

N

Necrofilia

(Sónia Pimentel Alves)

A Necrofilia pode ser descrita como a excitação sexual estimulada por um corpo morto, estimulação esta na forma de fantasias sexuais e/ou no contacto físico real com o cadáver (Hucker e Stermac, 1992).

De acordo com as atuais versões dos manuais de diagnóstico – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* e *International Classification of Diseases (ICD-10)* – a necrofilia é considerada uma perturbação do comportamento sexual (perturbação parafilica e perturbação de preferência sexual, respetivamente), sendo, no entanto, conceptualizada como não específica por não satisfazer os critérios de diagnóstico para qualquer uma das categorias específicas (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2010).

Daqui resulta que a necrofilia se refere a um amplo espectro de comportamentos necrófilos, variando desde as «fantasias necrófilas» de cadáveres, nunca postas em prática, à «pseudo-necrofilia», que corresponde a incidentes em que o contacto sexual com o cadáver pode acontecer sem fantasia ou desejo por esse contacto, até mesmo à «verdadeira necrofilia», em que se assiste à prática do ato sexual com o cadáver, podendo esta última ocorrer pela utilização de um corpo já morto ou pelo homicídio para se obter o cadáver (Wakefield, 2011).

Para além desta falta de especificidade, a necrofilia apresenta co-morbilidade com outras perturbações parafilicas, com perturbações psicóticas e com perturbações da personalidade; adicionalmente, verifica-se que o abuso de substâncias psicoativas é um fator importante para vencer a inibição e cometer o ato (especialmente no grupo homicida) (Maletzky e Steinhauer, 2002).

Em termos de prevalência, a necrofilia é mais frequente em homens, de orientação hete-

rossexual, com idades compreendidas entre os 20 e os 50 anos de idade, e com atividades profissionais que permitem um fácil acesso a cadáveres (Maletzky e Steinhauer, 2002; Rosman e Resnick, 1989).

No que se refere à relação com o crime, a investigação revela a existência de um número significativo de homicídios motivados pela obtenção de um corpo para a subsequente violação sexual (Rosman e Resnick, 1989).

Bibliografia

- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th Edition). Washington, DC: Author.
- Hucker, S. e Stermac, L. 1992. «The evaluation and treatment of sexual violence, necrophilia, and asphyxiophilia». *Psychiatric Clinics of North America*, 15: 703-719.
- Maletzky, B. e Steinhauer, C. 2002. «A 25-year follow-up of cognitive-behavioral therapy with 7.275 sexual offenders». *Behavior Modification*, 26, n.º 2: 123-147.
- Rosman, J. e Resnick, P. 1989. «Necrophilia: an analysis of 122 cases involving necrophilic acts and fantasies». *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 17, n.º 2: 153-163.
- Wakefield, J. 2011. «DSM-5 proposed diagnostic criteria for sexual paraphilias: tensions between diagnostic validity and forensic utility». *International Journal of Law and Psychiatry*, 34: 195-209.
- World Health Organization. 2010. *International Classification of Diseases* (10th Edition). Genève: Author.

Necrópsia/Autópsia

(J. Pinto da Costa)

Necrópsia tem origem no grego *necro* que significa morte e *opsia* que significa ver, examinar. Cientificamente pode definir-se como estudo da causa da morte.

Autópsia é o exame de si próprio já que etimologicamente *auto* significa de si próprio e *opsia* ver ou examinar.

Pode considerar-se que autópsia é um termo inadequado e impropriamente usado em Medicina Legal, no entanto na atualidade este é o termo usado apesar de incorreto, já que o termo correto necrópsia não entrou no vocabulário médico-legal.

Uma necrópsia/autópsia (N/A), ou exame do cadáver, cientificamente são sinônimos e significam o ato médico que consiste em examinar um cadáver e as suas circunstâncias envolventes para determinar a causa da morte, o seu mecanismo, a sua etiologia, natural ou violenta, e neste caso homicídio, suicídio e acidente.

A autópsia é a parte primordial da Patologia Forense, ramo da medicina legal que maior impacto tem na sociedade pelo protagonismo de que se reveste.

