atual, pois tratar da origem genética dos indivíduos, suspeitar da confiabilidade de exames sanguíneos que atestam altos índices de probabilidade, trazer à tona a possibilidade de flexibilizar direitos em detrimento de outros e desconfiar da ciência são temas que, de fato, dão margem a muitas polêmicas. Inegável, no entanto, que a prova científica de DNA, notadamente quando utilizada criteriosamente como fonte da verdade biológica na identificação da progenitura, tornou possível a descoberta da verdade no âmbito processual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CÂMARA, Alexandre Freitas. A valoração da perícia genética: está o juiz vinculado ao resultado do "exame de ADN"? Revista Dialética de Direito Processual, out. 2006.

2. COELHO Francisco Pereira, OLIVEIRA Guilherme de. Curso de direito da família. Volume II-direito de filiação -Tomo I-estabelecimento da filiação. Coimbra: Coimbra Editora, 2006.

3. DIAS, Maria Berenice. Paternidade homoparental. Disponível em: <www.memes.com.br>

4. GRECO, Leonardo. *O conceito de prova*. Revista da Faculdade de Direito de Campos, Ano 5, n. 5, p.213-214, 2004

5. MARTINS NETO, Hamilton de Oliveira. A falibilidade do exame de DNA: necessidade de revisão da postura dos julgadores nas ações de investigação de paternidade. Revista da Faculdade de Direito de Campos, Ano 5, n.5, p. 583-607, 2004.

6. SÁ, Maria de Fátima Freire de et al. Manual de Biodireito. Belo Horizonte: Del Rey, 2009.

7. THEODORO JÚNIOR, Humberto. A prova indiciária no novo código civil e a recusa ao exame de DNA. Revista Autônoma de Direito Privado, Curitiba, n. 1, p. 241-57, out/dez 2006

Uma problemática indigesta: violências da escola

Marilda da Silva

Professora Livre Docente MS5.3 - Faculdade de Ciências e Letras -
Campus de Araraquara - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mes-
quita Filho (Unesp)
(marilda@fclar.unesp.br)

Resumo: Uma problemática indigesta: violências da escola. Fontes: 700 histórias de escolarização. Análise de Conteúdo/Categorial. Professores cometem violências na escola. Alunos negros e pobres são as maiores vítimas. Alunas negras e brancas sofrem mais violências do que alunos negros e brancos. Alunas negras sofrem mais que brancas.

Palavras - chave: Violências. Escola. Negros. Brancos

Abstract: An indigestible problem: school violence. Sources: 700 stories of schooling. Content / Category Analysis. Teachers commit violence at school. Black and poor students are the biggest victims. Black and white girls suffer more violence than black and white boys. Black girls suffer more than white.

Key words: Violence. School. Blacks. Whites

Os dados apresentados aqui derivam dos projetos de pesquisa: a) Violência por professores e professoras na voz de suas vítimas: uma estrutura do *habitus* profissional em professores brasileiros, financiado pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e b) O que alunos dizem sobre a participação, ou não, de professores na produção do fenômeno violência em meio escolar: buscando a complexidade da constituição do fenômeno, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Contudo, meu investimento no tema “violência da escola” se inicia em 2009 quando percebo que desde 2003 as histórias de escolarização produzidas por alunos que cursam a Disciplina Didática II (quinto semestre) do Curso de Pedagogia oferecido pela Faculdade

de Ciências e Letras – Campus/Araquara/UNESP (Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho) trazem informações sobre violências - por professores contra alunos -, ocorridas durante a escola básica, período que é tratado na referida atividade autobiográfica. O objetivo das histórias é possibilitar um momento autoformativo sobre o trabalho docente/didática, a partir da memória que os alunos trazem sobre as práticas pedagógicas - e ou didáticas -, vivenciadas antes de ingressarem no Curso de Pedagogia, com vistas a fazer um tipo de mapeamento das “práticas pedagógicas” experimentadas por esses futuros professores com um olhar prospectivo para a futura atuação docente. Em nenhum momento da preparação de tal atividade há referências à violência em espaço escolar e ou sobre violência da es-

cola. As perguntas provocadas pelas histórias, dentre outras, foram: o que a produção sobre o tema violência em espaço escolar traz sobre essa violência particular? Quais os tipos de violência cometidos por professores contra alunos? Quais as razões básicas da produção da referida violência? Quais as consequências para os alunos? A partir delas venho desenvolvendo, com meus orientandos, diferentes pesquisas sobre violência da escola na modalidade: violência por professor contra aluno.

O primeiro procedimento foi buscar informação sobre o que a produção brasileira dizia sobre violência por professor contra aluno. Para isso, um levantamento foi realizado cujo ponto de partida foi o texto de Marília Pontes Sposito intitulado “**Um breve balanço da pesquisa sobre violência escolar no Brasil**” (2001). Nesta fonte, observou-se que de 1980 a 1998 haviam sido produzidas inúmeras pesquisas - dissertações e teses em Programas de Pós-Graduação em Educação -, mas raríssimas diziam respeito à violência em espaço escolar. Então, o campo educacional brasileiro, no período em questão, não andou muito preocupado com a temática violência, durante dezoito anos. Isso causou muito estranhamento quando as histórias de escolarização apontavam que sete gerações - que nasceram e viveram parte des-

se período -, diziam que professores cometiam violência contra alunos. Um outro levantamento foi necessário: o que o campo educacional produziu de 2001 a 2009 sobre violência em espaço escolar? Este levantamento resultou na localização de cento e vinte e sete trabalhos integrais – dissertações e teses - que investigaram violência em espaço escolar. E apenas onze pesquisas desse grupo diziam respeito especificamente à violência por professor contra aluno. Na conclusão, não se pôde deixar de fazer a seguinte pergunta: por que há tão poucas pesquisas sobre violência por professor contra aluno na produção educacional? Sobretudo, porque havia número significativo de pesquisas sobre violência por aluno contra professor. E quando neste grupo de investigações havia pesquisa sobre violência por professor contra aluno a culpa era do aluno: foi ele quem cometeu primeiro a violência e o professor para se defender também respondeu com violência. Enfim, o aluno além de ser o que mais cometia, ainda era responsável pela violência cometida pelo professor contra ele.

