

COLEÇÃO

**CARREIRAS
POLICIAIS**

COORDENADORES
EDUARDO FONTES
HENRIQUE HOFFMANN

Paulo Furtado | Pedro Henrique Neves

MEDICINA LEGAL

5ª edição
revista, atualizada
e ampliada

2024

 **EDITORA**
*Jus*PODIVM
www.editorajuspodivm.com.br

CAPÍTULO 7

ASFIXIOLOGIA FORENSE

7.1. CONCEITOS

A asfixiologia forense é o ramo da medicina legal que estuda os traumas e as lesões decorrentes dos diversos tipos de asfixias (energias físico-químicas), bem como os seus mecanismos de formação e os sinais característicos, internos e externos.

Quanto ao conceito de asfixia, se realizarmos um exercício mental sobre o seu significado, logo pensamos intuitivamente na dificuldade respiratória pela falta de oxigênio.

Quando buscamos a origem da palavra encontramos que o vocábulo *asfixia* vem do grego “a + *sphyxis*” – não pulsar. Nesse aspecto, os gregos acreditavam que no sangue circulava a *pneuma*, responsável pela respiração.

Alguns autores conceituam a asfixia simplesmente como a supressão da respiração¹. Outros, conceituam-na como um estado de hipóxia (baixa de oxigênio) e hipercapnia/hipercarbia (aumento de gás carbônico) no sangue arterial², conceito com o qual concordamos.

As diversas formas de asfixia estão inseridas no grupo das energias físico-químicas. Isto porque são de causa física, mecânica e desencadeiam alterações químicas no organismo.

1. CROCE JUNIOR, Delton; CROCE, Delton. *Op. cit.* p. 389.

2. HÉRCULES, Hygino de Carvalho. *Op.cit.* p. 516. BITTAR, Neusa. *Op. cit.* p. 225.

Alguns autores costumam dividir as asfixias em fases, como: 1) dispneia inspiratória, *que* é a dificuldade de “puxar” o ar para os pulmões; 2) dispneia expiratória, a dificuldade de expelir o ar, podendo haver convulsões; 3) parada respiratória; 4) parada cardíaca e os últimos movimentos antes da morte³.

7.2. CLASSIFICAÇÕES

Várias são as classificações utilizadas para agrupar as espécies de asfixias. Muitos autores adotam a classificação do professor Afrânio Peixoto, que divide as asfixias mecânicas em três grandes grupos: puras, complexas e mistas; e alguns subgrupos, quais sejam:

1) Asfixias puras: São manifestadas pela anoxemia (*falta de oxigênio no sangue*) e hipercapnia (*excesso de gás carbônico no sangue*):

- a) Asfixia em ambientes por gases irrespiráveis: Confinamento, asfixia por monóxido de carbono asfixia por outros vícios de ambientes;
- b) Obstaculização à penetração do ar nas vias respiratórias: sufocação direta e sufocação indireta (compressão do tórax);
- c) Transformação do meio gasoso em meio líquido (afogamento);
- d) Transformação do meio gasoso em meio sólido ou pulverulento (soterramento).

2) Asfixias complexas: Constrição das vias respiratórias com anoxemia (e excesso de gás carbônico, interrupção da circulação cerebral e inibição por compressão dos elementos nervosos do pescoço:

- a) Constrição passiva do pescoço exercida pelo peso do corpo (enforcamento);
- b) Constrição ativa do pescoço exercida pela força muscular (estrangulamento).

3) Asfixias mistas: São as que se confundem e se superpõem, em graus variados, aos fenômenos circulatórios, respiratórios e nervosos (esganadura).

3. BITTAR, Neusa. *Op. cit.* p. 225.

De forma simples, preferimos organizá-las da seguinte maneira:

- a) Asfixias por constrição do pescoço: enforcamento, estrangulamento e esganadura;
- b) Asfixias por modificação do ambiente respirável: confinamento, soterramento e afogamento e gases irrespiráveis;
- c) Asfixias por restrição aos movimentos torácicos: sufocação indireta;
- d) Asfixias por obstrução das vias respiratórias: sufocação direta.