A N/A médico-legal deve ser realizada por um médico-legista nos serviços médico-legais. É composta por quatro partes: informação, exame do local, exame do cadáver propriamente dito, exames complementares que podem ser os mais diversificados possíveis (Pinto da Costa, 2009).

A informação representa três quartas partes da autópsia, segundo Lacassagne, médico legista famoso do final do século XIX (Lopes, 1972). A informação pode ser social, médica, familiar e judicial e serve para orientar o perito médico na sua tarefa, uma vez que frequentemente ela permite o diagnóstico mesmo sem abrir o cadáver, como, por exemplo, no caso de um tiro por projétil de alta energia na cabeça.

Intimamente ligada à N/A médico-legal está a verificação do óbito que pode ser feita segundo os critérios cardio-respiratórios ou cerebrais. O primeiro é o meio mais frequentemente usado para atestar que alguém morreu e o segundo, inicialmente utilizado para colheita de órgãos para transplante, tem atualmente o sentido real de morte.

Os objetivos de uma autópsia médico-legal são também a identificação do cadáver, a causa da morte e o seu processo.

Nos vários tipos de mortes sublinham-se a morte natural (causa orgânica), a morte violenta (causa externa), a morte indeterminada (causa desconhecida mesmo após a realização completa da N/A), a morte súbita (que ocorre rapidamente num indivíduo são ou aparentemente são e que pelo forma como acontece pode causar suspeitas de morte violenta).

As N/A podem ser de caráter médico-legal ou clínico, de pura anatomia patológica. A autópsia médico-legal tem de ser requisitada pelos serviços do Ministério Público; no caso da autópsia clínica, é necessário obter a autorização da família para que se possa tocar no cadáver.

A N/A forense pode ser realizada imediatamente após a verificação do óbito, mas no caso clínico deve respeitar-se um período de doze horas após a verificação do óbito.

Para se determinar a morte, é necessário cumprir a verificação dos sinais de morte que podem ser abióticos imediatos (paragem cardíco-respiratória, perda de consciência, do tônus muscular, do estímulo tátil e doloroso, relaxamento de esfíncteres, ausência de pulso, pálpebras semicerradas, falta de resposta dos nervos cerebrais) e abióticos tardios (arrefecimento, rigidez cadavérica, espasmo cadavérico, livores cadavéricos, mancha verde na fossa iliaca direita, desidratação) (Cañadas e Calabuig, 2004).

A realização da N/A pode ser dispensada pelo Ministério Público quando a causa da morte não levanta suspeitas de natureza violenta (e daí não ter interesse judicial) ou a pedido dos familiares em caso de morte natural com informação clínica que a sustente ou mesmo em caso de morte violenta, suicídio, que não deixe dúvidas dessa etiologia. Em certas situações para além do homicídio, a N/A não pode ser dispensada, como é o caso dos acidentes de viação e acidentes de trabalho em que a lei especifica a sua obrigatoriedade, face à problemática dos seguros obrigatórios nas duas situações (Lei nº 45/2004).

Não é possível alegar recusa de N/A de um familiar invocando princípios religiosos, mas na atualidade já há Tribunais que aceitam as virtópsias, que são N/A realizadas com meios de imagiologia, como se verifica no Reino Unido, em cadáveres de religião judaica ou muçulmana.

Bibliografia

- Cañadas, E. V. e Calabuig, G. 2004. *Medicina Legal y Toxicología*. 6ª Ed. Espana: Masson.
- Lei nº 45/2004 de 19 de Agosto. Estabelece o regime jurídico das perícias médico-legais e forenses. *Diário da República - I Série-A* n.º 195 http://www.dgpi.mj.pt/DGPJ/sections/leis-da-justica/livro-iv-leis-criminais/pdf4/1-45-2004/downloadFile/file/L_45_2004.pdf?nocache=1182165802.24
- Lopes, C. 1972. *Guia de Perícias Médico-Legais*. Braga: Edição de Autor.

Pinto da Costa, J. 2009. *Curso Básico de Medicina Legal*. Porto: Eudito.