A partir de tal constatação, o procedimento foi de encontrar a categoria mais adequada para investigar a violência cometida por professor contra aluno. O pesquisador francês Bernard Charlot, em seu texto “**Violência na escola: como os sociólogos**

franceses abordam essa questão” (2002), ofereceu uma possibilidade. Para ele, a violência em espaço escolar ocorre em três modalidades: violência à escola, violência na escola e violência da escola. Meu interesse voltava-se para a violência da escola: aquela cometida por agentes escolares como gestores, professores e funcionários em geral contra o aluno, quer seja na relação social entre tais agentes e os alunos, quer seja quando a violência se dá por meio de regras que esses agentes impõem aos alunos cujo objetivo é a “ordenação” das escolas. Contudo, a fonte reconhece que essas categorias estão sempre entrelaçadas. É com esta ressalva que venho utilizando-a. Fundamentalmente, são as pesquisas informadas no primeiro parágrafo deste texto que respondem pelos dados sobre quem comete violência da escola, os tipos das violências e as consequências para os alunos.

Professores da escola pública e privada cometem violência contra alunos. Os tipos: violência física, violência verbal, e violência física/verbal. As violências físicas ocorrem por meio de puxões de orelhas, tapas, beliscões, reguadas e/ou apagadores, giz e outros objetos escolares atirados no aluno. Há um caso, na Educação Infantil, em que a professora enfiou uma vassoura na boca da criança que não parava de cho-

rar. As verbais são xingamentos cujo conteúdo é a etnia do aluno, a classe social à qual ele pertence e seu modo de apreender os conteúdos curriculares. Sobre tal modo, que se denomina dificuldade de aprendizagem, na maioria das vezes não se trata de dificuldade, mas sim do momento de aprendizado de qualquer conteúdo por qualquer pessoa. Alunos negros sofrem mais violência do que alunos brancos. E as alunas negras e brancas sofrem mais violências do que alunos negros e brancos. Isto é: as mulheres sofrem mais violência e os homens sofrem menos. Alunas negras sofrem mais violência do que alunas brancas, alunos negros e alunos brancos. A mulher negra é a que mais sofre violência. Neste caso, a estética - como um todo -, é a mais atacada e usada, sobretudo, quando se trata de violência verbal. A violência física/verbal é quando ocorre violência física e verbal na mesma ação. Mas, a violência que é robustamente recorrente é a verbal e se configura como violência simbólica, conceito desenvolvido pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu em sua obra “O poder simbólico” (2010).

É no jogo provocado pela violência simbólica que a violência é naturalizada no âmbito da sala de aula. Os alunos também não reconhecem as ações violentas de professores, mesmo quando são, e dizem que a

culpa é do aluno. Nos estudos que venho desenvolvendo está claro que essa naturalização utilizada pelos alunos é também utilizada pelos professores e o culpado sempre é o aluno. Dando a entender que se o aluno não cometer nenhum ato de violência o professor também não cometerá! Mas, os dados que minhas pesquisas trazem evidenciam que professores cometem violência contra alunos quando ele, o aluno, não provocou o professor.

A violência física ocorre mais na Educação Infantil e no Ensino Fundamental Ciclo I, e se concentra na faixa etária dos oito anos. É nesse período que também ocorre violência verbal/física. A violência física nos respectivos tipos vai desaparecendo à medida que os níveis de ensino vão se elevando, o que estabelece relação direta com a idade dos estudantes que também vai aumentando. Será que essa violência que o aluno sofre quando ainda é indefeso - verbal e fisicamente -, não é retribuída ao professor quando o aluno está no Ensino Fundamental Ciclo II e Ensino Médio e já está um homem e ou uma mulher? De onde vem o ódio do aluno pelo professor, já que ele, o aluno, na maioria dos estudos sobre violência em espaço escolar, aparece como um violento agressor de seus professores? Será que estaria também

na história escolar progressiva desse aluno um histórico de violência vivida e testemunhada dentro da sala de aula durante o processo de ensinar e de aprender quando o aluno ainda é “pequeno” que é retomado quando o aluno já é um adulto? Faz sentido fazer principalmente essa pergunta porque nas histórias de escolarização produzidas por futuros professores de 2003 a 2015, e não mais até 2009 (início de meu interesse pelo tema em questão), há evidências da força rígida com que os episódios violentos são guardados pela memória, quer seja como vítima, quer seja como testemunha. Por fim, os sentimentos causados pela violência do professor contra os alunos são: medo, humilhação, vergonha. O mais recorrente é o medo. Será que esse medo estrutural do aluno pelo professor não é um significativo elemento estruturador da violência que o aluno comete contra o professor quando ele já não é mais criança e não tem apenas oito anos de idade? Não estou procurando nem algozes nem vítimas, mas sim a constituição da violência em espaço escolar, com o objetivo de a clareza de sua constituição possibilitar saídas eficazes.

PARA SABER MAIS:

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

CARDIA, Nancy (Coord.). **Pesquisa nacional, por amostragem domiciliar, sobre atitudes, normas culturais e valores em relação à violação de direitos humanos e violência**: Um estudo em 11 capitais de estado. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.nevusp.org/downloads/download264.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2016.

CHARLOT, Bernard. Violência na escola: como os sociólogos franceses abordam essa questão. **Sociologias**, Porto Alegre, n.8, p.432-443, jul./dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151745222002000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2016.

DINIZ, Julia Elaine. **Violência por professores e professoras na voz de suas vítimas**: uma estrutura do habitus profissional em professores brasileiros. São Paulo: Fapesp, 2012. Relatório de pesquisa para FAPESP processo nº 2010/11054-6.

SCARLATTO, Elaine Cristina; SILVA, Marilda da. A violência cometida por professores/as em escolas brasileiras: uma face do lado sombrio da cartografia escolar brasileira. In: CONGRESSO LUSO AFRO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 11., 2011, Salvador.

Anais... Salvador: CONLAB, 2011. Disponível em: <http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1307141352_ARQUIVO_SALVADOR_2011.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2016.

SILVA, Adriele Gonçalves da. **Violência por professores e professoras na voz de suas vítimas**: uma estrutura do habitus profissional em professores brasileiros. São Paulo: Fapesp, 2011. Relatório de pesquisa para FAPESP processo nº 2010/11054-6.

SILVA, Marilda da. **Violência por professores e professoras na voz de suas vítimas**: uma estrutura do habitus profissional em professores brasileiros. São Paulo: FAPESP, 2011. Relatório de pesquisa para FAPESP processo nº 2010/11054-6.

_____. **A violência da escola na voz de futuros professores**. São Paulo: FAPESP, 2012. Relatório de pesquisa para FAPESP processo nº 2010/11054-6.