7.3. AS RESPIRAÇÕES PULMONAR E CELULAR

Os organismos vivos mais complexos que habitam nosso planeta necessitam de processos bioquímicos de produção e armazenamento de energia para manter o metabolismo celular. Esses processos se dão através da queima de nutrientes com a participação de oxigênio, que é obtido por meio da respiração. Assim, antes de tudo, é necessário que o oxigênio penetre no nosso organismo para que ocorram tais processos.

A respiração pode ser aeróbia (mediante a participação de oxigênio) ou anaeróbia (mediante fermentação – sem oxigênio). Os seres humanos dependem da via aeróbia, enquanto, bactérias e fungos, normalmente, se utilizam da fermentação para a obtenção de energia.

Nesse sentido, nós, seres humanos, dependemos do oxigênio, via respiração, para a realização das inúmeras reações químicas de “queima” de nutrientes, as quais ocorrem a nível celular e tem a finalidade de produzir energia, mantendo as células vivas.

Os humanos possuem órgãos próprios para as trocas gasosas, que são os pulmões, especificamente, os alvéolos pulmonares, localizados nos bronquíolos, onde ocorre a hematose, que é o processo de oxigenação do sangue e conseqüente liberação do gás carbônico. No entanto, para que possamos realizar a respiração pulmonar e haver a troca gasosa, necessitamos, antes de tudo, de um ambiente respirável, onde haja concentração suficiente de oxigênio.

Ademais, necessitamos de orifícios respiratórios livres, pressão atmosférica, permeabilidade das vias respiratórias, bem como de musculatura livre e desimpedida para a realização dos movimentos respiratórios de inspiração (puxar o ar) e expiração (soltar o ar).

Considerando as condições normais de oxigênio do ambiente, quando inspiramos, este gás penetra nos nossos pulmões, chega aos alvéolos pulmonares e, por meio de difusão⁴, atravessa os alvéolos, unindo-se às hemácias, através de uma ligação química com a hemoglobina, formando a oxiemoglobina (HbO₂) – o oxigênio se une ao ferro presente na hemoglobina.

Nos alvéolos, o sangue venoso libera o gás carbônico e ganha oxigênio (hematose) que, por sua vez, já oxigenado, é levado pela veia pulmonar até o átrio esquerdo do coração, onde, após passar pelo ventrículo esquerdo, é bombeado para transportar oxigênio a todo corpo, através da artéria aorta e suas ramificações.

Uma vez transportado para o interior das células, o oxigênio é utilizado no processo de respiração celular, que é composto por três etapas: glicólise, ciclo de Krebs e fosforilação oxidativa (cadeia respiratória), sendo essencial a participação do oxigênio nestas duas últimas etapas.

Ao final do processo, a energia é produzida e armazenada nas moléculas de ATP (adenosina trifosfato), sendo liberada, também, na forma de calor. A molécula de ATP, então, é que fornecerá a energia para a vida da célula e o transporte ativo de substâncias, mantendo as funções biológicas do organismo.

Durante a respiração celular também é produzido gás carbônico, cujo transporte através das veias é mais complexo que o do oxigênio.

Em resumo, o gás carbônico é transportado de três formas: cerca de 7% na forma de gás no sangue, 23% na forma de carbaminoemoglobina (CO₂ + Hb) e 70% na forma HCO₃. Explicamos: o gás carbônico proveniente da respiração celular, assim que entra em contato com o sangue, reage com a água (H₂O) e forma o ácido carbônico, que com auxílio da enzima anidrase carbônica rapidamente se decompõe em H⁺ e HCO₃.

O hidrogênio se une a hemoglobina, formando a desoxiemoglobina ou hemoglobina reduzida, de aspecto mais violáceo. O aumento da quantidade de hemoglobina reduzida (HbH) é a responsável pela cianose, conforme veremos adiante.