Negligência Infantil

(Teresa M. Magalhães)

A negligência infantil (NI) constitui um maltrato por omissão (WHO, s/d), constando do capítulo dedicado aos maus-tratos na *International Classification of Diseases and Related Health Problems* da OMS (ICD-10, 2015), designadamente no subcapítulo T74.0. No entanto, a sua definição ainda não é completamente clara nem consistente, e muito menos consensual, o que prejudica a intervenção nestes casos, designadamente pela dificuldade de desenvolver o conhecimento sobre a natureza e consequências da NI (Dubowitz, Pitts, Litrownik, Runyan, Desmond e Maureen, 2005). Talvez por isso, apesar de ser a forma de maus-tratos mais frequente seja, simultaneamente, aquele sobre a qual menos se sabe (Mennena, Kimb, Sanga e Trickett, 2010).

Trata-se de um conceito difícil de definir em termos conceptuais e operacionais, sendo por isso um fenómeno difícil de medir. As maiores dificuldades estão relacionadas com a falta de consenso sobre (Dubowitz *et al.*, 2005): (i) se a NI se deve considerar apenas aos casos de que resulta dano concreto ou também ao dano potencial (sendo que de acordo com o conceito de maus-tratos da OMS, o dano potencial também é considerado); (ii) se a NI deve ser considerada sempre que as necessidades básicas de uma criança não estão asseguradas, independentemente das circunstâncias do seu contexto, sejam culturais ou económicas (*e.g.*, pobreza); (iii) como avaliar/medir a não satisfação de uma necessidade básica ou a inadequação de um determinado cuidado, dado que o fenómeno constitui um *continuum* e não um binário («sim/não»); (iv) como estabelecer um limite, para cada subtipo de NI, definindo claramente o que é ou não é negligência; (v) como diagnosticar a NI, dado que este fenómeno é muito heterogéneo, importando ter sempre em conta os seus diversos subtipos, que podem ser muito diferentes entre si, havendo ainda que considerar as variações em termos de severidade, frequência, cronicidade e duração; (vi) como estabelecer uma relação causa-efeito entre uma determinada consequência e uma certa omissão de cuidados,

sobretudo quando estão em causa problemas de comportamento (sendo que só em casos pontuais, como acidentes por negligência, é que tal pode ser óbvio).

Até melhor esclarecimento quanto a estes aspetos, e tendo em conta os conceitos propostos pela *Organização Mundial de Saúde* – OMS (WHO, s/d) e UNICEF (*United Nations Children's Fund*) (UNICEF, 2012), podemos definir NI como uma falha persistente para assegurar as necessidades básicas de uma criança, em termos físicos e psicológicos (incluindo os aspetos relacionados não só com a saúde como também com a educação, desenvolvimento emocional, alimentação, abrigo e condições de segurança), no contexto dos recursos razoáveis disponíveis para a família ou cuidadores, o que pode ser causa ou ter uma alta probabilidade de causar perturbação grave para a saúde ou para o desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social da criança.

A negligência pode ocorrer também durante a gravidez, como resultado do consumo de substâncias pela mãe (WHO, s/d).

Têm sido identificados vários subtipos NI, variando bastante entre os diversos autores, sobretudo em termos de sistematização (Mennena *et al.*, 2010). A OMS (WHO, s/d) propõe os seguintes subtipos de negligência: (i) física (falha para assegurar as necessidades físicas básicas, como segurança/supervisão, higiene, vestuário adequado, habitação, alimentação e cuidados de saúde); (ii) emocional ou psicológica (falha para proporcionar afeto, carinho, encorajamento e suporte emocional; em alguns casos confunde-se com o abuso emocional); (iii) na educação (falha para garantir oportunidades educacionais adequadas); (iv) no meio ambiente (falha para assegurar segurança do meio, oportunidades e recursos).

As consequências podem ser múltiplas e evidenciar-se tanto a curto como a longo prazo. Numa perspetiva teórica, podem-se dar alguns exemplos (Dubowitz *et al.*, 2005, Jacobi, 2010): (i) a falta de envolvimento dos cuidadores nos cuidados a prestar às crianças, pode provocar níveis de ansiedade capazes de originar distúrbios comportamentais; (ii) a falta de supervisão e afetos pode provocar tristeza que evolua para depressão e comportamentos de evitamento; (iii) falhas nos cuidados de saúde a prestar podem levar a que as necessidades das crianças em termos de saúde mental não sejam satisfeitas, com as óbvias consequências daí resultantes; (iv)