_____; CARVALHO, Deisiane Narry Souza. **O que alunos dizem sobre a participação, ou não, de professores na produção do fenômeno violência em meio escolar**: buscando a complexidade da constituição do fenômeno. São Paulo: CNPq, 2014. Relatório de Pesquisa para o CNPq processo nº 401083/2011-0.

_____. A violência da escola na voz de futuros professores: uma probabilidade da produção da cultura da violência em ambientes escolares? **Educar em Revista**, Curitiba, n. 49, p.339-353, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/n49/a19n49.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2016.

SPOSITO, Marília Pontes. Um breve balanço da pesquisa sobre violência escolar no Brasil. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 27, n. 1, p.87-103, jan. 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ep/article/view/27856>>. Acesso em: 22 mar. 2016.

Perícias Psicológicas em Ações de Retificação do Registro Civil de Indivíduos Transexuais e Travestis no IMESC – Proposta de uma Abordagem Não Patologizante

Flavia da Penha Fiorini¹; Bernadete Aparecida Toledo²; Elaine Leme da Silva José³; Ivani Valarelli Menezes⁴; Nelson Raul de Campos Fragoso⁵; Rosana Aparecida Scarassatti⁶; Zulma Regina Bicas Di Lascio⁷

-
- 1 Psicóloga Efetiva do Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo – IMESC;
(flafiorini76@gmail.com)
 - 2 Psicóloga do Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo – IMESC;
 - 3 Psicóloga do Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo – IMESC;
 - 4 Psicóloga do Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo – IMESC;
 - 5 Psicólogo Efetivo do Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo – IMESC;
 - 6 Psicóloga do Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo – IMESC;
 - 7 Psicóloga do Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo – IMESC;
-

Resumo: Este artigo se propõe a contextualizar a realização de perícias psicológicas em ações de retificação do registro civil de indivíduos transexuais e travestis no IMESC, através da apresentação dos estudos recentes da equipe de psicologia sobre a questão do gênero e das identidades trans e também de propor um modelo de laudo psicológico institucional nestes casos, visando uma abordagem não patologizante.

Palavras-chave: Perícia Psicológica, Laudo Psicológico, Transgêneros, Transexualidade, Travestilidade.

Abstract: This research paper aims to contextualize the forensic psychological evaluation regarding rectification of civil registry actions of transsexual people and transvestites at IMESC through presentation of recent studies of the Psychology Team on gender issues and trans identity, as well as to propose an institutional psychological report model in these cases, addressing a non-pathologizing approach.

Keywords: Psychological Expertise, Psychological Report, Transgender, Transsexuality, Travestilidade.

Introdução

O Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo (IMESC), fundado em 1970, é uma autarquia vinculada à Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo, que se presta a realizar perícias de investigação de vínculo genético (DNA), perícias médicas (clínicas e psiquiátricas) e perícias psicológicas solicitadas por autoridades competentes do Estado de São Paulo, bem como realizar atividade científica dentro deste campo de trabalho com vistas a difundir conhecimento. A atividade pericial produz informações técnicas que auxiliam na instrução de processos ju-

diciais. Para tanto, possui um amplo corpo de profissionais capacitados: médicos de diferentes especialidades, psicólogos, cirurgiões bucomaxilofaciais, assistentes sociais e fonoaudiólogos.

No campo da Psicologia, a depender da natureza do processo, são realizadas perícias com demandas para avaliação de personalidade; de diferentes aspectos cognitivos; de dano psíquico e de indícios de vitimização sexual. Tais ações, usualmente, transcorrem nas áreas Cível, Previdenciária, Trabalhista ou Criminal.

Dentre os diversos Processos Cíveis atendidos pela equipe de peritos psicólogos, encontram-se

aqueles de retificação de registro civil – nome e sexo – de indivíduos transexuais e travestis. No presente momento, o IMESC, alinhado às Políticas de Diversidade Sexual e Cidadania LGBT, tem proporcionado atualização técnica na área de gênero e de sexualidade para a equipe de peritos psicólogos, visando – a partir da compreensão de que a transexualidade e outras vivências trans são algumas das múltiplas possibilidades de expressão da sexualidade humana – garantir o respeito à dignidade no atendimento desta população¹. Neste contexto, a equipe de peritos psicólogos do IMESC vem apresentar alguns dos conceitos estudados sobre a temática e propor um modelo de Laudo Psicológico Institucional.

Incorporação da Transexualidade como Categoria Diagnóstica no Campo da Medicina

A pluralidade de expressões da sexualidade humana é fato incontável, presente ao longo da História, nas mais diversas culturas, assumindo significações diferentes em cada uma delas. Na Cultura Ocidental, especificamente, as manifestações da

sexualidade que fogem dos padrões heteronormativos² – historicamente alvos de censura moral e religiosa – foram incorporadas como categorias diagnósticas pelas Ciências Médicas, a partir do século XIX.

Segundo Saadeh (2004), no final do século XIX, com o início dos estudos sobre sexologia, o psiquiatra alemão Richard Von Krafft-Ebbing lança seu livro *Psychopathia Sexualis*, em 1886, apresentando uma ampla classificação e descrição de comportamentos sexuais desviantes, mas é o médico alemão Magnus Hirschfeld, em 1910, o pioneiro no uso do termo “transexual”, em sua obra *Die Transvestiten*. Já na década de 1950, “foram publicados os primeiros artigos que registraram e defenderam a especificidade do ‘fenômeno transexual’” (Bento e Pelúcio, 2012, p.570). Um grande nome do período é o médico endocrinologista alemão Harry Benjamin³, que, em 1966, publicou o livro *O fenômeno Transexual*, apresentando uma diferenciação entre pessoas transexuais e homossexuais.

2 Como descrito por Segundo Bento e Pelúcio, o pressuposto heteronormativo “exige uma linearidade sem fissuras entre sexo genital, gênero, desejo e práticas sexuais” (Bento e Pelúcio, 2012, p. 572).

3 Harry Benjamin foi fundador da Associação Harry Benjamin, “que passou a se chamar Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBI-GDA), em 1977” e, atualmente, “chama-se World Professional Association for Transgender Health (WPATH)” (Bento e Pelúcio, 2012, p. 571).

1 Em acordo com as considerações presentes na “Nota técnica sobre o processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans” do Conselho Federal de Psicologia, publicadas em 2013.

