



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Caracterização das lesões auto-infligidas não letais no âmbito das perícias médico-legais

Mariline Ranginha Ribeiro

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudo integrado)

Orientador: Professor Doutor Duarte Nuno Vieira

Covilhã, Abril de 2014

Agradecimentos

Gostaria de agradecer, em primeiro lugar, ao Professor Doutor Duarte Nuno Vieira pela orientação deste trabalho, apesar de todos os seus compromissos profissionais nunca deixou de me aconselhar, por isso, o meu muito obrigada e profundo respeito e admiração. Foi, antes de tudo, uma grande honra e um grande ensinamento poder trabalhar de perto com alguém que dedica tanto empenho e dedicação à sua profissão.

À Doutora Sandra Curado tenho de agradecer a preciosa ajuda na pesquisa bibliográfica.

Agradeço também ao Doutor Carlos Abreu e à Sónia do Gabinete de Medicina Legal da Beira Interior Norte (Covilhã) pelos esforços para contribuir para a realização deste trabalho.

Nunca esquecerei que foi o Tozé Novais que me fez acreditar que era possível e me fez dar o primeiro passo, obrigada por isso e por todo o apoio que me deu ao longo deste trabalho.

Aos meus pais e à minha irmã não tenho palavras para agradecer o amor e o apoio incondicional, foi bom saber que sempre acreditaram em mim, mesmo longe estiveram sempre muito perto.

Ao meu namorado agradeço todo o apoio e carinho, mas principalmente a paciência para ouvir todos os meus dilemas e ter a capacidade de me tornar sempre um bocadinho mais forte.

Aos meus amigos, Marta, Ju, Ana, Leonor, Nuno, muito obrigada por me acompanharem nos últimos seis anos e por tornarem a minha estadia na Covilhã muito mais divertida.

Resumo

As lesões auto-infligidas não letais incluem todos os comportamentos nos quais um indivíduo, directa e deliberadamente, causa dano a si próprio, sem a intenção de cometer suicídio. Estas lesões parecem surgir em cerca de quatro por cento da população adulta, sendo que, as que pretendem simular crimes, são mais frequentes em jovens entre a segunda e a terceira década de vida, solteiros e desempregados.

Para se realizar o diagnóstico destas lesões é fundamental realizar uma entrevista clínica estruturada e pormenorizada e um exame físico sistemático, procedendo ao registo de todas as informações recolhidas directa ou indirectamente, bem como à descrição das lesões e ao seu registo fotográfico sempre que possível.

Existem vários mecanismos pelos quais se podem cometer “auto-lesões”, sendo o mais frequente a incisão de cortes superficiais e suaves na pele, sendo para isso utilizados materiais cortantes, como sejam, facas, agulhas, giletes ou as próprias unhas. Outros mecanismos são contusões, queimaduras (por ponta de cigarro, por exemplo), cortes profundos, fracturas ou amputações. Habitualmente, os cortes são superficiais, lineares, uniformes, agrupados e paralelos, acompanhando a curvatura da superfície corporal e mantendo a mesma profundidade em todo o seu comprimento, podendo, obviamente, adquirir outros padrões menos comuns. Todos os tipos de lesões tendem a apresentar-se de forma simétrica ou com predominância do lado não-dominante, em zonas controláveis com a visão do próprio e alcançáveis pelas próprias mãos, poupando áreas corporais mais sensíveis. Tipicamente as roupas não são afectadas ou, se são, os danos nas roupas não são consistentes com o dano corporal. A ausência de lesões de defesa também ajuda a confirmar o diagnóstico de lesões auto-infligidas, assim como o padrão linear e pouco destrutivo das lesões, na maioria dos casos, incongruente com a descrição dramática da agressão contada pela “vítima”.

Os objectivos para a realização destes actos podem ser divididos em três grandes grupos: simulação de ofensas criminais para acusação de alguém, fraudes a companhias de seguro com perspectivas de lucro económico, e simulações entre soldados e prisioneiros para obtenção de algum tipo de benefício pessoal. Muitas vezes, as lesões são realizadas para dar mais credibilidade à simulação de assalto ou rapto, podendo ser ou não de carácter sexual. Com alguma frequência, está por trás uma história de separação dramática, a dissimulação de traições amorosas, a vingança de alguém especificamente, a obtenção de compaixão por terceiros, entre muitos outros motivos. No que toca a fraudes a seguradoras, geralmente o objectivo é simular um acidente do qual resultou a amputação de uma parte distal do corpo, como um ou vários dedos da mão não-dominante, sendo típica a existência de uma ou várias apólices contratadas recentemente que tornam aquele acidente bastante vantajoso para a

suposta vítima. Nos prisioneiros e soldados, estes comportamentos têm como fim obter vantagens dentro das instituições onde estes se encontram, resultando numa situação mais confortável para o indivíduo em questão.

Para melhor compreender estes comportamentos auto-agressivos, apresentam-se dois casos a título de exemplo: o primeiro, relativo a senhora que simulou agressão sexual por parte de um colega de trabalho com lesões cortantes superficiais; e, o segundo, envolvendo empregado de farmácia que simulou acidente com machado, implicando corte de quatro dedos da mão esquerda, para receber prémios de seguros.

Palavras-chave

Lesões auto-infligidas, diagnóstico, padrão da lesão, simulação de agressão, fraude.

Abstract

The concept of non-lethal self-inflicted lesions embraces all the behaviours in which a certain individual hurts himself, directly and intentionally, without the intention of committing suicide. These lesions may occur in about four percent of the adult population, whereas the ones that intend to simulate crimes are more frequent amongst single and unemployed individuals, aged between the second and the third decade of life.

In order to diagnose this kind of injuries it's crucial to make a well structured and thorough clinic interview as well as a systematic physical examination, recording all the directly and indirectly gathered information and a full description of the injuries with photographic records if possible.

There are several mechanisms that can be used to self-inflict injuries, being the most frequent the incision of superficial and smooth cuts on the skin with the help of sharp materials such as knives, needles, razor blades or even fingernails. Other ways to inflict damage are contusions, burns (with cigarette butts for instance), deep cuts, fractures or amputations. Usually the cuts are shallow, linear, uniform, grouped and parallel. They maintain the body's surface curvature and also the same depth in their length, although they can also present less common patterns. All kinds of lesions have a tendency to present a symmetrical way throw-out the body or with predominance for the non-dominant side of the body. They appear in vision controllable parts of the body, reachable by the individual's own hands, spearing the most sensible body parts. Typically, clothing does not present damage. However when there is damage, it is inconsistent with the damaged inflicted to the body. The absence of defensive wounds as well as the linear and non-destructive pattern of the injuries also helps to confirm the diagnosis of self-inflicted lesions, which in most cases is unrelated with the dramatic description of the attack portrayed by the "victim".

The intentions behind this kind of actions can be divided in three main categories: simulation of criminal acts in order to indict another individual, insurance fraud with the purpose of obtaining economical profits and simulations between soldiers or prisoners to obtain some kind of personal benefit. Quite often the lesions are used as credibility enhancers for the simulation of robberies or kidnappings. Regarding the simulation of an assault, the lesions may or not be sexual related, involving frequently a dramatic separation background, the simulation of couple cheating, personal revenge or just to obtain compassion from other individuals, amongst other reasons. In order to commit an insurance fraud, usually the objective is to simulate an accident from which resulted the amputation of a distal body part, such as one or several fingers of the non-dominant hand. The existence of a recent insurance policy made by the supposed victim makes this kind of accident quite advantageous. Between prisoners or soldiers, this kind of behaviour is frequently used by individuals to obtain

advantages within the institutions they belong to, resulting in a more comfortable situation for a certain individual.