4. Difusão é uma forma de transporte de substâncias, que ocorre através de uma membrana celular, no sentido do meio mais concentrado para o menos concentrado.

O transporte dos gases só é possível porque no interior das hemácias existe a hemoglobina, espécie de proteína que é formada por quatro cadeias, compostas cada uma por uma parte proteica (globina) e um núcleo prostético (heme).

A falta de oxigênio impede diversas etapas da respiração celular, fulminando as células por falência energética.

As espécies celulares resistem de maneira diferente à hipóxia (baixa oxigenação). As menos resistentes são os neurônios. Os neurônios do córtex cerebral, por exemplo, sobrevivem apenas de 3 a 7 minutos após uma parada cardíaca.

O aumento de CO₂ estimula o centro vasomotor, elevando a pressão arterial e a frequência cardíaca. Em concentrações elevadas provoca a dilatação vascular local, inclusive no cérebro, mas, na circulação pulmonar tem ação vasoconstritora. Sob tensões elevadas o gás carbônico gera um ciclo vicioso, inibindo os centros respiratórios em vez de excitá-los e diminuindo a respiração, retendo mais o gás.

Quando a hemoglobina reage com gás carbônico, forma-se a **carbaminohemoglobina**, de cor escura, arroxeada; quando reage com o monóxido de carbono adquire uma tonalidade vermelha-clara, recebendo o nome de **carboxiemoglobina**, uma reação cerca de 250 vezes mais estável que a oxiemoglobina.

Ao reagir com gás sulfídrico a hemoglobina assume uma tonalidade verde, formando a **sulfoxiemoglobina**, fortemente presente nos cadáveres em putrefação.

7.4. SINAIS GERAIS DE ASFIXIA

Não há sinais patognomônicos de asfixia. Por isso, os sinais característicos têm valor relativo e, associados a outros elementos, servem ao diagnóstico. Serão divididos em sinais internos e externos por questões didáticas.

7.4.1. Sinais gerais internos de asfixia

Como características gerais internas que podem estar presentes, temos a **triade** da asfixia: **sangue fluido e escuro**, **congestão polivisceral** (acúmulo de sangue) e **equimoses viscerais** (manchas de Tardieu).

Embora estas apareçam nas asfixias, não são patognomônicas, porque presentes também em outros tipos de morte.

O sangue dos asfixiados costuma ser escuro. Nos intoxicados por monóxido de carbono costuma ser vermelho vivo.

Em relação a fluidez, admite-se que esteja relacionada a atividade fibrinolítica (responsável pelo desfazimento de coágulos sanguíneos). Não é sinal patognomônico, sendo encontrada nas mortes súbitas também.

A congestão deve-se a uma falência cardíaca que antecede a morte. Entre os órgãos, o fígado (fígado asfíxico) e o mesentério são os que se apresentam mais congestos, sendo que o baço apresenta pouco sangue devido às contrações durante a asfixia (**Sinal de Étienne Martin**).

As manchas de Tardieu foram descritas pela primeira vez em 1847 em um caso de infanticídio necropsiado pelo médico-legista francês Auguste Ambroise Tardieu. Na ocasião, ele descreveu os achados como “equimoses puntiformes dos pulmões e do coração”. São equimoses lenticulares (do tamanho de lentilhas) localizadas sob a pleura visceral, mais especificamente nos sulcos interlobares e bordas dos pulmões, no pericárdio e no pericrânio, e, nas crianças, no timo.

Logo após a descoberta e durante algum tempo depois, pensava-se que estas equimoses eram patognomônicas de asfixia, mas atualmente é sabido que não são.

São várias as hipóteses acerca da formação de equimoses viscerais (**manchas de Tardieu**), sendo bem aceita a teoria de que são fruto do aumento brusco da pressão arterial, causando o rompimento de capilares⁵⁻⁶.