Em seu livro *O fenômeno transexual*, publicado em 1966, ele fornece as bases para esse diagnóstico. O critério fundamental para definir o 'transexual de verdade' seria a relação de abjeção, de longa duração, com suas genitálias. Para evitar que cometam suicídio, as cirurgias deveriam ser recomendadas a partir de um rol de procedimentos arrolados por Benjamin em sua obra seminal. Essa posição contrapunha-se à dos profissionais de psicologia, psiquiatria e psicanálise, sempre reticentes às intervenções coreporais como alternativas terapêuticas [...] Benjamin, ao contrário, afirmava que para o 'transexual de verdade' psicoterapias eram inúteis. Nesses casos, apenas as cirurgias poderiam representar a solução para as 'enfermidades' daqueles que têm abjeção ao corpo. (Bento e Pelúcio, 2012, p.571).

Para Bento e Pelúcio (2012, p.571), a inclusão do termo "transexualismo" na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-09), da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1980, "foi um marco no processo de definição da transexualidade como uma doença". No CID-10, versão vigente do manual no momento atual, "Transexualismo" (F.64.0) é definido como um Transtorno de Identidade Sexual.

F64 Transtornos de identidade sexual

F64.0 Transexualismo

Um desejo de viver e ser aceito como membro do sexo oposto, usualmente acompanhado por uma sensação de desconforto ou impropriedade de seu próprio sexo anatômico e um desejo de se submeter a tratamento hormonal e cirurgia para tornar seu corpo tão congruente quanto possível com o sexo preferido.

Diretrizes Diagnósticas

Para que esse diagnóstico seja feito, a identidade transexual deve ser um sintoma presente persistentemente por pelo menos 2 anos e não deve ser um sintoma de um outro transtorno mental, tal como esquizofrenia, nem estar associada a qualquer anormalidade intersexual, genética ou do cromossomo sexual. (Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, 1993, p. 210).

Neste mesmo manual, constam também como Transtornos de Identidade Sexual: "Transvestismo de duplo papel" (F.64.1) e "Transtornos de identidade sexual na infância" (F.64.2). Foi também no ano de 1980, que a Associação de Psiquiatria Norte-Americana (APA) publicou a terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos

Mentais (DSM-III), incluindo o termo "transexualismo" nos Transtornos de Identidade de Gênero. "Em 1994, o Comitê do DSM-IV substituiu o diagnóstico de 'Transexualismo' pelo de 'Transtorno de Identidade de Gênero'" (Bento e Pelúcio, 2012, p.572). As autoras chamam a atenção para o fato de que nas classificações acima, a pessoa transexual é entendida como "transtornada", com total desconsideração de variáveis históricas, culturais, sociais e econômicas. "A patologização da sexualidade continua operando com grande força, não mais como 'perversões sexuais' ou 'homossexualismo'⁴, mas como 'transtornos de gênero'" (Bento e Pelúcio, 2012, p. 572).

Na atual versão do manual, o DSM-V, publicada em maio de 2013, o termo "Transtorno de Identidade de Gênero" deu lugar ao termo "Disforia de Gênero" (302.6), referindo-se "ao sofrimento que pode acompanhar a incongruência entre o gênero experimentado ou expresso e o gênero designado de uma pessoa" (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais DSM 5, 2014, p.451). Neste manual são descritas a "Disforia de Gênero em Crianças" e a "Disforia de Gênero em Adolescentes e Adultos". De modo ilustrativo, vamos

⁴ Em 1973 o termo "Homossexualismo" foi retirado do DSM e, em 1975, da CID-10 (Bento e Pelúcio, 2012, p. 572).

à descrição da "Disforia de Gênero em Adolescentes e Adultos".

Disforia de Gênero em Adolescentes e Adultos 302.85 (F64.1)

A. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo dois dos seguintes: 1. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em adolescentes jovens, as características sexuais secundárias previstas). 2. Forte desejo de livrar-se das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias em razão de incongruência acentuada com o gênero experimentado/expresso (ou, em adolescentes jovens, desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas). 3. Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero. 4. Forte desejo de pertencer ao outro gênero (ou a algum gênero alternativo diferente do designado). 5. Forte desejo de ser tratado como o outro gênero (ou como algum gênero alternativo diferente do designado). 6. Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou de algum gênero alternativo diferente do designado). B. A con-

dição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais DSM 5, 2014, p.452-453).

Embora o termo “Disforia de Gênero” se refira ao sofrimento experimentado pela pessoa e não à sua identidade, sua manutenção no DSM-V ainda vem sendo alvo de questionamentos por parte de ativistas e de estudiosos, na medida em que isto poderia “se configurar como um caminho de manutenção do processo de patologização da transexualidade” (Sampaio e Coelho, 2013, p. 1).

Entendimento Inicial da Noção de Gênero nos Campos da Psicologia e Psicanálise

O nascimento da psicanálise data do final do século XIX, com a apresentação das noções de inconsciente e de sexualidade infantil por Freud. Segundo Porchat (2007), no início do século XX, Freud já se ocupava de questões relativas ao “gênero”, embora não usasse este termo, ao procurar explicar o desenvolvimento da feminilidade e da masculinidade em homens e mulheres. Suas proposições acerca variabilidade de expressão da masculinidade e da feminilidade, bem como da origem da homossexualidade, baseavam-se em

complexos processos identificatórios entre a criança e os pais durante o Complexo de Édipo, além de questões pulsionais. Porchat, no entanto, lembra que:

Freud “...deixa escapar aqui e ali, alguns pequenos juízos subliminares que conotam uma visão da homossexualidade como escolha sexual menor, infantil, perversa ou neurótica, resultante de um conflito edípico mal resolvido ou de uma misteriosa razão constitucional, quando a “quantidade” da disposição inata homossexual supera a heterossexual”. (Ferraz, 2001, p.12 apud Porchat, 2007, p. 30).

Na década de 50, o psicólogo neozelandês John Money⁵ publica estudos a respeito de crianças nascidas com condições intersexuais, sendo pioneiro em fazer a distinção entre “sexo” e “gênero”. “Money acreditava que a atitudes dos pais teriam um forte efeito sobre a aceitação da criança na categoria clinicamente atribuída [...] teorizando que o senso de ser homem ou mulher era adquirido principalmente por fatores ambientais” (Costa, Nardi e Koller, 2017, p. 104).