In order to better understand this kind of auto-aggressive behaviours, two specific cases are presented: the first one describes a lady who simulates a sexual assault by a co-worker presenting shallow cuts; and the second one is a pharmacy employee who simulates an accident with an axe resulting in the chopping of four fingers in his left hand to obtain an insurance prize.

Keywords

Self-inflicted injuries, diagnosis, injury pattern, assault simulation, fraud.

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract.....	vi
Índice	viii
Lista de Figuras	ix
Lista de Acrónimos.....	x
Capítulo 1	1
1.1 Introdução	1
1.2 Objectivos.....	2
1.3 Metodologia.....	2
Capítulo 2	3
Caracterização e diagnóstico de lesões auto-infligidas não letais	3
2.1 Mecanismos de lesão	4
2.2 Localização anatómica das lesões	6
2.3 Diagnóstico diferencial	7
Capítulo 3	9
Objectivos das vítimas de lesões auto-infligidas não letais	9
3.1 Simulação de ofensas criminais	9
3.2 Fraude a companhias de seguros.....	12
3.3 LAINL entre prisioneiros e soldados	13
Capítulo 4	15
Casos clínicos exemplificativos.....	15
Caso 1.....	15
Caso 2.....	16
Conclusão	18
Limitações.....	20
Referências bibliográficas.....	21
ANEXO 1	23

Lista de Figuras

FIGURA 1 - LESÕES AUTO-INFLIGIDAS NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.	5
FIGURA 2 - CASO 1. MULHER SIMULA AGRESSÃO SEXUAL POR COLEGA DE TRABALHO, INFLIGINDO A SI PRÓPRIA ESTAS LESÕES.	15
FIGURA 3 - CASO 2. HOMEM SIMULA ACIDENTE COM MACHADO PARA COMETER UMA FRAUDE A VÁRIAS COMPANHIAS DE SEGURO.	17

Lista de Acrónimos

LAI	Lesões Auto-Infligidas
LAINL	Lesões Auto-Infligidas Não Letais

Capítulo 1

1.1 Introdução

O termo lesões auto-infligidas (LAI) refere-se a uma ampla classe de comportamentos nos quais um indivíduo, directa e deliberadamente, causa dano a si próprio. As lesões resultantes deste tipo de comportamento dividem-se habitualmente em lesões auto-infligidas não letais (LAINL), envolvendo danos directos e deliberados de tecido corporal na ausência de intenção suicida, e em tentativas de suicídio, isto é, lesões envolvendo esforços, visando terminar intencionalmente a sua própria vida (1).

Perante a grande variabilidade de conceitos que surgem na literatura relativamente a este tipo de lesões, convém clarificar também o conceito de parassuicídio, que abrange diversos tipos de acções com diferentes intenções: tentativa de suicídio, que sugere intenção suicida; comportamentos suicidas, que incluem tentativas de suicídio e suicídio propriamente dito, sendo contudo este o termo mais frequentemente utilizado para referir todos os comportamentos de lesão auto-infligida deliberada, fatal ou não; e “auto-lesão deliberada”, que não revela intenção suicida. O conceito de parassuicido tem a vantagem de não se restringir a uma intenção específica ou a um resultado (2).

Este trabalho debruçar-se-á apenas sobre as LAINL, como sinónimo de “auto-lesão deliberada”, sendo, portanto, comportamentos que não implicam intenção suicida, e que se mostram relativamente comuns e crescentes no âmbito da Psiquiatria e da Clínica Forense. Na prática médica surgem ainda diferentes denominações para esta categoria de lesões, como sejam, lesões artificiais ou lesões fictícias (3).

Existem vários mecanismos de lesão utilizados; são exemplos comuns o cortar a pele com uma faca ou uma navalha e o queimá-la com ferro ou, mais usualmente, com pontas de cigarro acesas. Estas lesões podem resultar de doenças psiquiátricas subjacentes ou de tentativas da obtenção de alguma vantagem. Nesta última situação, existe a necessidade de recorrer a perícias médico-legais e psiquiátricas rigorosas, estando incluídas, entre outras, situações de simulação de ofensa criminal e a obtenção de pagamentos fraudulentos de seguros (1).

A exclusão da hipótese de traumatismos efectuados por terceiros pode não ser uma tarefa fácil, sendo porém algumas características das lesões indicativas de LAINL: lesões que são semelhantes entre si no estilo e no tipo, regulares, apresentam igual profundidade desde o início até ao fim dos cortes; habitualmente lineares ou ligeiramente curvilíneas, encontrando-se frequentemente agrupadas, em arranjo paralelo ou entrecruzado. As lesões

seguem a superfície corporal mesmo onde esta é curva, não alterando a profundidade, distribuem-se simetricamente ou, preferencialmente, do lado não dominante do corpo. Relativamente à região corporal afectada, esta é, obviamente, uma zona acessível ao próprio indivíduo e, mais habitualmente, controlável com a vista. As zonas mais sensíveis, como por exemplo, lábios, olhos e mamilos, tendem frequentemente a ser poupadas. É relativamente comum que as roupas estejam intactas ou os danos nestas não sejam compatíveis com a localização das lesões. Podem existir cicatrizes de mutilações anteriores que auxiliam também no diagnóstico. A acompanhar estas evidências podem estar presentes antecedentes de doença psiquiátrica ou de um distúrbio de personalidade (4). Apesar disto, o verdadeiro diagnóstico das LAINL pode estar na incompatibilidade entre as características das lesões e a história de como estas foram produzidas (5).

1.2 Objectivos

São objectivos do presente trabalho, caracterizar as lesões auto-infligidas não letais; distinguir os objectivos da vítima: lesões efectuadas com o intuito de cometer fraude a companhias de seguro ou lesões com a intenção de incriminar terceiros, por exemplo; expor casos clínicos ilustrativos de lesões auto-infligidas não letais; e preparar um grupo de perguntas-chave que qualquer clínico possa utilizar quando se confrontar com uma situação susceptível de corresponder a lesões auto-infligidas.

1.3 Metodologia

Para a pesquisa bibliográfica foram utilizados vários motores de buscas disponíveis na internet como *Pubmed*, *ScienceDirect*, e *Medscape*. Foram escolhidos os artigos em língua inglesa e os termos mais utilizados para a procura foram “self-inflicted injuries” e “auto-mutilation”.

Para uma pesquisa mais direccionada utilizaram-se os artigos mais pertinentes que se encontravam referenciados pelos autores dos primeiros. Também se recorreu a outras fontes de informação de grande importância para este trabalho que foram algumas enciclopédias desta área.

Para a exemplificação destas lesões apresentam-se casos clínicos cedidos pela Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (ver anexo 1).

Capítulo 2

Caracterização e diagnóstico de lesões auto-infligidas não letais

A abordagem na literatura científica do fenómeno das lesões auto-infligidas não letais não é recente: em 1910, Strassman descrevia lesões auto-infligidas com o objectivo de simular uma ofensa por outro indivíduo e, em 1960, Holzer publicou um artigo sobre ofensas fictícias (6).