Pelos mesmos motivos, nos casos de esforços expiratórios extremos, constrição do pescoço ou compressão torácica surgem petéquias. A pressão aplicada no pescoço ou no tórax capaz de obstruir o retorno

5. Neste sentido Delton Croce (Op. cit. p. 393) e França, aduzindo que a teoria mais aceita para explicar o seu aparecimento é o aumento da pressão arterial, explicada pela excitação dos centros bulbares pelo gás carbônico aumentando a pressão sanguínea, rompendo os capilares e produzindo as equimoses viscerais (Op. Cit. p. 365-366).

6. Hygino afirma que se devem à ruptura de vênulas pelo aumento brusco da pressão, pois as paredes das veias são menos resistentes à pressão. O professor afirma que há o surgimento de petéquias conjuntivais em acessos de tosse ou de vômitos sem que tenha havido tempo hábil para hipóxia grave. (Op. cit. p.519).

sanguíneo sem impedir o afluxo do sangue arterial ocasiona o rompimento dos vasos, formando as petéquias.

Quando não houver esta diminuição do retorno venoso ou quando a força aplicada sobre o pescoço obstruir também as artérias não serão observadas petéquias **nesta região**.

7.4.2. Sinais gerais externos de asfixia

São sinais gerais externos de asfixia: **cianose da face, cogumelo de espuma, projeção da língua, equimoses externas e livores cadavéricos escuros e precoces**.

A **cianose da face** (tonalidade azulada da pele e mucosas) surge com a grande concentração de hemoglobina reduzida (desoxiemoglobina ou hemoglobina não oxigenada), conferindo ao rosto uma tonalidade azulada, violácea.

O **cogumelo de espuma/edema pulmonar** é uma massa branca, água espumosa, por vezes sanguinolenta, expelida pela boca e narinas. Depende do grau do edema pulmonar, sendo controverso se é resultado de ação direta da hipóxia sobre os alvéolos ou de insuficiência aguda do coração. É mais comum no afogamento.

Procidência da língua ocorre nas constrições cervicais. Ela é empurrada à medida que se exerce pressão sobre o pescoço.

É comum, ainda, encontrar equimoses externas nas pálpebras, conjuntivas oculares, pescoço, em função do extravasamento e infiltração do sangue por ruptura dos capilares e hipóstases mais escuras nos mortos por asfixia, em virtude da ausência de oxigênio no sangue.

7.5. FENÔMENOS CADAVÉRICOS GERAIS DA ASFIXIA

A congestão e fluidez do sangue proporcionam condições boas para a formação de **hipóstases**, que se instalam **precocemente**. A cor é violácea escura pela cianose e quantidade maior de sangue por cm² de pele.

Há também rigidez cadavérica precoce e fugaz. Como a asfixia leva à redução das reservas de oxigênio e ATP, as fibras musculares entram em rigidez mais rapidamente e quase ao mesmo tempo nos diversos segmentos do corpo. A acidez do organismo é mais acelerada.

Nas mortes não asfíxicas a rigidez demora um pouco mais porque ainda se tem reserva de oxigênio na corrente sanguínea, que é utilizada por algum tempo na ressíntese de ATP após a morte.

7.6. ESPÉCIES DE ASFIXIAS

7.6.1. Sufocação direta (ativa)

É a obstrução dos orifícios respiratórios (Ex.: tapar nariz e boca, utilizando as mãos ou outros objetos) ou vias aéreas superiores por corpos estranhos (sufocação por engasgo), de modo que o ar não chegue aos pulmões.

Há autores que incluem o soterramento e o confinamento como modalidades de sufocação direta⁷. **Para nós**, muito embora o mecanismo de morte possa envolver a sufocação direta, no soterramento e no confinamento há verdadeira modificação do meio ambiente com substituição do ar respirável por material pulverulento. Portanto, preferimos tratá-los à parte.

Atente-se para o fato de que quando a mão é utilizada para a sufocação pode haver vestígios. Nestes casos é comum encontrar estigmas ungueais em torno dos orifícios respiratórios.

ATENÇÃO:

A asfixia por obstrução dos orifícios respiratórios é um indicativo de homicídio, enquanto por obstrução das vias aéreas é um indicativo de acidente.