Na década de 60, o psicanalista americano Robert Stoller destaca-

5 Bento e Pelúcio (2012, p. 571) apontam que o termo “Disforia de Gênero” foi cunhado por John Money em 1973.

-se como um dos principais nomes nos estudos neste campo, a partir do atendimento de crianças transexuais e seus pais. Segundo Porchat (2007, p. 31), foi Stoller quem cunhou o termo “identidade de gênero” e, em seu livro *Sex and Gender*, publicado em 1968, apresentou uma aprofundada “distinção entre sexo (no sentido anatômico) e identidade (no sentido social ou psíquico)”. Para Stoller, a “identidade de gênero fundamental” de uma pessoa – descrita por ele como uma “convicção” – seria derivada de uma “identidade de gênero nuclear”, a qual data de um momento bastante precoce do desenvolvimento infantil, anterior ao Complexo de Édipo, no qual a criança vive a experiência de estar fundida com a mãe. Para Stoller, a “identidade de gênero nuclear” seria resultante dos seguintes fatores:

1. Uma “força” biológica que se origina na vida fetal, comumente genética e que emerge da organização neurofisiológica;
2. a designação do sexo no nascimento pelo médico e pelos pais;
3. a influência incessante das atitudes dos pais, especialmente das mães, sobre o sexo daquele bebê e a interpretação destas percepções por parte do bebê, pela sua capacidade crescente de fantasiar;
4. Fenômenos “bio-psíquicos”: efeitos pós-natais precoces causados por padrões habituais de manejo do bebê – condicio-

namento, “imprinting” ou outras formas de aprendizagem que modificam permanentemente o cérebro do bebê e o comportamento resultante; 5. O desenvolvimento do ego corporal: as qualidades e quantidades de sensações, especialmente dos genitais, que definem o físico e ajudam a definir as dimensões psíquicas do sexo da pessoa. (Stoller, 1993, p.29-30 apud Porchat, 2007, p.33).

Diferenciando-se de Freud, Stoller postula que a “identidade de gênero” não implicaria em uma escolha objetiva. Esta última seria definida posteriormente, fruto do desenlace edípico⁶ e não da identidade de gênero. As contribuições de Stoller teriam permitido a distinção entre as noções de sexo, identidade de gênero, papel de gênero e orientação de gênero. De acordo com Saadeh:

Essa separação entre o biológico e o psicológico torna-se realidade com a visão do sexo como quatro formas físico-psicológicas distintas, mas relacionadas, tanto na visão de Money quanto na de Stoller (Person, 1999): 1. sexo biológico definido por seis características anatômicas e fisiológicas: cromossomos, gônadas, genitália interna, genitália externa,

6 Segundo Porchat, para Stoller, “a identificação edípica incidiria sobre o desejo e não sobre o gênero” (Porchat, 2007, p. 34).

hormônios e caracteres sexuais secundários; 2. gênero, composto pela identidade de gênero, ou núcleo da identidade de gênero (noção de ser “macho” ou “fêmea”, homem ou mulher) e pelo papel de gênero ou papel de identidade de gênero (noção de ser masculino ou feminino) e comportamento ligado ao papel de gênero; 3. comportamento sexual, declarado e fantasiado, expresso em ambos pela escolha do objeto e natureza da atividade; 4. reprodução, capacidade biológica relacionada com a propagação da espécie. (Saadeh, 2004, p. 40-41).

As contribuições de Stoller ao entendimento das noções de gênero de sexualidade são inegáveis. Devemos lembrar, no entanto, que o entendimento inicial das identidades trans no campo psicanalítico, tal qual no campo médico, foi como de um fenômeno desviante e, portanto, patológico.

Em nenhum momento devemos perder de vista que a entrada do termo “gênero” no campo psicanalítico se deu pela via dos estudos sobre a patologia, principalmente do transexualismo. Está suposto, nesse início, a expectativa de uma coerência entre o sexo anatômico e o gênero. A não-coerência é atribuída à patologia. (Porchat, 2007, p. 31).

Contribuições da Teoria da Construção Social para o debate atual sobre a Despatologização das Identidades Trans e Travestis

A teoria da construção social, desenvolvida na década de 70, teve como um de seus principais autores o filósofo francês Michael Foucault – que se destacou por apresentar a possibilidade de historicizar categorias antes tidas como naturais. A partir dela, a análise de questões relativas à sexualidade incluiu “uma forte crítica à biologia, uma distinção entre sexo e gênero e uma oposição às teorias essencialistas” (Porchat, 2007, p. 18).

Segundo a teoria da construção social, foi a partir dos estudos de sexologia do século XIX – orientados por um modelo biológico e reprodutivo – que as diferenças anatômicas entre homens e mulheres – o chamado dimorfismo sexual – passaram a ser enfatizadas, aprisionando os corpos num binarismo de sexo e de gênero (Porchat, 2007). Os pressupostos de que leis da natureza governariam o mundo sexual, de que o corpo traria a verdade sobre o indivíduo e de que as diferenças entre os gêneros seriam naturais, foram combatidos pelos teóricos construtivistas, para os quais a sexualidade deveria ser compreendida como uma construção histórica – produzida e reproduzida através de instituições e

de práticas discursivas, que atendem a um poder vigente.

Foucault concebeu o “dispositivo sexual” – a ideia de que a sexualidade não é algo proibido ou reprimido, mas algo do qual se incita a falar, um terreno feito de discursos, de escritura, de investigação, de confissão, de testemunho e de conhecimento – como parte daquilo que ele chama de “sociedade disciplinar”, uma sociedade de vigilância e controle. O poder no período moderno não é uma força negativa com base na proibição, mas uma força positiva preocupada com a administração e o cultivo da vida. É o “bio-poder”. O sexo é o pivô ao redor do qual toda a tecnologia se desenvolve. (Porchat, 2007, p.20).

Segundo Porchat, dentro da teoria da construção social verificam-se duas correntes distintas, uma pertencente à área de estudos chamada *Gays and Lesbian Studies* – que supunha “a existência de identidades gays ou lésbicas fixas e involuntárias” (Porchat, 2007, p.24) – e, em oposição a esta, a chamada *Teoria Queer*, da qual a filósofa norte-americana Judith Butler destaca-se como uma das principais autoras.

Essa substância, como verdade última do sujeito, para Butler, não existiria: o “masculino” e o “feminino” não são substâncias origi-

nais, essências universais. Butler destaca a ideia de que os atributos de gênero são regulados por diretrizes culturais que estabelecem uma suposta coerência entre eles. Como consequência da análise que desconstrói a noção de gênero e permite perceber a imposição de uma ordem binária, entrelaçada a um discurso de inteligibilidade social, Butler desloca o transexualismo, visto por Stoller como patologia, para a transexualidade, como uma possibilidade de existência legítima. (Porchat, 2007, p.144).