Actualmente, estas lesões são diagnosticadas em quatro por cento da população adulta, segundo algumas estatísticas (7). Uma das variáveis que se relaciona com as lesões auto-infligidas não letais é a idade jovem, sendo a média de idades dos que cometem estas lesões mais baixa do que a média de idades da restante população (8). As lesões usadas para simular crimes são praticadas por jovens na segunda ou na terceira década de vida (9), sendo frequentes os estados de solteiro e desempregado. Relativamente ao sexo, nível educacional e região demográfica, não se conseguiu até hoje estabelecer qualquer correlação com significância. Parece acontecer uma grande variabilidade sazonal na frequência de lesões auto-infligidas não letais, sendo esta a ordem decrescente de frequência: Primavera, Verão, Outono e Inverno. Alguns destes indivíduos apresentam episódios repetidos de “auto-lesão”, de três ou mais eventos. Também é frequente - e tal parece ocorrer em aproximadamente sessenta por cento dos casos, que indivíduos que apresentam lesões auto-infligidas não letais, apresentem, simultaneamente, lesões produzidas por agressões reais por outros, o que sugere que o paciente se auto-lesiona para exagerar ofensas de que foi vítima (1).

Para se realizar este diagnóstico, tal como todos os outros de forma geral, é fundamental realizar uma entrevista clínica estruturada e pormenorizada e um exame físico sistemático (1). Aquando da avaliação de lesões deve proceder-se a um registo criterioso de toda a informação cedida directamente pelo paciente ou conseguida de forma indirecta, bem como a uma descrição exhaustiva das lesões apresentadas, de preferência recorrendo conjuntamente a esboços das lesões ou, idealmente, a fotografias. Este registo deverá ser elaborado tendo em conta a ordem cronológica dos acontecimentos, de forma clara e sem ambiguidades, para que, se necessário, possa ser consultado por outros médicos legistas ou tribunais, em segurança e sem espaço para falsas alegações (10).

Na recolha da história há alguns pontos mais relevantes que não devem passar despercebidos, como seja, a forma como foi realizada a lesão; se foram utilizadas armas,

quantas, quais e por que ordem foram utilizadas; a que horas e durante quanto tempo foram mantidas as lesões; se se procedeu a algum tratamento das lesões e qual foi; se já apresentava alguma lesão ou doença prévia, nomeadamente de pele; se o doente praticava algum exercício físico regular ou tomava alguma medicação; qual o lado dominante da vítima e do suspeito; possível consumo de drogas; e quais foram os danos nas roupas (10). Não deve ser esquecida a procura de antecedentes de psicopatologias ou conflitos sociais (11).

Na descrição das lesões também existem aspectos fundamentais a registar: a localização, descrita tendo por base pontos anatómicos de referência; presença de dor; sensibilidade da zona acometida; rigidez; possíveis causas; lateralidade; tipo (por exemplo, corte ou queimadura); tamanho, usando valores de medida universais; forma; cor; orientação; intervalo de tempo entre o momento da avaliação e o momento em que a lesão foi cometida; e o seu carácter transitório (10).

2.1 Mecanismos de lesão

Os meios pelos quais os indivíduos se “auto-lesionam” são diversos e pessoais. Tanto para homens como para mulheres, os cortes são a forma mais prevalente, embora a grande maioria sejam cortes superficiais e suaves, sem causar danos a vasos sanguíneos. Os instrumentos utilizados podem ser qualquer material cortante, inclusive facas, agulhas, giletes ou até mesmo as próprias unhas. Outros mecanismos de lesão praticados são, por ordem decrescente de frequência, as contusões, queimaduras, cortes profundos que necessitam de sutura, fracturas e outros, como por exemplo, amputações (1).

Relativamente às lesões por cortes ou contusões, elas são habitualmente superficiais, de pequena intensidade, normalmente múltiplas lesões individuais, lineares, mas que acompanham a curvatura da superfície de forma a manter a mesma profundidade ao longo de todo o corte. Estas lesões são tipicamente uniformes, agrupadas e frequentemente paralelas, em contraste com a dinâmica da alegada luta (6), como se pode ver na Figura 1. Por vezes, são desenhados símbolos característicos, como a suástica, figuras geométricas, cartas, palavras ou frases, que, apesar da sua peculiaridade, também mantêm as características já mencionadas. Em alguns casos, podem coexistir com estas lesões simbólicas, outras lesões múltiplas, agrupadas e superficiais que também apresentam critérios para lesões auto-infligidas (11). Ainda por vezes também, os pacientes causam escoriações a si próprios, raspando a pele numa superfície rugosa, arranhando-se com as próprias unhas ou beliscando-se para causar contusões (12, 13).



Figura 1 – Lesões auto-infligidas no membro superior esquerdo.

Enquanto este padrão de lesão em cortes paralelos se encontra bem documentado entre os casos de lesões auto-infligidas, existe um outro padrão ainda pouco enfatizado na literatura forense, o padrão em “tabuleiro de xadrez” (12, 14). Este padrão consiste em incisões regulares, superficiais e paralelas, com incisões semelhantes a intersectá-las formando ângulos rectos entre si, num padrão simétrico. Este também pode surgir noutras situações, como rituais de tortura e relações de sadomasoquismo, mas é muito pouco provável que as lesões provocadas por um assalto ou uma luta apresentem esta conformação. Assim, lesões em tabuleiro de xadrez com “imagem em espelho” no outro lado de corpo são altamente sugestivas de serem lesões auto-infligidas (12).

Quanto às lesões por queimaduras, estas são normalmente feitas por pontas de cigarros e podem ser difíceis de diagnosticar se o objectivo destas for simular uma ofensa criminal (14-16). Terá de ser feita a clara distinção entre queimaduras acidentais, marcas de tortura, infecções cutâneas locais e efeitos térmicos de medicina tradicional. Para se excluir uma queimadura acidental deve-se ter em conta que uma queimadura de espessura total com uma ponta de cigarro incandescente implica uma exposição a esta ponta por mais de um segundo (15), o que significa que estas queimaduras requerem contacto firme por alguns segundos e não podem acontecer simplesmente como resultado da queda do cigarro sobre a pele ou de tocar num cigarro aceso (17).

As características patognomónicas de uma queimadura por cigarro durante mais de um segundo são: uma lesão redonda ou oval, de aproximadamente cinco a dez milímetros de diâmetro, com uma base de coagulação húmida ou seca, que por vezes se encontra recoberta por uma flictena; na queimadura de terceiro grau, a formação da flictena ocorre mais tarde comparativamente com a queimadura de segundo grau; depois da ruptura da flictena, forma-se uma escara firme e de cor castanha que é substituída por tecido de granulação que cresce de fora para dentro em direcção ao centro, o que explica a presença prolongada de uma escara punctiforme no centro da lesão; forma-se de seguida uma cicatriz prateada que se

assemelha a papel de seda com rugas radiais remanescentes; a cicatriz é inicialmente rodeada por uma orla acastanhada e o processo de cicatrização é longo, podendo demorar algumas semanas, dependendo do grau de profundidade da queimadura. Pode encontrar-se uma lesão ou cicatriz com uma orla irregular quando um cigarro se apaga na pele e/ou quando se forma uma reacção inflamatória e a manipulação da lesão altera a forma inicial desta (15). É importante na análise destas lesões excluir situações clínicas que podem causar lesões semelhantes como infecções cutâneas ou outras alterações infamatórias cutâneas, queimaduras eléctricas, erosões por agentes químicos, cicatrizes de vacinas (15, 18).