7.6.2. Sufocação indireta

É uma espécie de asfixia mecânica em que é exercida uma compressão sobre o tórax e abdômen, impedindo a movimentação respiratória. Também pode decorrer de uma fadiga muscular, como na crucificação.

Nesta modalidade de asfixia, o ar não é impedido de entrar diretamente nas vias respiratórias, mas indiretamente, porque impossibilita os movimentos respiratórios do tórax e abdômen.

7. CROCE JUNIOR, Delton; CROCE, *Op. cit.* p.404-405.

CAPÍTULO 10

GESTAÇÃO E CRIMES CONTRA A VIDA

10.1. INTRODUÇÃO

O ordenamento jurídico brasileiro possui uma rica gama de direitos relacionados à proteção da vida, passando pela gestação, proteção da criança e do adolescente até a fase adulta. Os seres humanos têm seus direitos protegidos desde a concepção, ainda que a personalidade civil só se inicie com o nascimento com vida. Mesmo o embrião congelado tem certa proteção através da Lei nº 11.105/2005, que proíbe manobras de engenharia genética e clonagem.

Já na esfera penal o legislador incluiu o aborto e o infanticídio como espécies de crimes contra a vida, protegendo tanto o feto, antes do seu nascimento, como o recém-nascido. Inevitavelmente surgem as seguintes indagações: quando se inicia a gravidez? Quando termina?

A discussão não é meramente acadêmica ou filosófica, tendo efeitos práticos. A título de exemplo, caso o critério de início da gravidez fosse a concepção (união do óvulo com espermatozoide), métodos contraceptivos como o DIU (dispositivo intrauterino) seriam considerados abortivos, pois justamente impedem a implantação do embrião no endométrio.

O critério adotado pela obstetrícia considera a gravidez iniciada não com a concepção, mas com a implantação do embrião no endométrio (nidação), que ocorre, em média, 7 dias após a fecundação, mas pode variar. O mesmo critério é adotado pelo Direito Penal.

Entende-se que se inicia o parto/termo final da gravidez com a **dilatação do colo do útero**. O sinal clínico que marca a fase de dilatação é a **expulsão do tampão mucoso** (rolha de Schroeder). A partir daqui não é mais possível haver aborto, somente homicídio ou infanticídio. Contudo, advertem os autores médico-legistas que, para fins periciais, esses detalhes são insatisfatórios.

Desta forma, **convencionou-se que o trabalho de parto começa com a ruptura do saco/bolsa amniótica**¹. Em se tratando de cesárea, o parto se inicia com a **cisão do abdômen**.

O parto termina com a **eliminação ou retirada da placenta** (dequitação/secundamento/delivramento). São três as fases do parto: 1) dilatação ou rotura do saco amniótico; 2) expulsão do conceito; 3) dequitação/secundamento/expulsão da placenta.

10.2. ABORTO

O aborto pode ser conceituado como a interrupção prematura da gravidez, por meio da destruição dolosa (criminosa), culposa, acidental ou natural do produto da concepção, fazendo cessar a vida intrauterina.

A prática abortiva existe desde a antiguidade, presente em todas as civilizações, dos índios amazônicos aos portugueses que nos colonizaram. Na Roma antiga o feto era considerado vísceras da mulher, não gozando de nenhuma proteção.

Somente com a égide do Cristianismo nas sociedades ocidentais a prática passou a proibida, chegando a ser equiparada ao próprio homicídio em determinados épocas. Com o movimento filosófico iluminista do século XVIII esta equiparação deixou de existir ².

No sentido técnico da obstetrícia, aborto é o produto eliminado pelo trabalho de abortamento até a 20ª semana de gestação. A partir daí trabalha-se com o conceito de parto imaturo e prematuro. No sentido utilizado no direito penal e na medicina legal, aborto (do latim *ab ortus*, privação de nascimento) é a interrupção dolosa da gestação com a

1. Neste sentido: HÉRCULES, Hygino de Carvalho. *Op. cit.* p.671 e FRANÇA, Genival Veloso de. *Op.cit.* p. 748.

2. PRADO, Luiz Regis. *Curso de direito penal brasileiro*. v.2. 4ª ed. São Paulo: RT, 2005. p. 104.

consequente morte do feto, intrauterina ou extrauterina, por inaptidão/inviabilidade para a vida.