Dentre as inúmeras contribuições de Butler para os estudos sobre sexualidade e gênero, encontra-se a noção da dimensão política do gênero, elevando as práticas sexuais não-normativas ao status de ato de resistência simbólica e política.

Movimento “Pare a Patologização!” e Engajamento do Conselho Federal de Psicologia na Luta pela Despatologização das Identidades Trans e Travestis

Na atualidade, nota-se uma mudança no foco do debate sobre a transexualidade no campo psi. As investigações sobre a etiologia da transexualidade dão lugar à problematização da patologização das identidades trans e travestis, além de considerar a dimensão política do conceito de gênero. Assim, diante de muitas críticas à abordagem

patologizante, surge um movimento político internacional “Stop Patologization!” – “Pare a Patologização!” que surgiu em 2007 na Europa e, atualmente, constitui-se como uma forma de resistência contra as entidades científicas que, segundo o movimento, são responsáveis pela produção e proliferação deste tipo de entendimento. Este movimento almeja retirar a transexualidade do campo da patologia. Ele está presente em todos os continentes e chegou ao Brasil em 2010.

Atualmente, são mais de 100 organizações e quatro redes internacionais na África, na Ásia, na Europa e a América do Norte e do Sul que estão engajadas na campanha pela retirada da transexualidade do DSM e do CID. As mobilizações se organizam em torno de cinco pontos: 1) retirada do Transtorno da Identidade de Gênero (TIG) do DSM-V⁷ e CID 11; 2) retirada da menção do sexo nos documentos oficiais; 3) abolição dos tratamentos de normalização binária para pessoas intersexo; 4) livre acesso aos tratamentos hor-

monais e às cirurgias (sem a tutela psiquiátrica); e 5) luta contra a transfobia, propiciando a educação e a inserção social e laboral das pessoas transexuais. (Bento e Pelúcio, 2012, p. 573).

O movimento apresenta críticas ferrenhas em relação ao efeito deletério do diagnóstico sobre a subjetividade dos indivíduos transgêneros e em relação à tutela de suas decisões por um poder médico-científico. No bojo da luta pela desnaturalização do gênero, Bento e Pelúcio apontam que, “concordar que o gênero continue sendo diagnosticado, em vez de questionado, é permitir que os seres construídos como abjetos devam continuar habitando as margens do Estado” (Bento e Pelúcio, 2012, p. 577).

À medida que propõe a retirada da transexualidade dos manuais diagnósticos, o movimento divide ativistas. Há aqueles que temem que isto possa levar à perda de direitos conquistados, ou seja, que o Estado se desobrigue de custear os tratamentos hormonais e as cirurgias de redesignação sexual⁸. Nota-se aí que o caminho em direção à despatologização e a “transautonomia” deverá ser acompanhado, também, por pro-

7 Como mencionado anteriormente, na quinta edição do DSM, publicada em maio de 2013, o termo “Transtorno de Identidade de Gênero” deu lugar ao termo “Disforia de Gênero” (302.6). A permanência do termo Disforia de Gênero do DSM-V, no entanto, ainda é alvo de questionamentos por parte de ativistas e de estudiosos, que a entendem como uma manutenção do processo de patologização da transexualidade.

8 No Brasil, as diretrizes nacionais para a realização do Processo Transexualizador no SUS foram regulamentadas pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 457/2008.

fundas mudanças nos campos social e jurídico.

Mas, se o diagnóstico, a longo prazo, deve acabar, as normas que regem o modo no qual compreendemos a relação entre identidade de gênero e saúde mental têm de mudar radicalmente, de modo que as instituições econômicas e jurídicas reconheçam quando a transformação de gênero é essencial para o sentimento de ser uma pessoa de um modo pleno, para o bem-estar e para o desenvolvimento enquanto um ser corporal [...] Até que essas condições sociais tenham mudado radicalmente, a liberdade requererá não-liberdade, e a autonomia estará enredada em sujeição. (Butler, 2009, 122).

Neste cenário, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) – que no ano de 1999 já havia apresentado a Resolução 01/1999, a qual normatiza a atuação dos psicólogos em relação à questão da orientação sexual, no sentido de impedir qualquer ação que favoreça a patologização, a discriminação, a estigmatização ou o preconceito de comportamentos ou práticas homoeróticas – no ano de 2013, lançou a “Nota técnica sobre o processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans”, buscando regular a atuação profissional de psicólogos

junto a esta população. De acordo com a consideração número 2 do referido documento, a “transexualidade e a travestilidade não constituem condição psicopatológica, ainda que não reproduzam a concepção normativa de que deve haver uma coerência entre sexo biológico/gênero/desejo sexual” (Nota técnica sobre o processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans do Conselho Federal de Psicologia, 2013, p.2). A nota preconiza, portanto, uma abordagem de assistência psicológica não patologizante desta demanda, promovendo autonomia e autoconhecimento a partir de informações sobre a diversidade de gênero com orientações sobre riscos e benefícios dos procedimentos de modificações corporais e sociais. Esta assistência psicológica caracteriza-se por ser flexível e de acordo com as necessidades emocionais de cada indivíduo.

Em novembro de 2014, o Conselho Federal de Psicologia iniciou campanha em apoio à luta pela despatologização das identidades trans e travestis. A iniciativa convidou psicólogos, médicos, pesquisadores, ativistas, movimentos sociais, pessoas transexuais e travestis para participar deste debate. Em 22 de maio de 2015, na Semana Internacional de Luta contra a Homofobia, a Comissão de Direitos Humanos do CFP lançou o site “Despatologiza-

ção das Identidades Trans e Travestis”⁹, o qual contém material atualizado sobre a questão, com vídeos; links para legislação nacional e internacional, e outros relacionados; depoimentos sobre experiências de vida e processos de transformação; instituições, fundações, associações apoiadoras da causa pela despatologização; além de exemplos de experiências de trabalho de psicólogos neste campo, no SUS.