Em relação às lesões por amputação, o mais frequente é a amputação de extremidades do corpo, especialmente um dedo ou a mão, simulando acidentes com machados, escotilhas, cutelos, máquinas de corte, moto-serras e, menos frequentemente, objectos contundentes, com o objectivo de defraudar companhias de seguro de acidentes pessoais (6, 14). Estas lesões quando de facto devidas a acidente por machado, afectam mais frequentemente o primeiro e segundo dedos (polegar e indicador) da mão não dominante. Normalmente não existem testemunhas nos casos de fraude, descrevendo o próprio indivíduo como colocou o machado no local errado ao cortar a madeira e a posição em que se encontrava a mão que segurava a madeira. Porém, é muito rara a segmentação total de um dedo ou da mão acidentalmente, para que isso aconteça esta extremidade terá de estar apoiada numa base sólida (19), numa posição chamada de “posição de execução” (6, 14). Assim, sabe-se que, num acidente, uma separação do dedo indicador implica lesão acompanhante dos dedos contíguos; a amputação é normalmente distal e incompleta, apresentando este golpe um ângulo oblíquo com o eixo longitudinal do dedo. Já numa amputação intencional, os dedos indicador e polegar são cortados completamente, com um ângulo recto com o eixo longitudinal, resultando em uma amputação de um dedo isolado e numa região mais proximal do dedo. Resumindo, uma amputação proximal e completa do dedo indicador sem lesão concomitante dos dedos contíguos sugere a “posição de execução” na reconstrução da posição da lesão, que é extremamente suspeita de auto-mutilação intencional (9, 14).

2.2 Localização anatómica das lesões

As regiões tipicamente atingidas são, mais frequentemente, as controláveis com a visão do próprio e alcançáveis pelas próprias mãos (6, 16). Assim, os locais mais frequentemente atingidos são os membros superiores (antebraço, punho, e braço do lado não-dominante), superfície torácica e abdominal, face, membros inferiores, pescoço e crânio. As zonas mais sensíveis, como os olhos, os lábios, os mamilos ou a região genital, são

normalmente poupadas (1, 6, 12). Ambos os lados do corpo podem ser atingidos simetricamente, porém, por vezes, o lado não-dominante pode ser mais afectado (6).

Em regiões em que o individuo necessita do espelho para se auto-infligir, como por exemplo, na face, as lesões que representam símbolos característicos, como a suástica, podem estar desenhados como a sua imagem reflectida e com mais ou menos precisão (16). Na região posterior do corpo, as zonas lesionadas são determinadas pelo alcance das mãos do próprio (1, 13, 16). Deve também ter-se em conta que as lesões em regiões corporais de difícil acesso para o próprio individuo podem ser cometidas por uma outra pessoa, com o consentimento desta, designando-se esta pessoa de ajudante (1, 6, 11).

2.3 Diagnóstico diferencial

Nos casos de simulação de ofensas criminais, o diagnóstico precoce de lesões auto-infligidas evita investigações supérfluas e infrutíferas pela polícia e ansiedade injustificada entre o público (11). Em muitos casos, a correcta interpretação de todas as características da lesão encontrada, como a localização, o número, a distribuição, a morfologia das lesões individuais e a severidade das sequelas, permite distinguir entre origem accidental, lesões auto-infligidas, tentativa de homicídio ou outros crimes (9). Por isso, devem conhecer-se as características básicas de cada tipo de lesão para que se consiga chegar a um diagnóstico.

Relativamente às lesões accidentais por objectos cortantes, apresentar-se-ão tendencialmente no membro superior esquerdo e como lesão única. Não existe, porém, nenhum padrão suficientemente testado para ser aplicado universalmente. Muito raramente será possível diferenciar entre dano accidental ou intencional na presença de uma lesão única (9).

As lesões de defesa são um critério crucial de prova do envolvimento de outra pessoa e, também, de prova que a vítima se encontrava consciente e capaz de lutar contra a ofensa a que foi sujeita (9). As que são devidas a objectos cortantes apresentam-se como cortes nas mãos e nos antebraços, podendo ocorrer perfurações. Estes golpes localizam-se mais especificamente no lado extensor do antebraço e da mão (lado interno) ou, mais frequentemente, na palma das mãos, no lado flexor dos dedos e nos espaços interdigitais (9, 20). Estas lesões são particularmente frequentes no polegar, no indicador e, especialmente, no primeiro espaço intermetacarpal (9). Deve ter-se o cuidado de perceber que a ausência de lesões de defesa não significa que se possa descartar a hipótese de tentativa de homicídio (9, 20), porém a sua presença indica-nos a grande possibilidade de uma outra pessoa envolvida. Assim, pode dizer-se que perante lesões com estas características dificilmente se trata de lesões auto-infligidas.

No que diz respeito às lesões auto-infligidas não letais, além de todas as características já referidas nesta análise, é importante destacar alguns aspectos que podem fazer a diferença aquando da avaliação destes ferimentos: as lesões de defesa estão geralmente ausentes; se existirem danos nas roupas, o que não é frequente, estes serão inconsistentes com o local e o tipo de lesão (9, 21); por vezes, existem concomitantemente cicatrizes de lesões auto-infligidas anteriores (9, 22, 23); podem estar presentes marcas de hesitação (9); em casos de profissionais de saúde, deve procurar-se o uso de anestésicos locais ou material cirúrgico, por exemplo, nas amputações (24); tipicamente, não há concordância entre a severidade das lesões e a anamnese (3); e as irregularidades das lesões que seriam de esperar em agressões ou lutas estão ausentes (1, 6, 12, 14). A personalidade psicossocial e a situação da vida actual, bem como as inconsistências entre a história relatada e os dados encontrados, podem ajudar a clarificar o que aconteceu na realidade (15) e ser o ponto-chave para o diagnóstico de LAINL.

Infelizmente, quando estes padrões de lesão típicos não estão presentes, a avaliação dos casos pode ser difícil. Lesões atípicas podem incluir queimaduras extensas, lacerações nos lábios, hematomas periorbitais e lesões profundas (12, 16); o envolvimento de áreas mais sensíveis como os mamilos (12); lesões localizadas na face posterior do corpo, fora do alcance da vista, ganham frequentemente um trajecto arqueado, dado que o braço se move como um compasso; lesões profundas e com incisões abertas com conseqüente formação de cicatriz; contusão com força elevada, formando grandes hematomas em regiões atípicas para este tipo de lesão, como a perna ou a anca, e concussões cerebrais; assimetria das lesões que não pode ser explicada pelo carácter destro ou esquerdino da pessoa; e danos nas roupas compatíveis com as lesões. Portanto, o padrão típico de LAINL é um guião útil para o diagnóstico, podendo contudo estas lesões com intenção de simular uma ofensa criminal adquirir padrões e motivações atípicas. Isto deve ser tido em conta aquando de uma investigação. Se existir suspeita de LAINL deve ser feito o exame pormenorizado da cena do possível crime, a reconstrução da alegada agressão e manter-se uma “mente-aberta” durante a avaliação da situação (16).

Um bom exemplo de que existem casos atípicos com lesões profundas e de maior grau de severidade, é o duma jovem mulher que disparou um tiro com uma arma de fogo na sua mão esquerda, entre o primeiro e o segundo ossos metacárpicos, apresentando o orifício de entrada na palma da mão e o de saída do projectil, de grandes dimensões, na face posterior da mão. Necessitou de tratamento cirúrgico e, apesar de não ter perdido osso, teve grandes danos nos tecidos musculares, nervos e vasos daquela região da mão. Esta jovem alegou que um estranho a teria atacado na rua e esta era uma lesão de defesa, depois de questionada sobre a possibilidade de ser uma lesão auto-infligida, a jovem admitiu que o fez para marcar um ponto de viragem na sua vida amorosa, marcar o fim do passado e uma mudança na sua vida (25).