Os métodos abortivos são dos mais variados, desde a utilização de chás de ervas abortivas a utilização de remédios, como Citotec, Miso-prostol, entre outros.

Existe uma fórmula para se calcular a provável idade em meses (até o 7º) do feto abortado: $I = \sqrt{C}$ (sendo C o comprimento do feto em centímetros). Após o 7º mês a idade aproximada é igual ao tamanho (em cm) dividido por 5. $I = C/5$.

O Código Penal pune a interrupção dolosa da gestação, sendo um crime de forma livre, podendo ser praticado por qualquer meio, seja pela ingestão de remédios ou vegetais, procedimentos cirúrgicos ou até pela autolesão da gestante.

Art. 124 – Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque

Pena – detenção, de um a três anos.

Art. 125 – Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:

Pena – reclusão, de três a dez anos.

Art. 126 – Provocar aborto com o consentimento da gestante:

Pena – reclusão, de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou debil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência

Art. 127 – As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.

10.2.1. Espécies de aborto

A doutrina médico-legal e penal costuma classificar várias espécies de aborto, porém, por questões didáticas, considerando algumas destas classificações, dividiremos o tema da seguinte forma: a) aborto natural; b) aborto acidental; c) aborto criminoso; e d) aborto permitido.

10.2.1.1. Aborto natural ou espontâneo

É a interrupção da gestação que ocorre por causas naturais, sem qualquer intervenção externa, estando relacionado a patologias da gestante ou do próprio feto. É um indiferente penal.

10.2.1.2. Aborto acidental

É a interrupção da gestação oriunda de um acidente, como quedas, lesões, podendo ou não ter repercussão na esfera criminal se causados por terceiros.

10.2.1.3. Aborto criminoso

10.2.1.3.1. Aborto social ou econômico

Aborto social é a interrupção da gravidez por motivos econômicos ou sociais, ou seja, por falta de recursos para a manutenção das necessidades básicas do ser nascente.

10.2.1.3.2. Aborto estético

Aquele em que a mulher põe fim a gestação por questões estéticas, para que seu corpo não sofra com as modificações fisiológicas naturais, a fim de manter um determinado padrão de beleza.

10.2.1.3.3. Aborto eugênico

Eugenia significa “*bem nascido*”, sendo a teoria através da qual se busca o aprimoramento racial, étnico por meio de seleções genéticas (visando a manter determinada característica ou atributo). Durante o domínio nazista na Alemanha eram frequentes abortos e manobras de segregação étnica com o objetivo de construir a raça ariana pura.

Delton Croce define o aborto eugênico ou eugenésico como a “*privação dolosa de nascimento de ser humano presumivelmente portador de taras hereditárias*”³

10.2.1.4. Aborto permitido

10.2.1.4.1. Aborto terapêutico ou necessário

Aborto terapêutico ou necessário é aquele realizado para salvar a vida da gestante, quando constitui o único meio de salvá-la, em razão de alguma condição patológica em que a continuação da gestação possa comprometer a vida dela.

3. CROCE JUNIOR, Delton; CROCE, Delton. *Op. Cit.* p. 564.

Podemos citar a gravidez ectópica ou tubária, em que a nidação não ocorre no terço médio do endométrio, mas nas tubas uterinas, causando uma série de complicações que podem causar a morte da gestante.

Está previsto no artigo 128, inciso I, do Código Penal. Confira:

Art. 128 – Não se pune o aborto praticado por médico
I – se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

O dispositivo legal traz uma causa de justificação, de modo que o fato é típico, mas não antijurídico, pois tem amparo no ordenamento jurídico. Esta exclusão de antijuridicidade seria uma causa especial fundada no estado de necessidade, tendo o legislador optado por salvaguardar o bem jurídico *vida da gestante* em detrimento da *vida do feto*.

10.2.1.4.2. Aborto sentimental

Devido aos tristes episódios de estupro que resultavam em gravidez ocorridos durante a I Guerra Mundial o período pós-guerra foi marcado por uma tendência nas legislações ocidentais no sentido de não criminalizar a interrupção da gestação fruto de violência sexual. O fundamento seria a dignidade da mulher, que se veria obrigada a conviver durante toda a sua vida com o fruto de odioso ato de violência contra sua consciência e dignidade sexual. Por isso, é chamado de aborto sentimental ou humanitário quando a gravidez interrompida decorre de estupro.

O Código Penal pátrio traz esta previsão. Veja:

Art. 128 – Não se pune o aborto praticado por médico:
II – se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Há divergências em relação à natureza jurídica do instituto. Para uma primeira corrente (majoritária) trata-se de causa de justificação, excluindo a antijuridicidade do fato; para outra (minoritária) seria uma dirimente de culpabilidade baseada na inexigibilidade de conduta diversa.⁴

4. Aduzem os adeptos desta corrente que os bens jurídicos em evidência (vida do feto x honra da gestante) não possuem valores iguais, sendo irrazoável sacrificar uma vida em prol da honra, o que retiraria o fundamento do instituto no estado de necessidade (art. 23 do Código Penal). Desta forma, o fato permanece típico e antijurídico, não sendo culpável, no entanto, pois nas circunstâncias seria inexigível da mulher a prática de outra conduta em conformidade com o ordenamento jurídico. Faltaria o elemento “*exigibilidade de conduta diversa*” da culpabilidade, não sendo, portanto, crime.

São requisitos para a exclusão do crime: a) consentimento da gestante ou de seu representante legal, quando incapaz; b) seja o procedimento realizado por médico; c) a gravidez resulte de estupro.

10.2.1.4.3. Aborto de feto com anencefalia

A anencefalia é a má formação do tubo neural, em que há ausência parcial do encéfalo e da calota craniana, causada por alterações genéticas ou por falta de ácido fólico nos primeiros meses da gravidez.

O Conselho Federal de Medicina considerava na já revogada Portaria 1752/2004 os anencéfalos natimortos cerebrais por não possuírem os hemisférios cerebrais. É uma condição incompatível com a vida humana, sobretudo por não possuírem cérebro. Normalmente sobrevivem poucas horas após o parto.

Nos dias 11/04/2012 e 12/04/2012 o Supremo Tribunal Federal julgou a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54 e considerou atípica a interrupção da gestação de feto anencefálico utilizando, dentre outros fundamentos, que não há titularidade da vida, uma vez que lhes falta encéfalo. Explico: a Lei nº 9.434/1997 autoriza os transplantes de órgãos e define o fim da vida a partir da morte encefálica. A *contrario sensu*, a vida nunca se iniciou nos fetos anencéfalos, por não possuírem encéfalo completo, apenas algumas estruturas.

Portanto, a interrupção da gestação de fetos com anencefalia não é considerada fato típico e independe de autorização judicial para que o médico a realize. Os procedimentos médicos são regulamentados pela Resolução 1989/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM).

10.2.2. Diagnóstico do aborto em mulher viva

Os exames periciais nos casos de aborto buscam diagnosticar a gravidez pregressa, sendo muito difícil detectá-la quando a interrupção da gestação ocorrer antes do 2º mês completo. De toda sorte, deve-se atentar para os sinais de parto recente, presentes as alterações nas regiões mamárias, genitais, alterações cutâneas, dosagem de HCG, lóquios⁵ e alguns outros. A presença de restos embrionários nos lóquios pode indicar aborto.

Sendo a placenta um órgão produzido pelo embrião, a presença de células placentárias **indica gravidez** e sugere um parto ou um aborto. Para

5. Lóquios são os corrimentos pós-parto, durante o puerpério, contendo sangue, secreções e tecidos intrauterinos.