Retificação do Registro Civil de Indivíduos Transexuais e Travestis

O nome de uma pessoa é parte integrante da sua auto-imagem e auto-conceito sendo, portanto, fundamental para sua autonomia e processo de adaptação integral. O *nome social* é aquele através do qual indivíduos transexuais e travestis identificam-se em seu meio social, refletindo sua identidade de gênero em contraposição aos nomes de registro civil com os quais não se identificam. Sua inclusão no registro civil – através da retificação de prenome que, em alguns casos, é acompanhada pela retificação de sexo – é entendida como uma medida fundamental para a promoção de dignidade, autonomia e reconhecimento social destes indivíduos, bem como de seu bem-estar emocional.

9 O acesso ao site pode ser feito pelo endereço < www.despatologizacao.cpf.org.br >.

Vieira (2000), por sua vez, aponta que o direito ao equilíbrio entre o corpo e a mente da pessoa transexual se traduz pela adequação entre sexo e o prenome. Esse direito está ancorado no direito ao próprio corpo, no direito à saúde e no direito à identidade sexual, que integra um poderoso aspecto da identidade pessoal. Trata-se, portanto, de um “direito a personalidade” [...] tal alteração faz parte, portanto, da terapêutica. (Vieira, 2000, p. 91 apud Sampaio e Coelho, 2013, p. 8).

É com fundamento nos artigos 57 e 58 da Lei de Registros Públicos (Lei 6015/1973) – segundo os quais é possível ingressar com ação judicial para alteração de nome e sexo no registro civil, seja para constar “apelidos públicos notórios” ou por outro motivo relevante – que travestis e transexuais podem realizar alteração do registro civil, para constar o nome e o gênero com o qual se identificam. Para tanto, é necessária a propositura de uma ação judicial, podendo ser solicitados, dentre outros documentos, Laudo Médico e Parecer Psicológico. “Muitos Juizes ainda solicitam a realização de laudo médico, especialmente quando se pede alteração de nome e gênero, embora já exista entendimento de que ele não seja sempre necessário” (Passo a passo: Ação de alteração de nome/sexo no registro civil – Núcleo Especializado

de Defesa da Diversidade e da Igualdade Racial da Defensoria Pública do Estado de São Paulo).

Segundo publicação recente do Centro de Apoio Operacional Cível e de Tutela Coletiva do Ministério Público de São Paulo (CAO Cível), datada de maio de 2017 – acerca de Retificação de Registro, Mudança de Nome e Sexo, Transexualidade e Aplicação da Lei Maria da Penha – orienta-se que, nestes casos, “a perícia médica, na medida em que se pretende desvincular a transexualidade de qualquer patologia médica, pode ser substituída pela avaliação psicológica ou estudo social, que deverão considerar e apontar questões sociais enfrentadas pelo/a interessado/a [...] e seus efeitos no psiquismo”. No mesmo documento, é citada a recente decisão da Quarta Turma do Eg. Superior Tribunal de Justiça (STJ), que já entendeu ser possível a modificação do sexo no registro civil sem a necessidade de cirurgia de redesignação sexual.

Hoje não há uma lei federal que oriente o reconhecimento do nome social em todas as instâncias públicas do país, contudo, há uma série de outras normativas, de caráter local e estadual que preveem seu uso. A adoção do nome social é fundamental no sentido de extinguir as violações de direito no âmbito institucional e, no que diz respeito às instituições de saúde, impedir que o constrangimen-

to bloqueie o acesso aos serviços e aos profissionais de saúde.

Atualmente, de modo a garantir o emprego e o reconhecimento do nome social, contamos com a Portaria do Ministério da Saúde N° 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da Saúde, dentre eles o direito ao uso do nome social no cartão SUS; o Decreto Estadual N° 55.588/10 – que dispõe sobre o tratamento nominal das pessoas transexuais e travestis nos Órgãos Públicos do Estado de São Paulo e dá providências correlatas; o Projeto de Lei N° 5002/2013 – que dispõe sobre o Direito à Identidade de Gênero e altera o Artigo 58 da Lei 6.015 de 1973; a Deliberação CEE N° 125/2014 – que dispõe sobre a inclusão de nome social nos registros escolares das Instituições Públicas e Privadas no Sistema de Ensino do Estado de São Paulo e dá outras providências correlatas – dentre outras. Cabe aqui destacar a iniciativa do Conselho Federal de Psicologia (CFP) que, em 20 de junho de 2011, publicou a Resolução n° 14, de 20 de junho de 2011 – que autoriza a inclusão do nome social de psicólogas e psicólogos travestis e transexuais na Carteira de Identidade Profissional.

Modelo de Laudo Psicológico Institucional

Em conformidade com a Resolução N.º 007/2003 do Conselho Fe-

deral de Psicologia que institui o “Manual de Elaboração de Documentos Escritos Produzidos pelo Psicólogo decorrentes de Avaliações Psicológicas”¹⁰, segundo o qual a avaliação psicológica é um “processo técnico-científico de coleta de dados, estudos e interpretação de informações a respeito dos fenômenos psicológicos, que são resultantes da relação do indivíduo com a sociedade”, documentada por meio de um Relatório ou Laudo Psicológico, a equipe de Psicologia do IMESC apresenta um modelo de Laudo Psicológico Institucional nas ações de retificação de registro civil de transexuais e travestis.

O Laudo Psicológico decorrente da avaliação psicológica observará seu conceito e finalidade, apresentando de forma descritiva condições e/ou questões de ordem psicológica enfrentadas pelo indivíduo transexual ou travesti, bem como suas determinações históricas, sociais, econômicas e políticas – considerando sua natureza dinâmica, não definitiva e não cristalizada. Apresentará uma descrição do histórico de vida do indivíduo e da construção de sua identidade de gênero, além das questões adaptativas enfrentadas no âmbito familiar, escolar, social, profissional e afetivo. O impacto da inconformidade entre identidade de gênero e regis-

tro civil será apontado. A investigação será fundamentada nos dados colhidos e analisados por meio de instrumental técnico devidamente regulamentado pelo Conselho Federal de Psicologia. Tais instrumentos poderão contemplar entrevistas, testes psicológicos, observação, exame psíquico e intervenção verbal, sempre com base em referencial técnico-filosófico e científico adotado pelo psicólogo em acordo com o princípio de autonomia que norteia sua atuação técnica e profissional.

A finalidade do Laudo Psicológico no IMESC será a de expor os procedimentos e conclusões obtidas no processo da avaliação psicológica para a autoridade requisitante, estando restrito a fornecer tão somente dados necessários relacionados à demanda apresentada. Sua estrutura deverá exibir uma narrativa clara e objetiva, em que eventuais termos técnico-científicos deverão estar acompanhados de explicações pertinentes, viabilizando sua compreensão pelas partes interessadas.