Capítulo 3

Objectivos das vítimas de lesões auto-infligidas não letais

Os objectivos dos indivíduos que cometem LAINL são variados e podem dividir-se em três grandes grupos: simular ofensas criminais, concretizar uma fraude no âmbito de seguros, e ocorrências entre soldados e prisioneiros (1).

Tem-se observado neste domínio alguma variabilidade do comportamento ao longo dos anos. Enquanto, na primeira metade do século vinte, o motivo para cometer LAINL era a fuga ao serviço militar, mais tarde, este tipo de lesões passa a ser mais visto no contexto de fraudes a companhias de seguro. Mais recentemente, os casos mais relevantes vistos no âmbito da medicina legal parecem ser os de simulação de ofensas criminais (6).

3.1 Simulação de ofensas criminais

As ofensas criminais simuladas podem envolver uma alegada agressão, que é mais frequente em indivíduos de sexo masculino; um rapto; uma agressão sexual, comum em jovens de sexo feminino; ou um roubo (1, 14). Neste grupo, os indivíduos causam lesões a si próprios para reclamar que foram vítimas de uma ofensa e os danos causados são usados para alegar a ofensa fictícia. A história dramática contada pelo sujeito está em óbvio contraste com o padrão uniforme das lesões e com a baixa severidade das feridas. Por isso, a globalidade dos factos não sugere uma ofensa real com todas as marcas que poderiam ser deixadas pela dinâmica característica da luta (14). Existem ainda casos em que se simulam alegadas agressões com um fundo de carácter político ou xenófobo (6).

Dentro do grupo de casos de simulação de ofensas criminais existem categorias muito diferentes: com o objectivo de obter compaixão, afeição ou atenção; para divergir a atenção atraída por maus comportamentos anteriores; para dissimular as marcas de uma tentativa de suicídio não conseguida; para explicar uma ausência sem autorização da escola ou do trabalho, mas também como explicação para chegar a casa tarde; para vingança de uma pessoa ou instituição; para simular lesões de defesa ou para encobrir ataques deles próprios a outras pessoas; e para simular que foi vítima de agressões com contornos políticos (6).

No que toca à simulação de um rapto, os sujeitos normalmente infligem lesões a si próprios para darem suporte à sua história, e são maioritariamente pessoas de sexo feminino que cometem estas falsas alegações. Frequentemente, elas vivem em situações problemáticas ou em conflitos com os seus parceiros. A principal intenção das alegadas vítimas é pedir atenção, protecção ou carinho; contudo, em alguns casos, o motivo para simular o rapto pode ser acusar uma pessoa em específico por vingança ou ódio, ou explicar comportamentos menos correctos, servindo o rapto como alibi para o que não querem explicar (14, 26). Na base de uma vingança está muitas vezes uma rejeição por parte do namorado ou companheiro amoroso, contendo estas acusações, por vezes, uma componente de abuso sexual (26).

Além da presença dos motivos mais frequentes e das lesões auto-infligidas para corroborar o rapto que podem levar à conclusão de que o alegado rapto nunca existiu, outros factores tipicamente apontam para um falso rapto: o atraso em reportar à polícia o sucedido, a falta de provas, a pouca cooperação da alegada vítima e/ou das testemunhas, discrepâncias na história contada pela vítima e a incerteza relativamente à sucessão dos eventos que aconteceram (26).

No âmbito das ofensas de carácter sexual, sabe-se que mais de vinte por cento das queixas de abuso sexual efectuadas junto das entidades competentes são fictícias (14). A simulação de abusos sexuais é realizada na sua maioria por mulheres jovens, com os seguintes objectivos: desviar a atenção de comportamentos auto-eróticos anteriores (1, 6); excluir traições, das quais pode ter resultado uma gravidez inexplicada (por exemplo, porque o amante é de outra raça, o marido fez vasectomia ou se encontra ausente) ou infecções sexualmente transmissíveis (26, 27); vingar-se de conflitos com o companheiro; separação iminente ou problemas com os pais; por vontade de adolescentes de impressionarem os outros e de ganharem atenção; entre outros motivos já referidos em outros tipos de simulação de crimes (1, 6).

Os abusos sexuais fictícios caracteristicamente apenas descrevem actos sexuais forçados envolvendo a interacção pénis-vagina, quase nunca referindo prática de sexo oral ou anal forçado, sendo que estas acontecem em, aproximadamente, vinte e cinco por cento das situações de violação reais (26, 28, 29). Na investigação de abusos sexuais é fundamental analisar as lesões extra-genitais com atenção ao tipo, localização e distribuição destas, dado que o padrão das lesões está frequentemente em óbvio contraste com a descrição dramática sobre o curso dos acontecimentos que o sujeito faz (1, 6).

Normalmente, as lesões para corroborar estes abusos sexuais fictícios são realizadas com a ajuda de objectos pontiagudos e/ou objectos cortantes, apresentando, por norma, o padrão de simetria, superficialidade, locais acessíveis e controláveis pela visão, lesões paralelas, poupando os locais mais sensíveis e, por vezes, as roupas, o que caracteriza todas as LAINL. Porém, estas mostram-se com algumas particularidades, como, por exemplo, rubor

ou mesmo arranhões nas mamas, que devem ser distinguidos de lesões causadas ao remover a roupa forçadamente numa verdadeira violação. Os arranhões são muito comuns após sofrer um abuso sexual verdadeiro, predominantemente localizados na face, nos braços e no pescoço; contudo, contrariamente ao que acontece em casos fictícios, nas situações reais as lesões extra-genitais mostram padrão irregular e intensidade diferente entre si, porque durante a luta a posição dos corpos da vítima e do agressor muda sistematicamente (13).

O abuso sexual é, por norma, um crime praticado sem a presença de outras testemunhas que não sejam a vítima e o agressor. Assim, este crime pode servir de exemplo para o Princípio de Locard: todo o contacto deixa uma pista. Noutros crimes podem encontrar-se cabelos, fibras e detritos que o criminoso deixa no local do crime. Porém, neste tipo de crime, o abusador frequentemente deixa uma assinatura biológica que pode ser saliva, sangue ou sémen. A descoberta de vestígios de sémen pode ser o ponto-chave da investigação, não indicando contudo obrigatoriamente a presença de um crime, porque, por exemplo, não confirma que este contacto vítima-agressor tenha sido forçado (27).

Segundo Green, em todas as investigações de crimes sexuais, existem quatro perguntas que a evidência de sémen pode ajudar a responder:

1. O contacto sexual ocorreu? A recuperação positiva de qualquer um dos componentes do sémen na vítima é geralmente considerada prova conclusiva que o contacto sexual teve lugar. Contudo, a presença de sémen na vagina não prova necessariamente o coito, porque este pode ser aqui depositado de outras formas.

2. Quando ocorreu o contacto sexual? O intervalo entre a deposição de sémen e a recolha das evidências pode ser estimado através da comparação de achados específicos no caso com normas publicadas e os intervalos de máxima recuperação relatados.

3. Pode um suspeito específico ser incluído ou excluído como a potencial fonte de sémen? Podem ser desenvolvidos perfis genéticos da vítima e do suspeito, traçados a partir dos materiais de prova, usando serologia convencional e ADN. Estes perfis podem depois ser comparados e, com um grau de confiança estabelecido, incluir ou excluir um suspeito específico.

4. O contacto sexual era consensual ou não? Se a vítima estiver para lá da idade de consentimento, o achado de sémen não vai ajudar. Se a vítima for menor, o consentimento é irrelevante e a presença de sémen é compatível com a afirmação de crime (27).

Além destas particularidades, existem raros casos em que o modo de execução de abuso sexual fictício em nada se assemelha com um caso típico de LAINL: inserção de múltiplos objectos metálicos na vagina sem ferir nenhuma estrutura interna ou externa, o que

se tivesse sido realizado contra a vontade da vítima teria causado certamente danos; amarrar-se com fita adesiva na face, região superior do tórax, braços e pernas, quer por cima, quer por baixo da roupa, tendo sido deixada uma abertura na fita junto à boca para facilitar a respiração; e ausência de lesões de defesa. Este caso mostra que podem ser mesmo introduzidos objectos na vagina, não só por rituais auto-eróticos ou verdadeiros abusos sexuais, mas também para simulação de ofensas criminais (30).

Um dos motivos de LAINL que deve ser destacado é a tentativa de justificar um roubo ou um desfalque que o próprio cometeu, simulando que foi roubado e provocando, para dar mais credibilidade ao depoimento, algumas lesões a si próprio (14).

Outras lesões podem conter um carácter político ou xenófobo de fundo, como quando são desenhados símbolos alusivos ao Nazismo, a suástica ou o H de Hitler, simulando ataques de defensores da extrema-direita. Esta escolha de símbolos Nazi tem obviamente por objectivo aproveitar a imagem negativa que já existe na sociedade de grupos extremistas que apoiam estas ideologias de direita. Ocasionalmente, os autores das próprias lesões admitem que apoiam as ideias da extrema-direita ou apenas queriam provocar a intervenção da polícia nestes grupos. Na maioria dos casos, os indivíduos não têm experiências pessoais, mas agem copiando o que conhecem destes grupos, tirando vantagem da opinião pública negativa em relação aos mesmos para atrair o máximo de atenção com pouco esforço, até mesmo da comunicação social. Os principais motivos já relatados para este comportamento são distúrbios emocionais, problemas familiares ou com os companheiros amorosos (11).

3.2 Fraude a companhias de seguros

Nesta categoria de comportamentos auto-destrutivos, os indivíduos simulam acidentes pessoais para tentar de forma fraudulenta obter compensações por parte da companhia de seguros. Estes comportamentos, normalmente, resultam na amputação de partes periféricas do corpo, mais frequentemente um dedo ou uma mão (14). Tais comportamentos já foram descritos no capítulo 2, sendo de lembrar que nas simulações de acidentes é mais frequente ocorrerem separações totais que para acontecerem o membro amputado tem de se encontrar sobre uma base sólida, numa posição conhecida como “posição de execução”, que permite o corte de apenas um dedo, sem o atingimento dos dedos contíguos, permite ainda que o golpe seja perpendicular ao eixo longitudinal do dedo (ângulo recto entre a linha de corte e a longitudinal do dedo), e normalmente será numa região mais proximal do membro ao invés do que ocorre num acidente. A presença de tentativas de corte junto do local amputado também podem ser um indicador positivo de lesão auto-infligida.

A avaliação médico-legal destas amputações deve abranger sempre que possível, para além de todas as recomendações comuns já mencionadas, a observação de radiografias que permitem analisar com mais pormenor o ângulo de corte (14). Por vezes, pode ser necessário testar o mecanismo de lesão relatado em mãos de cadáveres para verificar a possibilidade daquela lesão ter mesmo acontecido naqueles moldes. Quando é alegado que o golpe foi realizado com uma serra, o tempo necessário para a amputação total deve ser esclarecido, para que se possa avaliar se a pessoa tinha ou não tempo suficiente para reagir e evitar a amputação total (19).

Além destas características médico-legais que podem apontar o diagnóstico de uma fraude, deve estar-se atento a outras pistas que podem ajudar a resolver o caso: uma apólice de seguro com valores inapropriadamente elevados contratada pouco tempo antes do suposto acidente, múltiplos seguros de acidente pessoal contratados, grande endividamento do tomador do seguro, ausência de testemunhas do alegado acidente, o inexplicado desaparecimento da porção amputada, a limpeza imediata do local e dos vestígios biológicos. Nalguns casos, é reconstruída a cena do acidente para verificar se é possível causar aquela lesão por o mecanismo descrito pela alegada vítima (14). As condições da apólice de seguro também devem ser analisadas, uma vez que, o dedo indicador é a maior parte das vezes o dedo amputado nestas fraudes porque é o segmento do corpo mais compensado no caso de lesão, segundo as apólices de seguro (9).

3.3 LAINL entre prisioneiros e soldados

Os comportamentos auto-agressivos são um problema bem conhecido dos estabelecimentos prisionais e outros que possam receber temporariamente indivíduos a quem foi impedida a liberdade (14). Entre esta população a intenção, letal ou não letal, destes comportamentos pode ser bastante ambígua mesmo para os próprios auto-agressores, sendo muitas vezes difícil distinguir se o objectivo seria primariamente manipulativo e, por acidente ou erro no cálculo das consequências das lesões, o indivíduo acabou por falecer, ou se seria já primariamente uma tentativa de suicídio (31). Por isso, em alguns estudos dividem-se os comportamentos auto-infligidos por carácter de gravidade e não por intenção, realizando, assim, dois grupos: o de lesões de baixa gravidade e baixo risco de vida, e o de alta gravidade (32).

Existem variados motivos para os prisioneiros cometerem LAINL: desde falsas alegações de maus-tratos físicos por parte dos polícias, guardas-prisionais ou dos outros prisioneiros; a vontade de ser transferido para o hospital com vigilância menos apertada e mais possibilidades de fuga; até lesões relacionadas com a baixa tolerância ao stress dos

prisioneiros. Os materiais usados para realizar as lesões são semelhantes aos utilizados nas outras LAINL, com realce para a dificuldade de ter acesso a objectos cortantes numa prisão, sendo, portanto, mais utilizadas as giletas, pedaços de vidro partido ou de ferro (14). Além dos cortes superficiais, outro método frequente entre prisioneiros é engolir corpos-estranhos, como objectos metálicos, que nem sempre são excretados naturalmente devido ao seu tamanho e às suas propriedades cortantes, o que implica intervenção cirúrgica para serem removidos (6).

Também os soldados, quer durante o seu exercício na guerra, quer durante a recruta, se auto-infligem, mas neste caso os mecanismos de lesão podem ser mais severos: por arma de fogo ou amputações por corte de dedos (1). Um método relativamente comum entre militares é a conjuntivite auto-infligida, que se mostra normalmente com achados clínicos inconsistentes, casos prolongados no tempo e resistentes a todas as terapêuticas implementadas, que resolvem logo que os objectivos destes indivíduos sejam cumpridos, e casos de curta duração que são resolvidos rapidamente assim que os militares percebem que não irão receber qualquer benefício com a sua doença fictícia. Neste tipo de casos a confissão é muito rara, pelo que, as poucas que existem são de extremo valor, uma vez que, confirmam o diagnóstico das restantes (33).

Os motivos para esta tentativa de adoecer são o ganho secundário que isso acarreta: por norma os elementos que não estão completamente saudáveis são dispensados ou excluídos do serviço militar. Apesar disto, deve ter-se em conta que algumas lesões auto-infligidas por estes militares podem resultar de problemas psicossociais e serem uma tentativa de pedido de ajuda. Assim, será necessário conhecer bem os motivos que levaram o militar a cometer estas lesões para que possam ser tomadas as medidas mais corretas (33).

Capítulo 4

Casos clínicos exemplificativos

Para uma completa compreensão das lesões auto-infligidas não letais será necessário, não apenas uma revisão teórica das suas características mais frequentes, mas também o contacto com exemplos de prática clínica relativamente a estas situações. Assim, são descritos dois casos avaliados no âmbito de perícias médico-legais.

Caso 1

O primeiro caso refere-se a uma mulher de, aproximadamente, 30 anos, que se dirigiu ao Serviço de Urgência, apresentando-se com várias lesões lineares na face, na superfície torácica, dorsal e lombar, e na mama direita, alegando ter sido um colega de trabalho a realizá-las no contexto de tentativa de agressão sexual.



Figura 2 – Caso 1. Mulher simula agressão sexual por colega de trabalho, infligindo a si própria estas lesões.

Como se pode ver na Figura 2, todas as lesões são lineares e uniformes, agrupadas em arranjos paralelos e acompanham a curvatura do corpo. Aparentemente, foram realizadas com um objecto cortante ou pontiagudo, que pode até ter sido as próprias unhas da “vítima”. É óbvio o padrão de lesões predominante no lado não-dominante da vítima, deixando claro que utilizou a mão direita para realizar estas lesões. As lesões que se encontram na região posterior denotam claramente o ângulo que o braço direito consegue realizar no sentido posterior para infligir estes golpes. É de referir ainda que não estavam presentes lesões de defesa e não existiam quaisquer danos nas roupas da utente.

Caso 2

O segundo caso diz respeito a um empregado de farmácia, que depois de ter realizado doze apólices de seguros pessoais, tentou simular a amputação accidental de quatro dedos da mão não-dominante, com um machado, enquanto cortava ramos de uma palmeira. Estes elementos estão relatados fotograficamente na Figura 3.

Como se observa na imagem da direita da Figura 3, foram amputados o segundo, terceiro, quarto e quinto dedos da mão esquerda, sendo que se notam duas superfícies de corte: uma igual entre o segundo e o terceiro dedos, outra entre o quarto e o quinto, sugerindo que a amputação aconteceu em dois tempos diferentes, um em que foram cortados dois dedos e outro em que se amputaram os outros dois, o que por si só não é compatível com uma lesão accidental. A amputação dos últimos dedos ocorreu de forma a não ferir os dedos contíguos, mesmo sendo uma amputação mais proximal, o que favorece ainda mais a hipótese da lesão ter ocorrido em dois tempos e ser uma lesão auto-infligida. Outros dados refutam a hipótese de acidente: lesões muito proximais; o dedo polegar não ter sido amputado (o que acontece muito frequentemente em acidente reais), apesar de ter sido ligeiramente atingido; o ângulo recto dos dois últimos dedos com o eixo longitudinal, que sugere uma “posição de execução”, pouco habitual num acidente; a amputação ter sido completa; não terem sido recuperadas as peças amputadas; ausência de testemunhas do “acidente”; e ausência de vestígios no local do “acidente”. Avaliando a profissão deste indivíduo e o grau da lesão cometida é lícito suspeitar-se do uso de anestésicos locais para este acto.



Figura 3 – Caso 2. Homem simula acidente com machado para cometer uma fraude a várias companhias de seguro.

Conclusão

Como é conhecido, em Medicina, um diagnóstico depende muito do grau de suspeição do clínico que avalia o doente, quando este inicia um percurso pelos diagnósticos possíveis logicamente só vai tentar confirmar ou excluir aqueles de que suspeita. O mesmo acontece com as lesões auto-infligidas: apenas quando, mesmo que quase de forma inconsciente, surge a mínima suspeita que de se possa estar perante uma situação de lesões provocadas pelo próprio indivíduo se dá início à busca pela confirmação dessa, podendo facilmente tornar-se bastante suspeita. Para isso é necessário estar bastante atento a todos os pormenores, quer da história dos factos que a vítima conta, que na maioria dos casos já deixa antever alguma inconsistência; quer no exame físico, onde se deve registar tudo o que se observa de forma clara, objectiva e concreta, devendo incluir fotografias e técnicas de imagem de diagnóstico quando assim se justificar; quer do ambiente psicossocial da vítima, que pode revelar alguma instabilidade psicológica, assim como, problemas tanto a nível das relações sociais em que se insere, como a nível financeiro.

Com a realização deste trabalho constatou-se que não existe na literatura científica um algoritmo concreto que qualquer clínico possa seguir para diagnosticar LAINL, nem mesmo no âmbito de uma perícia médico-legal. Assim, torna-se pertinente que este trabalho culmine na apresentação de uma ferramenta de trabalho assente em bases científicas, para que a suspeita deste diagnóstico possa ser confirmada. Com esse propósito, elaborou-se uma lista de pontos-chave que o médico deve equacionar como possíveis pistas indicadoras de LAINL e, assim, ainda que não consiga chegar a esse diagnóstico final, possa agir de forma a poder esclarecer a verdade:

- Lesões provocadas por cortes ou queimadura por pontas de cigarro;
- Existência de cicatrizes ou relatos na história médica de LAINL anteriores;
- Lesões lineares e uniformes;
- Lesões múltiplas que se encontram agrupadas em arranjos paralelos;
- Lesões superficiais que mantêm a mesma profundidade em todo o seu comprimento;
- Simétricas ou mais abundantes no lado não-dominante;
- Localizam-se em áreas controláveis com a visão do próprio e alcançáveis pelas próprias mãos;
- As zonas sensíveis são poupadas;
- Ausência de lesões de defesa;
- Roupas da “vítima” sem danos ou com danos incompatíveis com o padrão das lesões;
- Disparidade entre o relato da história da agressão por parte da “vítimas” e as lesões;
- Situação de vida actual problemática, financeira ou socialmente.
- História de patologia psiquiátrica;

- A “vítima” surge com um objectivo já definido quando apresenta a história.

Quanto às lesões por auto-amputação, estas apresentam características específicas que devem ser destacadas igualmente:

- Corte proximal do primeiro ou segundo dedos da mão não-dominante;
- Amputação completa, plano de corte faz ângulo recto com o eixo longitudinal do dedo amputado;
- Ausência de lesão dos dedos contíguos;
- Corte numa região proximal do dedo;
- Apólice(s) de seguro pessoal realizada(s) pouco tempo antes;
- Desaparecimento das peças amputadas “acidentalmente”.

Deve sempre ter-se em linha de conta que é difícil estabelecer critérios muito rígidos para o diagnóstico destas lesões, uma vez que dependem muito da subjectividade inerente ao ser humano, da variabilidade da suposta vítima e da perspicácia do médico que a avalia. Terá sempre de existir uma grande margem para que o médico decida caso a caso, dada a grande variabilidade de casos que podem surgir, sendo alguns especificados neste trabalho como pouco frequentes. Esta lista de pistas para este diagnóstico enquadra os tipos de lesões mais comuns.

Está muitas vezes nas mãos do médico que recebe um caso destes no serviço de urgência não permitir que um processo judicial se desenrole, colocando todas as questões necessárias ao doente para que ele próprio faça cair a sua história fantasiada e comece a relatar a verdade. É com esse objectivo que este trabalho foi realizado: o de alertar que qualquer um pode desconfiar da veracidade do testemunho de um paciente, desde que essa desconfiança seja devidamente sustentada, dando hipótese a que se evitem situações judiciais desnecessárias.

Limitações

Como todos os trabalhos este também apresentou alguns entraves à sua realização, um dos mais notáveis foi o facto de uma boa parte da pesquisa bibliográfica mais interessante se encontrar redigida em alemão e não em inglês, o que dificultou e limitou a pesquisa bibliográfica.

Outra limitação foi o facto de não existir um número de casos suficientes na região da Cova da Beira para realizar uma investigação do tipo de população que pratica estes comportamentos nesta zona geográfica, dada a baixa densidade populacional desta área.

Referências bibliográficas

1. Taghaddosinejad F, Sheikhzadi A, Yaghmaei A, Vakili V, Saberi SM, Behnoush B. A Survey of Self-Mutilation From Forensic Medicine Viewpoint. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*. 2009;30(4):313-7 10.1097/PAF.0b013e31819d217d.
2. Nathan R RKJB. Parasuicide. In: Payne-James J, editor. *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine*. 1st ed. London, UK: Academic Press; 2005. p. 244-50.
3. Kernbach-Wighton G, Thomas RS, Saturnus KS. The discrimination between overt and non-overt self-inflicted lesions. *Forensic Science International*. 1997;89(3):203-9.
4. Furman-Reznic M, Kugel C. Delayed diagnosis of self-inflicted cuts - A case report. *Journal of forensic and legal medicine*. 2013;20(7):806-8.
5. Calabuig G CE. *Medicina legal y toxicología*. ed., editor. Espanha: Elsevier Mosby; 2004.
6. Pollak S. Clinical forensic medicine and its main fields of activity from the foundation of the German Society of Legal Medicine until today. *Forensic Science International*. 2004;144(2-3):269-83.
7. Andover MS, Pepper CM, Ryabchenko KA, Orrico EG, Gibb BE. Self-Mutilation and Symptoms of Depression, Anxiety, and Borderline Personality Disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005;35(5):581-91.
8. Briere J, Gil E. SELF-MUTILATION IN CLINICAL AND GENERAL POPULATION SAMPLES: Prevalence, Correlates, and Functions. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1998;68(4):609-20.
9. Schmidt U. Sharp force injuries in "clinical" forensic medicine. *Forensic Science International*. 2010;195(1-3):1-5.
10. Payne-James J CJ, Hinchliffe J A. Injury Assessment, Documentation, and Interpretation. In: Stark MM, editor. *Clinical Forensic Medicine A Physician's Guide*. New Jersey: Humana Press; 2005. p. 127-58.
11. Faller-Marquardt M, Pollak S. Self-inflicted injuries with negative political overtones. *Forensic Science International*. 2006;159(2-3):226-9.
12. Byard RG, JD; Tsokos, M. Symmetrical "mirror-image" injuries and the "chessboard" pattern: useful markers of self-mutilation. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*. 2007;28(3):255-8.
13. Faller-Marquardt M, Ropohl D, Pollak S. Excoriations and contusions of the skin as artefacts in fictitious sexual offences. *Journal of Clinical Forensic Medicine*. 1995;2(3):129-35.
14. Pollak S SP. Self-inflicted Injury. In: Siegel JA SP, Knupfer GC, editor. *Encyclopedia of Forensic Sciences*. London, UK: Academic Press; 2000. p. 391-7.
15. Faller-Marquardt M, Pollak S, Schmidt U. Cigarette burns in forensic medicine. *Forensic Science International*. 2008;176(2-3):200-8.

16. Karger B, DuChesne A, Ortmann C, Brinkmann B. Unusual self-inflicted injuries simulating a criminal offence. *Int J Leg Med.* 1997;110(5):267-72.
17. Pounder D. Burns and scalds. In: Siegel JA SP, Knupfer GC, editor. *Encyclopedia of Forensic Sciences.* London: Academic Press; 2000. p. 326-30.
18. Forrest D. The physical after-effects of torture. *Forensic Science International.* 1995;76(1):77-84.
19. Bonte W. Self-mutilation and private accident insurance. *Journal of forensic sciences.* 1983;28(1):70-82.
20. Pollak S SP. Defense wounds. In: Siegel JA SP, Knupfer GC, editor. *Encyclopedia of Forensic Sciences.* London: Academic Press; 2000. p. 374-8.
21. Pollak S SP. Wounds and sharp injury. In: Jamieson AM, A, editor. *Wiley Encyclopedia of Forensic Science* Chichester: John Wiley & Sons Ltd.; 2009. p. 2646-60.
22. Crane J. Injury. In: Mclay W, editor. *Clinical Forensic Medicine.* 3rd ed ed. Cambridge/New York/Melbourne: Cambridge University Press; 2009. p. 99-113.
23. Pounder D. Sharp injury. In: Siegel JA SP, Knupfer GC, editor. *Encyclopedia of Forensic Sciences.* London: Academic Press; 2000. p. 340-2.
24. Vennemann B, Perdekamp MG, Weinmann W, Faller-Marquardt M, Pollak S, Brandis M. A case of Munchausen syndrome by proxy with subsequent suicide of the mother. *Forensic Science International.* 2006;158(2-3):195-9.
25. Fracasso T, Löhrer L, Karger B. Self-inflicted gunshot injury simulating a criminal offence. *Forensic Science International.* 2009;188(1-3):e21-e2.
26. Kanin E. False rape allegations. *Arch Sex Behav.* 1994;23(1):81-92.
27. Green W. Sexual Assault and Semen Persistence In: Siegel JA SP, Knupfer GC, editor. *Encyclopedia of Forensic Sciences.* London: Academic Press; 2000. p. 397-403.
28. Hunt L, Bull R. Differentiating Genuine and False Rape Allegations: A Model to Aid Rape Investigations. *Psychiatry, Psychology and Law.* 2011;19(5):682-91.
29. McDowell CH, NS. False Allegations. In: Hazelwood RB, AW, editor. *Practical Aspects of Rape Investigation* New York: Elsevier; 1987.
30. Nadjem H, Pollak S. Simulation of an assault with self-tying and vaginal insertion of metal objects. *Forensic Science International.* 2008;177(2-3):e29-e33.
31. McCleave NR, Latham D. Self-injurious behaviour in police custody. *Journal of Clinical Forensic Medicine.* 1998;5(1):13-26.
32. Lohner J, Konrad N. Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: Distinguishing features in male inmates' self-injurious behavior. *International Journal of Law and Psychiatry.* 2006;29(5):370-85.
33. Pokroy R, Marcovich A. Self-inflicted (factitious) conjunctivitis. *Ophthalmology.* 2003;110(4):790-5.

ANEXO 1

Vista
Autorização para a divulgação de dados -
em favor da saúde, salvaguardando
as informações e a privacidade.
27/11/13



Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade da Beira Interior



Exmo. Senhor Professor Doutor Duarte Nuno Vieira,

Eu, Marilene Ranginha Ribeiro, aluna do sexto ano do Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, com o número de aluno 22808, venho por este meio requerer ao Instituto Nacional de Medicina Legal a autorização para a divulgação de dados de processos clínicos desta Instituição no âmbito da realização da minha tese de mestrado subordinada ao tema: "Lesões Auto-Infligidas Não Letais no Âmbito das Perícias Médico-Legais".

Covilhã, 1 de Novembro de 2013

Marilene Ranginha Ribeiro