Ainda segundo a Resolução N.º 007/2003 do Conselho Federal de Psicologia, o Relatório ou Laudo Psicológico deverá conter, no mínimo, os seguintes itens, os quais objetivam trazer as seguintes informações:

1. Identificação: Identificação do(a) periciando(a), contendo nome social e identidade de gênero declarada.

2. Descrição da demanda: Narração das informações referentes à ação judicial em tela e dos motivos, razões e expectativas que produziram o pedido do documento, apresentadas nas cópias dos autos em poder do perito.

3. Procedimento: Apresentação dos recursos e instrumentos técnicos utilizados para coletar as informações. Caso seja identificada a presença de transtornos mentais associados à questão da identidade de gênero, será solicitada a realização de uma Avaliação Psiquiátrica como exame complementar a Perícia Psicológica. Explicitar que, em respeito ao nome social e à identidade de gênero declarada pelo(a) periciando(a) na ocasião da avaliação psicológica, este(a) será citado(a) ao longo do Laudo Psicológico por seu nome social.

4. Análise: Exposição descritiva de forma metódica, objetiva e fiel dos dados colhidos e das situações vividas, relacionados à demanda em sua complexidade, considerando que os objetos deste procedimento (as questões de ordem psicológica) têm determinações históricas, sociais, econômicas e políticas e, portanto, natureza dinâmica, não definitiva e não cristalizada.

4.1. Apresentação inicial: apresentação física, contato com o examinador, atitude perante às atividades propostas, orientação no tempo e no espaço, qualidade do discurso,

capacidade de discernimento e de senso crítico.

4.2. Histórico da identidade de gênero: desde quando se identifica com o gênero declarado; dados sobre a infância e adolescência, adaptação em relação às esferas familiar, escolar, social, profissional e afetivo-sexual; tratamentos realizados (psicológico, psiquiátrico, hormonioterapia etc); presença de sofrimento psíquico enfrentado na relação com o meio social, geralmente permeada por estigmas e preconceitos presença de obstáculos na vida diária, sofrimento psíquico e/ou constrangimento decorrentes da inconformidade entre sua identidade de gênero e seu registro civil.

4.3. Observações do psicólogo: observações em relação aos aspectos cognitivos, emocionais e sociais do indivíduo.

5. Conclusão: Exposição dos resultados e/ou considerações a respeito de sua investigação a partir das referências que subsidiaram o trabalho. Observações sobre a identidade de gênero apresentada pelo(a) periciando(a), além de sua adaptação atual à vida familiar, afetiva, escolar e profissional. Considerações sobre a pertinência da alteração de seu registro civil.

Considerações Finais

No cenário atual, ativistas e estudiosos propõe um importante debate

10 O referido manual pode ser encontrado no endereço <site.cfp.org.br>.

em relação à histórica patologização das identidades trans e travestis. As identidades de gênero vêm sendo entendidas numa perspectiva social e política, sendo inclusive reivindicadas como um direito – o direito à identidade de gênero.

Atentos ao debate atual sobre a despatologização das identidades trans e travestis e às orientações do Conselho Federal de Psicologia (CPF), a Equipe de Psicólogos do IMESC propõe-se a atender as determinações judiciais de avaliação psicológica nas Ações de Retificação do Registro Civil nestes casos, através de atendimento humanizado e livre de discriminação, garantindo o respeito à dignidade à população transexual e travesti.

O nome de um indivíduo é de fundamental importância para sua autoimagem, autoconceito, autonomia e inclusão social e, portanto, no caso de um indivíduo transexual ou travesti – cujo nome social reflete a expressão de seu gênero, em contraposição ao nome do registro civil – a possibilidade de sua retificação é crucial.

Assim sendo, o modelo de Laudo Psicológico para ações de retificação do registro civil no IMESC pretende considerar a questão da identidade de gênero a partir de uma perspectiva social, histórica e política, abordando junto ao indivíduo, o histórico do desenvolvimento da identidade de gênero e seus

desdobramentos sobre a vida familiar, escolar, social e profissional; o sofrimento psíquico enfrentado na relação com o meio social, geralmente permeada por estigmas e preconceitos; o constrangimento social decorrente da inconformidade entre a identidade de gênero e o registro civil; observação da eventual presença de transtornos mentais associados à questão da identidade de gênero, com solicitação de Avaliação Psiquiátrica complementar ao exame psicológico nestes casos; além de considerações gerais sobre aspectos cognitivos, emocionais e sociais.

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM 5*. Trad. de Maria Inês Correa Nascimento [et. al]. Revisão Técnica de Aristides Volpato Cordioli [et. al]. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BENTO, Berenice; PELÚCIO, Larissa. Despatologização do Gênero: A Politização das Identidades Abjetas. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 569-579, mai./ago. 2012.

BRASIL. Centro de Apoio Operacional Cível e de Tutela Coletiva do Ministério Público do Estado de São Paulo – CAO Cível. Retificação de Registro, Mudança Nome e Sexo –

Transexualidade e Aplicação da Lei Maria da Penha, de maio de 2017.

BUTLER, Judith; RIOS, André (tradução); ARÁN, Márcia (revisão técnica). Desdiagnosticando o gênero. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 95-126, jan. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Manual de Elaboração de Documentos Decorrentes de Avaliações Psicológicas - Resolução Nº 007/2003*. Brasília, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Nota técnica sobre o processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans*. Brasília, 2013.

COSTA, Angelo B.; NARDI, Henrique. C.; KOLLER, Sílvia. H. Manutenção de Desigualdades do Gênero na Psicologia Brasileira. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 97-115, mar. 2017.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO – Núcleo Especializado de Defesa da Diversidade e da Igualdade Racial. *Passo a passo: Ação de alteração de*

nome/sexo no registro civil. Folheto. São Paulo, nov. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Trad. de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PORCHAT, Patricia P. da S. K. *Gênero, Psicanálise e Judith Butler – do Transexualismo à Política*. 2007. Tese de Doutorado – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

SAADEH, Alexandre. *Transtorno de identidade sexual: um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino*. 2004. Tese de doutorado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

SAMPAIO, Líliliana. L. P.; COELHO, Maria T. A. D. Transexualidade na atualidade: discurso científico, político e histórias de vida. *Anais do III Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades – UNEB*, Salvador, 2013.

editoração e impressão

imprensaoficial

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO