DANIEL MARTINS DE BARROS
Editor

PSIQUIATRIA FORENSE:

interfaces jurídicas, éticas e clínicas

ELSEVIER

DANIEL MARTINS DE BARROS

Editor

PSIQUIATRIA FORENSE:

interfaces jurídicas, éticas e clínicas

PSIQUIATRIA FORENSE: interfaces jurídicas, éticas e clínicas

DANIEL MARTINS DE BARROS

Professor Colaborador do Departamento de Psiquiatria da FMUSP
Médico Coordenador do Núcleo de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica (NUFOR) do IPq-HCFMUSP

Sumário

Capa

Folha de rosto

Caderno zero

Copyright

Colaboradores

Epígrafe

Dedicatória

Apresentação

SEÇÃO I: INTERFACES JURÍDICAS

Capítulo 1: Psiquiatria e Sociedade

- INTRODUÇÃO
- NORMALIDADE E LOUCURA COMO CONCEITOS SOCIAIS
- A PSIQUIATRIA FORENSE COMO MEDIADORA DE DIÁLOGOS
- CONCLUSÃO

Capítulo 2: Psiquiatria e Direito

- INTRODUÇÃO
- O NORMAL, O PATOLÓGICO E O DIREITO

A PSIQUIATRIA E A PROVA PERICIAL
A PSIQUIATRIA E O DIREITO
INTERFACES ÉTICAS DA PSIQUIATRIA FORENSE

Capítulo 3: História da Psiquiatria Forense
INTRODUÇÃO
SURGIMENTO DA PSIQUIATRIA FORENSE
FRENOLOGIA DE GALL
TEORIA DA DEGENERAÇÃO
PSIQUIATRIA FORENSE NO BRASIL
MANICÔMIO JUDICIÁRIO
CONCLUSÃO

Capítulo 4: A Perícia Psiquiátrica: Entrevista e Laudo
INTRODUÇÃO
O PAPEL DO PERITO E DO ASSISTENTE TÉCNICO
A ENTREVISTA PERICIAL
O LAUDO PERICIAL
CONCLUSÃO

Capítulo 5: Perícias em Direito Civil
CAPACIDADE CIVIL
ATOS JURÍDICOS E SEUS VÍCIOS
INTERDIÇÃO
CONCLUSÃO

Capítulo 6: Perícias em Direito Criminal
INTRODUÇÃO
INFRAÇÃO PENAL
IMPUTABILIDADE
MEDIDA DE SEGURANÇA
AVALIAÇÃO DE PERICULOSIDADE
SUPERVENIÊNCIA DE DOENÇA MENTAL

EXAME CRIMINOLÓGICO
CRIMES SEXUAIS
CONCLUSÃO

Capítulo 7: Perícias em Direito do Trabalho
O TRABALHO
ACIDENTE DE TRABALHO
O NEXO CAUSAL
DOENÇA PROFISSIONAL E DOENÇA DO TRABALHO
CONCLUSÃO

Capítulo 8: Perícias em Direito Previdenciário
HISTÓRICO DA SEGURIDADE SOCIAL
CONCEITOS EM PERÍCIA PREVIDENCIÁRIA PSIQUIÁTRICA
DIREITO PREVIDENCIÁRIO E PERÍCIA MÉDICA
DOENÇA MENTAL E INCAPACIDADE
CONCLUSÃO

Capítulo 9: Perícias em Direito de Família
INTRODUÇÃO
TUTELA
CURATELA
ADOÇÃO
GUARDA E REGULAMENTAÇÃO DE VISITA
ALIENAÇÃO PARENTAL
CONCLUSÃO

Capítulo 10: Perícias na Infância e Adolescência
INTRODUÇÃO
AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES
ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI
GUARDA E VISITA: QUANDO A CRIANÇA É DISPUTADA PELOS PAIS
VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

CONCLUSÃO

SEÇÃO II: INTERFACES ÉTICAS

Capítulo 11: Internações Psiquiátricas Involuntárias

INTRODUÇÃO

HISTÓRICO

EPIDEMIOLOGIA

INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS: ASPECTOS LEGAIS E ADMINISTRATIVOS

REQUISITOS PARA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA

EVOLUÇÃO DA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA

A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA E OS TRANSTORNOS MENTAIS

ESQUIZOFRENIA

TRANSTORNO BIPOLAR

DEPRESSÃO

DEMÊNCIAS E DELIRIUM

TRANSTORNOS ALIMENTARES

DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E DROGAS

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

Capítulo 12: Eletroconvulsoterapia

INTRODUÇÃO

HISTÓRIA

INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES DA ECT

AVALIAÇÕES PRELIMINARES, PREPARO PRÉ-ECT E ANESTESIA

MECANISMOS DE AÇÃO DA ECT

EFEITOS ADVERSOS E SEU TRATAMENTO

ACOMPAnHAMENTO DO TRATAMENTO

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

CONCLUSÃO

Capítulo 13: Consentimento Livre em Psiquiatria

FINALIDADE DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
LIMITES DA AUTONOMIA
IMPOSIÇÃO PATERNALISTA
VULNERABILIDADE DO PACIENTE OU PARTICIPANTE DA PESQUISA
CONFLITO DE INTERESSES DO PSIQUIATRA ENTRE A CLÍNICA PSIQUIÁTRICA E A PESQUISA CLÍNICA
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FRENTE À CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FRENTE À PESQUISA CLÍNICA EM PSIQUIATRIA
CONCLUSÃO

Capítulo 14: Psicofarmacologia e Manipulação de Comportamentos
INTRODUÇÃO
MITOS E VERDADES SOBRE OS PSICOESTIMULANTES
OUTROS USOS MÉDICOS DO METILFENIDATO
OS PARADOXOS DA OPINIÃO PÚBLICA
OS PARADOXOS DO MUNDO ACADÊMICO
CONCLUSÃO

Capítulo 15: Paternalismo e Autonomia nos Transtornos Mentais
COMO E QUANDO O PROBLEMA SE COLOCA
PATERNALISMO E AUTONOMIA
AUTONOMIA COMO LIBERDADE
AUTONOMIA COMO RESPONSABILIDADE
A MENTE HUMANA VISTA POR UM NATURALISMO MITIGADO, OU NÃO REDUCIONISTA
UMA CONCEPÇÃO COMPATIBILISTA DA AUTONOMIA
UMA CONCEPÇÃO COERENTISTA DA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA

Capítulo 16: Livre-arbítrio e Direito
INTRODUÇÃO
CAUSAS E EFEITOS
LIBERDADE DE AÇÃO
COMPATIBILISMO VERSUS INCOMPATIBILISMO
LIBERDADE DA VONTADE
VONTADE DE SEGUNDA ORDEM E RESPONSABILIDADE MORAL

EXPERIMENTOS NEUROCIENTÍFICOS
DISCUSSÃO DOS EXPERIMENTOS: PROBLEMAS PARA O LIBERTARIANISMO
CONCLUSÃO

Capítulo 17: Neurociência Forense
INTRODUÇÃO
NOVAS TECNOLOGIAS APLICADAS À PSIQUIATRIA
TÉCNICAS DE MONITORAMENTO CEREBRAL: IMPLICAÇÕES PARA O LIVRE-ARBÍTRIO
TÉCNICAS DE MODIFICAÇÃO CEREBRAL: DILEMAS ÉTICOS ATUAIS
CONCLUSÃO

Capítulo 18: Suicídio
INTRODUÇÃO
ASPECTOS JURÍDICOS DO SUICÍDIO NA PRÁTICA MÉDICA
ASPECTOS ÉTICOS
CONCLUSÃO

Capítulo 19: A Terminalidade da Vida: Psiquiatria e Cuidados Paliativos
A MORTE COMO FENÔMENO PSÍQUICO
CUIDADOS PALIATIVOS: Uma Modalidade de Assistência
A INTERFACE ENTRE PSIQUIATRIA E CUIDADOS PALIATIVOS
CUIDADOS COM O CUIDADOR
INTERFACES ÉTICAS NO FIM DA VIDA
EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO
CONCLUSÃO

Capítulo 20: Detecção de Mentira e Psicofisiologia Forense
INTRODUÇÃO
DETECÇÃO DE MENTIRAS
AS IMPLICAÇÕES DO NEMO TENETUR SE DETEGERE NO BRASIL
PSICOFISIOLOGIA FORENSE
CONCLUSÃO

SEÇÃO III: INTERFACES CLÍNICAS

Capítulo 21: Psicopatologia Forense

- INTRODUÇÃO
- O EXAME PSICOPATOLÓGICO
- O EXAME PSICOPATOLÓGICO FORENSE
- SIMULAÇÃO E DISSIMULAÇÃO
- CONCLUSÃO

Capítulo 22: Neuropsicologia Forense

- FUNDAMENTOS DE NEUROPSICOLOGIA
- AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA
- CONCLUSÃO

Capítulo 23: Transtornos do Humor

- IMPLICAÇÕES LEGAIS E ÉTICAS
- CONCLUSÃO

Capítulo 24: Esquizofrenia

- INTRODUÇÃO
- EPIDEMIOLOGIA
- QUADRO CLÍNICO
- DIAGNÓSTICO
- EXAMES COMPLEMENTARES
- ETIOPATOGENIA
- TRATAMENTO
- IMPLICAÇÕES LEGAIS
- IMPLICAÇÕES ÉTICAS

Capítulo 25: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias

- INTRODUÇÃO
- EPIDEMIOLOGIA
- QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

TRATAMENTO

Naltrexona

ASPECTOS JURÍDICOS, ÉTICOS E SOCIOLÓGICOS

PERSPECTIVAS FUTURAS

Capítulo 26: Transtornos da Infância e da Adolescência

INTRODUÇÃO

ASPECTOS ÉTICOS NA PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

CRIANÇAS VÍTIMAS DE MAUS-TRATOS

ASPECTOS JURÍDICOS: ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Capítulo 27: Transtornos de Personalidade

INTRODUÇÃO

TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DA PERSONALIDADE

IMPLICAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS DOS TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE

INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA E INVOLUNTÁRIA

Capítulo 28: Transtornos Sexuais

INTRODUÇÃO

DISFUNÇÕES SEXUAIS

TRANSTORNO DE IDENTIDADE SEXUAL OU DE GÊNERO/DISFORIA DE GÊNERO

TRANSTORNOS DE PREFERÊNCIA SEXUAL (PARAFILIAS, TRANSTORNOS PARAFÍLICOS)

ASPECTOS LEGAIS RELEVANTES

CONCLUSÃO

Capítulo 29: Transtornos do Sono

INTRODUÇÃO

AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS DO SONO

POLISSONOGRAFIA

TRANSTORNOS DO SONO

PARASSONIAS

PARASSONIAS DO SONO REM

COMPORTAMENTOS VIOLENTOS RELACIONADOS AO SONO
IMPLICAÇÕES FORENSES
CONCLUSÃO

Capítulo 30: Epilepsia e Crises não Epilépticas Psicogênicas
EPILEPSIA
EPILEPSIA E TRANSTORNOS MENTAIS
EPILEPSIA E DIREÇÃO
EPILEPSIA, EMPREGO E APOSENTADORIA POR DOENÇA
EPILEPSIA E AGRESSIVIDADE
EPILEPSIA E CRIME
EPILEPSIA, PERICULOSIDADE E IMPUTABILIDADE
AUTOMATISMO EPILÉPTICO E A DEFESA BASEADA NA EPILEPSIA
CRISES NÃO EPILÉPTICAS PSICOGÊNICAS

Capítulo 31: Transtornos do Impulso
INTRODUÇÃO: IMPULSIVIDADE E A CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS DO IMPULSO
DEPENDÊNCIAS COMPORTAMENTAIS
PERDA DE CONTROLE SOBRE COMPORTAMENTO ESPECÍFICO: CLEPTOMANIA E PIROMANIA
CONCLUSÃO

Capítulo 32: Transtornos do Envelhecimento e Demências
QUADRO CLÍNICO DA SÍNDROME DEMENCIAL
EPIDEMIOLOGIA DA DEMÊNCIA
DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA
IMPLICAÇÕES MÉDICO-LEGAIS DAS DEMÊNCIAS

Capítulo 33: Transtornos Decorrentes da Gestação e Puerpério
INTRODUÇÃO
PRÁTICA PSIQUIÁTRICA: DIFICULDADES NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO
INFANTICÍDIO

Capítulo 34: Transtornos Ansiosos

DEFINIÇÃO E FREQUÊNCIA

QUADRO CLÍNICO

DOENÇAS QUE DEVEM SER DIFERENCIADAS

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NO DSM-5

Capítulo 35: Transtornos Alimentares

ANOREXIA NERVOSA

BULIMIA NERVOSA

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

ESTUDOS DE SEGUIMENTO PÓS-TRATAMENTO INVOLUNTÁRIO

EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

Capítulo 36: Tiques e Síndrome de Tourette

INTRODUÇÃO

ASPECTOS HISTÓRICOS

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Capítulo 37: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

INTRODUÇÃO

EPIDEMIOLOGIA DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

TDAH NA POPULAÇÃO FORENSE (CARCERÁRIA, PRISIONAL)

Índice

Caderno zero

DANIEL MARTINS DE BARROS

Editor

PSIQUIATRIA FORENSE: interfaces jurídicas, éticas e clínicas

DANIEL MARTINS DE BARROS (Editor)
Professor Colaborador do Departamento de Psiquiatria da FMUSP
Médico Coordenador do Núcleo de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica (NUFOR) do IPq-HC FMUSP
GUSTAVO BONINI CASTELLANA (Coeditor)
Mestre em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da FMUSP
Médico Assistente do NUFOR (IPq-HCFMUSP)

Copyright

© 2015, Elsevier Editora Ltda.
Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei nº 9.610, de 19/02/1998.
Nenhuma parte deste livro, sem autorização prévia por escrito da editora, poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos, gravação ou quaisquer outros.
ISBN: 978-85-352-8153-8
ISBN (versão digital): 978-85-352-8170-5

Capa
CCR Design Serviço de Comunicação Visual Ltda.

Editoração Eletrônica
Arte & Ideia

Elsevier Editora Ltda.

Conhecimento sem Fronteiras
Rua Sete de Setembro, 111 – 16º andar
20050-006 – Centro – Rio de Janeiro – RJ
Rua Quintana, 753 – 8º andar
04569-011 – Brooklin – São Paulo – SP
Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 026 53 40
atendimento1@elsevier.com
Consulte nosso catálogo completo, os últimos lançamentos e os serviços exclusivos no site www.elsevier.com.br.

NOTA

Como as novas pesquisas e a experiência ampliam o nosso conhecimento, pode haver necessidade de alteração dos métodos de pesquisa, das práticas profissionais ou do tratamento médico. Tanto médicos quanto pesquisadores devem sempre basear-se em sua própria experiência e conhecimento para avaliar e empregar quaisquer informações, métodos, substâncias ou experimentos descritos neste texto. Ao utilizar qualquer informação ou método, devem ser criteriosos com relação a sua própria segurança ou a segurança de outras pessoas, incluindo aquelas sobre as quais tenham responsabilidade profissional.

Com relação a qualquer fármaco ou produto farmacêutico especificado, aconselha-se o leitor a cercar-se da mais atual informação fornecida (i) a respeito dos procedimentos descritos, ou (ii) pelo fabricante de cada produto a ser administrado, de modo a certificar-se sobre a dose recomendada ou a fórmula, o método e a duração da administração, e as contraindicações. É responsabilidade do médico, com base em sua experiência pessoal e no conhecimento de seus pacientes, determinar as posologias e o melhor tratamento para cada paciente individualmente, e adotar todas as precauções de segurança apropriadas.

Para todos os efeitos legais, nem a Editora, nem autores, nem editores, nem tradutores, nem revisores ou colaboradores, assumem qualquer responsabilidade por qualquer efeito danoso e/ou malefício a pessoas ou propriedades envolvendo responsabilidade, negligência etc. de produtos, ou advindos de qualquer uso ou emprego de quaisquer métodos, produtos, instruções ou ideias contidos no material aqui publicado.

O Editor

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

P969
Psiquiatria forense : interfaces jurídicas, éticas e clínicas / [organização] Daniel Martins Barros e Gustavo Bonini Castellana. – 1. ed. – Rio de Janeiro : Elsevier, 2015.
il. ; 27 cm.
Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-85-352-8153-8
1. Psiquiatria forense. I. Barros, Daniel Martins. II. Castellana, Gustavo Bonini.
14-14802 CDD: 614.1
CDU: 340.6

Colaboradores

Alexandre Pinto de Azevedo
Psiquiatra
Coordenador do Grupo de Estudos em Comer Compulsivo e Obesidade (GRECCO) do Programa de Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP
Médico Assistente do Ambulatório do Sono (ASONO) do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP
Mestre pelo Departamento de Psiquiatria da FMUSP

Alexandre Saadeh
Médico Supervisor e Coordenador do AMTIGOS-NUFOR (Ambulatório de Transtorno de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do NUFOR) IPq-HCFMUSP
Professor Doutor do Curso de Psicologia da PUC-SP

Aline Lavorato Gaeta
Psiquiatra Formada pela FMUSP
Preceptora do Programa de Suporte ao Aluno da FMUSP

Álvaro Cabral Araújo, *Pesquisador do Programa de Ansiedade do HCFMUSP*

Ana Regina Geciauskas Lage Castillo
Psiquiatra
Especialista em Psiquiatria da Infância e da Adolescência
Médica Assistente, Supervisora dos Residentes em Psiquiatria Infantil do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental do Hospital da Santa Casa de SP

André Malbergier
Médico Psiquiatra
Mestrado em Saúde Pública pela Universidade de Illinois em Chicago (EUA)
Doutorado em Medicina pela Universidade de São Paulo
Professor Colaborador do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Coordenador Executivo do GREA – Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

André Seixas
Psiquiatra
Mestre em Ciências pelo Dapartamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP

Anna Cecília Santos Chaves
Doutoranda em Direito Penal, Medicina Forense e Criminologia na Universidade de São Paulo
Bolsista de Doutorado da FAPESP
Especialista em Ciências Criminais pela Universidade Cândido Mendes
Graduada em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais
Colaboradora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica (NUFOR) do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Antonio de Pádua Serafim
Psicólogo. Doutor pela FMUSP
Coordenador do Núcleo Forense e Supervisor do Serviço de Psicologia e Neuropsicologia – IPq-HCFMUSP
Professor Titular do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo
Orientador do Programa de Pós-graduação em Neurociências e Comportamento IPUSP
Pesquisador do GT-ANPEPP Tecnologia Social e Inovação: Intervenções Psicológicas e Práticas Forenses contra a Violência

Carolina de Mello Santos
Psiquiatra
Colaboradora do Serviço de Interconsultas do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP

Cássio Machado de Campos Bottino
Professor Livre Docente do Departamento de Psiquiatria da FMUSP
Coordenador do Programa Terceira Idade (PROTER)
Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP

Claudio Cohen
Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP
Responsável pelas Disciplinas de Bioética e Bioética Clínica. Presidente da Comissão de Bioética do Hospital das Clínicas da FMUSP
Membro da Câmara Técnica de Saúde Mental do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP

Daniel Martins de Barros
Professor Colaborador do Departamento de Psiquiatria da FMUSP
Médico Coordenador do Núcleo de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica (NUFOR) do IPq-HCFMUSP
Doutor em Ciências e Bacharel em Filosofia, ambos pela USP

Daniel Rothenberg
Psicólogo e Advogado pela PUC-SP
Especialista em Mediação de Conflitos

Debora Pastore Bassitt
Doutora em Ciências pela FMUSP
Coordenadora do PROTER
Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP

Edson Shiguemi Hirata
Psiquiatra
Doutor em Psiquiatria pela FMUSP
Diretor da Divisão Médica do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP

Eduardo Wagner Aratangy, *Médico Supervisor do Programa de Transtornos Alimentares (AMBULIM) e Administrador do Serviço de Eletroconvulsoterapia (ECT), ambos do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*

Eloy Ottoni, *Psiquiatra pelo Departamento de Psiquiatria da FMUSP*

Ênio Roberto de Andrade
Psiquiatra da Infância e da Adolescência
Mestre em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)
Diretor do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (SEPIA) do Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas (HC) da FMUSP
Coordenador do Ambulatório de TDAH do SEPIA-IPq-HCFMUSP

Eric Cretaz
Psiquiatra
Assistente do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP

Erlei Sassi, Junior
Psiquiatra
Coordenador do Ambulatório Integrado – Transtornos de Personalidade e do Impulso do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Fabiana Saffi
Psicóloga (PUC-SP)
Mestrado em Ciências – FMUSP
Especialização em Psicologia Hospitalar, em Avaliação Psicológica e Neuropsicológica – HCFMUSP
Especialista em Psicologia Jurídica pelo Conselho Federal de Psicologia
Psicóloga Supervisora no Serviço de Psicologia e Neuropsicologia e no Ambulatório NUFOR, ambos no IPq-HCFMUSP

Fernanda Martins Sassi
Médica Psiquiatra Coordenadora do Ambulatório Integrado – Transtornos de Personalidade e do Impulso Ipq-HCFMUSP
Supervisora de Residentes e Internos do Ipq-HCFMUSP

Francisco Lotufo Neto, *Professor Associado do Departamento de Psiquiatria da FMUSP*

Guilherme dos Santos Ferreira
Psiquiatra da Infância e Adolescência
Médico Colaborador do PROMAN (Programa de Transtorno Bipolar)
Psiquiatra Infantil na Fundação Casa

Gustavo Bonini Castellana
Mestre em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da FMUSP
Médico Assistente do NUFOR (IPq-HCFMUSP)

Hélio Elkis
Professor Associado III – Departamento de Psiquiatria da FMUSP
Coordenador do Projesq – Programa de Esquizofrenia – Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP
Membro do International Psychopharmacology Algorithm Project (www.ipap.org)

Henrique Gonçalves Ribeiro
Médico Psiquiatra
Preceptor do Departamento de Psiquiatria e do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP)

Hermano Tavares
Professor Associado do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP)
Coordenador do Programa Ambulatorial Integrado dos Transtornos do Impulso (PRO-AMITI)
Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da FMUSP

Hermes Marcel de Oliveira e Alcântara
Médico Psiquiatria
Ex-preceptor da Residência Médica em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

José Carlos Ramos Castillo
Psiquiatra
Doutor em Psiquiatria
Médico Assistente do Instituto de Psiquiatria e Supervisor da Residência Médica do IPq-HCFMUSP

José Gallucci Neto
Mestre em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Médico Assistente do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Coordenador da Enfermaria Metabólica do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (PROJEPSI)
Diretor do Serviço de VEEG do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (PROJEPSI)
Coordenador da Residência Médica em Psiquiatria do Instituto Bairral de Psiquiatria

Leika Garcia Sumi
Médica Psiquiatra pela Universidade Estadual Paulista
Pós-graduada em Perícia Médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Leonardo Augusto Negreiros Parente Capela Sampaio
Médico Psiquiatra
Pesquisador do Serviço Interdisciplinar de Neuromodulação e Estimulação Magnética Transcraniana (SIN-EMT IPq-HCFMUSP)
Colaborador do Serviço de Análise do Comportamento (IPq-HCFMUSP)

Licia Milena de Oliveira
Graduada em Medicina pela Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo e em Filosofia pela Universidade São Judas Tadeu
Especialista em Psiquiatria e Medicina Legal pelo HCFMUSP

Título de Especialista em Psiquiatria e Psiquiatria Forense pela Associação Brasileira de Psiquiatria
Médica Assistente do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP
Perita do Juizado Especial Federal de São Paulo

Maitê Cruvinel Oliveira
Psiquiatra
Especializada em Psiquiatria Forense pelo Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP

***Mara Rocha Crisóstomo**, Psiquiatra Colaboradora de Pesquisa do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento do HCFMRP – USP*

***Mariana Saadeh**, Médica Assistente do NUFOR (Núcleo de Psiquiatria e Psicologia Forense do IPq-HCFMUSP)*

Mario Louzã Neto
Doutor em Medicina pela Universidade de Würzburg, Alemanha
Médico Assistente e Coordenador do Programa de Esquizofrenia (PROJESQ) e do Programa de Déficit de Atenção e Hiperatividade no Adulto (PRODATH) do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP

Mauro Aranha-Lima
Mestre em Psiquiatria pela FMUSP
Mestre em Filosofia pela Faculdade de Filosofia de São Bento
Conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP)

Miguel Angelo Boarati
Psiquiatra
Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência. Médico Assistente do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP

Montezuma Pimenta Ferreira
Psiquiatra
Diretor das Unidades de Internação do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP

***Osvaldo Frota Pessoa, Junior**, Professor Associado do Departamento de Filosofia da FFLCH-USP*

***Paula Carolina Campozan**, Psiquiatra Especialista em Psiquiatria Forense pela ABP. Bacharel em Direito*

Quirino Cordeiro
Professor Adjunto e Chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
Diretor do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

***Rafael Bernardo Ribeiro**, Professor Instrutor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*

Rafael Dias Lopes
Médico Psiquiatra pela Universidade Estadual de Campinas
Pós-graduando em Psiquiatria Forense pela Universidade de São Paulo

Raphael Porto
Psiquiatra
Especialização em Medicina do Sono pelo HCFMUSP
Médico Voluntário do Ambulatório do Sono (ASONO) do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP

Reinaldo Ayer de Oliveira
Professor Doutor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP
Colaborador nas Disciplinas de Bioética e Bioética Clínica. Coordenador do Centro de Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP

Renato Luiz Marchetti
Doutor em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Médico Assistente do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Coordenador do Projeto de Neuropsiquiatria da Epilepsia, Grupo de Neuropsiquiatria do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (PROJEPSI)
Coordenador da Residência Médica em Psiquiatria do Instituto Bairral de Psiquiatria

Renério Fráguas, Júnior

Médico Psiquiatra
Professor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Coordenador do Grupo de Interconsulta (IPq-HCFMUSP)

Ricardo A. Moreno

Departamento e Instituto de Psiquiatria HCFMUSP
Diretor do Programa de Transtornos Afetivos (GRUDA)
Diretor Presidente do Centro de Estudos Instituto de Psiquiatria (CEIP) – Federada da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)
Membro do Research Committee da International Society for Bipolar Disorders (ISBD)

Ricardo Tavares de Carvalho

Médico Paliativista
Coordenador do Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (NCP-HCFMUSP)

Rosa Hasan

Neurologista
Assistente do Laboratório de Sono da Neurofisiologia Clínica do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP
Médica Assistente do Ambulatório do Sono (ASONO) do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP
Responsável pelo Laboratório de Sono da Faculdade de Medicina do ABC

Sandra Scivoletto

Professora de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP
Docente Responsável pelo Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP
Coordenadora do Projeto Equilíbrio, Destinado a Crianças e Adolescentes em Situação de Risco e Vulnerabilidade Social

Sérgio Paulo Rigonatti

Mestre e Doutor em Medicina pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP
Coordenador do Serviço de Tratamentos Biológicos do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP

Sergio Rachman

Psiquiatra
Mestre em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP
Médico Assistente do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica (NUFOR) do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP

Stella Márcia Azevedo Tavares

Médica Neurofisiologista Clínica
Coordenadora do Laboratório de Sono da Neurofisiologia Clínica do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP
Médica Assistente do Ambulatório do Sono (ASONO) do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP

Susan Meire Mondoni

Psiquiatra da Infância e Adolescência pelo HCFMUSP
Psiquiatra Forense pela ABP
Mestre em Psicologia pela Universidade de São Paulo

Tais Moriyama

Psiquiatra
Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência
Médica Assistente do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP
Pesquisadora Honorária do Institute of Psychiatry, King's College, London

Táki Athanássios Cordás, *Professor Colaborador do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Coordenador da Assistência Clínica e do Programa de Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*

Teng Chei Tung, *Professor Colaborador do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Coordenador dos Serviços de Interconsultas e Pronto Socorro do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*

Thatiane Fernandes
Psiquiatra
Especializada em Psiquiatria Forense pelo Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP
Médica Assistente do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica (NUFOR) do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP

Tiago Moraes Guimarães, *Psiquiatra Colaborador de Pesquisa do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento do HC-FMRP-USP*

Vera Tess
Mestre em Medicina pela FMUSP
Médica Assistente Responsável pelo Ambulatório de Gestantes do Serviço de Interconsulta do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP

Victor Bigelli de Carvalho, *Psiquiatra pelo Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP. Pós-graduação em Medicina Legal pela FMUSP*

Volnei Vinícius R. da Costa, *Médico Colaborador do Programa de Transtornos Afetivos (GRUDA) do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP*

Epígrafe

"Psiquiatria Forense" deveria ser pleonasmo.
Toda Psiquiatria é Forense.

Dedicatória

Quando comecei a convidar os professores e médicos do Departamento e Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP para colaborar com este livro, acreditava que eles haviam sido meus mestres quando eu fui aluno, e que hoje eram meus colegas. Mas durante os trabalhos percebi que na época da faculdade eles já eram colegas, e que nunca deixarão de ser mestres. A eles dedico essa obra.

Apresentação

As questões médico-legais aplicadas à Psiquiatria são foco de importância e complexidade cada vez mais reconhecidas. Indiscutivelmente, esta é a especialidade médica em que tais questões têm maior relevância e variedade, envolvendo desde dilemas legais relativos à imputabilidade e à autonomia de portadores de transtornos mentais, até as nuances jurídicas que podem permear conflitos interpessoais e familiares.

Refletindo a relevância das questões acima, a Psiquiatria Forense cresceu substancialmente ao redor do mundo nas últimas décadas. Felizmente, tal avanço vem ocorrendo também no Brasil, graças ao esforço daqueles que primeiro se embrenharam por este campo. Hoje em dia, profissionais especializados em Psiquiatria Forense passam a ser requisitados a aplicar seus conhecimentos e opiniões em questões do dia a dia da prática médica, e centros especializados brasileiros se preocupam cada vez mais com a necessidade de se equiparem com serviços de assistência psiquiátrica forense. Respondendo a tais demandas, as melhores residências médicas em Psiquiatria do país oferecem vagas para especialização nesta área do conhecimento, e a própria Associação Brasileira de Psiquiatria fornece título de psiquiatra forense àqueles aprovados em provas específicas, já há vários anos.

Avanços de tamanha magnitude demandam a existência de referências científicas e literárias atualizadas, abrangentes e críticas, e o presente volume de Martins de Barros e colaboradores vem precisamente preencher esta lacuna.

Dividido em três seções, abordando respectivamente aspectos jurídicos, éticos e clínicos, este compêndio abrange virtualmente todos os campos com os quais a Psiquiatria Forense tem interfaces. Por exemplo, o médico e outros profissionais de assistência à saúde que precisam de uma atualização crítica e profunda sobre as questões relativas às internações involuntárias vão encontrar aqui o que precisam. Já aqueles interessados nas neurociências contemporâneas aplicadas a temas instigantes, como a manipulação de comportamentos ou a detecção de mentiras, também se alimentará, e assim por diante.

Em um cenário de urbanização cada vez mais acelerada em países como o Brasil, poucos duvidam de que a demanda pela promoção da saúde mental nas cidades estará entre as maiores prioridades de saúde populacional. Proporcionalmente, a demanda pelos conhecimentos forenses será cada vez maior.

Este compêndio, fruto de um esforço conjunto dos médicos assistentes e docentes do Instituto e Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, sinaliza muito claramente este panorama. Capitaneados por nosso Núcleo de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica, os colaboradores do livro, pesquisadores de referência em diversos transtornos mentais, dispuseram-se a ir além da doença, refletindo

também sobre as particularidades legais dos problemas que conhecem tão bem.

Esse trabalho conjunto possibilitou unir as visões clínicas, jurídicas e éticas, formando uma trama coerente que amplia a visão que até aqui se teve sobre a Psiquiatria Forense. Pode-se antever que esse livro se tornará uma referência obrigatória e um marco histórico para a Psiquiatria brasileira.

Geraldo Busatto Filho, *Professor Titular – Departamento de Psiquiatria da, Faculdade de Medicina da USP*

SEÇÃO I
INTERFACES JURÍDICAS

OUTLINE

Capítulo 1: Psiquiatria e Sociedade
Capítulo 2: Psiquiatria e Direito
Capítulo 3: História da Psiquiatria Forense
Capítulo 4: A Perícia Psiquiátrica: Entrevista e Laudo
Capítulo 5: Perícias em Direito Civil
Capítulo 6: Perícias em Direito Criminal
Capítulo 7: Perícias em Direito do Trabalho
Capítulo 8: Perícias em Direito Previdenciário
Capítulo 9: Perícias em Direito de Família
Capítulo 10: Perícias na Infância e Adolescência

CAPÍTULO 1

Psiquiatria e Sociedade

Daniel Martins de Barros

INTRODUÇÃO

A Psiquiatria Forense tem uma história com altos e baixos, erros e acertos – talvez não diferente de toda empreitada humana. Tanto seus pontos fortes como seus pontos fracos, no entanto, podem ser compreendidos à luz do relacionamento que a própria Psiquiatria estabeleceu ao longo da história com a sociedade geral, já que, ao fim e ao cabo, mesmo que não se dê conta, suas funções a colocam como intermediária entre esses dois universos.

A loucura é, desde sempre, um dos temas que mais mobiliza as pessoas, seja pelo medo seja pelo fascínio, já que, em suas formas mais graves, os transtornos mentais interferem justamente no cerne do que nos faz humanos e nos diferencia dos animais: a razão e o riso. A capacidade racional é abolida em determinadas doenças, ou severamente alterada em outras, enquanto o riso pode ser exagerado ou extinto em algumas das condições psiquiátricas mais comuns. Talvez essa ameaça da perda da condição humana explique a importância do tema, mas independentemente de suas origens o fato é que, por serem diferentes, os doentes mentais sempre foram discriminados na sociedade, para bem – recebendo o *status* de feiticeiros ou protegidos – ou para mal – quando marcados como endemoninhados ou alienados.

A Psiquiatria surge quando os comportamentos desviantes progressivamente deixam de ser explicados pelas teorias espirituais ou meramente sociais e paulatinamente penetram na esfera da saúde. Conforme surgem explicações médicas para a loucura, sejam biológicas ou "morais" (como à época era chamado o "psicológico"), o cuidado dessas pessoas passa à mão dos alienistas, que ficam imediatamente incumbidos de distinguir insanidade de razão. Claro está que uma finalidade social nasce concomitante à especialidade, uma vez que ao médico caberá responder aos mais diversos questionamentos das pessoas com relação aos pacientes psiquiátricos.

Já "sociedade" é um termo tão útil quanto vago, no entanto. Pode dizer respeito a tipos de relações tão distantes como a dinâmica das interações entre os cidadãos de diferentes classes ou às reuniões amenas entre pessoas de um mesmo clube. Tem conotações claramente distintas também, como uma forma específica de organização de empresa ou um local de uso coletivo. Quando dizemos que as relações entre a Psiquiatria e a sociedade são relevantes, portanto, é necessário definir a que estamos nos referindo quando usamos o termo.

De forma geral, usamos sociedade em seu sentido amplo, caro ao senso comum, de

um agrupamento de pessoas, formalmente organizado ou não, que vivem e colaboram mutuamente seguindo regras explícitas ou implícitas. Tal definição é muito abrangente – poderia abarcar de uma pequena tribo aculturada até a União Europeia – mas não por acaso. Ela reflete nossa visão de que a Psiquiatria Forense pode ser relevante em qualquer contexto em que haja regras a serem seguidas por pessoas. Seu campo, cremos, são as interações entre as regras e o mundo mental das pessoas. Com a evolução e o amadurecimento dos grupos sociais, essas regras foram sendo escritas, normatizando o comportamento daqueles que pertenciam aos grupos, ao mesmo tempo em que foram ganhando complexidade. Embora defendamos que qualquer grupamento possa ser sujeito ou objeto da Psiquiatria Forense, não resta dúvida que seu pleno desenvolvimento se dá com a estruturação de sociedades complexas.

É nesse contexto que a Psiquiatria e a sociedade passam a exercer maior influência uma sobre a outra, numa relação bilateral contínua, com ônus e bônus de parte a parte.

NORMALIDADE E LOUCURA COMO CONCEITOS SOCIAIS

Um dos marcos fundadores na história da Psiquiatria, ainda que com um quê de mitológico, foi o ato de o alienista francês Philippe Pinel libertar os loucos dos grilhões a que eram submetidos nos manicômios de então (Figura 1-1). Buscando criar uma categorização diagnóstica, Pinel instituiu um tratamento mais humanizado para os pacientes, investindo no que chamava de tratamento moral – sinônimo de "psicológico", termo que então não existia. A despeito de toda a oposição que viria com o movimento da antipsiquiatria, até com algumas críticas pertinentes, o fato é que a institucionalização da especialidade trouxe um ganho real para os doentes mentais: as tentativas de classificação nosológica, as propostas terapêuticas, a tentativa de reduzir as práticas de confinamento, tudo isso ocorreu nesse primeiro momento da especialidade. As críticas feitas pela antipsiquiatria viriam décadas depois, sobretudo na esteira tanto dos movimentos libertários dos anos 1960 e 1970 do século XX, por vezes com um discurso radical que negava a própria existência dos transtornos mentais, alcunhado todo diagnóstico psiquiátrico como uma tentativa de padronização dos comportamentos segundo os interesses de quem estava no poder.

FIGURA 1-1 Philippe Pinel (1745-1826) liberando os pacientes do hospital de Salpêtrière de suas correntes em Paris, 1795. (pintura de Tony Robert-Fleury em 1876, domínio público)

Embora os psiquiatras não gostem de admitir, a antipsiquiatria tem um papel a desempenhar. Afinal, todo poder exercido sem oposição enfrenta, sim, o risco de incorrer no exagero – e ter a responsabilidade de distinguir o saudável do doente é uma forma verdadeira de poder; este é conferido pela sociedade aos médicos em geral, não só ao psiquiatra, e influencia diretamente a vida das pessoas. Glicemia normal, pressão normal, colesterol normal, por exemplo, são parâmetros definidos pelos médicos que a partir disso passam a dizer como as pessoas devem ou não se alimentar, por exemplo. Quando entramos na seara comportamental, então, as coisas se complicam ainda mais. Caberia aos psiquiatras definir o que é choro normal, medo normal, sono normal, comportamento normal enfim. Historicamente, tal poder foi, por vezes, mal utilizado e, com o intuito de controlar as pessoas, houve lamentáveis internações em manicômios de dissidentes de regimes totalitários, ou de sujeitos socialmente indesejáveis, por exemplo, mácula da especialidade que precisamos enfrentar. Fugindo dos extremismos, parece-nos lógico que não se pode negar a existência das doenças psiquiátricas – um mínimo de vivência clínica e honestidade intelectual bastam para tanto – mas, por outro lado, temos que ser lembrados que a função do psiquiatra não deve ser parametrizar os comportamentos das pessoas, definindo o gabarito da normalidade. Antes, precisamos encontrar o ponto em que o sofrimento psíquico é patológico, passível de intervenção médica, e limitarmo-nos ao diagnóstico, prognóstico, prevenção e tratamento dessas condições.

Mesmo se o psiquiatra tenta se manter nos limites estritos do que é patológico, ele não conseguirá se esquivar de interagir intimamente com a sociedade, seu tempo e seu contexto. Isto porque, como bem identificou o médico e filósofo Georges Canguilhem,

"doença" não é uma entidade real, com existência independente como uma rocha ou um tumor. Ao contrário, as variações que apresentamos, seja na fisiologia, seja na anatomia, seja na funcionalidade, só são ditas patológicas quando trazem desvantagem para seu portador em sua interação com o meio. "Normal" seria todo o resto: as melhores soluções encontradas para o ser nas suas condições de vida (Quadro 1-1). É por isso que os parâmetros de anemia são diferentes em São Paulo ou em La Paz, onde a menor concentração de oxigênio no ar demanda maior quantidade de hemoglobina no sangue – a doença anemia é a interação desvantajosa da taxa de hemoglobina no sangue da pessoa com a taxa de oxigênio no meio em que ela respira. Como não poderia ser diferente, no caso dos transtornos mentais, os critérios diagnósticos sempre levam em conta o impacto dos sintomas na vida da pessoa. Assim, não basta apresentar um comportamento anormal – no sentido de fora do padrão ou da média; para a Psiquiatria, o sujeito só é dito doente quando tal "anormalidade" impõe um prejuízo significativo em suas relações pessoais, em seu trabalho, na família – ou seja, em sua integração na sociedade. O trabalho da Psiquiatria não é dizer o que é normal e o que não é, mas sim identificar o sofrimento advindo de comportamentos patologicamente disfuncionais. Se pudéssemos avaliar o grau de normalidade do comportamento das pessoas, correlacionando-o com seu grau de funcionalidade, poderíamos montar um gráfico como o da Figura 1-2.

QUADRO 1-1 Diferenças entre Normal, Anormal e Patológico, Segundo Georges Canguilhem

Normal	Anormal	Patológico
Comum, dentro da média	Fora dos padrões, excêntrico	Fora dos padrões, excêntrico
Adaptado ao meio	Adaptado	Desadaptado

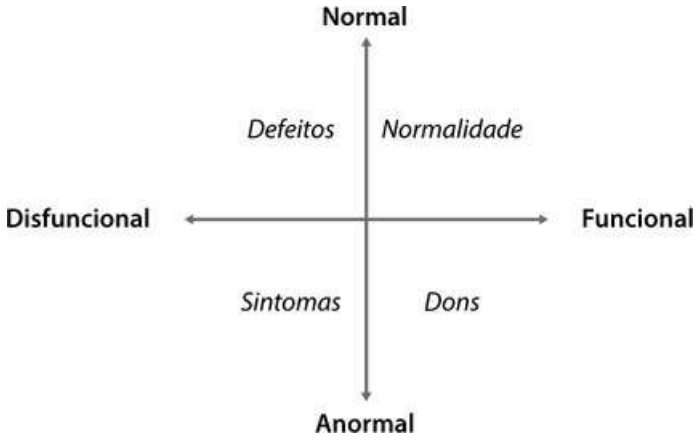

FIGURA 1-2 Distribuição das características em função de sua funcionalidade e normalidade.

Pensando em normalidade ou anormalidade apenas como a frequência daquele comportamento na média da população e, em funcionalidade ou disfuncionalidade,

como o grau de adaptação ou desvantagem conferido por aquele comportamento, a maioria das pessoas se encontra no quadrante superior direito – comportamentos normais e funcionais. Os comportamentos normais disfuncionais, que podemos chamar simplesmente de defeitos, não são patológicos e, por isso, mesmo sendo prejudiciais, não deveriam entrar na alçada do psiquiatra, a não ser, eventualmente, num contexto de psicoterapia. A clínica psiquiátrica deve ater-se, ainda dentro dessa leitura que propomos de Canguilhem, às pessoas que se encontram no quadrante inferior esquerdo: aquelas cujos comportamentos que lhes prejudicam não são normais – seriam esses os doentes. Finalmente, como médicos, somos viciados em olhar para os déficits e as faltas, esquecendo-nos que há comportamentos que não são nada normais, mas altamente vantajosos para o indivíduo e até para a sociedade – o que podemos classificar como dons.

Fica claro por que os diagnósticos psiquiátricos estão mais sujeitos a mudanças ao longo do tempo do que ocorre com as outras especialidades: os costumes sociais não se modificam de um dia para o outro, mas alteram-se mais rapidamente do que a quantidade de oxigênio no ar, a temperatura média ou o grau de radiação solar. A dinâmica de interação entre o indivíduo e seu meio, portanto, é mais sujeita a transformações – eventualmente prejudiciais – na relação com as pessoas do que com o ambiente físico. O que era distração outro dia pode ser considerado déficit de atenção agora, em virtude da grande demanda atencional necessária que o mundo moderno exige de nós. A frieza nas relações interpessoais, que é um problema hoje, pode se tornar irrelevante num cenário futuro de comunicação predominantemente virtual. Doenças surgem e desaparecem conforme a sociedade muda – o que não é defeito nem qualidade da Psiquiatria, é apenas uma característica que precisamos reconhecer para com ela lidar.

Esta relação é ainda mais intensa na Psiquiatria Forense na medida em que o convívio harmonioso das pessoas depende mais do seu comportamento do que de seus parâmetros biológicos. A responsabilidade, por exemplo, pedra fundamental de qualquer coletividade humana, apresenta dependência direta da capacidade mental desenvolvida, como desde cedo se percebeu. Crianças, pessoas com demências de vários tipos, retardos mentais e outras condições que as privavam do pleno uso de sua razão logo foram explicitamente excluídos do rol de responsáveis por seus atos perante a sociedade.

A PSIQUIATRIA FORENSE COMO MEDIADORA DE DIÁLOGOS

Com a consolidação das nações, o desenvolvimento dos Estados de direito e o amadurecimento dos sistemas legais mundo afora, a influência da legislação na vida comum das pessoas passou a ser constante. Ao nascer, precisamos ser registrados oficialmente nos termos da lei. Fornecer estudo é obrigação legal dos pais. O início da vida de trabalho é regido pela legislação trabalhista. Os bens que adquirimos com o tempo são comprados em atos jurídicos válidos. O casamento é um contrato civil. Vizinhos convivem sob a convenção condominial. A lista é extensa e, praticamente, não

há área da nossa vida que não esteja sujeita a alguma lei. Mas as leis só têm sentido se puderem ser compreendidas em seus termos, se houver capacidade de antever as consequências de seu não cumprimento, e se o comportamento puder ser ajustado de acordo com essas compreensões. É por isso que a integridade da razão e do autocontrole é sempre levada em conta quando se considera o enquadramento de uma pessoa diante da lei.

No Direito Civil, que dita os parâmetros que regem as relações jurídicas, estabelecendo as normas de convívio e relação entre indivíduos particulares no tocante à propriedade, família e sucessão, intercâmbios comerciais, contratos etc., é preciso que as pessoas envolvidas nesse relacionamento tenham o discernimento do que estão fazendo. Caso contrário, o ato jurídico em questão pode ser considerado nulo, em virtude da incapacidade de um dos envolvidos, como está bem detalhado no Capítulo 5 – Perícias em Direito Civil. No Direito Penal, da mesma forma, é necessário que a pessoa acusada tenha o entendimento de que o seu ato constitui um crime – além da capacidade de se controlar – para ser considerada imputável, matéria também explicada no Capítulo 6 – Perícias em Direito Criminal. Vê-se que em ambas as esferas, ao fim e ao cabo, o que a sociedade precisa saber é se o sujeito envolvido tem ou não uma doença mental e, em caso positivo, se esta interfere de alguma forma na atitude que se está questionando. Até no pagamento de nossos impostos, a saúde pode fazer diferença, como veremos ao longo do livro.

Além do papel da doença na origem de um problema jurídico, a outra questão, que é frequentemente posta diante do psiquiatra, é se um suposto transtorno pode ser não causa, mas consequência, de uma situação juridicamente relevante, como quando um funcionário diz ter adoecido por abuso dos chefes ou quando um dos pais diz que o comportamento do outro prejudica o desenvolvimento mental dos filhos. Com estas questões em mente: (1) se há doença, (2) se ela tem relação de causa, (3) se ela tem relação de consequência, com questões de alguma forma normatizadas, abarca-se a quase totalidade das questões pertinentes à Psiquiatria Forense (Quadro 1-2).

QUADRO 1-2 Principais Perguntas Feitas pela Sociedade ao Psiquiatra

Existe doença?

Há quanto tempo?

Ela interferiu na ocorrência de algo que está sendo questionado? (crime, transação comercial)

Ela foi causada por algo que possa ser responsabilizado? (trabalho, paternidade, estudo)

Ela apresenta um risco futuro para o discernimento ou autocontrole?

Esse resumo, contudo, em lugar de reduzir o alcance da especialidade, pode estendê-lo até onde chega a ação humana. Só como exemplo, podemos citar a dificuldade de estabelecer parâmetros adequados para a ingestão de álcool e a condução de veículos. Embora essa situação não se trate especificamente de uma

doença, trata-se da interferência que uma substância causa no funcionamento mental das pessoas, e de qual a postura a sociedade deve tomar diante das informações que a ciência pode lhe oferecer naquele momento. Como essa decisão da sociedade se traduzirá numa lei, que versa sobre um tema essencialmente neuropsiquiátrico, essa situação não fica fora da esfera da Psiquiatria Forense.

Nessa linha, nós não lidamos apenas com o funcionamento mental das pessoas que interferem em sua observância das leis. Mas, num caminho de mão dupla, temos o dever de também refletir no sentido oposto, examinando as decisões políticas ou sociais que redundem em normas pertinentes para a saúde mental das pessoas: a internação compulsória de dependentes químicos, a política oficial de saúde mental no país, a legalização ou não das drogas, os processos burocráticos necessários para a produção e liberação de remédios psicotrópicos – todos são temas que nos lembram de que a inter-relação entre Psiquiatria e sociedade é recíproca e contínua.

Classicamente, a Psiquiatria Forense é descrita como ramo da Medicina Legal, que faz a interface entre a Medicina e o Direito, auxiliando a execução e a elaboração das leis. Execução, quando o perito é chamado para esclarecer uma dúvida técnica que seja relevante para o caso; elaboração, expediente de raridade extrema no país, infelizmente, quando esclarece pontos importantes de se considerar antes de promulgar uma lei que diga respeito a questões que extrapolam o conhecimento leigo. Vemos, contudo, que essa definição não dá conta de abarcar seu alcance real, tamanho seu imbricamento possível no tecido social.

CONCLUSÃO

Olhando em perspectiva, os erros e acertos da Psiquiatria Forense foram momentos em que a comunicação entre a Psiquiatria e a Sociedade foram ou não felizes. Nas situações históricas em que os psiquiatras conseguiram se ater ao seu papel técnico, diagnosticando e aliviando o sofrimento mental patológico – aquele causado pela interação prejudicial entre a mente do sujeito e seu ambiente – e ainda auxiliando a justiça com o conhecimento sobre o adoecimento psíquico, esses profissionais cumpriram a essência de sua função, com benefícios para todos. Mas quando extrapolaram seus limites, colocando – mesmo que inadvertidamente – interesses momentâneos acima dos valores perenes como beneficência e autonomia, por exemplo, sua atuação tornou-se desastrosa, como pode ser atestado pela história.

Nem sempre será fácil – ou mesmo possível – determinar até que ponto o contexto social está sendo responsável pela criação ou extinção de diagnósticos psiquiátricos, já que, como vimos, grosseiramente falando, é a interação homem a homem o gabarito que usamos para avaliar quando a anormalidade se torna doença. Sujeita aos ventos do tempo e lugar, tal medida variará sempre, impondo aos psiquiatras em geral, e aos psiquiatras forenses em particular, o desafio de discernir os fundamentos de sua profissão no momento mesmo em que a estão exercendo.

Não cremos, contudo, que tal tarefa seja impossível, muito menos dispensável. A interação e o diálogo entre a Psiquiatria e a sociedade continuarão a existir, queiramos ou não. O papel do Psiquiatra Forense é indispensável ao se colocar nessa brecha, auxiliando o entendimento mútuo entre os atores envolvidos. E se torna possível ao

ser realizado com os dois embasamentos fundamentais da atuação médica – o técnico e o ético. Se for tecnicamente embasado, o Psiquiatra não extrapolará sua área de *expertise*, e se se mantiver nos limites éticos, não deixará de buscar os melhores fins para aqueles que contam com seu conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, DMO que é psiquiatria forense. São Paulo: Editora Brasiliense, 2008.

Boller F. History of dementia and dementia in history: An overview. Journal of the Neurological Sciences; 158(2):125-133. DOI: 10.1016/S0022-510X(98)00128-2.

Canguilhem, GO normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

Cohen, C, Segre, M, Ferraz, FC. Saúde mental, crime e justiça, 2a ed. São Paulo: EDUSP, 2006.

Cohen, C. A periculosidade social e a saúde mental. *Rev. Bras Psiquiatr, São Paulo*. 21, n. 4, Dec. 1999.

Cooke DJ, Michie C. Limitations of diagnostic precision and predictive utility in the individual case: A challenge for forensic practice. Law and Human Behavior; 34(4):259-274.

Maciel, L. Medicalização da sociedade ou socialização da medicina? – reflexões em torno de um conceito. *Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro*. v. 8, n. 2, Aug. 2001.

Moalem, S, Watters, ESobrevivência dos mais doentes: um estudo radical das doenças como fator de sobrevivência. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2007.

Oyebode F. Literature and psychiatry. Psychiatric Bulletin; 26(4):121-122. DOI:10.1192/pb.26.4.121.

Peres M, Nery Filho A. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. História, Ciências, Saúde, Manguinhos, Rio de Janeiro 9 (2), 335-355

Pierre, DarmonMédicos e assassinos na Belle Époque: a medicalização do crime. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

Rosenbloom, M. Chlorpromazine and the psychopharmacologic revolution. *JAMA*. 2002; 287(14):1860–1861.

Serafim, AP, Barros, DM, Rigonatti, SPTemas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica II. São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda, 2006.

Teplin, LA, McClelland, GM, Abram, KM, Weiner, DA. Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the National Crime Victimization Survey. *Archives of general psychiatry*. 2005; 62(8):911–921.

CAPÍTULO 2

Psiquiatria e Direito

Anna Cecília Santos Chaves

INTRODUÇÃO

Direito e Psiquiatria são campos do conhecimento que se cruzaram somente no final do século XVIII, quando o Direito reconheceu-se insuficiente para responder a todas as questões que orbitam em torno de um problema jurídico. Segundo Krafft-Ebing, o nascimento da Psiquiatria Forense se deu no momento em que, pela primeira vez, fez-se imperioso recorrer à Medicina para a avaliação do estado mental de um indivíduo relativamente ao momento em que havia realizado um ato antissocial. A área de interseção entre a Justiça e a Psiquiatria encontra-se no momento em que a primeira elabora indagações que a segunda busca responder, esclarecendo aspectos que escapam à esfera de alcance do Direito, contribuindo, portanto, a um deslinde jurídico dotado de maior apuro.

Embora a Psiquiatria Forense tenha sido oficialmente reconhecida pela Câmara Americana de Especialidades Médicas (American Board of Medical Specialties – ABMS), com o assentimento da Associação Americana de Psiquiatria (APA), como subespecialidade da Psiquiatra somente em 17 de setembro de 1992, depois de experimentar um expressivo desenvolvimento nas décadas anteriores, sua evolução se deu de maneira concomitante à do próprio Direito. Segundo Prentice, suas raízes históricas denotam um delongado tempo de complexas interações entre a Psiquiatria e o Direito.

Da fundação da Câmara Americana de Psiquiatria Forense, em 1976, e sua aprovação final pela ABMS, em 1992, a Psiquiatria Forense experimentou um rápido crescimento que impulsionou a definição de seus contornos na comunidade acadêmica e profissional, bem como de suas principais diretrizes éticas de atuação. A importância do reconhecimento oficial reside na fixação de regras para o ensino, pesquisa e prática da Psiquiatria Forense.

Historicamente, a Psiquiatra Forense teve seu surgimento impulsionado pela introdução, nas Ciências Penais, do conceito de culpabilidade, na qualidade de elemento constitutivo do crime ou, ainda, de pressuposto da pena. Nesse momento, a análise do evento criminoso deixa de limitar-se à simples verificação da existência de um nexo causal entre a conduta e o resultado antijurídico. Conforme Bitencourt, processa-se a inclusão da vontade como parte integrante do delito, redundando em que apenas o ato que dependa do exercício volitivo do homem lhe poderá ser passível de reprovação.

Durante a década de 1790, Kant tratou de temas que influenciaram essas

concepções, como responsabilidade, liberdade e o uso adequado das faculdades do conhecimento. Do século XVII remonta o primeiro esboço do conceito de culpabilidade, que trata da atribuição de responsabilidade ao indivíduo por seus atos exercidos de maneira livre, essência da concepção de imputação. Essa ideia sofreu posteriores reelaborações e, sob a influência de Hegel, a imputação passou a ser entendida como decorrência do deliberado afastamento da vontade particular do indivíduo da vontade geral, expressa pelo Direito.

No século XIX, Von Liszt definia *ação* como um processo causal com origem num impulso voluntário, que figuraria como o elo subjetivo entre o indivíduo e o ilícito que realizou. O ânimo psíquico de querer o resultado e a previsibilidade do mesmo entra no conceito de Bellavista (1944), segundo o qual a culpabilidade consistiria no liame psicológico entre o agente e o ato que desencadeia um resultado, que poderá ser ou não desejado e previsível, mesmo que não previsto, na situação, pelo sujeito da ação.

Os elementos dolo e culpa tinham, pois, a imputabilidade como pressuposto. A culpabilidade como o vínculo psíquico entre o autor e o resultado crime alicerçou a teoria psicológica, predominante até parte do século XX, quando a teoria normativa ou psicológico-normativa adentrou o cenário doutrinário penal. A grande distinção está em que a culpabilidade deixa de ser algo integrante do psiquismo do indivíduo para tornar-se um elemento exterior ao mesmo.

Em outros termos, consoante Bitencourt, a culpabilidade deixa de ter o cunho de vínculo entre o autor e o ilícito para tornar-se um juízo de valoração a respeito do agente. Esse conceito ganha, assim, o sentido da reprovabilidade que recai sobre o sujeito, que se condiciona à presença da imputabilidade, do dolo ou da culpa e da exigibilidade de conduta diversa, que nada mais é do que poder o indivíduo, naquelas circunstâncias, escolher agir de modo diverso, de maneira a evitar o resultado. A intenção, a capacidade intelectual de previsibilidade do resultado e consciência da ilicitude no momento da ação tornam-se elementos constitutivos do dolo.

A teoria finalista traz novas modificações à culpabilidade. Welzel (citado por Bitencourt, seu principal teórico, acrescenta que a possibilidade de reprovação dependerá também de que o autor do ilícito tenha podido, na ocasião, atuar em conformidade com a norma jurídica, tendo, no entanto, dirigido sua resolução de vontade no sentido de não fazê-lo. Aqui vem ressaltada a possibilidade de domínio, pelo homem, do acontecer e de guiar sua ação tendo em vista uma meta prevista. O indivíduo é percebido como capaz de aprender pela experiência, de modo a conseguir antever as consequências possíveis para seus atos, podendo, assim, orientá-los para o alcance de finalidades determinadas.

Posteriormente, Jescheck (citado por Bitencourt, acrescenta que uma pessoa terá determinabilidade sobre seu agir quando se fizer presente a capacidade de controle de seus impulsos, dando concretude à sua decisão de acordo com conteúdos de sentido, valores e normas. Concebe-se, desta feita, o livre-arbítrio como fundamento da culpabilidade, o qual se consubstancia na faculdade do homem de escolher, pelo exercício de sua racionalidade, agir de acordo com as regras estabelecidas para a convivência harmoniosa da sociedade.

Atualmente, há certa uniformidade entre os doutrinadores das Ciências Penais no

sentido de que a culpabilidade é composta pelos elementos imputabilidade, potencial consciência da ilicitude e exigibilidade de conduta diversa. Tal é também a concepção adotada pelo Código Penal Brasileiro em vigor.

Esse retrospecto que poderá, numa primeira leitura, soar como mero exercício de logicidades, verifica-se de grande importância quando se busca tratar das relações entre Direito e Psiquiatria, posto que os elementos que repousam no conceito de culpabilidade são aqueles que compunham o objeto de investigação da Psiquiatria Forense em seu nascedouro. A essa ciência, competia o exame dos processos psicológicos que desencadearam a formação do ânimo de agir no indivíduo. Seu conteúdo primevo foi o estudo dos transtornos mentais tendo-se em conta seu nexo de causalidade com o evento criminoso.

A distinção entre a atuação clínica e a atuação do perito forense está em que o exame psiquiátrico é realizado, neste segundo caso, com o objetivo de se perscrutar não apenas pela existência ou não de um transtorno mental, mas quais as suas implicações e influências na existência, cognição e no modo de agir do sujeito. As perícias se prestam a finalidades múltiplas, são exemplos a análise de como o transtorno mental se relacionou com a ocorrência de um evento delituoso, quais as implicações da patologia psíquica para a vida independente do indivíduo, para sua capacidade de gestão de seus atos civis ou para o regular exercício de suas atividades profissionais. São verificadas ainda as repercussões para a sociedade do funcionamento anormal do psiquismo do indivíduo, como acontece no exame criminológico e no de cessação de periculosidade. Em outros termos, consiste a perícia na tarefa de avaliação da presença de distúrbios mentais capazes de reduzir ou obliterar as faculdades intelectuais, laborais ou de autocontenção de uma pessoa, prejudicando seu normal funcionamento social com reverberações importantes em sua vida ou na de terceiros.

Se as Ciências Penais foram o primeiro ramo jurídico a beneficiar-se dos conhecimentos emanados pela Psiquiatria, atualmente, essa influência se faz presente em praticamente todas as áreas do Direito, já havendo um arcabouço legislativo relativamente sólido e extenso que ampara e orienta o trabalho dos Psiquiatras Forenses em cada seara de atuação.

O Direito é uma ciência complexa justamente por abranger uma extensa teia de problemas relativos aos indivíduos, à vida e ao funcionamento da sociedade, sendo-lhe impossível a resolução e regulamentação de todos os conflitos e possibilidades humanas sem o diálogo com outras áreas do conhecimento.

O NORMAL, O PATOLÓGICO E O DIREITO

Segundo Vargas, a definição de normal e patológico compreende, em sua descrição, além dos aspectos técnicos e científicos, também outros que indubitavelmente afiguram-se como expressão da origem cultural de seu conceituador. Assim como a Medicina se pauta na observação daquilo que pode constituir um padrão, consistindo naquilo que ocorre de maneira recorrente e pode ser estatisticamente aferido, o Direito foi codificado tendo como referencial o chamado homem médio, que viria a ser o símbolo da diligência ordinária. O indivíduo normal caracteriza-se por sua singular habilidade de percepção dos desvios e por sua hábil e constante capacidade de

vigilância em torno dos mesmos, que lhe permite compensá-los prontamente.

Ainda segundo Vargas, há três aspectos necessários à concepção de normalidade em Psiquiatria. O primeiro é o de que haveria uma diferença apenas quantitativa entre as dinâmicas do indivíduo portador de doença mental e do indivíduo mentalmente saudável. O segundo baseia-se em que conceito médico de normalidade pode ser expresso como a faixa na qual estão concentrados os dados em torno da média de uma distribuição de probabilidades, o que, em Estatística, consistiria no intervalo de confiança. Anormalidade, por conseguinte, consistiria no valor aberrante ou valor atípico (*outlier*), que é o dado que se encontra bastante afastado dos demais. Por fim, o terceiro aspecto compreende que aquilo que se admite como normalidade guarda profunda relação com a capacidade de adaptação cultural do sujeito.

Nesse sentido, normalidade é um conceito que pode ser abordado de quatro maneiras distintas, a saber: normalidade como saúde, normalidade como intervalo estimado de um parâmetro estatístico, normalidade como ficção ideal e normalidade como construção jurídica.

Tradicionalmente, a Medicina equipara normalidade a um padrão de condições a que se denomina saúde, do que decorre que a anormalidade seria a presença de patologia. A Organização Mundial da Saúde expandiu esse conceito, antes tão estrito, definindo, em sua Constituição de 1946, saúde como um "estado de completo bem-estar físico, mental e social", não consistindo "apenas na ausência de doença ou de enfermidade".

Para o Direito, essa concepção é particularmente interessante por situar o indivíduo no mundo, ressaltando o aspecto de integração entre o sujeito e o meio. Saúde torna-se um parâmetro que implica a necessidade de um funcionamento eficiente entre as condições biopsicológicas desse indivíduo e a realidade que o circunda. A conciliação entre esses dois âmbitos do existir se dá pela satisfação interna harmonizada com o agir segundo um patamar de consideração ao seu grupo social.

A etimologia da palavra normal é *nomos,* cujo significado é "enquadro", acepção da qual se origina semanticamente o conceito de norma. Trata-se, pois, não de um termo estatístico, mas sociológico, normativo e, ainda, jurídico. Ainda de acordo com Vargas, média "não é o ideal (a norma), mas poderia corresponder às melhores condições realizáveis num sistema, portanto, corresponder ao equilíbrio. Nesse sentido, ligada ao ambiente limitado, a média teria valor qualitativo. Comportar-se de maneira sábia".

Para Canguilhem, a doença significa para o homem um modo de viver diferenciado. Há, assim, uma vinculação entre a normalidade e uma relação de ajustamento normativo ao meio, o que significa dizer que não há normal ou patológico em si mesmo considerados. São situações cujo significado se extrai no interior de uma relação entre o sujeito e o meio, como diz Safatle.

Normalidade é também considerada como ficção ideal na literatura psicanalítica, porque julga-se que não seria possível definir, *in abstrato,* o que constituiria um aparelho psíquico normal. Na realidade, suas capacidades ideais de funcionamento muito dificilmente poderiam ser encontradas, em sua totalidade, em um indivíduo. Os critérios de normalidade sob a perspectiva psicanalítica, enunciados por Freud, Jones e Eisseler, são de difícil alcance, já que dispõem de formulações carregadas de valoração

e marcas de cultura.

Juridicamente, a noção de normalidade encontra-se profundamente relacionada ao conceito de norma, a qual pode ser definida como a descrição dos comportamentos esperados e desejados dos particulares num contexto social. Cabe acrescentar que o pleno exercício do que se encontra prescrito condiciona-se também à presença, no indivíduo, de certa gama de atributos. Daí se infere que aquilo que se desvia do conteúdo dessa descrição é tido como anormalidade. Desse entendimento, deriva a associação entre comportamento criminoso e patologia mental. Na realidade, a loucura foi, ao longo de quase toda a história da humanidade, considerada um fenômeno maldito.

No final do século XIX, Kraepelin avançou na abordagem das teorias dos transtornos mentais sob a perspectiva do naturalismo científico, do que decorreram três importantes concepções que impactaram o nascedouro da Psiquiatria Forense: trata-se esta de uma ciência médica, portanto quantitativa; a delinquência é naturalmente admitida como uma patologia social; e o comportamento criminoso é considerado doença mental.

O Direito promove uma correlação conceitual de normalidade com maturidade, estado de saúde e capacidade cognitiva. Basta verificar os critérios legais para a definição de capacidade civil, imputabilidade penal ou capacidade laborativa, como exemplos. Trata-se a normalidade de uma compreensão ampla e complexa, que envolve determinadas características, faculdades e habilidades que suportem o exercício livre e pleno de direitos e deveres, bem como a atribuição de responsabilidades ao sujeito.

Não se incorre em erro ao se afirmar, portanto, que o Direito também dita normalidade à Psiquiatria, ciência que se volta essencialmente às repercussões da patologia no comportamento e funcionamento social do indivíduo. Como o Direito determina, o parâmetro de funcionamento social normal e desejável aos indivíduos em seu meio, aquilo que seja excêntrico às expectativas torna-se objeto de atenção da Psiquiatria.

Um claro exemplo do afirmado são os transtornos da sexualidade. Considera-se, em nossa sociedade, um transtorno da preferência sexual a atração, de caráter preferencial ou exclusivo, de um adulto por crianças e adolescentes de até 13 anos de idade, a que se denomina pedofilia (CID – F65.4). O Direito certamente influencia essa compreensão ao criminalizar o relacionamento sexual entre adultos e menores de idade. No Brasil, existe na legislação penal a figura do estupro de vulnerável (art. 217-A do Código Penal), que criminaliza a conjunção carnal ou prática de outro ato libidinoso com menores de 14 anos de idade. Em outras sociedades, no entanto, relacionar-se intimamente com adolescentes ou crianças pode ser visto como algo que não se distancia em muito do comportamento social padrão e, por conseguinte, será juridicamente aceito, razão pela qual, dificilmente, tal conduta poderá ser reputada como um indicativo de patologia.

Nessa esteira, os fatos patológicos e os normais sofreram e sofrem constantes modificações em sua linha de divisão. Alguns quadros clínicos, anteriormente considerados como anormalidades patológicas, hoje podem ser percebidos como mecanismos normais e reações adaptativas de uma pessoa ao meio. Normalidade é,

portanto, um conceito de difícil definição, por abranger uma extensa gama de formas comportamentais que variam segundo a cultura e o grupamento social, não havendo uma linha clara de divisão entre o normal e o patológico.

Na Psiquiatria, explica Vargas, "as pessoas consideradas essencialmente normais têm, em geral, um bom contato com a realidade, um razoável grau de sucesso ao lidar com problemas cotidianos e mantêm-se bastante firmes quando sob tensão". No entanto, poderá haver indivíduos anormais que não estejam dissociados, embora sejam mais propensos a lidar com as questões da vida com maiores dificuldades. Esse é, todavia, um limite muito sutil para demarcar, com certeza científica, um diagnóstico psiquiátrico.

Além da dificuldade de divisar normalidade e patologia, a Psiquiatria Forense também encontra maiores complexidades em seu atuar do que outras searas da Medicina, já que seus diagnósticos gozam de repercussões jurídicas que as partes podem querer evitar ou forçar seu acontecimento. Reside nesse ponto o problema da possibilidade de simulação de sintomas patológicos para aferição de benefícios jurídicos e, igualmente, da dissimulação de sintomas para que sejam evitadas medidas jurídicas que buscam reduzir as possibilidades de atuação social do indivíduo para seu próprio resguardo.

A PSIQUIATRIA E A PROVA PERICIAL

Ao perito, incumbe o exame dos fatos de maneira neutra e equidistante. O perito coloca seus conhecimentos técnicos sobre determinada área do conhecimento a serviço do Direito, a fim de que assim possa o julgador promover o deslinde das controvérsias que diante dele se colocam. A tarefa pericial é prestar ao julgador assessoramento especializado, de forma a orientar a sua decisão. Não cabe ao perito, portanto, o encargo de dirimir a lide, mas o de fornecer elementos que permitam a formação do juízo de convicção do julgador.

As perícias cíveis e criminais encontram-se regulamentadas, no Brasil, no Código de Processo Civil e nos Códigos Penal e de Processo Penal, além de leis esparsas. Em ambos os casos, descreve-se a perícia como necessária sempre que a prova do fato depender de conhecimentos técnicos ou científicos especializados, que não possam ser aferidos pelas partes ou pelo órgão julgador. Também prescreve a legislação que o laudo não tem o condão de vincular a decisão do juiz, sendo-lhe uma peça de assessoramento que elucidará questões que lhe escapam à esfera de conhecimento.

A avaliação do perito deverá ser consubstanciada em laudo pericial, no qual serão descritos em riqueza de detalhes aquilo que for por ele examinado, bem como as respostas aos quesitos que lhe forem dirigidos. O laudo pericial é o instrumento por meio do qual o perito se expressa e veicula seus conhecimentos e conclusões à autoridade que, no exercício de determinada função jurídica, lhe dirige as indagações.

O Direito demanda à Psiquiatria Forense a elaboração de perícias em praticamente todas as suas áreas, pois que serão, em muitos casos, indispensáveis à decisão do julgador. Além das perícias cíveis e criminais, talvez as mais comumente tratadas na formação dos psiquiatras forenses, são também recorrentes as demandas por perícias trabalhistas, previdenciárias e administrativas.

A prova pericial faz-se necessária uma vez que o exame minucioso da presença ou não de um nexo de causalidade entre o fato ou situação de interesse ao Direito e a existência de um transtorno mental é imprescindível a uma decisão jurídica escorreita. No Direito Brasileiro, são admitidas três espécies de provas, a saber: a prova documental, a testemunhal e a pericial. A prova pericial é dotada de relevante valor jurídico, assegurando-se ao perito autonomia técnica, científica e funcional.

Diferentemente do psiquiatra clínico, o psiquiatra forense objetiva compreender o estado mental do indivíduo, buscando, nas palavras de Vargas, "conhecer as condições em que se processaram a ação ou omissão, para uma aplicação justa e correta das normas legais". Seu foco não é, portanto, apenas o diagnóstico do transtorno mental ou a promoção de tratamento, mas a saúde psíquica do sujeito no momento do fato de interesse ao Direito, ou a aferição de suas competências atuais para o exercício de direitos, deveres ou atividades dos quais decorram repercussões na órbita jurídica ou na sociedade.

Assim, pois, ao psiquiatra forense cabe conhecer não apenas o catálogo de patologias mentais e seus aspectos clínicos, mas também a legislação que regula as perícias ou a elas se relacionam, vez que imprescindíveis se fazem tais conhecimentos ao acerto e precisão do exercício da tarefa pericial.

A PSIQUIATRIA E O DIREITO

A Psiquiatria e o Direito Penal

A primeira noção de imputabilidade surgiu em Portugal no tomo III das Ordenações Afonsinas. Seu teor, em citação de Silveira por Dias Cordeiro, expressava: "e se achar que disse mal com bebedice ou sendo desmemoriado ou sandeu deve-o escarmentar de palavra, sem outra pena, pois que o fez estando desapoderado do seu entendimento." Liga-se a ela, nesse sentido, a responsabilidade penal do indivíduo, vez que requisito para a imposição de pena. Carrara definia imputar como levar algo à conta de alguém, tratando-se, pois, de um juízo que se realiza tendo-se em vista um fato já ocorrido. Como no Código Penal anterior, o atual optou por uma conceituação negativa da imputabilidade, partindo de um critério biopsíquico em que indica as condições em que será a mesma afastada total ou parcialmente. Assim, competirá ao perito a constatação da presença de uma causa biológica que prejudique ou exclua a capacidade de entendimento e autodeterminação do indivíduo.

Em 1784, Pinel defendeu a separação entre os presos comuns e aqueles mentalmente doentes, posicionamento que veio possibilitar o tratamento dessas pessoas em instituições de saúde, que a eles seria, ao menos em tese, mais benéfica que a sua alocação em instituições prisionais tradicionais. No entanto, o mau funcionamento do sistema de tratamento psiquiátrico não implicou melhor sorte aos doentes mentais envolvidos em situações delitivas, sugere Dias Cordeiro. A esse despeito, ainda hoje, em função da ausência de culpabilidade dos inimputáveis ou situação de parcial culpabilidade dos semi-imputáveis, é a eles impingida uma providência de contenção e tratamento, a que se denomina medida de segurança. O laudo pericial será documento de relevada importância na formação do convencimento do juízo na

decisão acerca do grau de responsabilidade do indivíduo.

Além da avaliação de imputabilidade, caberá ao Psiquiatra Forense a elaboração de outras perícias, como o exame de cessação de periculosidade, o exame criminológico ou o exame de embriaguez.

A Psiquiatria e o Direito Civil

No Direito Civil, a Psiquiatria Forense busca avaliar basicamente aspectos atinentes à capacidade civil e seus desdobramentos. Juridicamente, capacidade consiste na habilidade mental para o exercício de direitos e deveres na esfera civil. São exemplos de casos em que será requerido ao perito o exame de capacidade, os processos de interdição, de anulação de casamento, da capacidade de produzir testamento, entre outros.

A Psiquiatria e o Direito Trabalhista

Nessa seara do Direito, caberá ao perito a avaliação acerca da existência de liame entre o transtorno psiquiátrico e a capacidade laborativa do indivíduo. Também competirá ao mesmo o exame em caso de acidente de trabalho com repercussões à saúde mental do trabalhador, ou a aferição de vínculo entre a patologia psíquica e as funções por ele exercidas para a configuração de doença profissional ou do trabalho. São perícias igualmente importantes no ingresso em determinada vaga de trabalho, pela avaliação admissional, além das situações de reabilitação ou habilitação para pessoas com deficiência, previstas na Lei 8.213 de 1991.

A Psiquiatria e o Direito Previdenciário

Psiquiatras Forenses que atuam na área previdenciária são também bastante demandados. Realizam perícias necessárias a que o indivíduo possa auferir benefícios previdenciários diversos, como aposentadoria em razão de doença psiquiátrica incapacitante ou auxílio-doença.

A Psiquiatria e o Direito Administrativo

No Direito Administrativo, avalia-se, principalmente, a saúde mental dos candidatos a determinado cargo público, bem como as condições para a concessão de benefícios, como licenças ou aposentadoria, ou ainda para a indicação de beneficiários do servidor público no caso de seu falecimento. A perícia psiquiátrica é também indispensável nos casos de readaptação de servidor público a novo cargo em razão do surgimento de um transtorno mental. É também essencial à consubstanciação da política de inclusão de pessoas com deficiência nos quadros do serviço público, conforme previsto no Decreto nº 3.298 de 1999, vez que a doença mental deverá ser atestada e, do mesmo modo, verificada a sua compatibilidade com as funções inerentes ao cargo a que pleiteia o candidato.

INTERFACES ÉTICAS DA PSIQUIATRIA FORENSE

O exercício ético da Psiquiatria Forense se inicia com a adoção de uma postura rigorosamente dotada de neutralidade. No exercício de sua *expertise*, não é cabível qualquer tipo de preconceito moral, religioso, social ou étnico por parte do perito. O perito deve ater-se estritamente à observação de uma situação ou comportamento que lhe é apresentado. É dizer que, na prática, nas palavras de Dias Cordeiro, "esta atitude corresponde a uma total disponibilidade para, à partida, aceitar equidistantemente, por exemplo, a responsabilidade civil ou criminal, ou a ausência dela".

Essa assertiva remete ao princípio da presunção de inocência, até prova em contrário. No exame psiquiátrico pericial, não cabe ao periciando a tarefa de convencimento do perito acerca da situação que lhe seja mais favorável no processo. O perito não faz as vezes de um inquisidor, mas de um observador neutro que se norteia pelos quesitos, tendo-os apenas como o roteiro daquilo que se indaga no caso. Os quesitos são, pois, os sinalizadores dos aspectos mais importantes sobre os quais deverá recair a atenção minuciosa do perito. As perguntas a ele dirigidas devem ser tomadas apenas como hipóteses ao caso observado, mas não lhe cabe assumi-las *a priori* e atuar com vistas a confirmá-las, ou mesmo a refutá-las, o que enviesaria a isenção e a tecnicidade do exame. O perito deve permitir que sua análise o guie livremente na direção de suas conclusões.

Outro importante aspecto ético no exercício da Psiquiatria Forense é a competência e a responsabilidade médica do perito. O desconhecimento do perito sobre uma matéria ou a sua impossibilidade de realizar a perícia de maneira imparcial devem conduzi-lo a declinar a tarefa que lhe foi incumbida. O exercício da atividade pericial também deverá se dar com estrita observância às normas que regulam a matéria, de maneira a evitar qualquer maneira de negligência.

Há também casos em que o perito é pressionado a emitir seu laudo de maneira enviesada, seja em função de quem o contrata, seja pelos vínculos que eventualmente guarde com o periciado ou mesmo por *lobbies* de grupos que guardem interesse no processo. Nesses casos, consoante ao que sublinha Dias Cordeiro, caberá ao perito invocar a ausência de condições de independência para o exercício de sua tarefa investigativa. Como já dito alhures, a ausência de equidistância e imparcialidade nulifica a atividade pericial. Ressalta-se que, quando nomeado pelo juízo, o perito é legalmente considerado servidor público por extensão. Caso ceda a qualquer pressão externa para favorecimento de uma das partes do processo, em razão de qualquer tipo de contrapartida, seja ou não material, estará configurado o delito de corrupção passiva, previsto no art. 317 do Código Penal Brasileiro. Caso o perito afirme falsamente informações no processo também incidirá no crime de falsa perícia, previsto no art. 342 do Código Penal.

O poder psiquiátrico é um recurso ao qual frequentemente se recorreu ao longo da história, sobretudo em regimes totalitários, com o intento de eliminar indivíduos reputados como indesejáveis. Conforme recorda Dias Cordeiro, hospitais psiquiátricos foram, em diversas ocasiões, utilizados como local de asilo de dissidentes políticos ou inimigos do Estado. Outrossim, hodiernamente, deve tal poder ser utilizado com parcimônia e respeito aos princípios humanitários. Trata-se da mais relevante

obrigação ética o bom e justo uso do saber psiquiátrico, sempre voltado a uma perspectiva humanista que deverá lançar seu foco sobre o sujeito, para além de sua patologia ou da ação por ele praticada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bellavista G. Il problema della colpevolezza. In: Annali del seminario giuridico della Università di Palermo, 1944, no 19.

Bitencourt, Cezar Roberto. Tratado de Direito Penal: Parte Geral. v. 1., 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

Canguilem, GeorgesO normal e o patológico. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

Carrara, FrancescoPrograma del Curso de Derecho Criminal: Parte General. v. 1. Buenos Aires: Editora Delpalma, 1944.

Costa, Junior, Paulo, José da, Costa, Fernando JoséCódigo Penal comentado. São Paulo: Saraiva, 2011.

Dias Cordeiro, J. C.Psiquiatria Forense: a pessoa como sujeito ético em Medicina e em Direito. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

Gabinete de Documentação e Direito Comparado [database online]. Lisboa, Portugal: Procuradoria Geral da República, 2001. Updated May 28, 2012.

Geroulanos, Stefanos. Beyond the Normal and the Pathological: recent literature on Georges Canguilhem. *Gesnerus*. 2009; n. 66, v. 2:288–306.

Gutheil, Thomas G. The history of Forensic Psychiatry. *Journal of the Academy of Psychiatry and the Law*. 2005; n. 33, v. 2:259–262.

von Krafft-Ebing, Richard. Trattato di Psicopatologia Forense Trad. Lorenzo Borri. *Bocea*. , 1897.

Prentice, Stanley E. A history of subspecialization in forensic psychiatry. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 1995; v. 23, n. 2:195–203.

Safatle, Vladimir. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Scientiae studia*. 2011; v. 9, n. 1:11–27.

Vargas, Heber SoaresManual de Psiquiatria Forense. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1990.

Von Liszt, FranzTratado de Derecho Penal. v. 2. Madrid: Editora Reus, 1927.

Welzel, Hans. El nuevo sistema del derecho penal: una introducción de la doctrina de la acción finalista. Trad. José Cerezo Mir. Barcelona: Ariel, 1964; 57.

CAPÍTULO 3

História da Psiquiatria Forense

André Seixas and Sérgio Rigonatti

INTRODUÇÃO

Estudar a história da Psiquiatria Forense não é apenas entender o passado desta área do conhecimento, mas também compreender a sua autodefinição como ciência e suas perspectivas futuras. Qualquer transformação nas concepções médicas está condicionada pelas transformações ocorridas nas ideias da época; desta maneira, podemos entender que a Psiquiatria Forense é o campo específico de identificação, discussão e condução de questões situadas na interface entre saúde mental e lei de determinado período histórico, como define Abdalla-Filho.

Maudsley, pioneiro da Psiquiatria e da Psicopatologia inglesa, considerava que havia uma relação íntima entre o contexto histórico e cultural e a expressão da alienação mental. Ele afirmou textualmente: "A história da alienação mental permite, em cada período histórico, o deciframento do estado social e cultural daquele período" (Maudsley, apud Dalgalarrondo, 2004).

Devemos extrair dos aspectos históricos descritivos a dinâmica sociocultural do adoecer mental. De onde esta partiu e para qual direção caminha, traçando assim uma ponte entre passado, presente e futuro.

O surgimento da Psiquiatria Forense deve ser atrelado ao surgimento da Psiquiatria como especialidade médica, uma subespecialidade que relaciona os problemas de saúde mental às questões de justiça.

Com certa frequência, as enfermidades mentais graves alteram os valores do paciente, mudam seu comportamento, distorcem sua conduta social e moral. As alterações psíquicas são inúmeras, em maior ou menor grau, conforme a patologia mental, provocando a perda ou redução da capacidade de compreender a realidade e agir de acordo com ela. Tal estado psíquico suscita inúmeras questões que fazem com que o enfermo mental tenha problemas em sua vida pessoal e social e com as exigências legais. Sendo assim, a importância destas questões provocou um processo natural de diferenciação, levando ao surgimento da subespecialidade denominada Psiquiatria Forense ou Legal.

O presente capítulo pretende apresentar os principais dados históricos que determinaram o surgimento da Psiquiatria Forense. Será feita também uma análise historiográfica contextualizando os principais fatos que influenciaram, direta e/ou indiretamente, mudanças importantes no paradigma desta área do conhecimento.

Primeiro, são descritos dados históricos relacionados ao surgimento da Psiquiatria Forense e seus principais pensadores e, posteriormente, focalizaremos o contexto

brasileiro com ênfase no Estado de São Paulo.

SURGIMENTO DA PSIQUIATRIA FORENSE

Para entender o surgimento da Psiquiatria Forense, é preciso recorrer à história da atividade pericial como um todo. Apesar de esta ter um início pouco preciso, é fato que se trata de uma prática muito antiga. Precisamos voltar há cerca de 3 mil anos antes de Cristo, lembrando a figura ímpar de Imothep, no antigo Egito, cujo nome significa "aquele que veio em paz", que exerceu as funções de médico, arquiteto, sacerdote e legislador, e teria sido o primeiro a unir leis à prática médica. Já o Código de Manu, na Índia, no período budista, proibia que crianças, velhos, embriagados, débeis mentais e loucos pudessem ser ouvidos como testemunhas. Temos de salientar que desde os tempos pré-hipocráticos já se estabelecia um intercâmbio entre o saber médico e o saber jurídico. O Código Penal mais antigo de que se tem notícia é o de Hamurabi, promulgado no século XVIII a. C., na Babilônia; é a primeira compilação de leis que chegou até nós e já continha parágrafos concernentes às relações jurídicas entre médicos e pacientes. Aproximadamente em 1850 a.C., ocorreu, na Babilônia, um julgamento no qual uma parteira atuou como perita.

Por sua vez, o povo judaico, em sua sabedoria, levava em consideração a intencionalidade do ato, como podemos ver no livro Exôdo, 21:28-29 (aproximadamente em 1200 a. C.): "Se algum boi chifrar homem ou mulher e causar sua morte, o boi será apedrejado e não comerão sua carne e o dono será absolvido. Se o boi já antes marrava e o dono foi avisado e não o guardou, o boi será apedrejado e seu dono será morto." Ou seja, os atos levados a cabo com deliberação eram equivalentes ao homicídio se resultassem na morte de alguém.

Os filósofos gregos Platão e Aristóteles contribuíram com suas especulações filosóficas para a Psiquiatria Forense, com as noções de racionalidade e responsabilidade. Platão divide a alma em racional e irracional e, de acordo com ele, o que distingue o ser humano dos animais é a alma; portanto, os seres humanos, sendo livres para escolher, são responsáveis pelos seus atos. Aristóteles, o grande discípulo de Platão, reconheceu a importância do conhecimento das consequências da ação para que o ser humano tenha responsabilidade por tal ação. Ele afirmava que uma pessoa é moralmente responsável se, com o conhecimento das circunstâncias e, na ausência de forças externas, tal pessoa escolheu deliberadamente cometer um ato específico.

Mas foi em Roma, sem dúvida, que se criaram normas jurídicas que influenciam a ciência do Direito até hoje. O Senado Romano estabeleceu, em 460 a. C., a denominada Lei das Doze Tábuas, que faz referências à incapacidade legal e dos portadores de doença mental, providenciando tutores para os insanos, que geralmente eram parentes paternos, sendo esta lei uma das primeiras codificações romanas. Surgiram, após a Lei das Doze Tábuas, a Lex Aquila e a Lex Cornelia. A primeira dispunha que se uma pessoa sem negligência ou malícia, mas que por acidente causava prejuízo, não era merecedora de punição. Já a Lex Cornelia decretava que crianças, em virtude da inocência de suas intenções, e os insanos, em virtude da natureza de seu infortúnio, não deveriam ser punidos. A questão da intenção, embora importante na literatura antiga, era superada pelos procedimentos de custódia, proteção e indenização.

No ano de 528 d. C., foi promulgado o denominado Código de Justiniano ou Corpus Iuris Civilis, para distingui-lo da lei canônica. O imperador Justiniano ordenou a codificação da enorme legislação romana para realizar o Código e, nele, as várias condições médicas são detalhadas, como a insanidade, a embriaguez, que, se presentes, no momento do ato criminoso, poderiam abrandar a responsabilidade criminal. Algumas pessoas, inclusive aquelas que hoje seriam consideradas psicopatas criminosos, eram colocadas sob custódia de parentes ou de guardas escolhidos por autoridades. As leis definiam a capacidade dos doentes mentais para se divorciarem, para contrair matrimônio, para testemunhar ou fazer um testamento. Consequentemente, era considerado incapaz de fazer um testamento válido, de acordo com o exigido: "Saúde da mente e não saúde do corpo, é requerido de um testante quando faz seu testamento."

Em 1256, é publicado o livro *On the laws and custons of England*, por Henry de Bracton, no qual descreve o *wild beast test*. Coloca o autor, que, para ser responsabilidade por crime cometido, uma espécie de furor selvagem brutal deveria caracterizar o indivíduo ou o ato em si. O denominado Prerrogativa Regis, possivelmente promulgado nos primeiros anos do reinado de Edward I (1272-1307), parece ser o mais antigo documento que nos fornece informações claras sobre a tutela dos então denominados lunáticos. Tal ato real fazia a distinção entre os *natural fools*, ou seja, os que já nasciam com problemas mentais (p. ex., retardo mental) daqueles que eram denominados *non compos mentis*, aqueles cujos sintomas de doença mental apareciam após o nascimento.

No ano de 1292, na cidade de Bologna, é fundado o primeiro serviço de médicos peritos. Sendo realizada e documentada, em 1302, uma das primeiras autópsias médico-legais na Europa.

Possivelmente em 1484, surge o famoso *Malleus Maleficaram*, ou *Martelo das Feiticeiras*, foi escrito por dois frades dominicanos, Kramer e Sprenger, e reeditado inúmeras vezes. Era destinado a instrumentalizar inquisidores e eclesiásticos, em geral, com sólida doutrina demonológica e tinha como objetivo capacitá-los a identificar casos de possessão diabólica ou de relacionamento com o demônio e ensinar tais religiosos a lidar com eficácia com tais situações. Vamos transcrever alguns trechos interessantes:

"O diabo, ademais, é capaz de possuir os homens na sua essência corpórea, como fica claro no caso dos loucos…"

"(…) muitas aparições fantásticas ocorrem às pessoas que sofrem do mal da melancolia, especialmente mulheres, conforme é demonstrado por seus atos e visões…"

"(…) pode-se recorrer aos remédios dos médicos e, não obstante alguns desses remédios não pareçam mais que poções inúteis e mágicas, mesmo assim deve-se dar crédito de confiança a cada pessoa, em sua profissão"

Neste período, em que foi publicado o Malleus Maleficaram, o julgamento era realizado pelo povo, que indicava à Inquisição as hipotéticas feiticeiras. Era a época do "julgamento pela comunidade" e estes julgamentos populares serviam de base para as perseguições e condenações ao suplício e à morte. Durante este período, um grande

número de psicóticos senis, esquizofrênicos, maníacos, pervertidos sexuais, entre outros, eram falsamente acusados de feitiçaria pela população.

Em 1507, o Bispo de Bamberg decreta que, em todos os casos de morte violenta, é obrigatória a participação de médicos peritos e o Imperador Carlos V segue tal norma.

O embrião da Medicina Legal, como disciplina distinta e individualizada, surgiu com a promulgação do Constitutio Criminalis Carolina pelo imperador Carlos V, em 1532, que abordava vários temas médico-legais abrangendo traumatologia, sexologia e Psiquiatria.

Em 1648, Paolo Zacchia (1584-1659), considerado por muitos o pai da Medicina Legal e o fundador da Psicopatologia Forense, publicou, em Roma, sua obra *Quaestiones Medico-legales* (1621-1625). Em seu livro, apresentou casos e teceu considerações que ainda hoje são válidas. Segundo Freedman, para Zacchia somente um médico é competente para avaliar as condições psíquicas de uma pessoa. Entendia que o exame deveria ser baseado na observação do comportamento da pessoa, na linguagem, na capacidade de audição e no estado emocional. As doenças mentais foram por ele classificadas em:

- *Fatuitas*: complexo de sintomas associados às pessoas imaturas e psicopáticas.
- *Insânia*: compreendiam mania, melancolia e "alterações da paixão"(no século XVIII o termo paixão foi substituído pelo termo emoção).
- *Phenitis*: abrangiam os estados orgânicos da tradição hipocrática.

Em cada uma delas, Zacchia estabeleceu regras em relação à capacidade de testemunhar, à imputabilidade, ao ato de casar, de entrar em uma ordem religiosa, de testar. Também salientou que os pacientes maníacos apresentavam intervalos lúcidos e que se, nestes períodos, praticassem algum ato contra a lei, seriam parcialmente responsáveis pelos atos criminosos cometidos. Os indivíduos que cometiam crimes passionais poderiam ser absolvidos, os alcoólatras deveriam ser estudados cuidadosamente. Os epilépticos deveriam passar por um período de observação antes de serem admitidos em ordens religiosas.

Nas disposições denominadas *De Renunciation Vulnerum* (1689), Johannes Bohn discorreu sobre Deontologia, estabelecendo regras de conduta para médicos tanto nas suas relações com os doentes, como nas suas condutas perante os tribunais.

Chiarugi (1759-1820), durante o reinado do Grão-duque Peter Leopold (1747-1792), foi diretor do Hospital Bonifácio e nos Regulamentos (estatutos) por ele elaborados, enfatizava: "É um dever moral supremo e uma obrigação médica respeitar o indivíduo louco como pessoa." Os Regulamentos também exortavam não se usar a força física ou métodos cruéis para restringir os enfermos. Infelizmente, suas recomendações caíram no esquecimento. Chiarugi escreveu o *Tratado Médico da Loucura*, em três volumes, no qual estuda o conceito de personalidade e descreve cerca de 100 casos clínicos. Divide as doenças mentais em três categorias: melancolia (loucura parcial); mania (loucura geral) e amência (funcionamento anormal do intelecto e do desejo).

Em Bicêtre, no ano de 1793, na França, Pinel quebrou as cadeias que prendiam os doentes mentais, espargindo novas luzes para as mentes sofredoras. Escreveu o célebre *Tratado Médico-filosófico sobre a Mania* (*Traité Médico-philosophique sur la Manie*), em 1801, no qual, com clareza e dentro da melhor tradição médica, especifica quatro

tipos de insanidade mental:

- Melancolia: alterações nas funções intelectuais.
- Mania: excitação nervosa exagerada com ou sem *delirium*.
- Demência: alterações do processo de pensar.
- Idiotia: obliteração das faculdades intelectuais e dos afetos.

A Revolução Francesa, em 1789, criou condições para uma modificação nas relações entre a Medicina e o Direito. Primeiramente, o Code d'Instrution Criminelle, promulgado por Napoleão, em 1808, desfechou um golpe mortal nas práticas jurídicas secretas dos séculos precedentes. O trabalho dos juízes e os pareceres médicos passaram a ser públicos, pois, com frequência, o segredo judicial servia para ocultar a incompetência e a venalidade.

Na França, Esquirol, um brilhante discípulo de Pinel, publica, em 1837, o tratado *Des Maladies Mentales*, que abrange a Psiquiatria Forense. Na mesma época, Ferrus, outro membro da escola francesa, estuda o criminoso insano.

Em 1850, em Nova York, foi criado o Instituto de Auburn, primeiro estabelecimento com a finalidade de proporcionar aos doentes mentais perigosos um tratamento especializado. Na Inglaterra, no final do século XIX, foi construído o Asilo de Broadmoor, que se tornou padrão para os demais manicômios judiciários criados a partir de então. A Itália criou três institutos já então denominados manicômios judiciários: Reggio Emilia, Aversa e Montelupo. Em 1889, foi instalado em Nova York, o Instituto de Matteawan.

FRENOLOGIA DE GALL

Na segunda metade do século XVIII, Franz Joseph Gall (1758-1828), médico alemão, anatomista e fisiologista, considerava que o cérebro continha diferentes órgãos que ocupavam determinadas áreas. A configuração individual de tais órgãos poderia ser mapeada na superfície do crânio, revelando características da personalidade conforme a forma, o tamanho e a proporção das estruturas faciais e cranianas. Este método ficou conhecido como Frenologia e permaneceu popular até meados do século XIX. A Frenologia exerceu influência em várias áreas das ciências desde a Medicina e a Psicologia até as nascentes Antropologia e Sociologia, com repercussões importantes na sociedade da época, inclusive, influenciando mais tarde a teoria que viria a ser denominada teoria do criminoso nato.

Na Itália, pelo Direito Criminal, surgiu a maior associação com a Antropologia e a Medicina nascentes. O médico Cesare Lombroso (1835-1909) e os juristas Rafaelle Garofalo e Enrico Ferri criaram a Antropologia Criminal, que se caracterizava por um discurso médico-científico que patologizava o ato antissocial (criminoso), buscando estigmas morfológicos que pudessem evidenciar um tipo humano destinado ao crime. Orelhas afastadas, cabelos abundantes, protuberâncias frontais e maxilares enormes, queixo quadrado, entre outros sinais, seriam para Lombroso o retrato ideal do criminoso.

Lombroso, formado em Medicina e influenciado desde cedo por teorias positivistas e evolucionistas, tornou-se famoso por defender a teoria que ficou conhecida como teoria do criminoso nato, expressão que, na realidade, foi criado por Ferri. Ao partir do

pressuposto de que os comportamentos são biologicamente determinados e ao basear suas afirmações em grande quantidade de dados antropométricos, Lombroso construiu uma teoria evolucionista, na qual os criminosos aparecem como tipos atávicos, ou seja, como indivíduos que reproduzem física e mentalmente características primitivas do homem. Sendo o atavismo tanto físico como mental, poder-se-ia identificar, valendo-se de sinais anatômicos, quais os indivíduos que estariam hereditariamente destinados ao crime. Assim sendo, os indícios do mal e do crime se revelavam na aparência congênita, daí o chamado criminoso nato. Desta forma, o delinquente seria um doente; o crime, um sintoma; a pena ideal, um tratamento.

No Brasil, a teoria da degeneração ou degenerescência foi muito influente no meio médico brasileiro na segunda metade do século XIX e no início do século XX com grande relevância para a Psiquiatria Forense e a Medicina Legal como um todo. As evidências científicas não demoraram a contradizer as teorias lombrosianas e, apesar do imenso apelo popular que até hoje ecoa, seu trabalho não tem mais aplicação prática hoje em dia.

TEORIA DA DEGENERAÇÃO

Influenciados pela obra de Prosper Lucas, *Tratado Filosófico e Fisiológico da Hereditariedade Natural*, dois dos mais eminentes psiquiatras da história da Psiquiatria francesa, Morel (1809-1873) e posteriormente Magnan (1835-1916), propõem a teoria da degeneração.

De inspiração darwinista, a teoria da degeneração considera que vários quadros psiquiátricos conhecidos, incluindo as obsessões e compulsões, seriam hereditários ou precocemente adquiridos e transmitidos através de gerações, podendo eclodir, a qualquer momento da vida, ativados por eventos externos dos mais díspares, como doenças médicas, sífilis, traumatismos cranianos, alcoolismo, alimentação deficiente, conduta sexual desregrada, avareza etc. Uma conduta sexual anômala de um membro da família se transmitirá para seu filho e deste para seus descendentes numa progressiva piora e gravidade.

Esta teoria aproximava a moral da biologia, segundo Huertas, uma vez que os indivíduos degenerados apresentavam não apenas um progressivo decréscimo orgânico, mas também de comportamento e escolhas pessoais. Essa teoria também influenciou importantes obras de pelo menos dois autores: o desenvolvimento das ideias sobre sexualidade de Krafft-Ebing (1840-1902) e do psiquiatra italiano Cesare Lombroso (1835-1909) sobre o criminoso nato.

Outro acontecimento marcante na história da especialidade, segundo Miguel Chalub, é o caso Pierre Rivière, sendo considerado a certidão de nascimento da Psiquiatria Forense nos países de base legal romana, uma vez que, pela primeira vez, alguns médicos são chamados para emitir um parecer médico-psiquiátrico sobre a responsabilidade penal do criminoso que havia assassinado três membros de sua família.

No princípio e até recentemente, os instrumentos legais eram usados principalmente como fonte de poder para remoção de pessoas com transtornos

mentais da convivência pública e para sua internação involuntária e compulsória em hospitais psiquiátricos. Contudo, nas últimas três décadas houve uma considerável mudança de paradigma no padrão de legislação que regula as questões de saúde mental. Segundo Abdalla-Filho, houve um desenvolvimento de um novo modelo que gira em torno de cinco prioridades principais: descentralização da autoridade, mudança de cuidados hospitalocêntricos para cuidados comunitários, participação ativa da família e da comunidade, integração em cuidados gerais de saúde não especializados, e por fim, o foco em prevenção e promoção de saúde.

Assim, aos poucos, foram se estruturando as bases da Psiquiatria Forense chegando até os dias atuais, em que por meio do exame pericial psiquiátrico, a Psiquiatria Forense é convocada a intervir nos mais diversos casos na interface entre Psiquiatria e o Direito considerando tanto o indivíduo adoecido bem como a sociedade envolvida.

PSIQUIATRIA FORENSE NO BRASIL

A história da Psiquiatria Forense no Brasil, de maneira geral, se confunde com a história da Medicina Legal em nosso país. Segundo Sharma, os cuidados com a saúde mental são os mais dependentes e mais afetados pela lei em todo o campo da Medicina, o que reforça a necessidade de uma maior integração entre as abordagens psiquiátrica e legal de determinado comportamento humano ou de determinada condição mental.

Nos tempos do Império, a lei de 4 de junho de 1835 citava os que não eram juridicamente imputáveis, ou seja, os menores de 14 anos e os alienados. O jurista Barreto de Menezes, em 1844, publica o livro *Os Menores e os Alienados*. Em 1888, Ferreira de Oliveira analisa, em publicação esmerada, a responsabilidade jurídica dos alienados. Destaca-se, neste cenário, a figura ímpar de Nina Rodrigues, que publica interessante estudo sobre a Guerra dos Canudos, chegando à conclusão de que Antônio Conselheiro, líder dos revoltosos, era um delirante crônico megalomaníaco.

Historicamente, os primeiros registros de documentos médico-legais só surgem ao findar o período colonial. Segundo Oscar Freire, a evolução da Medicina Legal no Brasil pode ser dividida em três fases:

- Estrangeira: fim do período colonial até 1877.
- Transição com Souza Lima: o ensino da Medicina Legal assume caráter prático, de 1887 a 1895.
- Nacionalização com Nina Rodrigues.

No ano de 1832, foi regulamentado o processo penal, estabelecendo-se regras para os exames de corpo de delito, e criando-se, assim, a perícia profissional. Em 1854, o Conselheiro Jobim, primeiro catedrático de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Faculdade do Rio de Janeiro, foi incumbido pelo Ministro da Justiça de uniformizar a prática dos exames médico-legais, organizando uma comissão que estabeleceu uma tabela das lesões, segundo sua natureza e local. Em 1856, foi criada a Assessoria Médica junto à Secretária de Polícia da Corte composta por quatro médicos, sendo dois membros efetivos e encarregados de fazer os exames de corpo de delito, e os outros dois seriam professores de Medicina Legal de Faculdades, denominados consultores e responsáveis pelos exames toxicológicos.

Em 1895, com a posse de Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906), na Cátedra de Medicina Legal, tem início, segundo Oscar Freire, o período de nacionalização da Medicina Legal no Brasil. Médico maranhense considerado o principal impulsionador da institucionalização da Medicina Legal brasileira, foi quem difundiu as ideias da criminologia científica no meio médico. Apesar de ter trabalhado em São Luís e Rio de Janeiro, foi em Salvador, como professor de Medicina Legal na Faculdade de Medicina da Bahia, que Nina Rodrigues exerceu a principal parte de sua vida profissional. Mas seu conhecimento da escola italiana parece ter se dado por meio do debate que se tratava no meio jurídico, principalmente após a publicação de *Nova Escola Penal*, de Viveiros de Castro, em 1893, influenciando a incipiente Medicina Legal brasileira. A conversão definitiva de Nina Rodrigues à Medicina Legal data da publicação de *As Raças Humanas e a Responsabilidade Penal no Brasil* (1894). Sua decorrente identificação com a Nova Escola Penal teria feito o próprio Lombroso chamá-lo "apóstolo da Antropologia Criminal no Novo Mundo". Apesar de ser identificado muito mais com a Antropometria, Nina Rodrigues já defendia a primazia da Psiquiatria na Medicina Legal:

"(…) se compreende que é a perícia psiquiátrica aquela a que cabe a precedência sobre todas as demais – médicas ou outras – porque é aquela que mais aproxima esta função do juiz a quem toca reconhecer a existência de um crime ou a validade de um ato civil, afirmando a responsabilidade inteira ou plena capacidade do agente." (Rodrigues, apud Corrêa, 1998.)

Segundo Maio, o livro de Nina Rodrigues revela a crescente influência, desde o final do século XIX, da Medicina no campo do Direito, a partir da constituição de um discurso biológico sobre o criminoso. Ficando mais claro tal situação nos embates que opôs adeptos da "escola clássica de Direito Penal" e a "escola positiva de Direito Penal". Para o "Direito Clássico", portador de uma concepção mais liberal, os indivíduos estariam investidos de uma consciência livre e soberana. Já o "Direito Positivo", com diversas nuances, concebia o indivíduo como condicionado pela genética e pelo meio social.

A reputação que alcançou Nina Rodrigues e seu papel "fundador" da Medicina Legal brasileira o transformou em verdadeiro "mito de origem". Seus seguidores passaram a se autorreferirem como membros da "Escola Nina Rodrigues". Dois de seus mais destacados membros levariam essa filiação para o sul do país: Afrânio Peixoto, para o Rio de Janeiro, e Oscar Freire, para São Paulo.

Júlio Afrânio Peixoto (1876-1947), médico do Hospital Nacional de Alienados e professor de Medicina Legal da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, foi o grande propagador das ideias de Nina Rodrigues no Rio de Janeiro. Em seu livro *Medicina Legal*, de 1911, traça um bom panorama desta especialidade em nosso país, como mostra Facchinetti. Contudo, ao longo de sua carreira, também desenvolve tese que questiona algumas ideias de Lombroso, tão valorizadas outrora por seu mestre. Em seu livro *Epilepsia e Crime*, de 1897, critica a existência de suposta relação entre epilepsia e delinquência. Foi criador, em 1905, conjuntamente com Juliano Moreira, da revista científica *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências* Afins que mais tarde, em 1908, em virtude da criação, em 17 de novembro de 1907, da Sociedade de

Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, passa a ser denominada *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*.

Em São Paulo, com a chegada de Oscar Freire (1882-1923), em 1918, se dá a inauguração do curso de Medicina Legal na recém-criada Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, atual Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e, em novembro de 1921, era criada a Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo. Com a morte precoce de Oscar Freire, assume a cátedra o Prof. Flaminio Fávero, que escreveu o excelente *Tratado de Medicina Legal* em que a Psiquiatria Forense é tratada com esmero.

Francisco Franco da Rocha, primeiro diretor e idealizador do Hospital de Juquery, já no fim do século XIX, se debruçava sobre questões médico-legais relacionadas às doenças mentais. Em 1897, assume ele a direção do Serviço de Assistência aos Psicopatas do Estado de São Paulo. Naquele ano, havia 15 doentes mentais criminosos recolhidos no velho Hospício da Várzea do Carmo. Em 1898, é inaugurado o Hospital de Juquery. Franco da Rocha cita, em artigos publicados em jornais, casos de pacientes que eram absolvidos, tendo em vista o seu estado mental, sendo recolhidos no Hospital de Juquery, e que recebiam alta hospitalar sem avaliação da periculosidade e que, frequentemente, voltavam a delinquir. Ele prestava contas de suas atividades, numa publicação anual denominada *Estatísticas e Apontamentos*, iniciada em 1894. Em 1895, publica *Fragmentos de Psiquiatria* e, em 1904, surge o *Esboço de Psiquiatria Forense*, no qual descreve os resultados de suas observações sobre os pacientes criminosos. Colaborou, com Souza Lima, Nina Rodrigues, Teixeira Brandão, Juliano Moreira e Afrânio Peixoto, para o avanço das relações entre a Ciência Jurídica e a Medicina, principalmente com a Psiquiatria. Divulgou a obra de Freud em nosso meio e, por seu brilhante trabalho, foi escolhido como o primeiro professor de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da futura Universidade de São Paulo.

MANICÔMIO JUDICIÁRIO

No Brasil, a lei de 1903 definia a obrigatoriedade da construção de manicômios judiciários em cada estado do país, mas os defensores da ideia tiveram que esperar quase duas décadas para comemorar o início efetivo de sua implementação. O primeiro manicômio judiciário do país foi criado em 1921, no Rio de Janeiro, então capital do Brasil. A nova instituição foi entregue sob a direção do médico psiquiatra Heitor Carrilho (1890-1954), professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Posteriormente, em 1925, é inaugurado outro estabelecimento do gênero, no Rio Grande do Sul, sendo dirigido pelo médico Jacintho Godoy (1886-1959) e outro, em Barbacena (Minas Gerais).

Em 1923, aposenta-se Franco da Rocha, sendo seu sucessor o Prof. Pacheco e Silva, que centrou forças para a instalação de um manicômio no Estado de São Paulo. No Hospital do Juquery, em 1926, havia 165 doentes mentais criminosos, sendo 95 brasileiros e 70 estrangeiros. O professor de Medicina Legal Alcântara Machado apresentou, em 13 de dezembro de 1927, ao Congresso Estadual, o projeto de número 3, criando o Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo. Havia, na época, a possibilidade de serem aproveitados três sistemas:

- Sistema alemão e belga, com o manicômio junto à penitenciária.
- Sistema inglês e italiano, com o manicômio sendo órgão autônomo.
- Sistema francês, argentino e norte-americano, com o manicômio funcionando como anexo ao hospital psiquiátrico.

Foi escolhido este último, sendo a instalação construída em um terreno de 185.000 metros quadrados, distante 2,5 quilômetros do Hospital Central do Juquery e, portanto, aproveitando as facilidades e serviços do Hospital. Em virtude dos problemas políticos da década de 1930, o manicômio acabou sendo inaugurado em 1933. Em 1º de janeiro de 1934, os primeiros 150 pacientes, todos homens, foram removidos do Hospital Central do Juquery para o manicômio judiciário. Tais pacientes eram tratados pelo Prof. André Teixeira Lima, que se tornou o primeiro vice-diretor e depois diretor de 1938 a 1956. O Prof. André Teixeira Lima dirigiu por, mais de 30 anos, o Manicômio Judiciário de São Paulo, que atualmente recebe o nome de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima.

Na década de 1920, no Rio de Janeiro, tivemos o primeiro criminoso ao qual foi aplicada a medida de segurança, pelo Dr. Heitor Carrilho, que assim resumiu o laudo: "loucura moral, homossexualismo com impulsos sádicos, delírio de imaginação, incapacidade de imputação e necessidade de internação". Concluiu, portanto, pela inimputabilidade do réu, cujo nome era Febrônio. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Rio de Janeiro leva, hoje, o nome de Heitor Carrilho.

Segundo Isaias Paim, Heitor Carrilho foi o grande sistematizador da Psicopatologia Forense, e seus trabalhos centravam-se mais na perícia psiquiátrica e no papel do perito, sendo raros os que versassem sobre organização e metodologia. Outro autor de relevo, no período, foi o Prof. Oswald Domingues de Moraes, com sua tese, de 1954, intitulada: *Contribuição ao estudo dos nexos sintomáticos entre crime e doença mental: influência sobre a responsabilidade penal*. Este período é apontado por Paim como o encerramento de uma fase da Psiquiatria Forense no Brasil, com certa estagnação da especialidade e consequente diminuição da importância da perícia psiquiátrica forense. Seguiu-se, após a década de 1960 até o início dos anos 1990, uma longa fase de declínio das atividades científicas na área de Psiquiatria Forense. Na década de 1990, ressurgiu o interesse pela especialidade, principalmente em decorrência das novas regras que regulamentavam as internações involuntárias e maior integração entre os profissionais da área do Direito e os psiquiatras. Em 1995, foi fundado o Departamento de Ética e Psiquiatria Legal da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

CONCLUSÃO

Desde o início do século XX até os dias, é clara a consolidação da Psiquiatria no âmbito médico-legal ocupando lugar central e decisivo. No início, estava diretamente ligada à Medicina Legal, sendo inclusive, em seus primórdios, praticada por legistas. Com decorrer do tempo e acompanhando mudanças na sociedade, houve um deslocamento da atenção, por parte da Psiquiatria Forense, que passou a olhar para o indivíduo com transtorno mental que cometeu crime em detrimento do olhar exclusivo para a sociedade.

No Brasil, o surgimento da Psiquiatria Forense ocorreu por meio da conjunção

eclética de diversos conceitos e posturas científicas. Conceitos advindos das mais diversas áreas do conhecimento que, ao longo da história, fizeram com que a Psiquiatria Forense caminhasse do modelo legalista e formal ao modelo preventivo e reconstrutor da reabilitação social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdalla-Filho, E, Bertolote, JM. Sistemas de Psiquiatria Forense no Mundo Rev. Bras. *Psiquiatr*. 2006; 28(Supl II):S56–S61.

Abdalla-Filho, E, Engelhardt, W. A prática da psiquiatria forense na Inglaterra e no Brasil: uma breve comparação. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2003; 25(4):245–248.

Aldana, LL, Moreno, LR, Sanmiguel, OS. F. J. Gall and the Phrenological Movement. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(3):414.

Alvarez, MCBacharéis, criminologistas e juristas: saber jurídico e Nova Escola Penal no Brasil. São Paulo: IBCCRIM, 2003.

Antunes EH, Barbosa LHS, Pereira LMF, eds. Psiquiatria, loucura e arte. São Paulo: Edusp, 2002.

Bercherie, POs fundamentos da clínica, história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

Bíblia de Jerusalém. São Paulo: Paulinas, 1981.

Canguilhem, G. O normal e o patológico. rev. e aum, 5a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

Cunha, MCPO espelho do mundo; Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

Dalgalarrondo, P. Textos de Henry Maudsley. In: Dalgalarrondo P, Sonenreich C, Oda AMGR, eds. *História da psicopatologia textos originais de grandes autores*. São Paulo: Lemos Editorial, 2004.

Facchinetti, C, Cupello, P, Evangelista, DF. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins: uma fonte com muita história. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro dez*. 2010; 17(supl. 2):527–535.

Fraletti P. 20° Aniversário da Instituição de Assistência Social ao Psicopata. Boletim de Higiene Mental, no 170, setembro de 1958.

Freedman, AM, Kaplan, HIComprehensive textbook of Psychiatry. Baltimore: The Willians & Wilkins, 1967.

Foulcault, M. (Coord.) Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão, 2a ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

Harris, R. Assassinato e loucura: medicina, leis e sociedade no fin de siècle. Rio de Janeiro: Rocco, 1993; 80.

Hirshbein, LD. History, memory, and profession a view of American Psychiatry through APA presidential addresses, 1883-2003. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(10):1755–1763.

Huertas, R. Madness and degeneration, Part I. From 'fallen angel' to mentally ill. *History of Psychiatry*. 1992; :391–411.

Lombroso C. L'homme criminel. 2a ed. Félix Alcan-Paris, Bocca Frères-Turim, Edition Française, 1877.

Maio, MCA. A medicina de Nina Rodrigues: análise de uma trajetória científica. *Cadernos de Saúde Pública*. 1995; 11(2):226–237.

Manicômio Judiciário. Breve histórico. Separata fornecida pela diretoria do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico André Teixeira Lima.

Maudsley, HLe crime et la folie. Paris: Germer Bailliére, 1877.

Mazzieri, BR. Instituto Oscar Freire: conceito, criação e crescimento. *Revista de Medicina Legal, Direito Médico e da Saúde*. 1(2), 2004.

Moraes T, ed. Ética e Psiquiatria Forense. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001.

Okasha, A, Okasha, T. Notes on mental disorders in Pharaonic Egypt. *History of Psychiatry*. 2000; 11:413–424.

Fratelli P. Franco da Rocha: o primeiro alienista. O Estado de S. Paulo. 8/7/1984.

Pacheco e Silva, ACPsiquiatria Clínica e Forense. São Paulo: Renascença, 1951.

Paim, I. Desenvolvimento da Psicologia Forense no Brasil. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 1971; 1(1):7–21.

Piccinini, WJ. Síntese histórica da Psiquiatria Forense brasileira. In: Taborda JGV, Abdalla-Filho E, Chalub M, Jr., eds. *Psiquiatria Forense*. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2012:39–51.

Rigonatti, SP, Barros, EL. Notas sobre a história da Psiquiatria Forense, da Antiguidade ao começo do século XX. In: Rigonatti SP, Serafim AP, Barros EL, Jr., eds. *Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica*. São Paulo: Vetor, 2003.

Rodrigues, N. O alienado no Direito Civil Brasileiro – apontamentos médico-legais ao projeto de Código Civil. Salvador: Prudêncio de Carvalho Editor, 1998; 385–386. [1901, p. 211-213 apud Corrêa.].

Sharma, S, Sharma, G. Exploring evolving concepts and challenges in forensic psychiatry. Experience (commentary). *World Psychiatry*. 2006; 5(2):97–98.

Tavolaro, DA casa do delírio; uma reportagem no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. São Paulo: Senac, 2002.

CAPÍTULO 4

A Perícia Psiquiátrica: Entrevista e Laudo

Daniel Martins de Barros and Gustavo Bonini Castellana

INTRODUÇÃO

Como qualquer atividade médica, a perícia também é uma ciência e uma arte. Ela tanto se ampara em conhecimentos testáveis, validados empiricamente, como depende muito da habilidade dos envolvidos em lidar com a situação pericial, contornando obstáculos imprevistos e improvisando caminhos conforme a perícia acontece.

A bagagem científica necessária para a realização de qualquer exame pericial é o todo do conhecimento médico, que necessita ser traduzido naquele momento para pessoas alheias a esse universo. Os capítulos da Seção 3 dão uma ideia da amplitude de assuntos e informações que podem ser necessários para que essa tradução se dê a contento.

Já a arte, conquanto seu desenvolvimento e aperfeiçoamento exijam o exercício constante que só se é possível nos anos de experiência prática, não deve prescindir que se observem algumas regras básicas, para seu melhor exercício. Estas não servem para engessar o *setting* pericial, tornando-o inflexível às diferentes circunstâncias que podem surgir em cada caso individual, mas para auxiliar no relacionamento e na comunicação entre os diversos profissionais envolvidos na complexa tarefa que é realizar a perícia.

No presente capítulo, iremos definir quem são e quais as funções desses profissionais, distinguindo seus limites e alcances, com base na praxe do mercado, na experiência prática e, principalmente, na "deontologia" – seja Código Civil, Penal, Resoluções do Cremesp, código de ética etc. Na sequência, expomos como se confecciona o laudo, apresentando um modelo geral que se aplica nas mais diversas instâncias em que ele é requerido, seja em processos judiciais, administrativos, formais ou não.

O PAPEL DO PERITO E DO ASSISTENTE TÉCNICO

É importante definir quem são as pessoas envolvidas na realização efetiva das perícias.

Em primeiro lugar, temos o perito. Este pode ser um perito oficial, aquele funcionário que é contratado para a realização desse tipo de exame em um órgão do governo, autarquia etc., e o perito nomeado (ou louvado), que é livremente indicado pelo juiz para atuar em determinada causa. Ao contrário do perito oficial, que tem um salário, o nomeado determina seus honorários para cada trabalho. O perito é o fiel da balança: deve atuar de forma absolutamente imparcial, cabendo-lhe a prerrogativa de

dar a palavra oficial no que diz respeito às implicações da presença ou ausência de transtornos mentais nas causas em que está atuando.

Este não é necessariamente o único médico atuante, já que a lei prevê também a figura dos assistentes técnicos. Eles podem ou não estar presentes, já que dependem apenas da vontade das pessoas litigantes: quando é determinada a realização de uma perícia, é facultado às partes contratar e indicar médicos para que estes auxiliem os advogados na elaboração dos quesitos, no acompanhamento da perícia, no questionamento do laudo e também para elaborarem pareceres comentando o laudo pericial. Trata-se de um serviço particular, cujos honorários devem ser combinados entre o contratante e o contratado. O assistente técnico não é imparcial, obviamente, o que, em absoluto, significa dizer que ele não deve ser honesto. Seria inocente, senão incoerente, crer que alguém que está sendo pago por uma das partes não sofre qualquer influência desse fato – evidentemente que sua inclinação se dá para quem o contratou, admitamos isso ou não. Por conta desse inevitável viés, o que recomendamos sempre é, antes de assumir um caso, realizar uma consulta prévia para verificar as possibilidades técnicas e éticas de atuação. Por exemplo: a lei não impede que um médico contratado coloque em dúvida um diagnóstico evidente de esquizofrenia – mesmo que ninguém duvide da doença – baseado em eventuais lacunas do laudo, se isso for da vontade de quem o contratou. Mas tal postura coloca em cheque a credibilidade do profissional, evidenciando que ele é uma pessoa disposta a vender sua opinião. Nossa recomendação é apenas atuar em casos em que o assistente técnico possa dizer ao seu cliente: "Fale a verdade durante a perícia."

O Conselho Regional de Medicina de São Paulo, em sua Resolução 126 de 31 de outubro de 2005, determina ao perito entrar em contato com os assistentes técnicos informando hora e local da perícia. Tal expediente não consta da lei, nem é obrigatório no país todo, mas trata-se de uma medida bastante elegante entre colegas. A mesma resolução disciplina o que já é praxe entre os médicos peritos: que os assistentes técnicos têm o direito de acompanhar todos os trabalhos – como consta da lei – e que os peritos e assistentes devem conferenciar para discutir o caso em questão – como se espera da relação cordial entre profissionais.

Na maior parte das esferas do Direito, como Civil, Criminal, de Família e Sucessões, os assistentes técnicos aguardam o laudo do perito para então realizarem seus pareceres – denominação formal do laudo do assistente. Nas Varas Federais do Trabalho, contudo, todos devem combinar um dia para entregar seus documentos simultaneamente.

O perito, como já dito, não tem o mesmo dever de sigilo que existe na prática clínica – basta lembrar que coisas estão sendo ditas a ele, exatamente, para serem reportadas a outros. No entanto, essa liberdade também tem limites claros: o laudo deve-se restringir ao que for pertinente ao caso, não podendo se manifestar sobre informações a que tenha acesso, mas que não digam respeito à lide. Outra situação de muita confusão é quando o periciando confessa ao perito crimes pelos quais não está sendo julgado, que não constam do processo. Também nesse caso não deve o perito expor as tais informações, sob risco de ser questionado por extração ilegal de confissão. Se os crimes forem relevantes para a descrição de alterações psicopatológicas, contudo, o

foco deve recair sobre estas, sem entrar em detalhes que possam incriminar o periciando.

Finalmente, é possível que o perito se depare com história de condutas erradas ou insuficientes para o caso do periciando. Embora não possa tecer críticas ao médico que acompanha o doente, pode fazer constar no laudo tais observações, se considerar estas informações relevantes para o desfecho desta situação.

A ENTREVISTA PERICIAL

A comunicação entre o perito e o periciado é, por excelência, a mais importante das ferramentas para a propedêutica e o diagnóstico psiquiátrico, e a postura do perito diante do periciado deve obedecer aos parâmetros éticos de qualquer outra avaliação médica. Deve demonstrar respeito, dar atenção e promover o melhor *setting* possível para que o periciando colabore com o exame. Vale lembrar aqui que o perito não deve expressar sua opinião sobre o ato em que está sendo julgado o periciando, seja em casos de perícias criminais ou quaisquer outras, e considerações pessoais devem ser dispensadas. Atitudes de natureza moralista ou policialesca, por parte do perito, são passíveis de procedimento ético perante o CRM.

Por outro lado, diferente da relação médico-paciente durante uma consulta, na qual o paciente geralmente contribui para que o médico chegue a suas conclusões, comprometido em oferecer o melhor tratamento disponível, no contexto pericial o entrevistado poderá dificultar o exame, dando respostas evasivas ou apresentando simulações e dissimulações. Ainda assim, o perito deve conduzir a entrevista de forma serena, reservando as considerações pertinentes para o laudo pericial, ao fazer a descrição do comportamento do periciando durante a entrevista.

Em regra geral, a entrevista pericial segue as mesmas linhas da entrevista clínica. Assim, após a apresentação do entrevistador (nome, função e objetivo da abordagem) e a confirmação da identidade do periciando, checando documento pessoal, deve-se perguntar se o periciando conhece o motivo que deu ensejo àquela avaliação, permitindo que exponha sua versão dos fatos. Pode-se aqui lembrá-lo que o sigilo na perícia não é absoluto, mas apenas aquilo que for pertinente ao caso constará no laudo.

Inicialmente, costuma-se deixar o paciente falar livremente, expondo se entende a finalidade do exame. Caso não entenda o motivo da avaliação, caberá ao perito explaná-la de forma clara e concisa, garantindo ao periciado o direito de expor-se ou não, dado que não lhe é garantido a confidencialidade das informações prestadas.

Naturalmente, a entrevista deverá caminhar para a história da doença atual, caso esteja presente, caracterizando os sintomas, apresentação, periodicidade e possíveis tratamentos medicamentosos ou internações prévias. É de fundamental importância, ainda neste momento, tentar captar a vivência subjetiva do sujeito perante seus sintomas, já que, em regra, normal e patológico diferem exatamente pela forma como o sujeito vivencia a situação.

A seguir, o perito deve avaliar elementos da vida pregressa do periciando: as condições de seu desenvolvimento, seu comportamento durante a infância e a adolescência, a história ocupacional e conjugal, o padrão de relacionamentos

interpessoais e as características de personalidade pré-mórbida. Os antecedentes pessoais clínicos (desenvolvimento neuropsicomotor [DNPM], doenças de base, traumatismos, cirurgias), bem como os hábitos (em especial uso de drogas) devem ser abordados tal qual em uma entrevista clínica, e investigada possível correlação temporal entre eles (um traumatismo cranioencefálico na adolescência, por exemplo) e os sintomas da doença. Por último, a história familiar deve ser investigada com ênfase na presença de doenças psiquiátricas e dependência de drogas entre os familiares. Esta etapa da entrevista também é oportuna para a compreensão do contexto familiar e social do entrevistado.

Durante toda a entrevista, o perito deverá estar atento às manifestações psicopatológicas do periciando. Quando algum sintoma for relatado pelo periciando, deverá aprofundar na investigação de suas características junto ao periciado até que esteja seguro quanto à relevância do mesmo para aquela avaliação. Com a experiência, à medida que o examinador faz cada pergunta, já antecipa quais poderiam ser as possíveis respostas de uma pessoa razoável naquele contexto. No caso de perícias retrospectivas, deve concentrar sua investigação sobre o estado psíquico do periciando à época dos fatos, devendo confrontá-las com o estado mental atual observado durante a entrevista.

Ao final da entrevista, o perito deverá permitir que o periciando faça perguntas livremente, 6 entrevistados, preferencialmente, separados do periciado, para que não os iniba de prestar informações relevantes caso estejam frente a frente com o periciado. A entrevista deverá seguir os mesmos padrões adotados com o periciado, e as informações prestadas pelos familiares deverão estar discriminadas no laudo pericial.

Classicamente, divide-se a história em objetiva − no caso do relato de familiares ou dados do processo −, e subjetiva, quando contada pela própria pessoa. No Núcleo de Psiquiatria Forense do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP (Nufor), evitamos tal divisão, já que objetivo e subjetivo são relativos a quem narra os fatos e, sobretudo, no contexto judicial, é sempre temerário apostar na plena objetividade dos fatos relatados, seja pelos acompanhantes ou pelos periciandos. É importante lembrar que tanto na prática clínica como na pericial, o médico pode deparar-se com pacientes potencialmente agressivos. Nesses casos, o perito pode ou não realizar a perícia. Se compreender que não há condições de segurança, pode cancelar a perícia, sempre informando os motivos à autoridade requisitante, já apontando as condições que seriam necessárias para realização do exame.

O LAUDO PERICIAL

A confecção do laudo pode variar em função da causa, das questões postas pela Justiça e do tipo de perícia, mas existe um formato geral que normalmente é aplicável aos principais casos, que a seguir explicaremos.

O laudo é tão simplesmente o relato por escrito em que a perícia é documentada, tanto que formalmente pode ser chamado de "relatório". Embora existam variações no seu formato, sua estrutura mínima deve conter as seguintes seções: Preâmbulo, Quesitos, Histórico, Descrição, Discussão, Conclusão e Resposta aos quesitos,

explicadas abaixo e resumidas no Quadro 4-1.

QUADRO 4-1 Estrutura Básica do Laudo, com os Principais Elementos de cada Seção

Seção	Principais Elementos
Preâmbulo	Identificar perito e periciando; expor o motivo da perícia e os quesitos.
Histórico	Arrolar informações obtidas nas entrevistas e nos documentos.
Descrição	Apresentar o exame psíquico.
Discussão	Cotejar história e exame psíquico, embasar os diagnósticos e suas implicações.
Conclusão	Retomar sucintamente qual o diagnóstico e sua consequência legal.
Resposta aos quesitos	Telegráficas, preferencialmente "sim" e "não".

Preâmbulo

Trata-se da apresentação do trabalho: quem fez o exame, quem foi examinado e com qual propósito. Para tanto, deve constar nele o nome do médico com seus principais títulos – não é necessário transcrever o currículo todo para impressionar, o que pode soar pedante, se não pueril –, o local e a data em que se realizou a perícia, quem foi examinado, seu propósito e quem determinou o exame, eventualmente identificando o número do processo, vara etc.

Passa-se, em seguida, para a *Identificação* do periciando, que pode ou não estar incorporada ao Preâmbulo, com seus dados principais, como RG, endereço, nascimento, naturalidade.

Para que desde logo se saibam quais as perguntas a serem respondidas no relatório, apresentam-se, então, os *Quesitos*, tantos quanto houver.

Quando investido da função de assistente técnico, pode o médico auxiliar na elaboração dessas perguntas; por serem de resposta obrigatória, elas ajudam a direcionar o olhar do perito para elementos que se julguem importantes de se considerar.

A esta altura, já fica claro o que é aquele documento, os envolvidos em sua elaboração e as dúvidas que a perícia vem responder.

Histórico

Assim como na clínica, nesta seção, a história do sujeito deve ser construída de maneira lógica e clara, seja cronológica ou não. Tal narrativa, no caso da perícia, usualmente não é apenas médica, voltando-se também para os eventos jurídicos relevantes. É importante distinguir, seja em subitens, seja destacando ao longo do texto, onde as informações que estão sendo relatadas foram obtidas, seja com o periciando em entrevista, com parentes e amigos, em documentos médicos, transcrições de depoimentos, oitivas, boletins de ocorrência ou outras partes do

processo, e assim por diante.

Constrói-se aqui uma história coerente que apresente o panorama geral do caso e detalhe o que for necessário, preparando o leitor do laudo para a Descrição.

Descrição

Classicamente, denominada o coração do laudo, é para muitos sua parte mais importante, já que nela o perito apoia boa parte de seu laudo, ao registrar tudo o que verifica com seus próprios olhos. O procedimento do *visum et repertum*, isto é, ver e repetir, traduz-se na Psiquiatria Forense na detalhada apresentação do exame psíquico do sujeito. Mesmo em casos em que interessa o estado psíquico do periciando num tempo passado, o exame atual pode ser relevante: apontando alterações crônicas ou a recuperação total, por exemplo, pode-se inferir tratar-se de um quadro antigo, no primeiro caso, ou de algo transitório ou cíclico, no segundo. O que não faz sentido é propor um exame psíquico do passado, já que este não pode ser verificado, salvo se houver fontes seguras de informação, como prontuários médicos antigos, depoimentos em juízo etc.

Neste espaço, devem ser incluídos os exames de propedêutica armada e complementares, tais como avaliação neuropsicológica e testes de personalidade.

Discussão

Enquanto a descrição é considerada o coração do laudo, a discussão pode ser comparada ao cérebro. Cotejando o que foi construído ao longo do Histórico com aquilo verificado na Descrição, um esforço reflexivo com embasamento teórico deve ser empreendido, para que assim sejam elaborados os diagnósticos, bem como justificadas técnica e cientificamente as suas implicações legais para o caso em questão. Etiopatogenia, fisiopatologia, cronologia, critérios diagnósticos formais, prognóstico, todas são informações que podem ser expostas para o melhor embasamento da Conclusão.

Conclusão

De forma sintética, aqui deve ser respondida a pergunta central feita ao perito, normalmente dizendo se há doença, qual é ela, e sua consequência para os atos *sub judice*.

Respostas aos Quesitos

As respostas idealmente são “sim” ou “não”. Se há necessidade de entrar em pormenores, o ideal é que estes estejam esmiuçados em outras seções, às quais o quesito deve remeter (“Ver Discussão”, ou “Ver Histórico”, por exemplo). Em nome da elegância, e dada a extrema facilidade advinda com os processadores de texto, sugere-se que as respostas sejam novamente apresentas, e não apenas suas respostas, facilitando o manuseio e consequente compreensão do laudo.

CONCLUSÃO

Uma das áreas da Psiquiatria em que existe maior disparidade entre o número de profissionais atuando e o número de profissionais estudando é provavelmente a Psiquiatria Forense. Talvez por ter sido negligenciada por muito tempo nos meios acadêmicos (ver o Capítulo 3, História da Psiquiatria Forense), existe hoje parco material bibliográfico para quem busca informações na área, além de uma escassez notória de cursos, vagas de residência médica e mesmo mestrados e doutorados na área. O mercado, no entanto, está cada vez mais carente de profissionais atuantes na área, por motivos que vão do crescimento do número de litígios à crescente atenção que a saúde mental recebe na vida das pessoas (ver Capítulos 1, Psiquiatria e Sociedade e 2, Psiquiatria e Direito. Esse desencontro cria o contexto atual, em que muitos profissionais atuam como psiquiatras forenses sem a oportunidade de se aprofundar no tema.

Retomando a distinção entre a arte e a ciência, essa situação de disparidade faz com que os peritos não raras vezes tenham o conhecimento científico necessário, mas careçam de fundamentos para exercer a arte de maneira mais fluida. O trabalho final não se torna necessariamente ruim (assim como dominar as regras também não garante a qualidade), mas sua execução fica sem dúvida mais truncada, lenta e dispendiosa do que o necessário.

Algumas das diretrizes aqui apresentadas são regras legais, outras são reflexo da prática do mercado, e algumas simples experiências bem-sucedidas derivadas do bom senso. Algumas delas são explícitas; outras, acordos tácitos. Mas são linhas gerais, aplicáveis na maioria das situações da vida real que ocorrerão para quem se dispuser a atuar no campo da Psiquiatria Forense, e segui-las ou não dependerá bastante das particularidades de cada caso.

Como em qualquer atividade humana coletiva, contudo, temos certeza de que explicitar linhas mestras, tornando-as conhecimento compartilhado com a comunidade de profissionais atuando no ramo, facilita o trabalho de todos, contribuindo com a Justiça e, em última análise, com a sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, DM O que é Psiquiatria Forense. São Paulo: Brasiliense, 2008.

Brasil. Código Civil – Lei no 10.406/2002. Diário Oficial da União, 2002.

Brasil. Código Penal – Lei no 2.848/1940. Diário Oficial da União, 1940.

CFM. Código de Ética Médica 2010.

Cremesp. Perito médico – Resolução do Cremesp orienta especialidades. *Jornal do Cremesp*. 2005; 219:14–15.

Taborda, JGV. Exame pericial psiquiátrico. In: Taborda JGV, Chalub M, Abdalla-Filho E, Jr., eds. *Psiquiatria Forense*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CAPÍTULO 5

Perícias em Direito Civil

Sergio Rachman

As grandes questões que se colocam para o psiquiatra que atua como perito em ações cíveis são duas. Primeiro, ele deve pesquisar se o indivíduo examinado sofre de algum transtorno mental que possa prejudicar seu entendimento acerca do significado de determinado ato da vida civil. Em seguida, caso seja constatada doença mental que não prejudique o entendimento, o perito deve considerar se o avaliado reúne condições de exercer conscientemente o ato da vida civil em análise em função desse entendimento (capacidade de autodeterminação). É importante que o psiquiatra forense mantenha sempre o foco nessas questões, porque não lhe cabe tecer comentários sobre quaisquer decisões de mérito na lide, que são de competência única e exclusiva do juiz de direito. Desvios do laudo pericial nesse sentido apenas contribuem para trazer dúvidas a respeito da imparcialidade do perito e fragilizar seu parecer técnico.

Tendo em mente essa pequena nota introdutória, passa-se a analisar o conceito de capacidade jurídica no que concerne à prática em Psiquiatria Forense. Em seguida, discutir-se-á a respeito dos atos jurídicos que se confundem com os atos da vida civil e trazem em seu bojo o elemento volitivo, para cuja compreensão são necessários conhecimentos externos ao Direito e próprios à Psiquiatria. O capítulo se encerra com considerações acerca da interdição, importante instituto do Direito Privado e de evidente interesse para o psiquiatra forense.

CAPACIDADE CIVIL

O Código Civil Brasileiro (Lei nº 10.406/2002) se inicia com a seguinte redação de seu primeiro parágrafo: "Toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil." Esse enunciado é uma consequência direta da atual ordem de direito que considera que "todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza" e que está positivada no *caput* do art. 5º da Constituição Federal. Como é do conhecimento geral, nem sempre todos os homens foram reconhecidos como detentores dos mesmos direitos; em tempos recentes, ainda havia escravos e as mulheres eram tidas como incapazes para certos atos. Esta situação felizmente não mais perdura em nossa sociedade, de modo que a capacidade de direito é garantida a todos os cidadãos brasileiros. Contudo, quando o indivíduo é considerado incapaz para certos atos, são impostas limitações na capacidade de fato com o propósito de resguardar seus interesses. É o caso dos menores de idade – que antes dos 16 anos de idade são absolutamente incapazes para exercer os atos da vida civil e entre os 16 e os 18 anos

são relativamente incapazes – e dos doentes mentais. A seguir, serão examinadas as redações dos incisos dos arts. 3º (incapacidade absoluta) e 4º (incapacidade relativa) do Código Civil que interessam ao psiquiatra forense:

Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

I – (…)

II – os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;

III – os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

Art. 4º São Incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer:

I – (…)

II – os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;

III – os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;

IV – os pródigos.

As condições mentais que levam à incapacidade variam enormemente em gravidade, podendo causar prejuízos de discernimento de leves a totais. Neste último caso, verifica-se incapacidade absoluta para os atos da vida civil; quando o prejuízo é parcial, tem-se incapacidade relativa. O *relativamente incapaz* pode praticar atos da vida civil, desde que assistido por seu representante legal, sob pena de anulabilidade (art. 171, I, do Código Civil). Certos atos, porém, pode praticar sem a assistência de seu representante legal – se para eles não tiver também o discernimento prejudicado – como ser testemunha (art. 228, I), aceitar mandato (art. 666), fazer testamento (art. 1.860, parágrafo único), exercer empregos públicos para os quais não for exigida a maioridade (art. 5º, parágrafo único, III), casar (art. 1.517), ser eleitor e celebrar contrato de trabalho.

Um aspecto importante na interpretação da lei é a compreensão dos termos nela empregados, cujos significados jurídicos não necessariamente coincidem plenamente com os significados médicos. É o caso das expressões "enfermidade mental", "deficiência mental", "viciados em tóxicos" e "excepcionais". Como a lei não define expressamente o que sejam, cabe ao médico perito apontar seu referencial para atribuir alguma dessas condições ao indivíduo no caso concreto.

O texto do art. 3º não deixa muitas dúvidas ao perito, dando a ele a possibilidade de reconhecer "enfermidades", que podem ser entendidas como doença ou transtorno mental, e "deficiência mental" (oligofrenia) como causas de incapacidade absoluta para os atos da vida civil. O art. 4º, por outro lado, deve ter a interpretação ampliada, já que uma mera interpretação gramatical faz supor que apenas os toxicômanos e os oligofrênicos poderiam ter a incapacidade parcial para os atos da vida civil. Evidentemente, não se trata de rol taxativo, tendo em vista a aplicação do princípio da intervenção mínima no direito de personalidade do doente mental associado à proteção do vulnerável. Nessa leitura, os deficientes mentais do inciso II são, na verdade, todos os doentes psiquiátricos com discernimento ou capacidade de determinação reduzidos.

É importante, também, observar que a incapacidade para os atos da vida civil pode ser permanente ou temporária. Exemplo da primeira hipótese é um indivíduo que

apresenta declínio cognitivo contínuo e inexorável, estando em fase terminal de sua doença. Por outro lado, a incapacidade temporária pode perfeitamente acontecer em doenças que são passíveis de tratamento, com recuperação do doente. É importante que esse aspecto seja apontado pelo perito, tendo em vista que uma eventual interdição pode ser interrompida pelo juiz de direito.

Cabe tecer algumas considerações a respeito da prodigalidade, que é elencada no art. 4º, IV, do CC como uma das hipóteses de incapacidade relativa. Caracteriza-se pela desordenada dilapidação do patrimônio, com gastos imoderados, como aponta Nestor Duarte. Não se trata de conceito psiquiátrico, mas determinação do sistema jurídico. O pródigo só passará à condição de relativamente incapaz depois de declarado tal, em sentença judicial de interdição, ensina Carlos Roberto Gonçalves. Ainda que alguns transtornos mentais possam ter como sintoma a prodigalidade – sejam quadros maníacos ou transtornos do impulso, por exemplo – se for esse o caso o periciando já não se enquadra no inciso IV, como pródigo, mas sim como portador de um transtorno mental.

Até aqui, foi abordado o aspecto volitivo do ato jurídico, que pode estar viciado em razão de doença mental. Essa não é, contudo, a única causa de vício da vontade, que pode ocorrer por erro, dolo, coação, estado de perigo e lesão (arts. 138 a 156 do CC). Essas causas de vício não são de interesse precípuo do psiquiatra, e sim de ordem eminentemente jurídica. Avaliaremos esse ponto de forma mais aprofundada a seguir.

ATOS JURÍDICOS E SEUS VÍCIOS

No entendimento de Thomas Marky, atos jurídicos são manifestações de vontade que visam à realização de determinadas consequências jurídicas. A simples leitura desse conceito permite concluir que qualquer ato jurídico que não tenha sido exercido com base em uma legítima manifestação de vontade é um ato viciado, passível de nulidade ou de anulabilidade. Como se pode observar no art. 166, I, do Código Civil Brasileiro: "É nulo o negócio jurídico quando celebrado por pessoa absolutamente incapaz." Nesse caso, o vício existente na origem do ato é tão grave que este, ao ser declarado nulo, não produz quaisquer efeitos desde a sua realização. Suponha, por exemplo, que um jovem de 15 anos de idade tenha assinado o contrato de locação de uma casa para passar as férias de fim de ano na companhia de sua família. Por ter sido celebrado por indivíduo absolutamente incapaz, o contrato em questão é nulo. Por outro lado, segundo Nestor Duarte, quando ocorre realização de ato jurídico por relativamente incapaz, este é anulável, o que implica dizer que pode ser confirmado ou ratificado pelas partes e seu desfazimento depende da iniciativa do interessado.

Além da celebração de contratos, outros atos da vida civil relevantes são o casamento e a disposição de bens em testamento. A determinação da capacidade civil também é importante por determinar se um indivíduo pode ser responsabilizado civilmente por algum dano. Cada um desses institutos jurídicos será a seguir exemplificado em pequenos casos práticos.

Contratos

Caso Prático 1

Homem com 40 anos de idade, que estudou até a 4ª série do ensino fundamental e tem dificuldades com a leitura, assinou há 2 anos um contrato de compra e venda de um apartamento "na planta". Na época, ficou muito entusiasmado com o negócio, já que o corretor lhe havia dito que o apartamento depois de pronto teria valor pelo menos 50% acima do inicial e que, assim, poderia ter excelente lucro com a venda futura do bem. Há 4 meses, o comprador resolveu se desfazer de seu investimento e descobriu que a construtora estava vendendo apartamentos similares com 30% de desconto, e, portanto, concorrendo com a venda de seu próprio. Sente-se lesado por acreditar que essa conduta fosse vedada pelo contrato. Para piorar sua situação, as parcelas do financiamento imobiliário estão subindo muito e ele passa a ter dificuldade de pagá-las, possibilidade que, em nenhum momento, o corretor havia mencionado. Resolve, então, ingressar com ação na Justiça para anular o contrato com a construtora, alegando que tem prejuízo cognitivo.

O exame deste caso traz a seguinte reflexão: quais as causas que ensejam a nulidade de um contrato? E dessas, quais são de importância em Psiquiatria Forense?

O Código Civil traz em seus artigos 138 a 165 várias modalidades de vícios do negócio jurídico que comprometem sua validade, como erro ou ignorância, dolo, coação e lesão. Todos esses são conceitos jurídicos e não dizem respeito diretamente ao psiquiatra. Podemos explicitar essas condições com as seguintes perguntas acerca das condições em que o negócio foi celebrado:

- Erro: o contratante não sabia da natureza do contrato?
- Dolo: o vendedor agiu com má-fé quando garantiu ao comprador que este teria lucros irreais?
- Coação: o vendedor coagiu o comprador a assumir as obrigações contratuais?
- Lesão: o indivíduo assinou contrato manifestamente desfavorável por conta de necessidade?

Voltando ao caso do comprador de imóvel "na planta" que quer ver o contrato anulado, o psiquiatra que o avalia poderia se sentir tentado a analisar se ele foi enganado por um corretor inescrupuloso, o que consistiria claramente num desvio da finalidade da avaliação pericial, tendo em vista que tal questão é discutida no âmbito jurídico, e não médico-psiquiátrico. A contribuição do psiquiatra ao operador de direito é a avaliação da existência de doença ou deficiência mental que torne o contratante absoluta ou relativamente incapaz para aquele ato, ensejando sua nulidade ou anulabilidade (arts. 166, I, e 171, I, do Código Civil).

Sendo assim, propomos o seguinte roteiro norteador da perícia psiquiátrica (Figura 5-1):

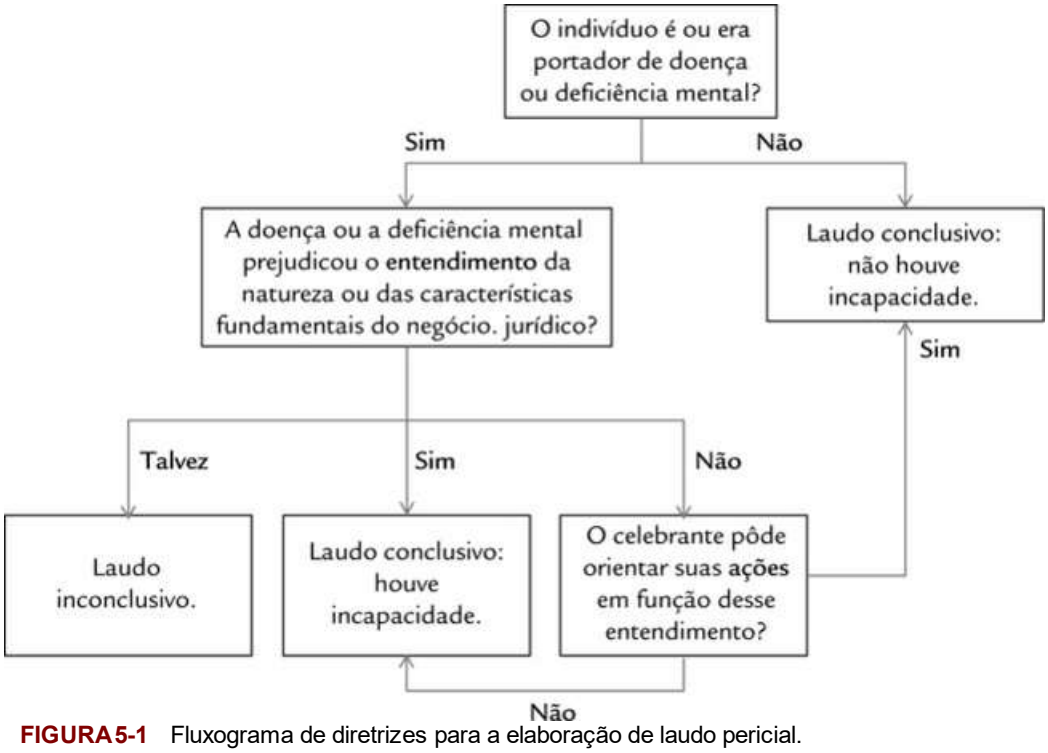

FIGURA 5-1 Fluxograma de diretrizes para a elaboração de laudo pericial.

Responsabilidade Civil

Caso Prático 2

Homem com 35 anos de idade, diagnosticado com transtorno bipolar do humor há 10 anos, causa acidente automobilístico em importante via de São Paulo ao trafegar pela contramão. Por sorte, ninguém é ferido, mas há grandes prejuízos materiais, já que dois carros atingidos tiveram perda total. Ao ser abordado pela patrulha, o condutor demonstra extrema agressividade e fere um dos policiais. É, então, encaminhado a um hospital psiquiátrico, onde é sedado, recebendo alta após 3 semanas, com a estabilização do quadro. As vítimas do acidente ajuízam ação pedindo reparação de danos materiais. O réu afirma que não tem lembrança do ocorrido e que estava fora de seu juízo normal. O psiquiatra assistente afirma nos autos que seu paciente havia interrompido o tratamento medicamentoso 6 meses antes, porque não concordava com seu diagnóstico de doente mental.

Usamos esse caso prático para introduzir ao leitor o conceito de responsabilidade civil. Apresentamos ainda a redação dos arts. 186 e 927 do Código Civil:

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 927. Aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.

Quando se aborda o tema da responsabilidade civil, a questão nuclear é a reparação

do dano, que pode ser material ou moral, e normalmente realizada por meio de indenização, com a entrega de um determinado valor em dinheiro para a parte prejudicada. Esse instituto jurídico interessa ao psiquiatra forense, porque a incapacidade do autor do dano tem repercussões na aplicação da lei. Continuando a leitura do Código Civil:

Art. 928. O incapaz responde pelos prejuízos que causar, se as pessoas por ele responsáveis não tiverem obrigação de fazê-lo ou não dispuserem de meios suficientes.

Suponha um menor de 15 anos de idade que agride um desconhecido na rua e o deixa com graves sequelas. Do ponto de vista do Direito Penal, não se pode falar em crime, pois o autor da agressão é incapaz e, portanto, inimputável. Contudo, isso não implica que os danos não devam ser reparados, em princípio pelos genitores do menor ou, nas hipóteses do art. 928, pelo próprio incapaz.

Uma classificação importante é aquela que separa a responsabilidade civil em objetiva e subjetiva. A primeira é aquela que ocorre sem a necessidade da comprovação de culpa do agente, como explicitado no parágrafo único do art. 927 do Código Civil. Há jurisprudência (decisões de Tribunais) que estabelece essa modalidade de responsabilidade civil para o cirurgião plástico que executa intervenção estética com maus resultados, o que implica a obrigação de indenizar ainda que não tenha ocorrido de sua parte imperícia, imprudência ou negligência. A outra modalidade de responsabilidade civil é a subjetiva, que apenas ocorre quando há culpa. Para que esta se verifique, evidentemente, é necessário que o agente seja capaz.

Retornando ao caso prático 2, parece que o motorista efetivamente sofria de quadro psiquiátrico grave por ocasião do acidente, o que seria fator excludente de culpa. No entanto, há um elemento adicional: o indivíduo poderia ser responsabilizado pelos danos, tendo em vista que abandonou o tratamento psiquiátrico 6 meses antes, e com isso assumiria as consequências decorrentes dessa decisão? Ou será que o abandono e a não aceitação do diagnóstico são decorrentes da falta de crítica sobre seu estado mórbido, e, portanto, explicáveis pela própria doença? Como se percebe, a discussão em torno da capacidade e do livre-arbítrio é complexa, e certamente não pode ser esgotada em algumas páginas introdutórias ao tema (ver Capítulo 16, Livre-arbítrio e Direito).

Casamento

O Código Civil Brasileiro diferencia casamento nulo de casamento anulável. O primeiro está previsto no art. 1.548, que diz que é nulo o casamento contraído pelo enfermo mental sem o necessário discernimento dos atos da vida civil. Trata-se do absolutamente incapaz referido no art. 3º e já previamente discutido neste capítulo. Quando contraído pelo relativamente incapaz, tem-se que o casamento é anulável, conforme disposto no art. 1.550, IV. do CC (“é anulável o casamento do incapaz de consentir ou manifestar, de modo inequívoco, o consentimento”).

Essa distinção é importante pelo fato de gerar consequências jurídicas. Sendo o casamento nulo, não produz nenhum efeito e pode ser contestado na justiça por qualquer indivíduo a qualquer momento, não existindo prazo para a prescrição ou possibilidade de ser convalidado (declarado válido). O casamento anulável, por outro

lado, produz efeitos e só pode ser invalidado após a parte prejudicada acionar a Justiça, dentro do prazo prescricional estabelecido em lei. Com a extinção deste ou a ratificação dos interessados, o casamento é convalidado.

Pode o psiquiatra forense também ser requerido quando um cônjuge pede a anulação do casamento por motivo de doença no outro, conforme prevê a lei:

Art. 1.556. O casamento pode ser anulado (…) se houve por parte de um dos nubentes, ao consentir, erro essencial quanto à pessoa do outro.

Art. 1.557. Considera-se erro essencial sobre a pessoa do outro cônjuge:

(…)

IV – a ignorância, anterior ao casamento, de doença mental grave que, por sua natureza, torne insuportável a vida em comum ao cônjuge enganado.

A perícia pode, assim, se prestar a determinar se existe ou não uma doença mental no cônjuge, se ela é grave, e – ainda que seja algo subjetivo – se ela realmente tem a capacidade de tornar insuportável a convivência.

Testamento

Caso Prático 3

Testamento de homem falecido há 1 ano é questionado na Justiça. O *de cujus* (pessoa que deixou o testamento) estava com 82 anos de idade quando registrou o documento em cartório, tendo manifestado sua vontade de destinar metade de seus bens, no valor de US$ 5 milhões, à sua acompanhante, 50 anos mais jovem. Os dois haviam se conhecido quando o testador estava com 81 anos, sendo que, anteriormente, a testamentária era modelo e havia sido capa de revistas masculinas. Não há quaisquer notícias de que o falecido tenha se submetido a tratamentos psiquiátricos e seu médico particular, clínico geral, afirma que não havia percebido nenhum sinal de demência e que seu paciente faleceu em decorrência de um infarto agudo do miocárdio. Como antecedentes clínicos, era portador de hipertensão arterial e de diabetes, adequadamente tratados segundo o médico. A família do falecido ingressa com uma ação na Justiça questionando a validade do testamento com base em suposta insanidade mental do falecido.

Há uma frase bastante repetida por advogados civilistas que diz: "Para acabar com amor, casamento; para acabar com amizade, sociedade; para acabar com família, sucessão." Como a prática desses profissionais mostra, testamentos tendem a ser contestados, muitas vezes de forma a mostrar toda a desagregação familiar que se agrava após o falecimento de um ente querido, ou nem tanto. As regras que se aplicam à análise da validade de um negócio jurídico senso lato também valem para o testamento, com a singularidade de que a lei não faz distinção entre incapacidade absoluta e relativa para o ato de testar, cujo requisito é possuir "pleno discernimento" (art. 1.860 do Código Civil). Outra peculiaridade é o fato de, na maior parte das vezes, o testador já se encontrar falecido por ocasião do eventual questionamento em juízo da validade do testamento. Nesses casos, faz-se necessária a realização de perícia indireta, ou seja, sem o exame direto do requerido. Tal é a situação que se apresenta no caso prático 3, em que o perito, para a elaboração do laudo, deverá se basear em

documentos deixados pelo falecido, além de recolher a maior quantidade possível de informações em prontuários médicos, relatos de pessoas que conviveram com o testador e tudo o que puder fornecer indícios do estado mental do *de cujus* na época em que o documento foi escrito.

Evidentemente, o perito deve abster-se de julgamentos morais e concentrar seu trabalho unicamente nas evidências médicas. O fato de alguém deixar seu patrimônio para outra pessoa muito mais jovem, com quem manteve relacionamento amoroso, não é por si evidência de quadro demencial ou de que a vontade tenha sido manipulada. Dependendo de convicções morais do perito, suas conclusões podem restar enviesadas.

INTERDIÇÃO

A interdição judicial é posta em questão sempre que determinada pessoa tiver sua capacidade para exercer os atos da vida civil colocada em dúvida. Trata-se de medida que tem como objetivo proteger os interesses do incapaz, que passará a ter curador que irá representá-lo nos atos da vida civil em caso de incapacidade absoluta ou assisti-lo nas hipóteses de incapacidade relativa. A curatela é sempre deferida pelo juiz em um processo de interdição, e o laudo pericial médico-psiquiátrico é prova fundamental no processo sempre que este tiver como fundamento a alienação mental do interditando.

O procedimento de interdição pode ser proposto por parentes do indivíduo e, caso estes não o façam, ou tratando-se de doença mental grave, o Ministério Público também poderá dar início ao processo (arts. 1.768 e 1.769 do Código Civil). Os atos praticados pelo interditado depois da sentença de interdição são nulos ou anuláveis, conforme ele tenha sido considerado absoluta ou relativamente incapaz, sem qualquer dependência de provas posteriores de efetiva insanidade, cuja pressuposição é consequência daquela decisão. Evidentemente, é possível invalidar ato negocial praticado por alienado mental antes da sua interdição, desde que se comprove a existência de sua alienação por ocasião da efetivação daquele ato, como bem lembra Maria Helena Diniz.

É muito importante que o laudo pericial que instrui o procedimento seja o mais completo possível no que se refere ao estado psíquico do interditando, apontando a extensão de suas limitações mentais, de modo a permitir ao juiz a determinação dos limites da curatela nos casos de incapacidade relativa, dentro do que preceitua o art. 1.772 do Código Civil:

> *"Pronunciada a interdição (…), o juiz assinará, segundo o estado ou o desenvolvimento mental do interdito, os limites da curatela, que poderão circunscrever-se às restrições constantes do art. 1.782 [que se refere aos pródigos]".*

Caso o perito reconheça total prejuízo de entendimento de realidade, a medida que se impõe é a declaração de incapacidade absoluta para os atos da civil. Outro ponto que o perito deve desenvolver no laudo é se a doença que trouxe a alteração do entendimento de realidade é passível de cura ou tratamento, de modo que exista possibilidade futura de a interdição ser cessada.

O psiquiatra também poderá ser contratado como assistente técnico para atuar

defendendo os interesses do interditando ou daqueles que pleiteiam a interdição, cabendo-lhe ajudar os interessados a trazer novas provas ao processo e posicionar-se frente ao laudo pericial, manifestando sua concordância ou contestando seus aspectos técnico-científicos.

CONCLUSÃO

O psiquiatra pode desempenhar atividade pericial em uma grande quantidade de situações dentro do âmbito do Direito Civil, sendo as principais a contestação da validade de determinado ato jurídico e o procedimento de interdição judicial. Independentemente dos fatos jurídicos relativos ao processo em que está atuando, as questões que o psiquiatra deve responder são quase sempre as mesmas: se o avaliando apresenta ou apresentou doença ou alteração do desenvolvimento mental e, caso positivo, se esta provoca ou provocou alteração do entendimento da realidade ou da capacidade de autodeterminação que tragam invalidade dos atos jurídicos. Se o psiquiatra tiver essas questões bastante claras em mente, com o uso de seu conhecimento científico e de adequado exame do avaliado, não perderá o foco da função para a qual foi designado e saberá dar sua contribuição especializada à Justiça.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil.

BRASIL. Lei no 10.406/2002. Código Civil.

Coelho, FUCurso de Direito Civil 1 − Parte Geral. São Paulo: Saraiva, 2012.

Diniz, MHCurso de Direito Civil Brasileiro. São Paulo: Saraiva, 2010.

Gonçalves, RCDireito Civil Brasileiro 1 – Parte Geral. São Paulo: Saraiva, 2012.

Marky, TCurso elementar de Direito Romano. São Paulo: Saraiva, 2007.

Monteiro, WB, Silva, RBTCurso de Direito Civil 2 – Direito de Família. São Paulo: Saraiva, 2010.

Peluso C (org.). Código Civil comentado – doutrina e jurisprudência. Manole, 2013.

Taborda, JGV, Chalub, M, Abdalla-Filho, EPsiquiatria Forense. São Paulo: Artmed, 2004.

CAPÍTULO 6

Perícias em Direito Criminal

Licia Milena de Oliveira, Paula Carolina Campozan and Gustavo Bonini Castellana

INTRODUÇÃO

O psiquiatra forense pode atuar em todas as fases de um processo criminal, sempre que houver suspeita sobre a sanidade mental do agente.

Na fase de investigação policial, se algum crime possui características atípicas ou no inquérito policial suspeita-se que o agente apresente algum transtorno mental, o psiquiatra pode ser convocado para tentar esclarecer o comportamento alterado do indivíduo.

Já na fase processual, atua como auxiliar na aplicação da justiça, toda vez que for aberto um incidente de sanidade mental, novamente quando há dúvidas acerca da sanidade mental do agente. O psiquiatra estabelece se, no momento da ação ou omissão (infração), o autor sofria de algum transtorno mental capaz de lhe privar da capacidade de entender o caráter ilícito do fato, ainda que parcialmente, e de se determinar de acordo com esse entendimento, subsidiando a justiça, amparado pelos conhecimentos científicos, na decisão sobre a imputabilidade penal.

Na fase de execução penal o psiquiatra forense pode atuar em sentenciados, realizando o exame criminológico, exames de cessação de periculosidade e de superveniência de doença mental.

Assim, pode-se dizer que são funções do psiquiatra forense, nas ações criminais:

- Verificação da imputabilidade nos incidentes de insanidade mental.
- Verificação da imputabilidade nos incidentes de farmacodependência.
- Exames de cessação de periculosidade nos sentenciados à medida de segurança.
- Exames de superveniência de doença mental.
- Avaliação de transtornos mentais em casos de lesões corporais e crimes sexuais.

INFRAÇÃO PENAL

Uma infração penal ocorre quando uma pessoa pratica qualquer conduta descrita na lei (Código Penal – CP – ou na Lei de Contravenções Penais – LCP-) e, com isso, ofende bens vitais da sociedade e do indivíduo, que merecem proteção legal exatamente em razão de sua importância social.

A legislação brasileira define duas espécies de infração penal: crime (sinônimo de delito) e contravenção. Os conceitos são bem parecidos, diferenciando-se apenas na gravidade da conduta e no tipo de sanção ou pena.

Com relação à gravidade da conduta, os crimes são infrações mais graves, e são

punidos com reclusão (regime fechado) ou detenção (regime de semiliberdade). As contravenções, por sua vez, correspondem às infrações mais brandas, sendo puníveis com prisão simples (regime aberto ou semiaberto, não superior a 5 anos) ou pagamento de multa, e não são cumpridas em regime fechado.

IMPUTABILIDADE

Após a configuração do fato em infração penal, há necessidade de verificar a imputabilidade do indivíduo que o cometeu, que na prática é quase sempre presumida.

Imputabilidade é um conceito jurídico, constante do Direito Penal, que corresponde à capacidade que tem o indivíduo que praticou uma infração de ser chamado à responsabilidade penal (responder pela infração cometida).

Somente depois de avaliada a imputabilidade do agente é que se pode falar em culpabilidade, já que aquela é um pré-requisito desta.

Uma definição didática diz que a imputabilidade é prévia ao crime (a capacidade de entendimento ou determinação está ou não preservada antes do ilícito penal); a responsabilidade é concomitante ao crime; e a culpabilidade é posterior (uma vez que depende das duas primeiras).

Do ponto de vista psiquiátrico, a classificação do agente em imputável ou inimputável dependerá da capacidade de entendimento e de autodeterminação do indivíduo. Capacidade de entendimento é a condição psíquica de compreender que existem leis e condenações para certos tipos de atitudes que são reprovadas pela sociedade. Basear-se-á essencialmente na esfera cognitiva, que permite ao indivíduo o adequado julgamento das informações de que dispõe.

Já a capacidade de autodeterminação está relacionada à esfera volitiva, responsável pelo planejamento, deliberação e execução de um ato a partir destas informações, e influenciará o controle das ações do indivíduo diante de uma determinada situação.

Existem basicamente duas situações que configuram inimputabilidade: a menoridade (descrita no artigo 27 do CP, classificando todos os menores de 18 anos em inimputáveis), e a doença mental (constante no artigo 26 do CP). Apesar de ser um conceito jurídico, no segundo caso a imputabilidade terá sua fundamentação pelos elementos psíquicos.

Aqui, importante destacar que mesmo que haja uma doença mental, faz-se necessário estabelecer o nexo causal, que preconiza que não há necessariamente uma relação do estado mental do agente e sua conduta criminosa. Deve ser analisado se o delito foi consequência direta de uma patologia mental ativa, que privou a capacidade de entendimento e /ou determinação do agente.

Para a análise do referido nexo, a lei brasileira adota o critério biopsicológico. É preciso que o indivíduo não só apresente alguma doença mental (critério biológico), mas também que exista prova de que tal transtorno realmente afetou a capacidade de compreensão do caráter ilícito do fato ou de sua determinação de acordo com tal entendimento (critério psicológico).

Portanto, para que se satisfaça o critério biopsicológico, é preciso que ocorram três coisas:

- Transtorno mental, caracterizado por doença mental, perturbação da saúde mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado (serão diferenciados abaixo).
- Prejuízo na capacidade de entendimento do caráter ilícito do fato, ou da capacidade de se autodeterminar de acordo com esse entendimento.
- Nexo causal, ou seja, que o transtorno mental tenha sido a causa do prejuízo no entendimento ou autodeterminação no momento da infração penal.

No Brasil existe, ainda, uma possibilidade de responsabilidade parcial sobre os atos do sujeito, que é a semi-imputabilidade. Um indivíduo pode ser considerado semi-imputável, e ter sua pena reduzida de um a dois terços, se for evidenciado em perícia que o mesmo, na época da infração penal, apresentava reduzida a sua capacidade de entendimento ou de autodeterminação. Eventualmente, pode ter a pena substituída por medida de segurança, se em seu caso existir tratamento.

Abordaremos a seguir os artigos do CP que estabelecem os limites e os modificadores da responsabilidade penal, de importância para a perícia psiquiátrica.

"Art. 26 – É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único – A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento".

No âmbito jurídico, doença mental é todo transtorno mental grave, que cursa com alteração do juízo de realidade, o que usualmente – mas não de forma exclusiva – corresponde às psicoses e demências.

A perturbação da saúde mental, neste contexto, se aplica aos demais transtornos mentais. Correspondem a todos os transtornos de humor, transtornos ansiosos, transtornos de personalidade e do impulso etc., que não cursem com alteração do juízo nem autocontrole. Atualmente, os transtornos associados ao uso de substâncias são tratados em lei específica, discutida a seguir.

Desenvolvimento mental incompleto corresponde àqueles que, ainda que não apresentem retardo mental, funcionam como tais devido às condições precárias de desenvolvimento, sendo privados da instrução mínima necessária para o entendimento da ilicitude do ato criminal. Ainda que cada vez mais raros no país, em zonas rurais tais casos ainda são questionados ao psiquiatra forense para esclarecimento quanto à capacidade de entendimento e autodeterminação.

Desenvolvimento mental retardado é a denominação para retardo mental, em todos os seus níveis.

"Art. 27 – Os menores de 18 (dezoito) anos são penalmente inimputáveis, ficando sujeitos às normas estabelecidas na legislação especial".

Neste artigo o código estabeleceu uma presunção absoluta de inimputabilidade, decorrente da menoridade do autor da infração. Não está em questão se ele possuía ou não condições mentais de entender a ilicitude do ato ou de se determinar de acordo com tal entendimento. Assim, não pode ser punido na forma da lei penal, ficando sujeito à proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente, que lhe impõe medidas

socioeducativas.

"Art. 28 – Não excluem a imputabilidade penal:

I– *a emoção ou a paixão;*

II– *a embriaguez, voluntária ou culposa, pelo álcool ou substância de efeitos análogos.*

§ *1º --É isento de pena o agente que, por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.*

§ *2º – A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, por embriaguez, proveniente de caso fortuito ou força maior, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento".*

A emoção é uma alteração súbita e arrebatadora do afeto do indivíduo, bastante efêmera, desaparecendo com a mesma rapidez com que surgiu (susto, raiva, alegria). Paixão é um desenvolvimento mais lento, que gradativamente vai alterar o afeto do indivíduo, porém de maneira duradoura (amor, ódio). Nenhum desses estados de espírito fundamenta a inimputabilidade do autor. No entanto, emoção ou paixão podem afetar a dosimetria da pena, como atenuação da mesma em casos de crime cometido "sob influência de violenta emoção, provocada por ato injusto da vítima", conforme previsto no artigo 65 do CP.

A embriaguez é a perda total ou parcial da capacidade de entendimento ou de autodeterminação em razão do uso de substância psicoativa ("álcool ou substância de efeitos análogos" nos termos da lei, ampliando o conceito de embriaguez para o efeito causado por qualquer substância psicoativa, lícita ou ilícita).

Embriaguez voluntária é aquela em que a pessoa está intencionada a embriagar-se. Faz uso do álcool ou outra droga com o desejo de alterar seu estado mental, ou sabendo que a embriaguez irá ocorrer. Embriaguez culposa é aquela, em que o agente "embriaga-se sem que este fosse seu objetivo".

Tanto a embriaguez voluntária quanto a culposa não servem como causa ao reconhecimento da inimputabilidade.

Já a embriaguez preordenada é a espécie de embriaguez voluntária, em que o sujeito altera sua sobriedade, propositadamente, com intensão de cometer determinada infração. Aplica-se, neste caso, a teoria do *actio libera in causa (ação livre na sua causa),* que desloca a avaliação da capacidade de entendimento e autodeterminação do indivíduo para o instante em que ele optou pelo ato criminal, ou seja, antes da ingestão da substância psicoativa. Uma vez provada a embriaguez preordenada, o agente, além de responder por crime doloso, terá a pena agravada.

Embriaguez fortuita é aquela que ocorre de forma acidental, em que o indivíduo desconhece que a substância produz tal efeito. Como exemplo, podemos citar o uso de uma bebida acrescida de substância psicoativa (popularmente nomeada de "boa noite cinderela"), sem o conhecimento da vítima. Neste caso, o agente fez uso de substância psicoativa de forma voluntária – e não coagido, mas a embriaguez foi decorrente de uma situação que escapava a seu conhecimento e controle.

Já nos casos de força maior, ocorre uma embriaguez consequente de uma coação, causada por terceiros. Exemplo comum é o que acontece durante os "trotes"

universitários, em que os veteranos impõem aos recém-ingressados a ingerirem bebida alcoólica. A embriaguez decorrente de caso fortuito ou de força maior pode resultar em inimputabilidade ou semi-imputabilidade, a depender do grau de comprometimento da capacidade de entendimento do caráter ilícito do fato cometido e de autodeterminação.

Em 2006 foi promulgada a Lei 11.343, mais conhecida como "Lei de Drogas (LD)". Veio basicamente com os mesmos preceitos de inimputabilidade e semi-imputabilidade descritos no CP. A grande novidade dessa normativa foi a ampliação da aplicação desses preceitos para qualquer ilícito penal, e não só os relacionados ao tráfico, como faziam as leis anteriores que tratavam desse mesmo assunto. Trata-se de uma questão polêmica e muitos questionam a necessidade dessa ampliação, já que pode vir a beneficiar criminosos comuns que costumam agir sob efeito de substâncias psicoativas.

Associando-se às prerrogativas do CP, a LD em seu artigo 45 afirma que "é isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica proveniente de caso fortuito ou de força maior, era, ao tempo da ação ou da omissão, qualquer que tenha sido a infração praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com este entendimento". Ainda de forma análoga ao CP, o artigo 46 afirma que: "as penas podem ser reduzidas de um terço a dois terços se, por força das circunstâncias previstas no art. 45 desta Lei, o agente não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento."

Ressalte-se que a LD trata, no entanto, apenas das drogas ilícitas, sendo que as drogas lícitas (álcool, benzodiazepínicos, cafeína e tabaco) serão enquadradas no artigo 26. Na prática, o trabalho do perito terá os mesmo objetivos das demais perícias criminais, devendo responder se há dependência e, na presença desta, se houve prejuízo das capacidades de entendimento (raro nestes casos) e principalmente autodeterminação, estabelecendo o nexo com o crime cometido, mantendo assim a utilização do critério biopsicológico.

MEDIDA DE SEGURANÇA

Prevista no artigo 97 do CP, a medida de segurança é aplicada aos indivíduos que cometeram algum ilícito penal, mas que, por apresentarem transtorno mental, não podem responder por ele. Embora a sua duração seja basicamente definida na periculosidade (portanto, por meio de critérios médicos), o regime a ser instituído (internação ou ambulatorial) é definido pela gravidade do ilícito penal (internação para crimes puníveis com reclusão e ambulatorial para crimes puníveis com detenção). Tal medida sabidamente não é ideal, já que nem sempre há uma ligação entre a gravidade do crime com o quadro clínico de quem o cometeu.

Assim, aplica-se a pena ao imputável e a medida de segurança ao inimputável. O semi-imputável pode receber qualquer das duas, a depender do caso. As penas têm natureza punitiva e preventiva; as medidas de segurança são idealmente preventivas. Além disso, as penas são proporcionais à gravidade da infração, enquanto as medidas

de segurança perduram até que seja cessada a periculosidade do agente, verificada mediante perícia médica, que deve ser realizada anualmente ou a qualquer que o juiz considerar necessário. Finalmente, as penas são por tempo determinado, e as medidas de segurança não possuem prazo definido. Esse aspecto é controverso, contudo, pois o Supremo Tribunal Federal já se manifestou contra a possibilidade de a medida de segurança ultrapassar o prazo máximo de detenção previsto no Brasil, de 30 anos.

Com relação ao prazo mínimo de 1 ano de medida, vale lembra que ele consta de uma lei que vem de antes do desenvolvimento da psicofarmacologia. Assim, atualmente ele serve para que, no mínimo a partir desse lapso temporal o juiz determine a perícia; daí por diante ela pode ser repetida a qualquer momento, após o prazo mínimo, mas antes disso poderá ser realizado por intervenção do Ministério Público ou do interessado.

Nos casos de semi-imputabilidade ou superveniência de doença mental, a pena pode ser substituída por medida de segurança. A medida de segurança também pode ser alterada de tratamento ambulatorial para internação, caso se comprove necessário tratamento em regime hospitalar.

Antes da reforma do Código Penal, em 1984, era adotado no Brasil o sistema do duplo binário, pelo qual, o juiz poderia aplicar pena e medida de segurança simultaneamente. Com tal reforma, adotou-se o sistema vicariante (ou unitário), pelo qual, o juiz deverá aplicar ou uma pena, por meio de sentença condenatória, ou então, uma medida de segurança.

AVALIAÇÃO DE PERICULOSIDADE

A avaliação de periculosidade em direito penal, toma como indícios a prática de um crime, ou seja, é pós-delitiva, não podendo ser avaliada como uma possibilidade de cometer um suposto delito. A função do perito psiquiatra é dar seu parecer relativo à probabilidade de o indivíduo vir a cometer novamente o mesmo tipo de delito ou outro qualquer, considerando apenas a sua patologia mental.

SUPERVENIÊNCIA DE DOENÇA MENTAL

A superveniência de doença mental ocorre quando os sintomas de uma patologia mental se iniciam após a prática da infração, não apresentando nexo causal com a mesma. Pode ocorrer enquanto o réu aguarda julgamento ou durante o cumprimento da pena, após ter sido condenado.

> *Código Penal, Art. 41 – O condenado a quem sobrevém doença mental deve ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, a outro estabelecimento adequado.*

A lei não permite que o sentenciado que desenvolva um transtorno mental continue no estabelecimento penal a que foi recolhido, devendo necessariamente ser transferido para hospital de custódia e tratamento psiquiátrico – onde infelizmente é regra não haver vaga, inviabilizando o cumprimento da lei.

Nos casos de superveniência de doença mental, a medida de segurança não poderá ter prazo mais longo do que a pena original. O período que o condenado passa a

cumprir em hospital psiquiátrico é descontado de sua pena instituída. Após melhora da patologia mental, o preso retorna ao estabelecimento prisional comum.

EXAME CRIMINOLÓGICO

A função do exame criminológico seria a de individualizar a pena e também avaliar se o preso apresentaria condições para mudar de regime – por exemplo, ir da prisão para a semiliberdade. Ele parte do princípio algo temerário de que é possível antever, com algum grau de segurança, se o condenado está ressocializado, se tem riscos significativos de fuga ou reincidência criminal. O psiquiatra, a rigor, não deve se arriscar em palpites infundados, mantendo sua atuação nos limites de sua *expertise*, atestando a presença ou não de doença mental.

Tal exame foi instituído pela Lei de Execução Penal de 1984, e proposto para ser executado sempre em equipe, com psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais do Sistema Prisional. Como a sua realização na prática acabava sempre enfrentando problemas tanto burocráticos como de logística e falta de recursos humanos, em 2003 sua obrigatoriedade foi extinta, sendo contudo defeso aos juízes requerer ou não sua aplicação.

Novamente, cabe ao psiquiatra única e exclusivamente realizar seu parecer baseado em seu conhecimento específico, informando à justiça sobre possíveis patologias mentais e suas consequências para progressão ou não de regime.

CRIMES SEXUAIS

A definição de crimes sexuais é bastante complexa, já que engloba tanto os atos ilícitos de cunho sexual que estejam tipificados em leis próprias, como crimes não diretamente relacionados ao ato sexual em si, mas que tenham como objetivo uma satisfação de caráter sexual (como, por exemplo, a invasão de privacidade, que pode ser considerada um crime simples, mas também poderia ser um crime sexual se comprovado que foi motivado sexualmente, como nos casos de *voyeurismo).*

Existem dois tipos de criminosos sexuais: os situacionais e os preferenciais. Os criminosos sexuais situacionais são aqueles sem história de transtorno psiquiátrico que, devido a alguma situação peculiar a que foram expostos, tiveram dificuldade em controlar seus impulsos, que não surgiriam caso essa situação propícia não ocorresse. Exemplo típico são os crimes sexuais que ocorrem na cadeia, diante de longos períodos de encarceramento.

Já os criminosos sexuais preferenciais são aqueles que, em situações normais, mesmo com opção de satisfação sexual por meios lícitos, o fazem por meio de delitos.

Por ser um crime que normalmente suscita repúdio, o perito deve ter ainda mais claro seu papel nesse caso, restringindo-se a avaliar a presença ou não de transtorno mental e sua relação com o crime, não permitindo que juízos de valor interfiram em sua conclusão pericial.

Os crimes sexuais historicamente eram classificados como “Crimes Contra os Costumes” no Código Penal. No ano de 2009, entretanto, a Lei nº 12.015 modificou o Título VI da Parte Especial do Código Penal de 1940, e atualmente eles são designados

como “Crimes Contra a Dignidade Sexual”.

Na nova lei o crime de estupro recebeu nova conceituação, enquanto o delito de atentado violento ao pudor foi revogado pelo artigo 7º.

De acordo com o texto atual, estupro é:

“Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”.

Até então, só era passível de condenação por estupro a pessoa que forçasse uma mulher estabelecer coito vaginal com o uso de violência ou grave ameaça. Por outro lado, atentado violento ao pudor era o crime de constranger alguém, também se utilizando de violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se praticasse ato libidinoso que não a conjunção carnal. O presente texto da lei deixa evidente que todos esses são estupro, sendo possível que seja praticado tanto por homens quanto por mulheres.

A lei ainda acrescentou o art. 217-A, que define o tipo penal “Estupro de vulnerável”, assim definido: “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos”.

§ 1° – “Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no caput com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência”.

Assim, quando a vítima apresentar enfermidade (entenda-se aqui qualquer transtorno mental) ou deficiência mental (sinônimo de retardo mental) que a prive da capacidade de discernimento para a prática do ato sexual, estará caracterizado estupro de vulnerável, e o agente responderá a este crime especificamente, com pena diferenciada em relação ao estupro.

Portanto, para a adequada tipificação do crime na Justiça, o perito deverá, diante da avaliação da vítima, evitar manifestar-se pelos indícios de violência ou grave ameaça que caracterizariam o estupro, e para o qual não é necessária avaliação psiquiátrica, mas sim médico-legal; ao contrário, o perito psiquiatra deverá manifestar-se exclusivamente em relação à capacidade de discernimento da vítima de estupro, e esta será abordada no capítulo 10, referente a “Perícias na infância e adolescência”.

CONCLUSÃO

As perícias criminais são o berço da Psiquiatria Forense. Foi da dúvida jurídica quanto à capacidade de um criminoso responder o ato cometido que surgiu a necessidade do trabalho dos psiquiatras no esclarecimento à Justiça. Em última análise, pode-se dizer que as perícias criminais fomentaram não só o desenvolvimento da especialidade psiquiatria forense, mas também da psicopatologia utilizada na clínica psiquiátrica.

Neste capítulo abordamos os principais aspectos da legislação que subsidiam a atividade pericial nesta área. Ainda assim, o psiquiatra que atua em perícias criminais não pode confundir o seu papel de auxiliar da Justiça com o de “Defensor da Justiça”. Para o exercício ético e qualificado nesta complexa área de atuação, é fundamental que o perito tenha isto muito claro, para que não extrapole as suas competências.

O perito criminal deverá manter-se fiel à sua área de conhecimento, jamais se manifestando diretamente quanto à imputabilidade ou inimputabilidade do periciado.

Deverá ter sempre em mente que a melhor maneira de cumprir seu ofício de forma efetiva será, única e exclusivamente, esclarecendo quanto às capacidades de entendimento e autodeterminação associada ao transtorno mental do agente diante do ato em questão. Na ausência de um transtorno mental, o perito deve apenas explicitar essa conclusão, não se manifestando sobre outras questões exclusivamente legais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdalla-Filho, Elias. Avaliação de Risco em Psiquiatria Forense. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n6/279.html>. [Acesso em: 20 nov. 2012.].

Barros, Francisco Dirceu. Vulnerabilidade nos Novos Delitos Sexuais. Carta Forense, 02 de março de 2010.

Bitencourt, Cezar Roberto. Manual do Direito Penal. (rev. e atual.), 6 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2000. [v. 1.].

Boschi, José Antonio Paganella. Das penas e seus critérios de aplicação. 4a. Edição. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006. BRUNO, Aníbal. Medidas de Segurança. Recife: [.], 1940.

Brandão, CláudioCurso de Direito Penal. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2008.

Brasil. Decreto-lei no 2.484/40. Código penal. DOU, 31. Dez. 1940.

Bruno, A. Direito penal. v. 2,. 3a. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1967.

Chalub, MIntrodução à psicopatologia forense. Rio de Janeiro: Forense, 1981.

Ferrari, Eduardo RealeMedidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

Ferri, EnricoPrincípios de direito criminal: o criminoso e o crime. Tradução Luiz Lemos D'Oliveira. Campinas: Russell, 2003.

Garcia, J. A.Psicopatologia forense. Rio de Janeiro: Forense, 1979.

Hungria, NComentários ao código penal. v. 1. Rio de Janeiro: Forense, 1949.

LevorinMarco Pólo. Princípio da legalidade na medida de segurança. Determinação do limite máximo de duração da internação. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2003.

Monteiro, Cristina LíbanoPerigosidade de inimputáveis e in "dubio pro reo". Coimbra: Coimbra, 1997.

Noronha, E. Magalhães. Direito penal. vol. 3, 22. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

de Souza Nucci, Guilherme. Código penal comentado, 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

Rassi, João Daniel. A questão da vulnerabilidade no direito penal sexual brasileiro. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*. 2011; vol. 92:61.

Rassi, João Daniel. A questão da vulnerabilidade no direito penal sexual brasileiro. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*. Set / 2011; vol. 92:61.

Taborda, JGVPsiquiatria Forense. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Zaffaroni, Eugênio Raúl, Henrique, Jose Henrique. Manual de direito penal brasileiro: parte geral, 4a edição. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

CAPÍTULO 7

Perícias em Direito do Trabalho

Thatiane Fernandes and Paula Carolina Campozan

O TRABALHO

O trabalho é um meio de sobrevivência que depende essencialmente das habilidades físicas, psíquicas e intelectuais de quem o desempenha.

Força de trabalho é a denominação atribuída a toda quantidade de energia física e psíquica despendida no processo de produção.

Ao longo dos anos, os alicerces da produção social deslocaram-se da produção agrícola para a industrial, e depois para o setor terciário, sendo que este último, na sociedade moderna, é considerado o mais importante e mais significativo em termos de desenvolvimento econômico para o país.

O filósofo Adam Smith, em sua teoria do valor-trabalho, afirmou que o pré-requisito para qualquer mercadoria ter valor era que ela fosse produto do trabalho humano, concluindo que o trabalho é a única fonte de riqueza das nações. A evolução dos modos de produção deu lugar a novos conceitos sobre a função social do trabalho. O trabalhador conquistou uma série de direitos essenciais à boa prática laborativa, por exemplo: jornada de trabalho, aposentadoria, férias remuneradas, normas de segurança, salário-desemprego, etc.

O trabalho sempre ocupou um lugar central em torno do qual as pessoas organizam suas vidas. Por isso, incute no indivíduo aspectos psicossociais como: senso de organização; de responsabilidade; capacidade de cumprimento de horários; capacidade de cumprimento de metas; identidade social; garantia de subsistência; relacionamento com os demais; sensação de realização profissional; férias e aposentadoria. O trabalho é, portanto, parte inerente, mesmo que sazonal, da rotina do homem.

As queixas psiquiátricas suscitadas pelas ações trabalhistas devem ser cuidadosamente analisadas pelo médico perito, que sempre deve ponderar aspectos específicos quanto à execução das várias atividades laborativas existentes. Empregos cuja remuneração é menor exigem normalmente pouco ou nenhum treinamento para a função designada, o que ocasiona erros frequentes na execução do trabalho, consequente indisposição com a chefia, baixa autoestima e desistência rápida do trabalhador em se manter naquela função. São empregos que geram sensação de que muito pouco tem sido alcançado e o que é realizado não tem valor, dando margem a diversos problemas relacionados diretamente ao trabalho.

A alta rotatividade nesses empregos, por exemplo, frustra boa parte da classe trabalhadora e impede a ascensão de classe social. Neste contexto, surgem muitas das

reclamações trabalhistas como sobrecarga de trabalho, condições de trabalho insuficientes e pressão para atingir metas, caracterizando, por vezes, assédio e dano moral.

No Brasil, o julgamento das questões trabalhistas compete à Justiça do Trabalho, pertencente à esfera federal. O primeiro organismo conciliatório criado para atuar nas divergências entre o capital e o trabalho foi um decreto de 1907, que regulamentava a sindicalização. Logo em seguida, em 1922, constituíram-se em São Paulo, os tribunais rurais mistos para julgar questões decorrentes dos contratos de locação de serviços agrícolas.

Pela Revolução de 1930 de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério do Trabalho, que era vinculado ao Poder Executivo, e as execuções resultantes de suas decisões se faziam na justiça comum. As primeiras comissões mistas federais de conciliação surgiram em 1932 e tinham como papel único buscar acordos nos dissídios coletivos e na elaboração de convenções coletivas de trabalho.

A Constituição de 1946 deu caráter jurisdicional à Justiça do Trabalho, integrando-a ao Poder Judiciário.

No Brasil, a Justiça do Trabalho funciona de forma regionalizada (atualmente são 24 regiões) e é constituída pelos seguintes órgãos: Tribunal Superior do Trabalho, Tribunais Regionais e Varas do Trabalho. Cada região conta com um conjunto de Varas do Trabalho e um Tribunal Regional do Trabalho.

A Justiça do Trabalho pode ser vista como instrumento de aplicação, interpretação e defesa do ordenamento jurídico trabalhista que visa a solucionar o conflito capital-trabalho, pacificando assim a sociedade.

Feitas essas considerações iniciais, passaremos agora a tratar das legislações e regulamentações que balizam o trabalho do psiquiatra em perícias que envolvem o trabalho.

Perícias na Justiça do Trabalho, Previdenciária e Administrativa

As perícias relacionadas ao trabalho podem ser de duas espécies: judiciárias ou administrativas.

As administrativas atendem aos servidores públicos nas esferas municipal, estadual ou federal. Assim, além do regime jurídico dos servidores públicos federais, temos legislações próprias nos diversos estados e municípios, conferindo a esse tipo de perícia características muito particulares. Faz-se necessário, portanto, dependendo do serviço em que estiver inserido, que o perito tenha conhecimento da norma específica que o regulamenta.

Nesses casos, não há um conflito específico, não há reclamante (equivalente ao autor na esfera penal) ou requerido (equivalente ao réu na esfera penal); existe um trabalhador tentando comprovar uma doença atestada pelo seu médico assistente. Como exemplo, podemos citar as perícias do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), que avalia o trabalhador com afastamento superior a 15 dias, e são consideradas administrativas, porque transcorrem dentro de uma autarquia, sem interferência direta do poder judiciário.

Já os benefícios de aposentadoria por acidente do trabalho e auxílio-acidente

perpassam necessariamente pela Justiça Estadual, pois as perícias médicas são realizadas nas Varas Especializadas em Acidentes do Trabalho existentes nas capitais. Nas comarcas do interior, as Varas do Trabalho têm competência cumulativa abrangendo a análise das questões de acidente do trabalho.

Por isso, pode-se assumir que as perícias judiciárias se dividem em Trabalhistas e Previdenciárias. As Previdenciárias tramitam na Justiça Estadual nos casos mencionados acima, e na Justiça Federal quando têm como parte passiva da ação o INSS. São servidores que não concordaram com a avaliação inicial dessa autarquia e recorrem à Justiça para a reavaliação da mesma. Serão abordadas especificamente no Capítulo 8.

As perícias trabalhistas, por sua vez, tramitam em Varas do Trabalho, e servem para resolver conflitos entre empregado e empregador. Nesses casos, o médico perito será nomeado pelo juiz federal e, na grande maioria dos casos, terá de verificar se há doença e se esta guarda nexo causal com a atividade laboral. Aqui, o que se pleiteia não é um benefício previdenciário, mas sim a reparação pelos danos que o trabalhador alega ter sofrido por adoecer a serviço da empresa.

Desde já, é pertinente destacar que em qualquer destes âmbitos, o trabalho do perito não deve ser influenciado por julgamentos de valor, seja considerando as grandes corporações vilãs capitalistas que exploram o trabalhador, seja taxando todo periciado como um indolente que está sempre em busca de uma indenização e que não deseja desempenhar suas funções laborais. Mais do que nunca, é fundamental ater-se à função central, buscando dados técnicos que caracterizem, com apoio na ciência, a presença ou ausência de transtornos mentais, bem como elementos que permitam inferir ou afastar nexo com o trabalho; seguindo os preceitos da imparcialidade regido pelo artigo 98 do Código de Ética Médica.

ACIDENTE DE TRABALHO

Conforme o art. 19 da Lei 8.213/91, acidente de trabalho "é o ocorrido no exercício do trabalho, a serviço da empresa, ou ainda os sofridos pelos segurados especiais, provocando lesões corporais ou perturbações funcionais que cause a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho, permanente ou temporária".

Por natureza, o acidente do trabalho é um fato súbito e violento, provocado por uma causa exterior, que ocasiona lesão ao homem.

A perícia médica deverá caracterizar tecnicamente o acidente do trabalho mediante o reconhecimento do nexo entre o trabalho e o agravo. Por agravo entende-se a lesão, doença, distúrbio, transtorno ou síndrome de evolução aguda, subaguda ou crônica, de natureza clínica ou subclínica, inclusive morte, independentemente do tempo de latência.

Segurança e Prevenção de Acidente do Trabalho

O inciso XXII do art. 7º da Constituição diz que é "direito do trabalhador a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança".

As normas de segurança do trabalho foram codificadas no início do século XX e

envolvem primordialmente a prevenção de acidentes do trabalho e a higiene industrial. A prevenção tem custos mais baixos do que o atendimento a acidentados e, por isso, seu estudo e sua colocação em prática significam grande economia ao Estado.

A sistematização de normas destinadas a evitar acidentes, remediando as condições inseguras de trabalho e preparando o trabalhador para a prevenção dos desastres ocupacionais é a base da técnica empregada na segurança do trabalho.

No Brasil, desde 1944 foram estabelecidas as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA), cujas atribuições dos seus representantes são: divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no local trabalhado; divulgar, promover e fiscalizar o cumprimento das normas regulamentadoras; colaborar no desenvolvimento e implementação de programas de controle médico de saúde ocupacional (PCMSO) e do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA); promover anualmente em conjunto com os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), se houver, a Semana Interna de Prevenção do Acidente de Trabalho (SIPAT).

As Normas Regulamentadoras (NR), relativas à segurança e medicina do trabalho, são de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas e pelos órgãos públicos da administração direta e indireta, bem como pelos órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

A normatização dos PCMSO, a partir da criação da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), tem caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores.

O PCMSO deve incluir, entre outros, a realização obrigatória dos exames médicos: admissional; periódico; de retorno ao trabalho; de mudança de função e demissional.

Segundo a NR 1 do Ministério do Trabalho, cabe ao empregador:

- cumprir e fazer cumprir as disposições legais e regulamentares sobre segurança e medicina do trabalho;
- elaborar ordens de serviço sobre segurança e saúde no trabalho, dando ciência aos empregados por comunicados, cartazes ou meios eletrônicos;
- informar aos trabalhadores:
  - I os riscos profissionais que possam originar-se nos locais de trabalho;
  - II os meios para prevenir e limitar tais riscos e as medidas adotadas pela empresa;
  - III os resultados dos exames médicos e de exames complementares de diagnóstico aos quais os próprios trabalhadores forem submetidos;
  - IV os resultados das avaliações ambientais realizadas nos locais de trabalho.

Constitui contravenção penal da empresa o não cumprimento das normas dispostas acima. O empregado, por sua vez, é responsável por seguir os seguintes preceitos:

- cumprir as disposições legais e regulamentares sobre segurança e saúde do trabalho, inclusive as ordens de serviço expedidas pelo empregador;
- usar o equipamento de proteção individual (EPI) fornecido pelo empregador;
- submeter-se aos exames médicos previstos nas Normas Regulamentadoras – NR;

colaborar com a empresa na aplicação das Normas Regulamentadoras – NR.

Emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)

CAT é o instrumento que servirá de base para realizar a caracterização do nexo técnico, já que deve haver uma relação entre o dano, o risco e a empresa imputada como geradora de risco. Esses dados serão utilizados para subsidiar a classificação das empresas quanto ao risco no ambiente de trabalho, facilitando o mapeamento para implementação de políticas de prevenção e fiscalização nos locais de trabalho.

De acordo com o Manual de Instruções para Preenchimento da CAT, "a empresa deverá comunicar o acidente do trabalho, ocorrido com seu empregado, havendo ou não afastamento do trabalho, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorreência e, em caso de morte, de imediato à autoridade competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o teto máximo do salário-de-contribuição, sucessivamente aumentada nas reincideências, aplicada e cobrada na forma do art. 109 do Decreto nº 2.173/97".

Contudo, nem sempre a empresa se presta a realizar a comunicação. Esses casos também foram previstos na lei: "Na falta de comunicação por parte da empresa, ou quando se tratar de segurado especial, podem formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública, não prevalecendo nestes casos o prazo previsto neste artigo" (Redação dada pelo Decreto nº 4.032, de 2001). Consideram-se autoridades públicas "magistrados em geral, membros do Ministério Público e dos Serviços Jurídicos da União e dos Estados, os comandantes de unidades militares do Exército, Marinha, Aeronáutica e Forças Auxiliares".

Reza ainda o manual que todos os casos em que haja um diagnóstico formal de doença profissional ou do trabalho são necessariamente objeto de emissão de CAT pelo empregador. O ideal é que um médico do trabalho (da empresa ou terceirizado) e o médico assistente do trabalhador também enviem relatórios, se possível explicitando qual a função, posto e atividade do trabalhador, para fundamentar o nexo causal.

O NEXO CAUSAL

São três os tipos de nexo causal para o estabelecimento da associação entre o transtorno mental e o trabalho: o nexo técnico profissional ou do trabalho; o nexo técnico por doença equiparada a acidente de trabalho; e o nexo técnico epidemiológico, baseado nas associações estatísticas entre atividade econômica e incidência de doenças.

Nexo Técnico Profissional

O nexo técnico profissional é aquele baseado nas listas oficiais que relacionam exposição a agentes etiológicos e doenças resultantes, elaboradas pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social. Para facilitar o trabalho de perícias em saúde mental, destacam-se aqui os transtornos mentais que podem estar relacionados ao trabalho de

acordo com a Portaria/MS nº 1.339/1999:

– Demência e outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8)
– *Delirium*, não sobreposto à demência (F05.0)
– Transtorno cognitivo leve (F06.7)
– Transtorno orgânico de personalidade (F07.0)
– Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (F09.-)
– Alcoolismo crônico (relacionado ao trabalho) (F10.2)
– Episódios depressivos (F32.-)
– Estado de estresse pós-traumático (F 43.1)
– Neurastenia (inclui síndrome de fadiga) (F48.0)
– Outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional) (F48.8)
– Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não orgânicos (F51.2)
– Esgotamento profissional (Z73.0)

Merece menção especial neste contexto a síndrome do esgotamento profissional ou *burnout*.

Trata-se de uma síndrome multidimensional na qual as características de personalidade somadas aos fatores organizacionais e do ambiente de trabalho, bem como o tipo de função executada, exercem uma grande influência no surgimento do transtorno.

As três dimensões que compõem a síndrome são a exaustão emocional, a despersonalização e a sensação de baixa realização profissional.

Em relação à exaustão emocional encontramos uma miscelânea de sintomas como: depressão, irritabilidade, sensação de baixa energia, aumento da suscetibilidade a doenças, distúrbios do sono, entre outros.

Já a despersonalização é descrita por aqueles que são acometidos por uma sensação de distanciamento afetivo que provoca a sensação de alienação em relação aos outros.

Por último, a sensação de baixa realização profissional significa que, apesar do esforço e dedicação despendidos, o sujeito sente ter alcançado muito pouco ou não se sente reconhecido no ambiente de trabalho.

Ainda que se possa questionar a validade desta síndrome enquanto uma entidade nosológica autônoma – e não somente um quadro depressivo ou mera insatisfação com o trabalho – é importante ressaltar que ela é reconhecida pela Classificação Internacional das Doenças sob o código Z73.0, e consta na lista dos transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho elaborado pelo Ministério do Trabalho, conforme exposto anteriormente.

Nexo Técnico Epidemiológico (NTE)

O decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção – FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências.

O nexo técnico epidemiológico associou, por meio de estudos estatísticos, uma série de doenças que estão elencadas na 10ª edição do Código Internacional de Doenças (CID 10) ao Código Nacional da Atividade Econômica (CNAE) da empresa empregadora. Portanto, o trabalhador que ao solicitar um benefício previdenciário,

apresente atestado do médico relatando uma doença relacionada ao CNAE de sua empresa, terá comprovado o nexo entre a doença e o trabalho. A explicação para a aplicação desse tipo de nexo surge da necessidade em se estabelecer mais claramente quais atividades econômicas são mais frequentemente determinantes para o surgimento de certas doenças e, com isso, não só determinar com mais facilidade o nexo, mas também onerar a atividade econômica patogênica com do fator acidentário de prevenção (FAP). Esse FAP fixa as alíquotas de contribuição das empresas ao Seguro de Acidente de Trabalho (SAT), que são adequadas de acordo com o grau de incidência de incapacidade laborativa resultante dos riscos no ambiente de trabalho de determinada empresa.

Houve, no entanto, aumento inesperado no número de emissão de CAT em decorrência da implantação do nexo técnico epidemiológico. Do ponto de vista psiquiátrico, muito ainda deve ser revisto, uma vez que as doenças psiquiátricas são causadas por vários fatores e, na maior parte das vezes, é impossível estabelecer qual dos fatos influenciou de forma mais contundente o surgimento, por exemplo, da depressão e da ansiedade. Segundo estudos científicos, entre os fatores bastante significativos para o surgimento de depressão constam destacadas situações que não estão diretamente associadas ao exercício da atividade laborativa, como por exemplo, o desemprego e a perda de um dos pais antes dos 9 anos.

Mesmo na ausência de nexo técnico epidemiológico, é possível que haja nexo causal entre o trabalho e o agravo, cabendo, nesse caso, à perícia médica a caracterização técnica do acidente do trabalho fundamentalmente, sendo compulsória a análise do relatório do médico assistente, bem como de exames complementares que eventualmente sejam úteis no caso específico.

A perícia psiquiátrica, já importante, torna-se, diante desse cenário, fundamental, em virtude da avalanche tanto de alegações como de contestações do nexo nas ações trabalhistas.

Nexo Técnico por Doença Equiparada a Acidente de Trabalho

As situações que se equiparam a acidente do trabalho são aquelas em que embora o labor não tenha sido a causa única, ele contribuiu diretamente para o acontecimento. Temos como exemplo dessa situação: desabamento, acidente de trajeto e agressão no local de trabalho.

No entanto, não é somente um 'acidente' em sua forma *stricto sensu* que configura o acidente de trabalho. A Lei de Benefícios da Previdência Social (LBPS – Lei 8.213, de 24 de julho de 1991) em seu artigo 21 dispôs sobre os casos de equiparação do acidente de trabalho, que normalmente são os que os advogados utilizarão para enquadrar as doenças mentais que acreditam ser relacionadas ao trabalho:

"Art. 21. Equiparam-se também ao acidente do trabalho, para efeitos desta Lei:

I– *o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;*

II– *o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em consequência de:*

a) *ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;*

b) *ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho;*

c) *ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho;*

d) *ato de pessoa privada do uso da razão (…)"*

Aqui, é importante lembrar que "ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho" pode equiparar-se a acidente de trabalho. Situações desta natureza são conhecidas como **assédio moral,** que pode ser definido como "todos aqueles atos comissivos ou omissivos, atitudes, gestos e comportamentos do patrão, da direção da empresa, de gerente, chefe, superior hierárquico ou dos colegas, que traduzem uma atitude de contínua e ostensiva perseguição que possa acarretar danos relevantes às condições físicas, psíquicas, morais e existenciais da vítima. São aquelas atitudes humilhantes, repetidas, aparentemente despropositadas, insignificantes, sem sentido, mas que ocorrem com uma frequência predeterminada".

Para que seja caracterizado o assédio moral, é necessária a comprovação de quatro requisitos básicos:

- que a conduta seja abusiva;
- a natureza psicológica de atentar contra dignidade psíquica do indivíduo;
- a reiteração prolongada da conduta ofensiva e
- tal conduta ter a finalidade de exclusão.

Diante do assédio moral, pode advir um **dano psíquico**, que se caracteriza por um prejuízo à integridade psíquica do indivíduo que ultrapasse sua capacidade de enfrentamento e adaptação. Para que seja caracterizado nexo no dano psíquico, é necessário haver relação causal entre a doença e assédio sofrido, estabelecido em perícia médica.

Há uma grande dificuldade, mesmo para peritos mais experientes, em verificar a existência do nexo causal em psiquiatria. Isso é justificado em virtude da subjetividade dos sintomas psiquiátricos, do modo de instalação da doença (na maioria das vezes insidiosa), e da inexistência de um fator etiológico bem definido, sendo na maioria das vezes multifatorial. Tudo isso se confirma na Classificação Internacional de Doenças, que utiliza o termo "transtorno" ao em vez de "doença", reconhecendo que a etiologia, a fisiopatologia, o curso e a história natural de tais moléstias não estão bem definidos.

Então, para realizar uma correta avalição do nexo, o perito deve basear seu raciocínio da seguinte maneira: (1) verificar se existe doença, (2) classificá-la dentro das grandes síndromes (psicótica, ansiosa, depressiva…), (3) verificar se os sintomas guardam uma relação de causa com os estressores laborais alegados (levando em conta a habitualidade, intensidade, características da personalidade do indivíduo), (4) apurar se os sintomas estabelecem um vínculo temporal com o fator estressor.

É importante ressaltar que não cabe ao perito a verificação dos fatos alegados, tais como constrangimento ou coação, mas sim se houve uma alteração psíquica

decorrente de tal fato alegado. O perito deve tão somente se ater em duas questões: verificar se há doença mental e verificar se há nexo entre a doença e o trabalho. Obviamente não há de se falar em nexo causal quando não há doença mental. Pode haver, por exemplo, um prejuízo de cunho psíquico para o indivíduo sem a instalação de uma doença mental especificamente.

DOENÇA PROFISSIONAL E DOENÇA DO TRABALHO

As entidades mórbidas consideradas como acidente de trabalho estão elencadas no artigo 20 da LBPS e são as seguintes:

- doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;
- doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I.

Assim, a **doença profissional** é aquela prevista em lei, que decorre da exposição a agentes químicos, físicos e biológicos que sabidamente agridem o organismo humano. A causa da ocorrência é necessariamente a atividade laboral. Como doenças profissionais típicas temos a Lesão por Esforço Repetitivo (LER), a perda auditiva e a asbestose (Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, anexo II). Já a **doença do trabalho** é aquela resultante das condições especiais daquele tipo de trabalho, também constante no citado anexo da lei. A afecção, portanto, nem sempre estaria rigorosamente relacionada à profissão, mas sim com as condições nas quais foi desenvolvido o trabalho. Como exemplo, temos o estresse e a alergia respiratória.

Em 1984, o professor da Universidade de Lodres, Richard Schilling, publicou um artigo baseado no estudo que realizou no Reino Unido, em que propõe a divisão das doenças em três grupos, de acordo com sua relação com o labor:

- doenças em que o trabalho é causa necessária, tipificadas pelas doenças profissionais, *stricto sensu*, e pelas intoxicações agudas de origem ocupacional, descritos em lei;
- doenças em que o trabalho pode ser um fator contributivo, mas não necessário, exemplificadas pelas doenças comuns, mais frequentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais e para as quais o nexo causal é de natureza eminentemente epidemiológica. Exemplos: hipertensão arterial e doenças coronarianas de um modo geral, neoplasias malignas;
- doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente, ou seja, concausa, tipificadas pelas doenças alérgicas de pele e respiratórias, úlcera péptica e pelos distúrbios mentais, em determinados grupos ocupacionais ou profissões.

Assim, com exceção das doenças enquadradas no grupo I, as doenças relacionadas ao trabalho podem-se desenvolver completamente sem a influência do labor, não sendo, portanto, equivalentes a doenças ocupacionais. O próprio professor Schilling em seu texto original reconheceu que as doenças ocupacionais são apenas as contidas no grupo I de sua classificação (doenças para as quais o trabalho é causa necessária).

CONCLUSÃO

O exame psiquiátrico pericial cuidadoso pressupõe não somente o conhecimento de psicopatologia e de psiquiatria, mas principalmente escutar o requerente. Nessa escuta podemos identificar se há sintomas legitimamente ligados ao trabalho ou se trata-se da presença de expectativas frustradas em relação a vários aspectos da vida que não são sinônimos de doença e tampouco de incapacidade. Compreender que as relações estabelecidas no local de trabalho influenciam tanto a busca por benefícios previdenciários quanto as demandas das ações trabalhistas é elemento importante a ser sopesado na perícia.

A subjetividade da Psiquiatria torna difícil a acurácia dos diagnósticos psiquiátricos, tornando o trabalho do perito na diferenciação dos transtornos mentais desafiador. É fundamental lembrar aqui do cuidado necessário no estabelecimento do nexo causal entre doença mental e trabalho, já que fatores externos, como casamento, dependência química na família, invisibilidade social e reveses de toda sorte, influenciam em doenças como a depressão, sendo, às vezes, muito difícil definir objetivamente se o trabalho resultou em tal mal.

Além disso, por extrapolar sua formação e sua *expertise*, não cabe ao médico a avaliação de aspectos puramente sociais que envolvam o caso, análise esta que é de competência exclusiva do magistrado.

Uma realidade atual nos exames periciais é que após a concessão por algum período de benefício de auxílio-doença (comumente por doença ortopédica) e posterior indeferimento, os segurados passam a ingressar com pedidos de benefício em razão de doença mental. Depois da concessão temporária do benefício por doença mental, os pedidos passam a ser novamente indeferidos. Isto muitas vezes coloca o segurado em uma situação de "limbo" na qual o empregado não recebe benefício/salário nem do INSS nem da empresa onde trabalha. Tal situação de indefinição não pode ser confundida com doença mental e normalmente não causa incapacidade laborativa. A indefinição muitas vezes é "iatrogênica", tanto pela postura de alguns médicos do trabalho, que condicionam o retorno do funcionário ao trabalho a uma "autorização" de seu médico psiquiatra, como pela atuação por vezes indevida deste, ao dizer que não se responsabilizará pela "alta" do seu paciente, já que não é médico do trabalho para autorizar seu retorno.

A resolução do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, número 167, de 25 de setembro de 2007, já cuidou de tal imbróglio, ao permitir que o médico assistente manifeste sua opinião – que não tem força de lei, contudo – quanto à capacidade de trabalho de seu paciente. Tal expediente, antes de ser uma ingerência, pode ser um auxílio à perícia, mas ainda vemos muitos médicos fugindo do seu mister de cuidar, o que inclui auxiliar o empregado no retorno às suas funções.

Os transtornos mentais, na maior parte das vezes, quando incapacitam para o trabalho, o fazem de forma temporária, e os indivíduos acometidos devem ser incentivados, sempre que possível, a retornar ao trabalho para a manutenção do bem-estar psíquico, físico e financeiro.

Cada vez mais o pensamento no mundo moderno é aproveitar qualquer condição que o indivíduo tenha para trabalhar e encaminhá-lo para a execução de alguma

função. Esta ideia ainda é incipiente no Brasil e esbarra muitas vezes nas empresas que se queixam de não haver outra função para recolocar o funcionário que não aquela para a qual ele foi originalmente empregado.

No Brasil, infelizmente, parece que o indivíduo portador de qualquer transtorno mental é, por vezes, visto tanto pelos médicos quanto pelo próprio psiquiatra que o assiste como portador de uma maldição incurável.

O descuido na prática pericial ocasiona danos a todos, e não somente ao perdedor da ação. A perícia realizada sem cuidado pode gerar ônus social vultoso e descompromete indivíduos saudáveis quanto à prática do trabalho. Além disso, dependendo do pedido contido na petição inicial do processo, há a determinação de pagamento de multas e indenizações caras às empresas. Todo este cenário faz com que as perícias que envolvem o trabalho se tornem uma das mais complexas entre os diversos ramos de atuação do psiquiatra forense.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amorim, RLC; Campos, AG; Garcia, RC: Brasil – O Estado de uma Nação. Revista IPEA, ano 6, 47a ed, 2009.

BrasilConstituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1998.

Brasil. Decreto no 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 7 maio 1999; 2:40. [Seção].

BrasilPrevidência Social. Instituto Nacional do Seguro Social. Manual de perícia médica da Previdência Social: versão 2. Brasília: INSS, 2002.

Brasil. Resolução INSS/DC no 10, de 19 de abril de 1999. Aprova os protocolos médicos, com alterações realizadas pela Coordenação Geral dos Benefícios por Incapacidade da Diretoria de Benefícios e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 abril 2000.

Centro de Direitos Humanos (CDH)Coleção: "Cartilhas sobre Direitos Humanos". : Seguridade Social e Direitos Humanos, 2005.

Epiphanio, EB, Vilela, JRPX. Perícias Médicas – Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009; 251.

Guedes, MN. Terror psicológico no trabalho. 2. ed. São Paulo: LTr, 2004; 190. [ISBN 85-361-0603-4.].

Ministério da Previdência Social. Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em http://www.previdencia.gov.br/estatisticas.

Oliveira, PRA. Segurança e Saúde no Trabalho – SST e a Prevideência Social: A Nova Metodologia de Financiamento dos Benefícios Acidentários. *Informe da Previdência Social*. vol 16, no 6, 2004.

Rocha, DM, Baltazar, JP, Jr. Comentários à lei de benefícios da previdência social – Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991, 6 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2006.

Sadock, BJ, Sadock, VA: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 9th, 2002.

Tavares, AR. 1988–2008: 20 anos da Constituição Cidadã. 1. ed v. 1. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2008; 312.

Trigo, TR, Teng, CT, Hallak, JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Rev. psiquiatr. *clín*. vol. 34 no 5, 2007. [São Paulo].

CAPÍTULO 8

Perícias em Direito Previdenciário

Leika Garcia Sumi and Rafael Dias Lopes

HISTÓRICO DA SEGURIDADE SOCIAL

A seguridade social se configura como uma conquista inalienável da humanidade. É uma das bases das sociedades modernas e tem como pilares, no Brasil, a Previdência, a Assistência Social e a Assistência à Saúde. Baseada no modelo de proteção social, que tem por finalidade propiciar ao indivíduo a superação de um estado de necessidade gerado por situações que dificultam a obtenção de rendimentos que não poderão ser atendidos pelo próprio indivíduo, seu fundamento é a ideia de superação por meio do esforço coletivo. Os direitos compreendidos na Seguridade Social são os direitos e as garantias fundamentais constitucionais.

O conceito de proteção social é muito antigo, sendo encontrado nos códigos de Hamurabi e Manu. Sua universalização toma corpo com a Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, com a afirmação de que a seguridade social é um direito de todos. Otto Von Bismark, na Alemanha, em 1883, cria o primeiro seguro social (tríplice forma de custeio), integrando contribuição do Estado, dos empregadores e empregados, modelo utilizado até hoje.

No Brasil, as sementes da Previdência Social foram a Lei Eloy Chaves, na década de 1920 e, em 1960, a Lei Orgânica de Previdência Social. Em 1988, a Constituição brasileira instaurou um verdadeiro sistema de seguridade social, destinado a garantir os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social (Constituição brasileira, art. 194), integrando poder público e sociedade. A Previdência Social compreende o Regime Geral de Previdência Social (RGPS) e os Regimes Próprios (administrativos) de Previdência Social dos servidores públicos e dos militares (Decreto nº 3.048/1999).

CONCEITOS EM PERÍCIA PREVIDENCIÁRIA PSIQUIÁTRICA

Incapacidade

É definida pela redação da Resolução INSS/DC nº10/1999 como "a impossibilidade do desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfopsicofisiológicas provocadas por doença ou acidente. O risco de vida, para si ou para terceiros, ou de agravamento, que a permanência em atividade possa acarretar, está implicitamente incluído no conceito de incapacidade, desde que palpável e indiscutível". Pode ainda ser classificada quanto ao grau, como

parcial ou total; quanto à duração, como temporária ou definitiva; e quanto à atividade profissional, como uniprofissional, multiprofissional e omniprofissional.

Entende-se por incapacidade total aquela que impossibilita o periciado de executar as atividades habituais, não permitindo atingir a média de rendimento alcançado em condições normais por outros trabalhadores na mesma função. Considera-se como parcial o grau de incapacidade que permite o desempenho de parte das atividades habituais, sem risco de vida ou agravamento da doença quando o trabalhador estiver em atividade. Caso exista previsão de recuperação em determinado período de tempo, a incapacidade é classificada como temporária; caso seja insuscetível de melhora, mesmo com o tratamento adequado, denomina-se permanente. A incapacidade uniprofissional é aquela em que o impedimento alcança apenas uma atividade específica; no tipo multiprofissional, o impedimento abrange diversas atividades; e na incapacidade omniprofissional, existe impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa.

É importante ressaltar que capacidade é um conceito sempre relativo e que no entendimento previdenciário se refere à habilidade laboral. Apesar de avaliar outros aspectos da vida do periciado para complementar seu laudo, o perito deve atentar que o objeto da perícia é somente a capacidade laboral. Também pode ocorrer que o periciado apresente incapacidade para o trabalho sem prejuízos nas outras esferas sociais. Este fato ocorre com relativa frequência sem significar má-fé do periciado, mas ao mesmo tempo levanta a hipótese de simulação.

Invalidez

Segundo o manual de perícia médica da Previdência Social, a invalidez é a incapacidade laborativa total, indefinida, insuscetível de recuperação ou reabilitação, em consequência de doença ou acidente. É vista nos transtornos psiquiátricos graves que cursam com deterioração cognitiva. Também pode ser simulada, devendo o perito realizar boa história clínica, principalmente sobre a funcionalidade extralaboral, para a definição mais acurada da mesma.

Alienação Mental

Segundo a Portaria Normativa nº 1174/MD, conceitua-se alienação mental como "todo caso de distúrbio mental ou neuromental grave e persistente, no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da personalidade, comprometendo gravemente os juízos de valor e realidade, destruindo a autodeterminação do pragmatismo e tornando o indivíduo total e permanentemente inválido para qualquer trabalho". Esta mesma portaria classifica necessariamente como casos de alienação mental as demências, as esquizofrenias crônicas, os transtornos delirantes e o retardo mental grave ou severo. As outras condições psiquiátricas necessitam ser excepcionalmente graves e persistentes para alcançar o status de alienação.

Cabe ressaltar que alienação mental é um termo obsoleto e pejorativo no campo psiquiátrico e que gera ainda mais estigma para os pacientes com transtornos mentais,

devendo ser usado apenas no campo jurídico em que ainda permanece ativo.

Incapacidade para a Vida Independente

A única definição jurídica para esta situação pode ser encontrada na Súmula 29 da Turma Nacional da Uniformização dos Juizados Especiais Federais, sendo que a incapacidade para a vida independente não só é aquela que impede as atividades mais elementares da pessoa, mas também a impossibilita de prover o próprio sustento. Trata-se de um conceito mais abrangente e amplo que não se limita somente à capacidade laborativa. Como afirma a revisão de acórdão da 5ª Turma Recursal de São Paulo: "O conceito de incapacidade para a vida independente, portanto, deve considerar todas as condições peculiares do indivíduo, sejam elas de natureza cultural, psíquica, etária – em face da reinserção no mercado do trabalho – e todas aquelas que venham a demonstrar, *in concreto*, que o pretendente ao benefício efetivamente tenha comprometida sua capacidade produtiva *lato sensu*."

DIREITO PREVIDENCIÁRIO E PERÍCIA MÉDICA

A Previdência Social é uma instituição pública, é o seguro social para a pessoa que contribui e que tem como objetivo reconhecer e conceder direitos aos seus segurados. Está organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, isto é, deve ser para todos os trabalhadores, depende da contribuição desses, e seu caráter não é facultativo. A renda transferida pela Previdência Social é utilizada para substituir a renda do trabalhador contribuinte quando ele não está capaz para o trabalho, seja por doença, invalidez, morte, desemprego involuntário, maternidade ou reclusão. Para cada uma dessas situações citadas, há um tipo de benefício a ser solicitado pelo segurado.

Os segurados são os indivíduos que contribuem financeiramente para a previdência, podendo ser classificados, como: empregados, os trabalhadores com carteira assinada; empregados domésticos, aqueles que prestam serviços para uma pessoa ou família e cuja atividade executada não gere lucro ao empregador; trabalhadores avulsos, os contratados por sindicatos ou órgãos gestores de mão de obra; contribuintes individuais, que são os prestadores de serviço autônomos; segurados especiais, os trabalhadores rurais, pescadores e artesãos; e segurados facultativos, aqueles que não têm renda própria, mas contribuem (donas de casa e estudantes, por exemplo). O dependente do segurado é o cônjuge, a companheira, o companheiro, o filho não emancipado de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido, os pais ou o irmão não emancipado, menor de 21 anos ou inválido.

A perícia médica é o exame realizado por médico, com o objetivo de instruir a autoridade requisitante sobre conhecimentos específicos, na formação de uma ideia ou juízo, para se fazer justiça dentro de um processo administrativo ou judicial. O professor França, em seu *Tratado de Medicina Legal*, define perícia médico-legal como "um conjunto de procedimentos médicos e técnicos que tem como finalidade o esclarecimento de um fato de interesse da Justiça. Ou como um ato pelo qual a autoridade procura conhecer, por meios técnicos e científicos, a existência ou não de

certos acontecimentos, capazes de interferir na decisão de uma questão judiciária ligada à vida ou à saúde do homem ou que com ele tenha relação".

Na esfera administrativa, a perícia médica é realizada a pedido da autoridade previdenciária que é o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), visando analisar a capacidade laborativa do segurado contribuinte, em processos de benefício auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, e também do dependente no caso de pensão por morte. Pode avaliar a presença de deficiência e o grau de dependência de um indivíduo não contribuinte, nos casos de solicitação de benefício de prestação continuada. O corpo de médicos peritos do INSS é formado por peritos oficiais e concursados. Na esfera judiciária, do mesmo modo, a prova pericial é elemento probatório fundamental nas ações de benefício por incapacidade. De modo geral, a maioria das ações judiciais previdenciárias é proposta pelo segurado ou seu dependente, visando a revisão de um benefício, seu restabelecimento ou sua conversão em outro tipo de benefício. A competência ordinária para o julgamento do feito é a Justiça Federal, pois o INSS é uma autarquia da federação (art. 109, I, da Constituição Federal). Quando, na cidade em que for instalado o processo, não houver Justiça Federal, a competência será delegada à Justiça Estadual. As causas de ações de acidente de trabalho ficam a cargo da Justiça Estadual, tal exceção de competência não tem razão definida. Nos Juizados, Varas Federais e Estaduais, o perito é chamado perito judicial, nomeado e de confiança do magistrado, de acordo com o art. 146 do Código de Processo Civil. As partes envolvidas no processo podem nomear médicos peritos para ajudar os advogados na formulação dos quesitos, acompanhar a perícia médica e apresentar um parecer; este médico é chamado assistente técnico.

Ao perito médico nomeado em uma perícia previdenciária não somente cabe o conhecimento técnico da área médica, como é fundamental a educação médico-legal, o conhecimento da legislação e o treinamento da redação do laudo pericial. Portanto, o psiquiatra que irá realizar laudos em processos previdenciários deve deter conhecimentos legais sobre a Previdência Social. A Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, dispõe sobre os princípios básicos, as competências e o regime geral da Previdência, bem como sobre quem são os beneficiários (segurados e dependentes), quais os tipos de benefícios, o que é o período de carência, o que é a qualidade de segurado, como são calculados os benefícios, qual é o papel do serviço social e como se dá a habilitação e reabilitação dos segurados.

O perito fornecerá à autoridade informações que a ela permitirá entender se o periciado faz ou não, do ponto de vista médico, jus a determinado benefício. O art. 18 da Lei nº 8.213/1991 descreve quais são esses benefícios que podem ser de direito do segurado bem como do dependente. Ele poderá receber a aposentadoria por invalidez, a aposentadoria por idade, a aposentadoria por tempo de contribuição, a aposentadoria especial, o auxílio-doença, o salário família, o salário maternidade e o auxílio-acidente. Já o dependente poderá receber a pensão por morte e o auxílio-reclusão. De maior interesse médico-legal temos a aposentadoria por invalidez, o auxílio-doença, o auxílio-acidente e a pensão por morte (quando o dependente for maior de idade e inválido).

O indivíduo doente e incapaz para o trabalho, desde que segurado e fora do período

de carência, irá gozar de benefício previdenciário. O período de carência é o tempo correspondente ao número mínimo de contribuições mensais indispensáveis para que o beneficiário faça jus ao benefício. A existência desse período mínimo de contribuição tem origem constitucional no princípio da contributividade. O art. 25 da Lei nº 8.213/1991 dispõe da necessidade de contribuição mínima de 12 prestações previdenciárias para o indivíduo ser considerado segurado e gozar de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez. Para recebimento de auxílio-acidente, auxílio-reclusão, pensão por morte ou salário maternidade (exceto segurada especial), o segurado não necessita do período de contribuição mínimo de 12 meses. Algumas doenças específicas, citadas no art. 26 da Lei nº 8.213/1991, também isentam o contribuinte do período de carência (para recebimento de qualquer benefício). Tais doenças são: tuberculose ativa, hanseníase, *alienação mental*, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estado avançado de doença de Paget (osteíte deformante), síndrome da deficiência imunológica adquirida e contaminação por radiação [grifo nosso].

A perícia médica psiquiátrica em processos previdenciários irá analisar a presença de doença mental, a repercussão dessa doença no funcionamento do periciado e a capacidade laborativa. Sendo constatada doença e incapacidade, o perito deverá determinar a data da instalação da doença, a data da instalação da incapacidade, se houve ou não agravamento da patologia com o tempo, e se ela está ligada direta ou indiretamente com o trabalho. Com estas informações, a autoridade competente utilizará os aspectos legais associados ao conhecimento técnico do laudo e determinará o tipo de benefício que o periciado tem direito. Para receber, por exemplo, o auxílio-doença (art. 59 da Lei nº 8.213/1991), o periciado deverá ser segurado, gozar do período mínimo de carência e estar total e temporariamente incapaz para o trabalho, tendo a doença se agravado ou surgido após a filiação do periciado à Previdência Social e a incapacidade surgida após o período de carência.

A aposentadoria por invalidez necessita dos mesmos requisitos legais do auxílio-doença, com a diferença quanto ao tipo de incapacidade, que é total e permanente. O valor total da aposentadoria por invalidez será acrescido de 25% caso o segurado necessite de assistência permanente de outra pessoa. O Decreto nº 3.048/1999 preconiza as seguintes situações como "grande invalidez": cegueira total; perda de nove ou dez dedos das mãos; paralisia dos dois membros superiores ou inferiores; perda dos membros inferiores acima dos pés (quando a prótese for impossível); perda das mãos e pés (ainda que a prótese seja possível); perda de um membro superior ou um membro inferior (quando a prótese for impossível); *alteração das faculdades mentais com grave perturbação da vida orgânica e social*; doença que exija permanência contínua no leito e incapacidade permanente para atividades da vida diária [grifo nosso]. É importante ressaltar que as doenças do art. 186 e a ocorrência de acidente de qualquer natureza isentam o periciado de carência.

O auxílio-acidente (arts. 81 e 85 da Lei nº 8.213/1991) é um benefício com caráter indenizatório pago aos beneficiários, exceto ao trabalhador doméstico, após sequelas consolidadas de acidentes de qualquer natureza, na presença de redução da

capacidade para o trabalho habitual. Este auxílio também pode ser pago quando há incapacidade total para o trabalho habitual, com preservação da capacidade para outras atividades.

A análise da invalidez do dependente maior de 21 anos que solicita a pensão por morte (art. 74 da Lei nº 8.213/1991) também cabe a perícia médica. Fará jus a esse benefício o dependente que provar que a sua condição de inválido surgiu anterior ou simultaneamente ao óbito do segurado ou do indivíduo que mantém a qualidade de segurado. O art. 15 da Lei nº 8.213/1991 define o que é chamado de "período de graça", isto é, período em que, mesmo após cessar as contribuições, o trabalhador mantém sua condição de segurado (em geral, 12 meses, salvo algumas exceções).

Outro benefício com interface médico-legal é o benefício de prestação continuada, também conhecido como LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social), que tem caráter assistencial e é destinado ao maior de 65 anos e ao deficiente, cuja família for hipossuficiente. Na lei, família hipossuficiente economicamente é aquela cuja renda per capita é menor do que um quarto do salário mínimo. Também há jurisprudência para comprovação desta hipossuficiência por outros meios que não só a renda familiar mensal. A Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social (alterada pela Lei nº 12.470, de 31 de agosto de 2011), diz que para efeito de concessão do benefício assistencial, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial. Estes impedimentos, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas por um prazo mínimo de 2 anos. Na prática pericial psiquiátrica, as pessoas que solicitam o LOAS, de modo geral, são portadoras de retardo mental (doença que se inicia nos primeiros anos de vida) ou portadoras de esquizofrenia (cujos primeiros sintomas começaram na juventude). Tais pessoas sequer conseguiram entrar no mercado de trabalho e, portanto, não contribuíram com a previdência.

O benefício assistencial também contempla menores de idade, crianças, cuja necessidade de cuidado e atenção é muito maior quando se compara com outras crianças da mesma idade. Por exemplo, uma criança autista, ou com grave rebaixamento intelectual ou com alterações de comportamento (psicoses), necessita que seu responsável esteja integralmente presente para seus cuidados, além de maiores gastos com medicamentos e outras necessidades especiais, como terapia ocupacional, psicoterapia, fisioterapia e fonoaudiologia.

Por fim, a reabilitação profissional (arts. 89, 90, 91, 92 e 93 da Lei nº 8.213/1991) é outro aspecto importante da Previdência Social, porque procura valorizar o potencial existente no trabalhador, com objetivo de recuperação global, mas com foco nas questões do trabalho. Está dentro das atribuições do INSS e pode beneficiar seus segurados, inclusive os aposentados e os dependentes, sem a necessidade do período de carência. Tem como objetivo reinserir no trabalho e viabilizar a prática de uma atividade compatível com a limitação do usuário que está parcialmente incapacitado para o labor.

DOENÇA MENTAL E INCAPACIDADE

De acordo com dados da Previdência Social, a média mensal de benefícios auxílio-doença no ano de 2013 foi de 189.422. Sendo que a média mensal dos benefícios concedidos por causa de transtornos mentais, nesse mesmo ano, foi de 18.014. Portanto, do total de benefícios auxílio-doença concedidos pelo INSS, ao mês, cerca de 9,5% tiveram como causa principal de afastamento a doença mental; e destes benefícios, aproximadamente 40% ocorreram em virtude de transtornos afetivos. Em 2012, foram aposentados por invalidez, nas áreas urbanas, 158.932 segurados, sendo 13.023 por causa de transtornos mentais e comportamentais, portanto 8% (terceira maior causa de aposentadoria). Dados estatísticos, da Coordenação Técnica do Programa de Inspeções Médicas da Secretaria de Educação do Estado de São Paulo, indicam que 35% de todas as solicitações de afastamento, no mês de outubro de 2013, foram por atestados médicos com diagnósticos do capítulo F do Código Internacional de Doenças em sua décima revisão (CID 10). Estatísticas anteriores do INSS indicam que a depressão é a terceira maior causa de afastamentos do trabalho no Brasil, com tendência crescente. A depressão atinge cerca de 500 milhões de pessoas no mundo e 11 milhões no Brasil. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), será o transtorno de maior impacto no planeta no ano de 2020.

Além da depressão, outras doenças mentais causam significativo impacto social e também constam no rol de causas de afastamentos do INSS. Basta relembrar alguns dados estatísticos relacionados à prevalência dos principais transtornos mentais para se imaginar o possível reflexo desse cenário em questões relacionadas à população economicamente ativa, como o absenteísmo e a busca por benefícios. No cenário atual, uma em cada duas pessoas pode apresentar sintomas compatíveis com um transtorno mental ao longo da vida. Os transtornos ansiosos têm prevalência estimada durante o período de vida adulta de 15%. A prevalência da esquizofrenia é em torno de 1% na população geral. Nos grandes estudos populacionais de amostra aleatória, existem estimativas de prevalência de transtorno afetivo bipolar (TAB) baixas, ao redor de 1%, para TAB tipo I e II, mas a partir da introdução do conceito de espectro bipolar, as estimativas ficaram mais altas, ao redor de 5% a 8%. Por fim, a prevalência da dependência de álcool na população brasileira é de 11,2% para ambos os sexos, sendo de 17,1% para o sexo masculino e 5,7% para o feminino. Em dezembro de 2013, os transtornos de ansiedade, os transtornos psicóticos e os transtornos comportamentais pelo uso de álcool ou drogas, geraram, respectivamente, 2.997, 1.201, 3.096 benefícios auxílio-doença. Estas estatísticas reafirmam o quanto as doenças mentais interferem na vida laboral de parte da população, sendo as doenças psiquiátricas um dos grupos nosológicos mais relevantes em termos previdenciários.

Como avaliar se determinada doença mental causa ou não incapacidade para o trabalho? *Não há raciocínio pronto, com base unicamente na doença*. Para concluir pela presença ou não de incapacidade, fatores como *contexto profissional* e *evolução da doença* são fundamentais. Por exemplo, um episódio depressivo pode causar limitações cognitivas que interferem de modo mais significativo em determinadas atividades de trabalho (intelectuais) e menos em outras (do tipo braçal) e, portanto, não há como classificar o examinado em incapaz partindo-se somente da doença. O conhecimento do comportamento da doença e dos tipos de tratamento contribui para que o perito

estime o tempo necessário de recuperação e de melhora dos sintomas incapacitantes (tempo de afastamento).

Saber que o TAB é uma doença cíclica, que cursa com episódios maníacos, episódios depressivos e períodos de normalidade, indica que o indivíduo portador de TAB ao longo do seu histórico, possivelmente, não ficará continuamente incapaz para o trabalho. Do mesmo modo, ter o conhecimento de que os antidepressivos demoram cerca de 2 semanas para iniciar o seu efeito faz entender que um periciado com depressão, provavelmente, deverá necessitar de mais de 1 mês para sua recuperação. Outra doença psiquiátrica frequente, cuja apresentação ajuda o perito no estudo da presença de incapacidade, é a síndrome do pânico, sendo definida pelo CID 10: "(…) a característica essencial deste transtorno são os ataques recorrentes de uma ansiedade grave (ataques de pânico), que não ocorrem exclusivamente numa situação ou em circunstâncias determinadas, mas de fato são imprevisíveis". As crises de pânico são autolimitadas, quando o doente está devidamente tratado, a frequência e a intensidade das crises diminuem consideravelmente. Por isso, um periciado tratado, orientado sobre sua doença e com exame psíquico no momento da avaliação, sem presença de sinais de ansiedade, pode estar capaz para boa parte das atividades de trabalho.

O tipo de terapêutica instituída pelo médico assistente também é importante, porque mostra de modo indireto a evolução e a presença de melhora clínica. Por exemplo, o tratamento medicamentoso mantido por vários meses pode indicar boa resposta e tolerabilidade ao tratamento. Ao contrário, os doentes tratados com doses altas de medicações, associações medicamentosas ou trocas frequentes, possivelmente, não estão respondendo bem ao tratamento, ou os seus sintomas não estão totalmente remitidos. As internações psiquiátricas em regime fechado, a eletroconvulsoterapia e o tratamento em regime de internação-dia (em Centro de Apoio Psicossocial − CAPS − ou hospital-dia) também atestam maior gravidade. As doenças mentais mais lesivas, como a esquizofrenia, o transtorno afetivo bipolar com ciclagem rápida ou o transtorno depressivo recorrente com repetidos episódios graves, são mais prováveis de causar incapacidade laboral. Mesmo assim, cada caso deve ser estudado *individualmente* com imparcialidade.

CONCLUSÃO

Sobre os requisitos básicos para ser nomeado perito-psiquiatra, o Professor Taborda sugere: "(…) que tenha conhecimento técnico específico do tema em exame (psiquiatria). Como deverá fazer ligação entre dois mundos diferentes − o médico, o psiquiátrico e o jurídico − quanto maior sua proficiência no segundo, melhor. Além disso, sendo um auxiliar do juízo, deverá ser rigorosamente imparcial." Portanto, ser especialista na área, conhecer o contexto jurídico ao qual está inserido e gozar de imparcialidade, habilita um médico a realizar um laudo previdenciário psiquiátrico.

O laudo pericial, em sua forma clássica, é dividido em preâmbulo, quesitos, histórico, descrição, discussão, conclusões e respostas aos quesitos. No preâmbulo, o perito irá se apresentar à autoridade, bem como descrever onde e quando foi realizada sua avaliação. Os quesitos apresentados pelo juízo e pelas partes iniciam o laudo e ajudam a delinear o objetivo da perícia (direcionam o raciocínio do perito); quando

não são apresentados quesitos, no processo judicial, o perito deve buscar o objetivo da perícia no despacho saneador, que é a determinação do juiz competente por conduzir o processo judicial e que determina procedimentos, provas, providências administrativas, comunicações, entre outros, no sentido de fundamentar os pressupostos processuais que definirão o julgamento de determinada demanda judicial.

As informações prestadas pelo periciado, bem como todos os tipos de documentos apresentados e relevantes à perícia, são pormenorizados no histórico. A descrição é a reprodução fiel e minuciosa de todos os exames praticados, expondo o exame do estado mental do periciado. Na sequência, no item discussão, explana-se e correlaciona-se todos os achados, apresentando o diagnóstico e a capacidade mental do periciado, abordando quando presente o tipo de incapacidade (total ou parcial, temporária ou permanente) e as datas relevantes. A conclusão do laudo pericial é um resumo da discussão. Por último, as respostas aos quesitos devem ser sucintas, porque já devem ter sido bem fundamentadas na discussão. As perguntas, de modo geral, irão conter dúvidas referentes à data do início da doença, à data do início da incapacidade, à relação com o trabalho, à exacerbação da doença, à evolução (se houve agravamento da doença), à possibilidade de readaptação, ao grau de dependência por terceiros e à presença de alienação mental.

A experiência de alguns peritos que atuam na área previdenciária indica que a grande maioria das pessoas que comparecem a esse tipo de perícia não é de simuladores ou aproveitadores, e sim de pessoas que estão fora do mercado de trabalho, com baixo grau de escolaridade e com quadros clínicos leves ou não incapacitantes, evidenciando mais um problema social do que previdenciário.

Nas perícias psiquiátricas, essa realidade não é diferente. Sintomas ansiosos e depressivos leves não incapacitantes e secundários às questões sociais, às dificuldades financeiras e à falta de informação, estão presentes na grande maioria das avaliações. Indivíduos que já se recuperaram e continuam afastados do trabalho, pessoas que trabalham no mercado informal (com baixíssima renda), desempregados e não beneficiários (não contribuintes) buscam continuamente o auxílio-doença nas agências do INSS e na Justiça Federal, por isso é corriqueiro, no cotidiano do perito judicial, aparecerem problemas de cunho socioeconômico. Estes problemas não devem interferir no raciocínio principal do laudo: a presença ou não de incapacidade laboral por doença mental. Esta afirmativa também é verdadeira quando se analisa a capacidade mental dos periciados que solicitam o benefício de prestação continuada. O perito-psiquiatra deve se ater às questões médicas, com base em seu conhecimento científico e fundamentado na literatura especializada, cabendo as considerações sociais e o julgamento do mérito da perícia à autoridade competente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcântara, HR. Perícia médica judicial, 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Andrade, L, Lolio, CA, Gentil, V, Laurenti, R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo. *Brasil Revista de Psiquiatria Clínica*. , 1999.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1998; .

Brasil. Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 7 de maio de 1999; 2:40. [Seção].

Brasil. Portaria Normativa MD no 1.174 de 6 de setembro de 2006. Aprova as normas para avaliação da incapacidade decorrente de doenças especificadas em lei pelas Juntas de Inspeção da Saúde da Marinha, do Exército, da Aeronáutica e do Hospital das Forças Armadas. Diário Oficial da União. 7 de setembro de 2006: Seção 1.

BrasilPrevidência Social. Instituto Nacional do Seguro Social. Manual de perícia médica da Previdência Social: versão 2. Brasília: INSS, 2002.

Brasil. Resolução INSS/DC no 10, de 19 de abril de 1999. Aprova os protocolos médicos, com alterações realizadas pela Coordenação Geral dos Benefícios por Incapacidade da Diretoria de Benefícios e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 de abril de 2000.

Brasil. Secretaria da Educação do Estado de São Paulo. Dados estatísticos da Coordenação Técnica do Programa de Inspeções Médicas instituído por Resolução SE no 1 de 14/1/2013. Diário Oficial do Estado 2013.

Castillo, ARGL, Recondo, R, Asbahr, FR. Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. , 2000.

França, GV. Medicina Legal, 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

Galduróz, JCF, Caetano, R. Epidemiology of alcohol use in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. , 2004.

Lima, MS, Tassi, J, Novo, IP. Epidemiologia do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. , 2005.

Mari, JJ, Leitão, RJ. A epidemiologia da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. , 2000.

Ministério da Previdência Social. Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/estatisticas.

Muñoz, DR, Gianvecchio, V, Miziara, I. Especialidades médicas: Medicina Legal e perícias médicas. São Paulo: RevMed, 2012; 45–48.

Processual Civil. Ofensa ao ART. 535 do CPC não configurada. Benefício assistencial. Renda mensal per capita familiar. Reexame do conjunto fático probatório. Impossibilidade. Súmula 7/STJ. (STJ, Relator: Ministro Herman Benjamin, data de Julgamento: 17/9/2013, T2 – Segunda Turma).

Savaris, JÁCurso de perícia judicial previdenciária. São Paulo: Conceito Editorial, 2011.

Taborda, JGV, Abdalla-Filho, E, Chalub, M. Psiquiatria Forense. 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 2012; 313.

Viann, JEA. Curso de Direito Previdenciário, 6a ed. São Paulo: Atlas, 2013.

Word Health AssociationThe ICD 10 Cassification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: Word Health Organization, 1992.

CAPÍTULO 9

Perícias em Direito de Família

Antonio de Pádua Serafim, Fabiana Saffi and Daniel Martins de Barros

INTRODUÇÃO

O Livro IV do Código Civil Brasileiro trata do Direito de Família, que é o ramo do Direito que lida com as relações familiares – obrigações e direitos. Portanto, o Direito de Família é uma ramificação do Direito Civil. Para o Direito, família é definida como sendo o conjunto de pessoas unidas por relação conjugal (matrimônio ou união estável) ou de parentesco. O parentesco pode ocorre de três formas:

- Consanguinidade: aqueles que descendem do mesmo tronco ancestral.
- Afinidade: relação que aproxima o cônjuge/companheiro dos parentes consanguíneos de seu cônjuge/companheiro.
- Socioafetivo: aquele determinado afetivamente e reconhecido judicialmente – adoção, filhos gerados por técnicas de reprodução humana, relação entre madrasta/padrasto com enteados.

Scalquette, referindo-se à Constituição Federal de 1988, afirma que se ampliou o conceito de família como sendo também aquela "comunidade formada por qualquer um dos pais e seus descendentes" (art. 226, § 4º), incluindo assim o conceito de família monoparental. Além disso, em junho de 2011, o conceito de família ampliou-se ainda mais com a oficialização da união estável entre pessoas do mesmo sexo.

Podemos ver que a área de Família é um ramo do Direito que necessita da atuação do profissional de saúde mental, justamente por se tratar de uma área na qual o que está na base são as relações. Quando as relações não estão sendo satisfatórias, pelo menos para um dos lados e, portanto, existem divergências de opiniões e uma lide a ser resolvida, o psiquiatria ou o psicólogo podem ser chamados a atuar, sobretudo quando os aspectos psíquicos dos contendentes são relevantes. O papel do profissional não é resolver essa lide, mas tentar esclarecer os pontos obscuros para que o operador do direto consiga visualizar o que está ocorrendo e possa agir.

No Brasil, a perícia, nas Varas de Família, começou a ocorrer com mais frequência na década de 1980, no Fórum João Mendes, em São Paulo. Segundo Castro, existem muitas vertentes contra a perícia que afirmam que apenas o trabalho de mediação é suficiente para resolver as lides. Entretanto, a autora afirma que a Vara de Família é uma área que, muitas vezes, apenas a mediação não é suficiente – posição compartilhada por nós.

Durante uma perícia, existem duas funções possíveis: a primeira é como perito oficial ou nomeado pelo juiz, que é o profissional da confiança do juiz, seus olhos técnicos. A segunda função é de assistente técnico, cuja função é acompanhar a perícia

para poder questioná-la tecnicamente. Ele é contratado pelas partes e, ao final dos trabalhos periciais, deverá elaborar um parecer sobre o trabalho realizado pelo perito oficial e suas conclusões. O Conselho Federal de Psicologia, em 2010, publicou a Resolução nº 8, que dispõe sobre a atuação do psicólogo como perito e assistente técnico no Poder Judiciário, com o intuito de estabelecer parâmetros para a sua atuação. Segundo esta resolução:

Art. 1º O psicólogo perito e o psicólogo assistente técnico devem evitar qualquer tipo de interferência durante a avaliação que possa prejudicar o princípio da autonomia teórico-técnica e ético-profissional, e que possa constranger o periciando durante o atendimento.

Art. 2º O psicólogo assistente técnico não deve estar presente durante a realização dos procedimentos metodológicos que norteiam o atendimento do psicólogo perito e vice-versa, para que não haja interferência na dinâmica e qualidade do serviço realizado.

O contrário se dá na perícia médica, como a psiquiátrica. A Resolução nº 126/2005 do Conselho Regional de Medicina de São Paulo define que:

Art. 7º O assistente técnico tem o direito de estar presente e participar de todos os atos periciais.

§ 1º É dever do perito judicial e dos assistentes técnicos conferenciarem e discutirem o caso sub judice, disponibilizando, um ao outro, todos os documentos sobre a matéria em discussão após o término dos procedimentos periciais e antes de protocolizarem os respectivos laudos ou pareceres.

§ 2º É dever do perito comunicar aos assistentes técnicos, oficialmente, e com a antecedência mínima de 10 (dez) dias, a data, a hora e o local da realização de todos os procedimentos periciais.

No entender dos órgãos de classe de Psicologia, portanto, o psicólogo assistente técnico não deve estar presente no momento da perícia, mesmo que não entre na sala de atendimento, pois isso pode configurar um constrangimento ao periciando. Para que o assistente técnico possa fazer seu trabalho, sugere-se que seja realizada reuniões técnicas entre o perito e os assistentes técnicos das partes, antes do início da perícia e após a finalização do laudo. O questionamento técnico deve ser realizado a partir da perícia realizada, não sendo permitido que o profissional realize uma nova avaliação do caso e a anexe ao processo.

*Art. 8º O assistente técnico, profissional capacitado para questionar tecnicamente a análise e as conclusões realizadas pelo psicólogo perito, **restringirá sua análise ao estudo psicológico resultante da perícia**, elaborando quesitos que venham a esclarecer pontos não contemplados ou contraditórios, identificados a partir de criteriosa análise. (grifo nosso.)*

Parágrafo único. Para desenvolver sua função, o assistente técnico poderá ouvir pessoas envolvidas, solicitar documentos em poder das partes, entre outros meios (art. 429 do Código de Processo Civil).

Novamente, tal procedimento é distinto da área médica, já que a participação é ativa em todos os momentos da perícia, ainda que o CREMESP lembre que:

Art. 5º O médico na função de perito não deve aceitar qualquer tipo de constrangimento, coação, pressão, imposição ou restrição que possam influir no desempenho de sua atividade, que deve ser realizada com absoluta isenção, imparcialidade e autonomia, podendo recusar-

se a prosseguir no exame e fazendo constar no laudo o motivo de sua decisão.

Tanto no caso da Psicologia como da Psiquiatria, contudo, a avaliação feita pelo assistente técnico começa antes mesmo do início dos trabalhos periciais, principalmente para embasar as petições iniciais. Sempre que possível, sugere-se uma avaliação prévia dos envolvidos, com sua anuência (ao se avaliar um menor de idade, o responsável legal deve concordar com a avaliação), para definir não só a estratégia, mas para eventualmente negar atuar no caso, quando o pedido não tiver embasamento ético ou técnico. Em caso de menores, a avaliação preliminar só deve ser realizada a pedido ou com o consentimento do genitor que tenha a guarda, pois ele é o responsável por tomar as decisões pelo filho.

A perícia na Vara de Família pode ocorrer em várias situações. Vamos, neste capítulo, elencar algumas delas. Não pretendemos ensinar legislação, mas é importante apresentar alguns pontos, pois a intersecção Psicologia, Psiquiatria e Direito é a base do trabalho.

TUTELA

A tutela ocorre quando os pais de filhos menores falecem − ou são considerados ausentes − ou ainda quando eles perdem o poder familiar. Segundo o Código Civil, o tutor pode ser *testamentário*, quando é nomeado pelos pais, ou *legítimo*, quando a tutela é determinada aos parentes consanguíneos, primeiramente aos ascendentes (dos mais próximos aos mais distantes) e, em seguida, aos colaterais ("até o terceiro grau, preferindo os mais próximos aos mais remotos, e, no mesmo grau, os mais velhos aos mais moços; em qualquer dos casos, o juiz escolherá entre eles o mais apto a exercer a tutela em benefício do menor" – Código Civil).

Quando os tutores testamentários ou legítimos estiverem, por algum motivo, impedidos de exercer a função, o juiz pode nomear um tutor para o menor ou encaminhá-lo a um programa de colocação familiar.

Para escusar-se da tutela, o Código Civil estabelece alguns critérios, e um deles é a impossibilidade por enfermidade (art. 1.736). É aqui que a perícia pode ser importante. Caso uma pessoa seja nomeada tutora e queira ou precise escusar-se da nomeação, deve comprovar seu impedimento através de um documento. Caso a alegação seja de uma incapacidade ou enfermidade psicológica ou psiquiátrica, a perícia psiquiátrica, psicológica e neuropsicológica é essencial. Para tanto, o relatório deve ser apresentado em um prazo de 10 dias a partir da designação. O juiz também pode solicitar a perícia, caso queira destituir o tutor, alegando algum impedimento de ordem psicológica ou psiquiátrica.

CURATELA

Segundo o art. 1.767 do Código Civil estão sujeitos à curatela:

queles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil;

aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade;

os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos;

os excepcionais sem completo desenvolvimento mental;
os pródigos.

A interdição pode ser pedida pelos pais ou tutores, pelo cônjuge ou qualquer parente ou ainda pelo Ministério Público. Isto é muito importante o perito saber, pois quando é procurado em seu consultório para a avaliação preliminar, deve saber quem poderá pedir a interdição. A partir dos critérios definidos pela lei, fica claro que a perícia é essencial para se definir algumas patologias, como a deficiência mental, a demência etc. Para este, fim a perícia/avaliação pode ser realizada antes do início do processo, sendo um dos documentos que embasarão o pedido de interdição, como também pode ser realizada a pedido do juiz, como uma prova técnica. No art. 1.771 está escrito que "antes de pronunciar-se acerca da interdição, o juiz, assistido por especialistas, examinará pessoalmente o arguido de incapacidade".

Na questão da interdição, também pode-se ter tanto peritos como assistentes técnicos, podendo a conclusão ser pela não interdição ou pela interdição total ou parcial, quando limita apenas alguns atos da vida civil, e temporária ou definitiva.

A perícia irá detectar:

- Presença ou não de transtornos mentais.
- Capacidades mentais, capacidade para exercer determinadas funções.
- Incapacidade ou alterações psicopatológicas.
- Avaliação da condição funcional.
- Avaliação de transtornos mentais.
- Danos psíquicos, neurofuncionais, psicológicos e simulação.

ADOÇÃO

A adoção é a colocação da criança ou adolescente em família substituta. Tanto o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) como a Lei nº 12.010 de 3 de agosto de 2009 tratam o tema.

O ato de adotar está presente em todas as culturas, sendo um modo de "propiciar uma família a crianças que não podem, por algum motivo, ser criadas pelos pais que a geraram", como diz Levinzon. Além disso, a autora observa que a adoção satisfaz tanto a criança adotada como os pais que a adotaram.

O trabalho do psicólogo nesta área do Direito de Família é tentar entender as motivações que levam uma pessoa ou casal a querer adotar; verificar se aquela família poderá suprir o adotante de suas necessidades; e se o perfil dos adotantes se adequa ao perfil de quem será adotado. O trabalho do psiquiatra é estabelecer a sanidade mental, que poderá comprometer a aptidão para a adoção; no caso de haver doença mental, vale lembrar que a maioria dos diagnósticos psiquiátricos não é empecilho para o exercício da maternidade ou paternidade.

Quando se decide adotar, algumas etapas devem ser percorridas:

Inicialmente, a pessoa que gostaria de adotar uma criança ou adolescente deve procurar o Juizado da Infância e da Juventude, dirigir-se à Seção de Colocação em Família Substituta e solicitar uma entrevista com os técnicos para obter as informações preliminares necessárias à formalização do seu pedido. O adotante deve ter no mínimo 18 anos e 16 anos de diferença com o adotado, não precisa ser casado, mas,

caso seja, a adoção também deve ser desejo do(a) companheiro(a). É importante ressaltar que irmãos não podem adotar os próprios irmãos, e avós não podem adotar os seus netos.

Após a formalização do desejo de adoção, os técnicos do Juizado – psicólogos e assistentes sociais – realizam entrevistas e visitas às residências dos pretensos adotantes, quando são esclarecidas todas as dúvidas desses profissionais (principalmente, a motivação para adoção); depois, o processo segue para o promotor que se manifestará sobre a habilitação. Em seguida, segue para o juiz, que poderá deferir ou indeferir a habilitação dos adotantes. Entre os documentos necessários, um atestado de capacidade mental costuma ser exigência de praxe; não se trata exatamente de um laudo, por vezes bastando um atestado simples em casos sem maior complexidade. Só ultrapassadas essas etapas, com a aprovação do juiz, é que os adotantes passarão a integrar um cadastro, ou relação, de possíveis adotantes.

Quando a criança que será adotada é encaminhada para a família que pretende adotá-la, passa-se por um "estágio de convivência", que é o período de tempo em que o juiz expede um termo de guarda antes de deferir a adoção. Durante este estágio, tanto a criança como os adotantes são monitorados pelos técnicos e as avaliações podem ser refeitas. Neste prazo, é possível desistir da adoção porque ela ainda não foi formalizada. Após a adoção ser formalizada, não existe mais desistência. A adoção cancela os vínculos familiares anteriores e cria um novo vínculo, definitivo; portanto, a adoção é irrevogável (art. 39 do ECA).

O § 1º do art. 28 do ECA determina que a criança ou adolescente que será adotada deverá ser ouvida por equipe multiprofissional antes da adoção ser determinada. Assim, percebemos que o papel do psicólogo na adoção se revela tanto em relação ao adotado como em relação aos adotantes. O psicólogo deverá fornecer subsídios por escrito (laudos) ou verbalmente (audiências), diagnosticando as situações que envolvem a criança ou o adolescente e sua família ou futura família, com os encaminhamentos pertinentes ao caso. Além disso, o psicólogo também atua quando realiza orientações e acompanhamentos com o objetivo de propiciar mudanças.

A avaliação da criança pode ocorrer mesmo antes do processo de adoção começar (na destituição do pátrio poder, por exemplo) como, também, durante o estágio de convivência ou mesmo realizando um acompanhamento posterior à adoção.

GUARDA E REGULAMENTAÇÃO DE VISITA

A guarda e a regulamentação de visitas são questões que normalmente caminham juntas. Com o fim do casamento, o casal deve decidir quem ficará com os filhos e como irá ocorrer a visita ao outro genitor. Normalmente, estas decisões são permeadas por desentendimentos entre o pai e a mãe, ocasionando brigas e discussões.

A separação não atinge apenas o casal, mas também os filhos. Uma pesquisa mostrou que a separação está associada a problemas de ajustamento das crianças, mesmo que sejam transitórios, nos 2 primeiros anos após a separação. Ressalta-se que os problemas apresentados pelas crianças são decorrentes dos conflitos gerados pela separação, e não pela separação em si.

O primeiro passo é definir a guarda das crianças. Segundo o Código Civil, art. 1.583,

a guarda pode ser unilateral ou compartilhada. A guarda unilateral é assumida por um dos genitores, sendo este o responsável por tomar as decisões pelo filho. Já na guarda compartilhada, os dois genitores, mesmo após a separação, são os responsáveis pelas decisões em relação aos filhos. Nesta modalidade de guarda, não existe a obrigatoriedade de os filhos ficarem um período com cada um dos genitores. As crianças podem morar apenas com um dos pais, mas as decisões são compartilhadas.

Apesar da definição do Código Civil, na prática, percebemos a existência de um terceiro tipo de guarda. A guarda alternada, quando cada um dos genitores fica um período responsável pela criança. A residência dos filhos altera-se a todo momento. Muitas vezes, a guarda compartilhada é confundida com a alternada. Este erro é induzido pela denominação dada − "guarda compartilhada" − como se os genitores tivessem que compartilhar todos os momentos dos filhos. Na prática, na guarda alternada, as decisões sobre a criança ou adolescente são tomadas por um ou por outro, dependendo de quem está com o filho naquele momento. Elas não são discutidas e não se tem um acordo.

A guarda será dada ao genitor que tiver melhores condições para exercê-la e mais competência para dar aos filhos afeto, saúde e segurança, além de proporcionar educação. O genitor que não detiver a guarda terá a obrigação de supervisionar o outro genitor, para verificar se esses requisitos estão sendo cumpridos. Quem detém a guarda dos filhos deve lhes representar em alguns atos da vida civil. A guarda tem fim quando o adolescente chega à maioridade ou é emancipado, ou ainda quando for comprovado que o guardião não é mais uma pessoa idônea.

A Lei nº 11.698, de 2008 (Lei da Guarda Compartilhada), determina que "quando não houver acordo entre a mãe e o pai quanto à guarda do filho, será aplicada, sempre que possível, a guarda compartilhada" (art. 1.584, § 2º). Apesar disto, isso é muito difícil de ser colocado em prática, pois, na guarda compartilhada, presume-se que os genitores conversem e cheguem a um acordo sobre o que é melhor para o filho. Se o ex-casal não conseguiu acordar a questão da guarda, cada decisão da vida do filho será uma nova disputa, mais desgaste para todos, inclusive para a criança e onerando ainda mais o Judiciário, com petições, pedidos de tutela antecipada etc.

Como a questão da guarda e da regulamentação de visitas é um assunto muito delicado para o Judiciário, normalmente recorre-se à ajuda dos técnicos – psicólogos e assistentes sociais. Os técnicos devem ter em mente que a criança que está em disputa é quem tem que estar no foco da questão, eles devem pensar a respeito do que é melhor para a criança, e não para os pais.

Lago e Bandeira sugerem que, inicialmente, é necessário situar a questão da separação, entendendo a dinâmica familiar e os aspectos que levaram à dissolução do casamento. Além disso, acrescentamos a necessidade de se fazer uma avaliação com uso de técnicas projetivas nas partes envolvidas na lide para se entender a dinâmica familiar e verificar qual posição a criança ocupa na vida de cada um dos genitores.

Para a regulamentação de visitas, o psicólogo também é chamado a dar seu parecer. Nesses casos, avalia-se como a rotina da criança está estabelecida, como ela será alterada, como está o vínculo da criança com os genitores e suas necessidades.

A perícia psiquiátrica vem crescendo também na guarda de filhos, sobretudo porque

no embate que, frequentemente, se dá entre os pais não é raro surgir acusações de desequilíbrio mental, quando não de pedofilia. Neste caso, tanto a mãe pode acusar o pai como este pode levantar tal suspeita com relação a um possível novo companheiro da mãe. A perícia psiquiátrica virá para tentar elucidar se, de fato, há ou não um diagnóstico psiquiátrico em questão e, principalmente, se ele é ou pode ser relevante para a causa em questão. A avaliação da criança para detectar sinais psíquicos de que possa estar sendo abusada também pode ser requerida (ver Capítulos 10, Perícias na Infância e Adolescência e 26, Transtornos da Infância e Adolescência).

ALIENAÇÃO PARENTAL

Durante o processo de disputa de guarda e regulamentação de visita, um tema que costuma surgir e que está muito em moda, nos últimos anos, é a síndrome de alienação parental (SAP).

A SAP foi descrita pela primeira vez, em 1985, por Richard A. Gardner, psiquiatra norte-americano, definindo situações patológicas presentes em divórcios conflituosos. Para Gardner, a síndrome de alienação parental é um distúrbio da infância que se origina em um contexto de disputa de guarda da criança, se configura por uma campanha, para ferir a imagem de um dos pais, praticada pelo outro genitor, sem justificativa. A SAP não é uma doença por si só, não é um transtorno mental propriamente dito, mas é o resultado da combinação dessa campanha juntamente com a contribuição da própria criança à difamação do genitor-alvo. Deve-se deixar claro que a SAP são as sequelas emocionais e comportamentais presentes na criança que sofre a alienação parental – ou seja, não é a atitude do pai que a define, mas a consequência para o filho. O genitor que realiza a campanha de difamação é chamado de genitor alienante, e aquele que é vítima é chamado de genitor alienado.

Para Gardner, a campanha do genitor alienante é feita de forma deliberada e consciente, mas existem correntes que afirmam que, em algumas ocasiões, a alienação pode ocorrer de forma inconsciente e, assim, o alienador é chamado de "alienador-ingênuo". Esta campanha pode ser feita de modo explícito (denegrindo a imagem do outro genitor) ou implícito (mudar de cidade para afastar a criança do outro genitor, justificando, por exemplo, melhora da oferta de trabalho).

Os sintomas da síndrome de alienação parental são:

- Campanha de difamação e ódio contra o genitor alienado.
- Racionalizações fracas, absurdas ou frívolas para justificar a depreciação e o ódio.
- Falta da ambivalência usual sobre o genitor alienado.
- Afirmações fortes de que a decisão de rejeitar o genitor alienado é só dela (fenômeno "pensador independente").
- Apoio ao genitor favorecido no conflito.
- Falta de culpa quanto ao tratamento dado ao genitor alienado.
- Uso de situações e frases emprestadas do genitor alienante.
- Difamação não apenas do genitor alienado, mas direcionada também à sua família e aos seus amigos.

Atualmente, temos no Brasil uma lei que define o que é alienação parental e determina sanções, caso ela seja comprovada. O art. 2º da Lei nº 12.318/2010 define

alienação parental como sendo a "interferência na formação psicológica da criança ou do adolescente promovida ou induzida por um dos genitores, pelos avós ou pelos que tenham a criança ou adolescente sob a sua autoridade, guarda ou vigilância para que repudie genitor ou que cause prejuízo ao estabelecimento ou à manutenção de vínculos com este". Podemos verificar que a lei é mais extensa que o próprio Gardner, que diz que a alienação é praticada por um dos genitores: a Lei da Síndrome de Alienação Parental refere-se também aos avós e às pessoas que tenham a criança sob sua vigilância, podendo também as babás e as cuidadoras serem consideradas alienantes. A existência da lei reforça o argumento de que a SAP não é um doença, já que não teria sentido criar um diagnóstico por força legal, mas sim um conjunto de atitudes e suas consequências, estas sim podendo ser tipificadas legalmente.

O art. 3º afirma que a prática de alienação parental fere o direito da criança ou do adolescente de convivência familiar saudável, que é um direito fundamental, prejudicando as relações com genitor e com o grupo familiar, dificultando os laços afetivos, sendo considerada abuso moral contra a criança. Acrescenta que o genitor alienante está descumprindo os deveres da autoridade parental.

A lei exemplifica o que pode ser considerado alienação parental, mas também deixa aberta a possibilidade de outros comportamentos serem considerados alienantes quando diz, no parágrafo único do art. 2º: "São formas exemplificativas de alienação parental, *além dos atos assim declarados pelo juiz ou constatados por perícia*." (grifo nosso.)

Como exemplo de comportamentos elencados como alienação parental, temos:

ealizar campanha de desqualificação da conduta do genitor no exercício da paternidade ou maternidade;

dificultar o exercício da autoridade parental;

dificultar contato de criança ou adolescente com genitor;

dificultar o exercício do direito regulamentado de convivência familiar;

omitir deliberadamente ao genitor informações pessoais relevantes sobre a criança ou adolescente, inclusive escolares, médicas e alterações de endereço;

apresentar falsa denúncia contra genitor, contra familiares deste ou contra avós, para obstar ou dificultar a convivência deles com a criança ou adolescente;

- mudar o domicílio para local distante, sem justificativa, visando dificultar a convivência da criança ou adolescente com o outro genitor, com familiares deste ou com avós.

O trabalho do psicólogo, nos casos de alienação parental é realizar perícia a fim de detectar a presença ou não de tal circunstância, por meio do exame tanto dos alienantes como dos alienados, além da criança evidentemente. O art. 5º resguarda essa função "havendo indício da prática de ato de alienação parental, em ação autônoma ou incidental, o juiz, se necessário, determinará perícia psicológica ou biopsicossocial".

§ 1º O laudo pericial terá base em ampla avaliação psicológica ou biopsicossocial, conforme o caso, compreendendo, inclusive, entrevista pessoal com as partes, exame de documentos dos autos, histórico do relacionamento do casal e da separação, cronologia de incidentes, avaliação da personalidade dos envolvidos e exame da forma como a criança ou adolescente se manifesta acerca de eventual acusação contra genitor.

Ressalte-se – como mais um argumento – que não cabe, em princípio, a perícia psiquiátrica, por não se tratar de uma doença, como já apontado. Ela só se fará necessária se houver suspeita de adoecimento psíquico, seja como causa do comportamento alienante ou como consequência dele.

O art. 6º da determina que o perito deverá entregar o laudo de tal trabalho em 90 (noventa) dias contados a partir da determinação da perícia. Quando constatada a síndrome de alienação parental, ou qualquer conduta que dificulte a convivência com o genitor, o juiz poderá:

eclarar a ocorrência de alienação parental e advertir o alienador;
ampliar o regime de convivência familiar em favor do genitor alienado;
estipular multa ao alienador;
determinar acompanhamento psicológico e/ou biopsicossocial;
leterminar a alteração da guarda para guarda compartilhada ou sua inversão;
determinar a fixação cautelar do domicílio da criança ou adolescente;
- declarar a suspensão da autoridade parental.

Além da realização da perícia, quando detectada a SAP, o psicólogo pode fazer a orientação dos envolvidos. Muitas podem ser a motivação da alienação, como solidão decorrente da separação, falta de confiança e ódio direcionado ao ex-companheiro, motivações econômicas, vinganças etc.

Fato comum nas disputas pela guarda e regulamentação de visitas é a falsa alegação de SAP. Como dito anteriormente, a função do perito é verificar se ela está presente ou não, em sua avaliação psicológica. Pode-se chegar à conclusão que existe um comportamento de alienação parental por parte de um dos genitores, mas que a síndrome de alienação parental ainda não está instalada, pois, como afirmado anteriormente, a SAP é o resultado da combinação dessa campanha juntamente com a contribuição da própria criança à difamação do genitor-alvo.

CONCLUSÃO

Podemos notar que a área de Família é um ramo do Direito que necessita da atuação bastante próxima do psiquiatra e do psicólogo, justamente por se tratar de uma área na qual o que está na base são as relações. Nas diversas áreas citadas, a atuação do perito e do assistente técnico é de extrema importância, podendo inclusive haver prejuízos importantes para as partes na ausência desses profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Código Civil. Lei no 10.406 de 10 de janeiro de 2002.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei no 8.069 de 13 de julho de 1990.

Brasil. Lei no 11.698 de 13 junho de 2008.

Brasil. Lei no 12.010 de 3 de agosto de 2009. Brasil. Lei no 12.318 de 26 de agosto de 2010.

Castro, LRFDisputa de guarda e visitas no interesse dos pais ou dos filhos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

Conselho Federal de Psicologia. Resolução no 8 de 30 de junho de 2010.

Fonseca, PMPC. Síndrome de alienação parental. *Pediatria*. 2006; 28(3):162–168.

Fuks, BB, Oliven, LRA. Alienação parental: a família em litígio. *Polêmica*. 2011; 10(1):56–73.

Gardner, RA. Parental alienation syndrome (PAS): Sixteen years later. *American Academy of Psychoanalysis*. 2001; 45:10–12.

Lago, VM, Bandeira, DR. As práticas em avaliação psicológica envolvendo disputa de guarda no Brasil. Porto Alegre: Avaliação Psicológica, 2008; 7.

Levinzon, GKAdoção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

Raposo, HS, et al. Ajustamento da criança à separação ou divórcio dos pais. São Paulo: Revista de Psiquiatria Clínica, 2011; 38.

Rocha, MJ. Síndrome de alienação parental: a mais grave forma de abuso emocional. In: Beatrice MP, ed. *Psicologia na prática jurídica: a criança em foco*. Niteroi: Impetus, 2009.

Scalquette, ACSFamília e sucessões. São Paulo: Barros, Fischer & Associados, 2002.

Serafim, AP, Saffi, FPsicologia e práticas forenses. São Paulo: Manole, 2012.

Walker, LEA, Brantley, KL, et R, JA. A critical analysis of parental alienation syndrome and its admissibility in the Family Court. *Journal of Child Custody*. 2004; 1:2.

CAPÍTULO 10

Perícias na Infância e Adolescência

Susan Meire Mondoni, Guilherme dos Santos Ferreira and Gustavo Bonini Castellana

INTRODUÇÃO

A psiquiatria da infância e adolescência é uma especialidade bastante recente, tendo alcançado sua independência como especialidade médica apenas em 1937, data da realização do I Congresso de Psiquiatria Infantil de Paris. Mesmo a concepção tradicional da criança como um "ser em miniatura", sem levar em conta todas as suas especificidades, só começou a mudar a partir do século XVII com as grandes transformações sociais ocorridas no período, que trouxeram um novo olhar sobre a criança e sua aprendizagem.

A abordagem psiquiátrica na infância e adolescência apresenta algumas peculiaridades que a diferenciam da prática tradicional realizada com adultos. Tais diferenças, associadas às legislações específicas que garantem os direitos desta população, tornam as perícias psiquiátricas na infância e adolescência um tema de grande complexidade, exigindo dos profissionais que atuam nesta área conhecimento especializado.

Soma-se a isso o potencial conflitivo envolvido em avaliações psiquiátricas de natureza forense: um laudo conclusivo sobre uma hipótese de abuso sexual de uma criança, por exemplo, influencia a decisão judicial trazendo repercussões diretas para a criança, sua família e para o suposto agressor.

Com o objetivo de fundamentar o trabalho em perícias desta natureza, serão abordadas neste capítulo as principais situações jurídicas que envolvem a necessidade de avaliação psiquiátrica em crianças e adolescentes. Para tal, realizar-se-á primeiramente uma abordagem das peculiaridades da entrevista e avaliação diagnóstica nestes casos. Em seguida, será discutido o trabalho do psiquiatra nas seguintes situações jurídicas: adolescentes em conflito com a lei, crianças sob disputa de guarda pelos genitores e vítimas de abuso sexual.

AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A complexidade de manifestações comportamentais de crianças e adolescentes exige do avaliador rigor psicopatológico, sob pena de induzir a autoridade solicitante a encontrar transtornos mentais onde há somente variações de comportamento. Para isso, deve-se ter em mente as diferentes etapas do desenvolvimento, já que certos comportamentos normais em uma criança de 4 ou 5 anos (por exemplo, pouca

tolerância a frustrações) assumem um significado completamente diferente quando observados em um adolescente de 14 anos.

No contexto forense, as dificuldades de avaliação de uma criança ou adolescente são ainda maiores do que aquelas já encontradas em uma avaliação clínica habitual: a ausência de vínculo com o entrevistador, o *setting* muitas vezes desfavorável e o contexto de conflito jurídico em que a criança ou adolescente se encontra tornam esta avaliação particularmente difícil. Por isso, na maior parte das vezes, alguns encontros serão necessários para que o avaliador possa chegar às suas conclusões.

Uma avaliação abrangente de crianças e adolescentes deve incluir, levando-se em consideração o conflito que justifica a avaliação, uma investigação profunda das características psicológicas e comportamentais, com especial atenção para alterações nestes padrões. Deve-se abordar sempre a influência de fatores sociais, evolutivos, familiares e escolares sobre o comportamento apresentado.

Um aspecto importante é a obtenção de informações a partir de várias fontes, além da própria criança. Sempre que possível, deve-se estabelecer contato com os pais e, quando possível, com outros profissionais já envolvidos no cuidado do periciado. A entrevista com os pais pode ocorrer no início ou mais adiante na avaliação. Às vezes, o contato com a família inteira, incluindo irmãos, pode ser esclarecedor. O objetivo é observar as atitudes e os comportamentos dos pais em relação ao periciado e as respostas deste a seus pais. Muitas vezes, o sintoma da criança está associado ao funcionamento familiar inadequado, sendo reflexo direto deste ambiente disfuncional, o que pode ser percebido durante a avaliação.

Ainda assim, não é incomum que, nas entrevistas, sejam apresentadas informações diferentes ou mesmo contraditórias sobre o periciado. Cabe ao profissional investigar os motivos dessas disparidades. De forma geral, as crianças fornecem informações melhores a respeito de sintomas ditos internalizantes (ansiedade, depressão), enquanto pais ou cuidadores costumam fornecer melhores informações a respeito de sintomas externalizantes (agressividade, oposição). Já as crianças menores mostram melhor seus sentimentos e preocupações por meio de jogos ou brinquedos, já que, em geral, não conseguem verbalizar suas experiências.

Também costuma ser de grande valia a obtenção de informação relativa a seu funcionamento escolar. A realização de uma avaliação padronizada do nível intelectual e do desenvolvimento emocional por meio de avaliação neuropsicológica com profissional qualificado costuma ser importante e pode ser solicitada à autoridade requisitante como forma de complementar o diagnóstico.

Contudo, o diagnóstico da criança ou adolescente pode não corresponder a um diagnóstico psicopatológico, ou seja, muitas vezes o comportamento apresentado pela criança ou pelo adolescente está exclusivamente associado à situação e ao ambiente nos quais está inserido, sem refletir um transtorno mental. Por isso, a clareza, a objetividade e a coerência, no modo como o perito apresenta suas conclusões diagnósticas, são fundamentais para que a autoridade requisitante tenha as melhores informações possíveis para a sua decisão. Já a relevância do diagnóstico psicopatológico dependerá da questão jurídica envolvida e será discutida a seguir no contexto das principais situações que demandam avaliações psiquiátricas.

ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

A presença de um mau comportamento durante o desenvolvimento infantil não é, por si só, indicativo de gravidade ou de distúrbios de personalidade. Estes comportamentos fazem parte, em geral, de várias fases no desenrolar deste desenvolvimento. A alteração comportamental (e, entre elas, a agressividade) é uma das maneiras mais comuns de a criança manifestar tristeza, medo, ansiedade, inveja, baixa autoestima ou sofrimentos psíquicos de outra natureza.

Muitas crianças e adolescentes podem, no entanto, tornar-se agressivos ou apresentar mau comportamento ao longo do seu desenvolvimento em decorrência de um sofrimento psíquico que, eventualmente, pode-se desenvolver num transtorno mental.

Existem, ainda, crianças e adolescentes que, já muito precocemente, apresentam desvios em sua conduta, sendo estes prováveis sinalizadores de funcionamento mental desadaptado, propenso aos comportamentos antissociais e à delinquência.

De acordo com Grünspun, o mau comportamento de crianças e adolescentes pode refletir ou não características de transtornos mentais, a partir das seguintes manifestações:

Desobediência

Desobedecer, ou seja, contrariar a autoridade do outro, sejam os pais, professores ou outras pessoas. A desobediência pode manifestar-se de diversas maneiras:

- Passividade: a criança ouve, fica quieta, mas depois faz o que quer.
- Enfrentamento pela negativa: "não quero"; "não vou".
- Negativismo (agir pelo não): faz exatamente o contrário do que lhe foi solicitado.

Algumas crianças pequenas e desobedientes evoluem para o *transtorno opositor desafiante*. É um padrão constante e repetitivo de enfrentamento e desobediência, que acaba por interferir em seu rendimento escolar, relacionamentos interpessoais, estabelecimento de vínculos e no desenvolvimento da personalidade da criança, tornando-a suscetível de progredir para maus comportamentos durante a adolescência e a vida adulta, como o uso de drogas ou a delinquência.

Mentira

É uma atitude voluntária de falsear a verdade. Começa a aparecer, em geral, após os 3 anos de idade. Antes disso, o que as crianças apresentam são fantasias, e não mentiras propriamente ditas. Existem três motivos principais que levam uma criança a mentir:

- Quando teme alguma coisa (apanhar, por exemplo): quando as crianças não têm muita liberdade para expressar seus sentimentos ou ações (um ambiente muito repressor e/ou violento), acabam aprendendo a mentir como forma de receber menos punições.
- Quando quer alguma coisa: ambientes que nunca gratificam a criança podem fazer com que ela passe a mentir ou até simular doenças, para conseguir o que quer.
- Por "imitação": pessoas que cuidam de crianças (pais, cuidadores, professores e

outros) e possuem o hábito de mentir, inventar histórias, prometer coisas que depois não cumprirão, podem fazer com que as crianças passem a apresentar este mesmo tipo de comportamento.

Roubo

A partir dos 2 anos, a criança passa a ter noção do "meu" e do "teu"; dos 3 para os 4 anos, ela passa de fato a ter noção de propriedade e, portanto, todo roubo que ela realiza a partir daí será consciente e acompanhado da noção de culpa. Devemos avaliar *o que* a criança rouba: é menos grave roubar um objeto bonito que chame muito a sua atenção do que roubar um objeto do cotidiano, que não tenha nenhum atrativo visual.

Cabular Aulas

Mais comum em crianças maiores, a partir do 6º ano do ensino fundamental. Esta "transgressão" pode estar associada a uma série de fatores: impaciência em permanecer na sala de aula; não acompanhamento do conteúdo escolar; seguir o grupo; sentimentos de inadequação com relação aos outros colegas de classe, entre outros.

Fuga

Uma criança de 2 ou 3 anos já pode apresentar "escapadas" de casa: sair para ir a algum lugar. Há uma finalidade consciente, mas não há ainda uma consciência plena de "transgressão". O comportamento de fuga mais preocupante e que pode indicar presença de doenças psíquicas e/ou emocionais sérias é aquele em que há maior clareza por parte da criança/adolescente sobre seu "ato transgressor", mas não existe uma finalidade no comportamento em si.

Destruição

Geralmente, indica uma descarga de agressividade. A maneira como o adulto lida com isso será fundamental para a evolução deste comportamento, que poderá ser benigna, com sua extinção, ou maligna, com evolução para comportamentos delinquenciais. Episódios de destruição muito intensos ou muito frequentes poderão ser indicativos de transtorno mental.

Incendiarismo

É a destruição pelo fogo. Pode iniciar-se numa criança apenas como forma de ela "medir" o seu poder. Mas pode evoluir de maneira bastante negativa, como forma de ato vingativo, tornando-se assim um ato delinquencial. Neste caso, estará sempre ligado a aspectos de afetividade intensa (ódio, inveja etc.) e poucos recursos para conter estes afetos.

Abuso de Drogas

É cada vez mais precoce a experimentação de substâncias ilícitas. No adolescente, a experimentação, por si só, não constitui um comportamento patológico; ela está incluída numa atitude global de busca por novas experiências que lhe façam sentido, na construção de uma identidade. Entretanto, alguns fatores de risco estão associados à manutenção deste uso: a curiosidade natural do adolescente é um dos fatores de risco mais importantes, posto ser o que o moverá para experimentar a substância, estando, assim, sob risco de desenvolver dependência; o fácil acesso às drogas e às oportunidades de uso; a influência de modismos; as condições familiares, tanto pelo aspecto genético (filhos de pais dependentes apresentam quatro vezes mais chance de o serem também de acordo com Tellegen e *cols*) quanto pelos aspectos ambientais, fortemente relacionados ao início do uso; o uso de drogas por pais e/ou amigos; relacionamento ruim com os pais; fatores internos do adolescente, como insatisfação e não realização em suas atividades, insegurança, baixa autoestima e sintomas depressivos; baixo desempenho escolar.

O uso de drogas afeta diretamente o desenvolvimento da criança e do adolescente, principalmente com relação às funções cognitivas, capacidade de julgamento da realidade, humor e relacionamentos interpessoais. Quanto mais precoce o início do uso, maiores serão estes comprometimentos.

Crueldade

Aqui, o impulso destrutivo não é movido pela emoção violenta, mas sim pelo prazer que o indivíduo sente em ver o sofrimento alheio, quer seja de outra pessoa ou um animal. Quanto menor a idade da criança, mais grave serão as consequências deste tipo de atitude em seu desenvolvimento.

Violência e Conduta Antissocial

Crianças e adolescentes com comportamentos violentos e "antissociais" recorrentes podem apresentar *transtorno de conduta* (TC*).* Este transtorno geralmente está associado ao baixo rendimento escolar, problemas de relacionamentos sociais e problemas com a Lei.

Transtornos de Conduta

Quanto à sua classificação, os transtornos de conduta podem ser divididos em função do prognóstico esperado. Assim, o subtipo *restrito ao ambiente familiar* é caracterizado por crianças e/ ou adolescentes com comportamentos antissociais graves e recorrentes, porém restritos a este contexto, e por isso este grupo teria um prognóstico mais favorável. Com pior prognóstico estão o *transtorno de conduta não socializado* e o *transtorno de conduta socializado*, separando assim aquelas crianças e adolescentes que, apesar de apresentarem comportamentos antissociais, conseguem ou não ter uma boa integração em determinado grupo social. Já o *transtorno desafiador de oposição* é

classificado como um subtipo do transtorno de conduta e é caracterizado por comportamentos marcadamente desafiadores, provocativos e de negativismo, oposição ou desobediência, mas sem a presença dos atos antissociais ou agressivos mais graves, característicos do TC. Os comportamentos do TOD são, em geral, dirigidos a figuras de autoridade e se encontram disseminados em todos os círculos sociais do indivíduo. É apontado como sendo mais prevalente em crianças menores (entre 9 e 10 anos) e questiona-se se o TOD não precederia o transtorno de conduta ao longo do desenvolvimento da criança.

Apesar de compreender diversas e distintas condições psicopatológicas em sua nosologia, muitos estudos apontam aspectos epidemiológicos consistentes, validando a existência deste construto nosográfico. Assim, crianças e adolescentes sob este signo apresentaram maior risco de delinquir, de abusar e se tornar dependentes de álcool e/ou drogas e de evoluir para a vida adulta com um funcionamento desadaptativo ou mesmo um transtorno de personalidade, em geral antissocial.

Os estudos mais específicos com esta população de jovens delinquentes trazem alguns dados interessantes. Herrnstein discute o fato de que esta população demonstra ter uma constituição psicológica atípica, não necessariamente em um nível patológico, mas o suficiente para que algumas medidas de proibição normal contra crimes se demonstrem, de algum modo, ineficazes. O autor postula, ainda, que determinados traços individuais, em determinadas circunstâncias, predisporiam certos indivíduos a uma menor internalização de padrões de conduta, maiores "revoltas" com desigualdades, um horizonte temporal mais curto, maior frustração em competições por bons empregos ou por relacionamentos pessoais satisfatórios ou, ainda, sensibilidade menor em relação às penalidades criminais. Este padrão de funcionamento constituiria o que o autor denominou "traços criminológicos". No entanto, estes termos devem ser evitados, pois muitas vezes estigmatizam o adolescente, além de não contribuírem objetivamente para a decisão judicial e não serem matéria médica.

Em relação ao gênero, embora as adolescentes infratoras cometam menos delitos e de menor gravidade que os garotos, elas apresentam maiores condições de risco. O seu perfil de personalidade mostra um estilo transgressor ativo, igual ao encontrado nos jovens meninos, e alterações emocionais mais graves que as encontradas na população de garotas adolescentes com manifestações clínicas psiquiátricas, mas não delinquentes.

De fato, o que a maioria dos estudos demonstra é que esta população de jovens delinquentes apresenta altas taxas de comorbidades psiquiátricas, merecedoras de atenção especializada.

Ainda que o transtorno de conduta seja diagnosticado em grande parte dos adolescentes cumprindo medida socioeducativa de internação, com prevalência variando de 40% a 77% em diferentes países, não é possível reduzir o fenômeno da delinquência juvenil a um diagnóstico psiquiátrico. O mesmo vale para os demais diagnósticos frequentemente encontrados nesta população: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), abuso e dependência de drogas, transtornos ansiosos ou transtornos do humor. Ou seja, o fato de um adolescente apresentar um

diagnóstico psiquiátrico não implica, necessariamente, a necessidade de tratamento como forma de impedir a delinquência.

O Papel do Psiquiatra

Na maior parte das vezes, especialmente nos países em desenvolvimento, jovens em conflito com as leis apresentam uma grande complexidade de fatores ambientais envolvidos. Caberá ao psiquiatra, diante da necessidade de avaliação destes jovens, apontar não somente o diagnóstico psiquiátrico, mas principalmente se existe uma relação de causalidade entre o diagnóstico apresentado e o ato infracional.

Não se pode falar aqui, do ponto de vista jurídico, em perda de capacidade de entendimento ou autodeterminação, já que estas estão presumidas pela legislação, que considera os menores de 18 anos inimputáveis.

"Os menores de 18 (dezoito) anos são penalmente inimputáveis, ficando sujeitos às normas estabelecidas na legislação especial" (art. 27 do Código Penal).

No entanto, caberá ao psiquiatra, de forma análoga à avaliação de incidente de insanidade mental em adultos na esfera criminal, esclarecer se o adolescente apresenta necessidade de tratamento psiquiátrico específico *nos casos em que for diagnosticado um transtorno mental*.

O tratamento é previsto nas medidas de proteção à criança e ao adolescente, de acordo com o art. 101 do ECA:

> *Art. 101. Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 98, a autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:*
>
> *V – requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial.*

Assim, quando for responsável pelo atendimento de jovens que cumprem medida socioeducativa, seja em unidades de saúde pública (UBS, CAPS etc.) ou dentro das unidades de cumprimento de medida socioeducativa, o psiquiatra poderá ser requisitado pela autoridade judicial a prestar esclarecimentos sobre o tratamento instituído. Deverá, nestes casos, esclarecer o diagnóstico e a melhor terapêutica a ser adotada, esclarecendo se há indicação de internação em ambiente hospitalar, como no caso de quadros psicóticos graves, ou se o tratamento poderá ser conduzido ambulatorialmente. Já a avaliação quanto à aptidão para a progressão de medida socioeducativa entre os jovens que cumprem medida de internação não deverá ser realizada pelo psiquiatra, mas sim pela equipe técnica que acompanha o adolescente diariamente em sua rotina.

GUARDA E VISITA: QUANDO A CRIANÇA É DISPUTADA PELOS PAIS

As ações de modificação de guarda e regulamentação de visitas constituem um campo de atuação crescente do psiquiatra. Ainda que a avaliação de crianças cujos pais estejam em litígio seja habitualmente realizado por psicólogos, tem sido cada vez mais comum a solicitação de perícia psiquiátrica por parte dos juízes ou das partes

envolvidas. Isto ocorre em virtude da suspeita de que a criança apresente transtornos mentais, muitas vezes decorrentes da própria situação de conflito. Pelo mesmo motivo, não é incomum a solicitação de avaliação psiquiátrica dos genitores, quando há a suspeita, fundamentada ou não, de que um dos genitores apresente transtorno mental.

Trata-se, portanto, de situações de grande conflito e caberá ao perito ouvir as partes (genitores ou responsáveis) de forma isenta e receptiva, já que uma postura tendenciosa do perito, certamente, dificultará ainda mais a coleta dos dados relevantes.

Na avaliação da criança, deve-se examinar, além do desenvolvimento cognitivo e afetivo, se apresenta sinais de sofrimento psíquico. Muitas vezes, estes sinais não correspondem a transtornos mentais *stricto sensu*, mas a mudanças do padrão de comportamento decorrentes da situação de conflito. Nestes casos, avaliações psicológicas detalhadas, em testes neuropsicológicos e entrevistas sucessivas, são recomendáveis para melhor elucidação e discriminação dos fatores envolvidos.

Diante do diagnóstico de transtorno mental, o perito deverá, apontar, além dos fatores biológicos e ambientais envolvidos, a melhor conduta do ponto de vista psiquiátrico, visando o bem-estar e a saúde mental do menor. Também aqui são aconselháveis avaliações psicológicas complementares que possam endereçar de maneira melhor a disputa de guarda.

Síndrome da Alienação Parental (SAP)

Além dos transtornos mentais, poderão estar associadas à situação de conflito entre os genitores a *síndrome da alienação parental (SAP)* ou *a implantação de falsas memórias.* A SAP **é uma forma grave de maus-tratos psicológicos e se** refere à situação em que um dos genitores instiga a criança a romper os laços afetivos com o outro genitor, denegrindo sua imagem e incutindo medo ao filho (ver Capítulo 9, Perícias em Direito de Família). Seu comportamento costuma ser motivado por um sentimento de vingança, geralmente associado à dificuldade de elaboração do luto da separação. Neste processo vingativo, a criança será usada como instrumento de agressão ao ex-parceiro.

Assim, o "genitor alienante" exclui o outro genitor da vida dos filhos, tomando desde "pequenas" atitudes como, por exemplo, não lhe comunicar fatos importantes relacionados à vida dos filhos (escola, médico, comemorações etc.), chegando, em alguns casos, a levantar falsas acusações de abuso sexual, uso de drogas e álcool. A criança alienada apresenta sentimentos constantes de raiva e ódio contra o genitor alienado e mesmo contra sua família, oferecendo resistência e recusa em visitá-los.

Crianças vítimas de SAP são mais propensas a apresentar distúrbios psicológicos, como baixa autoestima, ou mesmo transtornos mentais, como depressão, ansiedade e pânico. Outros riscos a longo prazo são mais frequentes: uso de drogas e álcool em maior proporção na adolescência e vida adulta e maior suscetibilidade a cometer suicídio. Quando adultas, apresentarão também maior risco de não estabelecerem uma relação estável ou manifestarem problemas de gênero, em função da desqualificação do genitor atacado.

A grande dificuldade em se detectar a SAP está no fato de que a memória humana é

passível de erros. Principalmente, quando se trata de crianças, em especial as menores, tudo pode ser confundido e misturado às memórias: pensamentos, histórias contadas por outras pessoas, sonhos, fantasias, brincadeiras. A memória pode sofrer distorções tanto por processos internos quanto externos, sendo suscetível a distorções mediante, por exemplo, sugestões de informações posteriores aos eventos.

A habilidade do perito na entrevista com crianças suspeitas de ser vítimas de alienação parental por parte de um de seus genitores será crucial para a possível apuração da realidade factual, embora nem sempre este objetivo consiga ser alcançado. Nesta tentativa, alguns instrumentos padronizados têm sido, inclusive, postulados para orientação nestas entrevistas, justificando novamente a indicação de avaliação neuropsicológica.

Dessa forma, ao apresentar o laudo, o perito habitualmente deverá manifestar-se pelo diagnóstico ou exclusão de transtorno mental e, para tal, utilizará seus conhecimentos em psicopatologia da infância e adolescência. No entanto, quando questionado sobre a qualidade da relação da criança ou adolescente com os genitores ou responsáveis, o perito deverá indicar a necessidade de avaliação psicológica pormenorizada, já que a *expertise* do psiquiatra cientificamente sustentada tem limites. Mesmo nos casos em que um dos genitores apresenta suspeita ou confirmação de transtorno mental, o psiquiatra forense não deverá emitir suas conclusões de forma preconceituosa, sem avaliar as particularidades da relação entre filho e este genitor. Dessa forma, torna-se habitual o trabalho em conjunto com psicólogos com experiência na utilização de instrumentos específicos que − sempre que possível − possam apresentar elementos objetivos para a decisão judicial.

VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

O abuso sexual de crianças e adolescentes pode ocorrer no ambiente intra ou extrafamiliar. Podem ser únicos ou se perpetuarem por um longo tempo e podem ter início já numa idade muito precoce na vida da criança.

Todos estes fatores interferirão no desenvolvimento do indivíduo, em maior ou menor grau. De acordo com Travin, o subgrupo que mais apresenta sintomas psicológicos severos foram as crianças entre 7 e 13 anos, quando comparadas às pré-escolares e aos adolescentes, sugerindo que as crianças pequenas podem estar "protegidas" por não compreenderem a natureza sexual da experiência e os adolescentes, por apresentarem recursos cognitivos mais elaborados que lhes permitem "processar" o ocorrido.

O autor afirma, ainda, que os sintomas apresentados por estas crianças são em geral "fase-específicos". Assim, enquanto crianças pequenas apresentarão mais comumente enurese, encoprese, sucção de dedos ou distúrbios na fala, crianças entre as fases pré-escolar e escolar poderão apresentar medo, pesadelos, transtornos de alimentação, dificuldades escolares etc. Adolescentes mais comumente apresentarão depressão, *acting-out* e delinquência. Já em relação aos sintomas "trauma-específicos", afirma que crianças e adolescentes podem apresentar comportamentos, falas ou fantasias de conteúdos sexualizados e, portanto, mais concretamente ligados ao(s) episódio(s) de abuso.

Transtornos Mentais Associados ao Abuso Sexual

A relação entre abuso sexual na infância e maior risco para o desenvolvimento de transtornos mentais também é bem estabelecida por diversos autores. Transtornos do humor, transtornos ansiosos, transtornos associados ao uso de substâncias e transtornos de personalidade na vida adulta são mais prevalentes nesta população.

A avaliação psiquiátrica nestes casos poderá ser solicitada para esclarecer a possível relação entre transtornos mentais apresentados e o suposto abuso sexual. No entanto, a relação causal entre o abuso e o transtorno mental, além de ser mais comum na avaliação de adultos, costuma ser temerária, já que muitos destes casos não têm a confirmação inequívoca da ocorrência do abuso sexual. O psiquiatra, quando trabalhando isoladamente, deve cuidar para que não emita opinião sobre a existência ou não de abuso, pois esta conclusão dependerá da avaliação por meio de instrumentos validados cientificamente.

Estupro de Vulnerável

Entre crianças e adolescentes, é mais frequente a necessidade de avaliação psiquiátrica nos casos em que houver dúvida sobre a capacidade de discernimento da vítima em relação ao ato sexual ou outro ato libidinoso. Isto porque, desde 2009, o Código Penal passou a estabelecer da seguinte maneira a definição de estupro:

Art. 213. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso.

Assim, foram incluídos, nesta definição de "estupro", tanto a "conjunção carnal" (sexo vaginal) quanto os outros "atos libidinosos" (sexo oral, sexo anal etc.) anteriormente especificados como "atentado violento ao pudor" no Código Penal.

De especial interesse para a Psiquiatria Forense foi a mudança do artigo sobre "presunção de violência", que era definida da seguinte forma:

Art. 224. Presume-se a violência, se a vítima:
não é maior de 14 anos;
é alienada ou débil mental, e o agente conhecia esta circunstância;
não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência.

Atualmente, no Código Penal, este crime é descrito como estupro de vulnerável, e assim definido:

Art. 217. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos:
Pena – reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos.
§ 1º Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no caput com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência. (grifo nosso.)

Dessa forma, a linguagem utilizada se tornou mais adequada por estar mais próxima da nosografia psiquiátrica moderna: *enfermidade mental* ou *deficiência mental* incluem e não deixam dúvidas sobre a possibilidade de inclusão de qualquer transtorno psiquiátrico. Além disso, na lei anterior era necessário que o agente conhecesse a circunstância de "alienação" ou "debilidade mental" da vítima. Para a lei atual, esta

condição não é necessária para caracterizar o crime, e o enfoque é dado na *perda do necessário discernimento para a prática do ato*, o que implica a necessidade de uma avaliação de um especialista para estabelecer se a vítima, quando maior de 14 anos e diante desta suspeita, apresentava esta condição.

Trata-se, como sempre na prática psiquiátrica forense, de uma avaliação que terá como objetivo responder a duas perguntas:

1. A vítima de estupro apresentava, à época do ato, algum transtorno mental?
2. Este transtorno mental a privou do discernimento para a prática do mesmo ato?

A primeira pergunta deverá ser respondida com base na avaliação psicopatológica de crianças e adolescentes. Nos casos em que houver suspeita de retardo mental, a avaliação do quociente de inteligência por meio de testes padronizados aplicados por neuropsicólogo experiente é indicada, já que este parâmetro poderá responder se o funcionamento mental da vítima era compatível com sua idade cronológica ou com idade inferior a 14 anos.

Nos demais casos, e mesmo naqueles em que o funcionamento mental é limítrofe, caberá ao perito avaliar a capacidade de discernimento em relação ao ato sexual da vítima. Não se trata de saber se a vítima consentiu verbalmente com o ato, se demonstrou interesse pelo parceiro ou mesmo se "gostou" de praticá-lo, mas sim de avaliar se a vítima entendia, amplamente, no momento do ato:

- *O significado do ato sexual em seu contexto cultural*: a vítima deve saber se o ato sexual é um fato da esfera íntima ou pública na sua comunidade, se é autorizado por seus responsáveis e se pode lhe trazer consequências nas relações com seus pares.
- *Sua autonomia em relação à decisão de não praticá-lo*: a vítima deve entender que tem o direito de não praticá-lo e que a prática sem o seu consentimento é crime.
- *Riscos envolvidos no ato sexual*: a vítima deve conhecer o risco de gravidez e de adquirir doenças sexualmente transmissíveis. Os riscos de mudança nas relações afetivas estabelecidas indicam um grau maior de abstração e, portanto, de discernimento.

É claro que muitas destas condições não estão ainda plenamente desenvolvidas entre os adolescentes, especialmente em condições socioculturais menos favorecidas onde a presença dos pais e do Estado pode não ocorrer a contento. No entanto, é preciso diferenciar quando estes prejuízos estão associados exclusivamente a determinado ambiente e contexto sociocultural e quando se dão por causa de um transtorno mental. Em virtude das dificuldades inerentes a esta diferenciação, o psiquiatra deve estar comprometido com o rigor psicopatológico e com as evidências científicas disponíveis.

CONCLUSÃO

O trabalho do psiquiatra em avaliações forenses de crianças e adolescentes exige, além de conhecimento técnico em relação às principais manifestações de comportamento encontradas nestes casos, uma grande capacidade de reflexão e discernimento de seu papel profissional neste contexto.

Não é raro encontrar profissionais que utilizam a função de perito para exercer a "justiça", e apresentam em suas conclusões pouco embasamento científico. Assim,

mobilizados, muitas vezes, pelo desconforto diante de situações traumáticas experimentadas por crianças e adolescentes, acabam emitindo conclusões de natureza subjetiva. O resultado de um trabalho com este viés é, na melhor das hipóteses, induzir a autoridade requisitante ao erro, já que sua tomada de decisão estará embasada em conclusões provavelmente precipitadas.

O perito deve ter, por isso, a liberdade de manifestar-se hesitante diante dos dados disponíveis, indicando à autoridade solicitante os instrumentos, os exames e as avaliações necessárias para a conclusão do laudo pericial. Em boa parte dos casos, o esclarecimento dependerá de entrevistas sucessivas, permitindo conclusões com melhor embasamento e convicção.

Por último, vale lembrar que, em algumas situações, a exclusão de um transtorno mental é suficiente para a autoridade solicitante. O perito deverá, então, evitar digressões teóricas sobre o tema ou mesmo emitir opiniões sobre aquilo que não tem conhecimento específico. Diante da complexidade das situações envolvidas em perícias psiquiátricas de crianças e adolescentes, restringir as conclusões a seu campo de conhecimento mostra comprometimento com a grande responsabilidade existente no trabalho como perito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Lei no 12.015, de 7 de agosto de 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm, 2009. [Acesso em: 28/2/2014.].

Costa, CR, Assis, SG. Fatores protetivos a adolescentes em conflito com a lei no contexto socioeducativo. *Psicologia & Sociedade set*. dez 2006; 18(3):74–81.

Dias, MBSíndrome da alienação parental e a tirania do guardião. Aspectos psicológicos, sociais e jurídicos. APASE. Porto Alegre: Editora Equilíbrio, 2011.

Grunspun, H. Distúrbios psiquiátricos da criança, 3a ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

Happé, F, Frith, U. Theory of mind and social impairment in children with conduct disorder. *British Journal of Developmental Psychology*. 1996; 14:385–398.

Herrnstein, RJ. Some criminogenic traits of offenders. In: Rosner R, Schwartz H, Jr., eds. *Juvenile psychiatry and the law"*. New York and London: Plenum Press, 1989.

Maida, AM, Herskovic, MV, Prado, AB. Síndrome de alienación parental. *Rev Chil Pediatr*. 2011; 82(6):485–492.

Molnar, BE, Buka, SR, Kessler, RC. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *Am J Pub Health*. May 2001; 91(5):753–760.

Mondoni, SM. Transtorno de Conduta. In Assumpção FB, Jr., Kuczynski E, eds.: *Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência*, 2a ed, São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. *Editora Artes Médicas.* , 1993.

Pinho, SR, et al. Morbidade psiquiátrica entre adolescentes em conflito com a Lei. *J Bras Psiquiatr*. 2006; 55(2):126–

130.

Ramírez, EAM, Retana, JMR, La historia médico legal en casos de delitos sexuales en niños – un enfoque médico forense. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*, 2007;24(2):47–66

Rildésia, SV, et al. Avaliando lembranças de alienação e controle parental: Evidências de validade de construto da RRP10 no Brasil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2012; 26(3):435–442.

Stein LM, ed. Falsas memórias: Fundamentos científicos e suas aplicações clínicas e jurídicas. Porto Alegre: Editora Artmed, 2010.

Tellegen, A, Lykken, DT, Bouchard, TJ, Jr., Wilcox, KJ, Segal, NL, Rich, S. Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988; 54(6):1031–1039.

Travin, S. Psychiatric aspects of incest involving juveniles. In: Rosner R, Schwartz H, Jr., eds. *Juvenile psychiatry and the law*. New York and London: Plenum Press, 1989.

Vinet, E, Bañares, PA. Caracterización de personalidad de mujeres adolescentes infractoras de ley: un estudio comparativo. *Paideia maio/ago*. 2009; 19(43):143–152.

Werner, J, Werner, MCM. Child sexual abuse in clinical and Forensic Psychiatry: a review of recent literature". *Curr Opin Psychiatry*. 2008; 21:499–505.

Werner, J, Werner, MCM. Direito de Família e Psiquiatria da Criança e do Adolescente. In: Taborda JGV, Chalub M, Abdalla-Filho E, Jr., eds. *Psiquiatria Forense*. Porto Alegre: Editora Artmed, 2004.

Werner, J, Werner, MCM. Perícias em Direito da Família". In: Taborda JGV, Chalub M, Abdalla-Filho E, Jr., eds. *Psiquiatria Forense*. : Editora Artmed, 2004.

SEÇÃO II
INTERFACES ÉTICAS

OUTLINE

Capítulo 11: Internações Psiquiátricas Involuntárias
Capítulo 12: Eletroconvulsoterapia
Capítulo 13: Consentimento Livre em Psiquiatria
Capítulo 14: Psicofarmacologia e Manipulação de Comportamentos
Capítulo 15: Paternalismo e Autonomia nos Transtornos Mentais
Capítulo 16: Livre-arbítrio e Direito
Capítulo 17: Neurociência Forense
Capítulo 18: Suicídio
Capítulo 19: A Terminalidade da Vida: Psiquiatria e Cuidados Paliativos
Capítulo 20: Detecção de Mentira e Psicofisiologia Forense

CAPÍTULO 11

Internações Psiquiátricas Involuntárias

Edson Shiguemi Hirata, Montezuma Pimenta Ferreira and Maitê Cruvinel Oliveira

INTRODUÇÃO

A internação psiquiátrica involuntária, ou seja, sem o consentimento do paciente, é um tema polêmico, pois envolve o direito humano à autonomia.

Nos últimos anos, na Medicina Geral, tem se discutido muito sobre a necessidade de o médico considerar a manifestação e a autonomia do paciente, sempre que tiver que tomar qualquer decisão seja com finalidade diagnóstica ou terapêutica. Da mesma forma, a realização da internação psiquiátrica passou a depender também do consentimento do paciente.

A internação psiquiátrica deve ser prioritariamente voluntária, ou seja, com o consentimento do paciente, sendo a admissão involuntária o último recurso para proteger a integridade física e psíquica do paciente ou de outros. A ocorrência de internação involuntária está relacionada à política pública de saúde mental, legislação e os serviços oferecidos à população. A sua frequência reflete a ausência ou ineficiência de serviços extra-hospitalares de saúde mental e baixo suporte sociofamiliar.

Na avaliação de todo paciente, ao se levar em consideração o respeito aos direitos humanos e a preservação de sua integridade física e de outros, a questão fundamental é determinar a partir de que momento pode-se optar pela internação involuntária. Os limites são tênues, e são poucos os elementos objetivos para esta tomada de decisão.

As publicações na literatura sobre indicação e impacto da internação involuntária são escassas. Este capítulo discutirá aspectos epidemiológicos, clínicos e legais da internação involuntária, especialmente as condições em que se justificam este tipo de internação.

HISTÓRICO

Na idade média, os deficientes mentais, as pessoas com alterações comportamentais, eram acomodados em abrigos junto com criminosos, pessoas sem moradia. Não havia noção de tratamento para os doentes. Até o final do século XVIII, as instituições que abrigavam os doentes eram hospedagem e tinham, na realidade, a função de manter a ordem social.

Em 1656, o rei Luis XIV construiu na França dois grandes hospitais, que abrigavam doentes, criminosos e insanos: Bicêtre, para homens, e Salpetrière, para mulheres, onde as condições de higiene eram precárias, e os doentes eram presos em grilhões e sofriam maus-tratos. Em 1793, Philippe Pinel, então médico-chefe do hospital de

Bicêtre, influenciado pelas ideias liberais da Revolução Francesa e em busca de tratamento humanitário, desacorrentou os loucos, ato que se tornou símbolo da criação da Psiquiatria como especialidade médica. A loucura passou a ser considerada doença, e os doentes passaram a ter hospitais próprios para o tratamento.

O tratamento vigente na época era o *morale*: preconizava o isolamento do meio social como medida terapêutica. Neste contexto, a internação era o recurso mais importante de tratamento.

Em 1883, uma lei francesa sobre alienados assegurou o fundamento legal destas internações, justificando assim que o alienado permanecesse internado pelo tempo suficiente para sua recuperação. De acordo com esta lei, uma pessoa podia ser internada por uma autoridade ou por solicitação de um familiar que devia apresentar atestado médico justificando a necessidade da internação.

A loucura era definida como alienação mental – estado em que a pessoa estaria fora de si. O alienado era considerado incapaz de julgar e perdia a possibilidade de exercer seus direitos civis. A restituição da razão ocorreria por meio do isolamento social, do afastamento do ambiente que teria promovido a alienação.

Também no Brasil, até meados do século XIX, os loucos eram colocados nas prisões ou nas Santas Casas de Misericórdia com o objetivo principalmente de isolamento social. Em 1852, foi inaugurado, no Rio de Janeiro, o primeiro hospital destinado aos doentes mentais, o Hospício Dom Pedro II. Neste "hospício", aplicavam-se também os princípios do tratamento moral da Psiquiatria francesa de Pinel. Posteriormente, Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, e Franco da Rocha, em São Paulo, criaram colônias agrícolas para estes pacientes.

A primeira lei brasileira de assistência aos alienados foi o Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903. Este decreto regulamentava o funcionamento dos asilos, disciplinava os procedimentos de internação em hospitais, proibia a prisão dos alienados nas cadeias públicas, entre outras medidas. A principal preocupação desta lei era o comprometimento da ordem pública e da segurança da sociedade, diante da suposta periculosidade do alienado. As internações podiam ser realizadas por uma autoridade pública, ou por um familiar mediante atestado médico. Com a internação, a pessoa tornava-se incapaz e com grau de periculosidade para a sociedade.

Em 1934, o Decreto nº 24.559 substituiu a lei de 1903, dispondo sobre os estabelecimentos psiquiátricos, a profilaxia da doença mental e a assistência aos portadores de problemas mentais, que passaram a ser designados de psicopatas. Por este decreto, a internação involuntária podia se dar por requisição da autoridade pública (ordem judicial ou requerimento policial) ou por qualquer outra pessoa mediante justificativa e atestado médico que comprovava a necessidade de internação. Os toxicômanos, intoxicados habituais, e as pessoas que atentavam contra a própria vida ou de outros, assim como os que perturbavam a ordem pública eram encaminhados para internação em estabelecimentos fechados. A pessoa internada era considerada incapaz (absoluta ou relativa) para os atos da vida civil.

Em abril de 2001, foi promulgada a Lei nº 10.216, que "dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental". Entre os princípios desta lei, está o reconhecimento do

indivíduo com transtorno mental como cidadão, e, portanto, de direitos civis que devem ser preservados.

Se antes a internação involuntária era motivada principalmente pelos riscos de a pessoa atentar contra a própria vida, ou a de outros, e de perturbar a ordem pública, esta nova lei passa a valorizar os direitos civis do paciente. Estes não podem mais ser internados involuntariamente, ou seja, sem o seu consentimento, exceto se ocorrer perda da autonomia decorrente da doença mental (ou se houver risco iminente de morte). A noção de autonomia, de competência mental para tomar decisão, passa a ser um elemento clínico fundamental para decidir pela internação involuntária.

Uma inovação importante desta lei é que as internações involuntárias passaram a ser reguladas pelo Estado, pelo Ministério Público Estadual, como um dispositivo de segurança e proteção dos direitos dos pacientes. O ministério público passou a regular as internações involuntárias desde a internação até a alta do paciente.

EPIDEMIOLOGIA

As taxas de internações involuntárias variam de acordo com as características da política de saúde mental, tipos e disponibilidade de serviços oferecidos à população e a legislação vigente em um país.

As taxas de internações involuntárias na Europa variam muito, de 1% na Espanha até 93% na Suíça. Em média, elas representam 15% a 20% de todas as internações psiquiátricas. Nos Estados Unidos, em 1980, 27% das internações psiquiátricas foram realizadas de forma involuntária. Estas taxas variaram muito de acordo com cada estado americano.

Em nosso meio, estudo realizado no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo por Minatogawa-Chang e colaboradores encontrou 13,3% de internação involuntária no período de 2001 a 2008.

A presença de serviços comunitários bem estruturados, com disponibilidade de tratamento extra-hospitalar, ambulatorial, suporte social, atendimento domiciliar entre outros está associada à diminuição da taxa de internação involuntária, pois somente os pacientes muito graves são admitidos no hospital. Na Suécia, ocorreu diminuição de internação involuntária em decorrência de implementação de serviços comunitários de saúde mental.

Por outro lado, a redução de leitos psiquiátricos sem a melhora de serviços comunitários está associada ao aumento da taxa de internação involuntária. Por exemplo, na Inglaterra, ocorreu aumento de 20% na taxa de internação involuntária no período de 1996 a 2006, enquanto, neste mesmo período, houve redução do número de leitos psiquiátricos.

No Brasil, uma política nacional de redução gradual do número de leitos psiquiátricos teve início na década de 1990. Esta redução foi significativa a ponto de o Brasil ter se tornado um dos países com menor proporção de leitos psiquiátricos do mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde. O número de leitos psiquiátricos passou de 72.514 a 42.076 leitos no período de 1996 a 2005, segundo o Ministério da Saúde (2005). Esta redução do número de leitos psiquiátricos não foi acompanhada pelo aumento de serviços comunitários de saúde mental, como ambulatório, centro de

atenção psicossocial, hospital-dia etc., o que gerou desassistência. Este descompasso pode ter contribuído para o aumento de 2,5% a 21,2% de internações involuntárias, no período de 2001 a 2008, no estudo realizado por Minatogawa-Chang e colaboradores.

Existem poucos estudos sobre os fatores de risco da internação involuntária. Variáveis sociodemográficas, como baixo nível educacional, privação social, desemprego e ser solteiro, em pessoas do sexo masculino, têm sido associadas a maior risco de internações involuntárias.

Esquizofrenia, transtorno delirante, transtorno afetivo, especialmente mania, abuso de substâncias estão entre os transtornos mentais com maior risco de internação involuntária. De maneira geral, os pacientes internados involuntariamente apresentam quadro clínico e psicopatologia de maior gravidade.

Estudando 5 mil internações involuntárias realizadas na cidade de São Paulo, entre 2002 e 2006, e comunicadas ao Ministério Público, Lima mostrou que psicoses, transtornos afetivos ou por uso de drogas representaram quase 85% das internações involuntárias. Destas internações, 21,7% tinham diagnóstico de esquizofrenia (o subtipo paranoide foi o mais prevalente – 48,8% dos casos de esquizofrenia); 17,8%, de transtornos afetivos, sendo a grande maioria bipolares; 9,9%, de transtornos pelo uso de álcool; e 6%, de transtorno pelo uso de várias substâncias.

INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS: ASPECTOS LEGAIS E ADMINISTRATIVOS

Os procedimentos legais e administrativos das internações psiquiátricas no Brasil mudaram significativamente a partir da promulgação, em abril de 2001, da Lei nº 10.216, que "dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental". Nesta lei, há uma preocupação importante com a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais, que devem ser assegurados sem qualquer forma de discriminação.

Entre os princípios desta lei, está o reconhecimento do indivíduo com transtorno mental como cidadão, e, portanto, detentor de direitos civis que devem ser respeitados. A internação sem o consentimento do paciente só pode ocorrer nos casos de perda de autonomia decorrente da doença mental (ou risco iminente de morte). A noção de competência mental para tomar decisão passa a ser um elemento clínico fundamental para decidir pela internação involuntária. Além disso, o art. 4º estabelece que a internação só poderá ser realizada se os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

O art. 6º desta lei estabelece que a internação só será realizada mediante laudo médico que justifique esta conduta. No parágrafo único, são definidas três modalidades de internação:

ıternação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

'nternação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro;

internação compulsória: aquela determinada pela justiça.

O art. 7º regulamenta a internação voluntária e exige que o paciente manifeste por escrito a concordância com a internação. O término da internação voluntária se dá por solicitação por escrito do paciente ou por alta determinda pelo médico.

O art. 8º estabelece que a internação involuntária só poderá ser realizada mediante laudo médico. Embora idealmente seja necessária a assinatura e a concordância de um familiar, o médico pode decidir pela internação involuntária quando não há familiar ou responsável legal no momento ou em situações em que há risco iminente para si ou terceiros. O término desse tipo de internação pode ocorrer pela solicitação por escrito dos familiares ou responsáveis legais, ou pelo médico responsável pelo tratamento do paciente.

Ainda de acordo com o art. 8º, todas as internações involuntárias passam a ter de ser comunicadas ao Ministério Público Estadual num prazo de 72 horas, assim como a alta deste tipo de internação, por meio do formulário de internação involuntária e de alta anexo à Portaria nº 2.391/GM do Ministério da Saúde, publicada em 2002.

É importante assinalar que podem ocorrer mudanças ao longo da internação. Por exemplo, um paciente pode se internar voluntariamente e, durante a evolução, a internação pode tornar-se involuntária se o quadro clínico não permitir a sua alta.

O art. 9º refere-se à internação compulsória, aquela que é determinada pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

O art. 10 estabelece que intercorrências relevantes como evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave ou óbito devem ser comunicadas ao representante do paciente e à autoridade sanitária em até 24 horas.

REQUISITOS PARA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA

Por princípio, os adultos são considerados competentes para decidir sobre seu tratamento. Como regra, o médico deve esclarecer o paciente sobre sua condição e dele obter autorização para os procedimentos indicados. Isto inclui as internações psiquiátricas, que são consideradas involuntárias quando não autorizadas por escrito pelo paciente ou determinadas por autoridade judicial.

A internação involuntária é uma exceção. Justifica-se para tratamento psiquiátrico quando há: a) um transtorno mental que requeira hospitalização e, concomitantemente; b) prejuízo do discernimento sobre a doença e suas consequências. A internação involuntária envolve o dilema entre a autonomia do paciente e a possibilidade de consequências adversas graves, caso o paciente não seja tratado.

O diagnóstico psiquiátrico pode não estar claro no ato da internação, mas a existência de um transtorno mental deve ser claramente inferida. Por exemplo, a natureza de quadros psicóticos (se orgânicos, induzidos por drogas, esquizofrênicos, afetivos) nem sempre é evidente, mas o comprometimento psiquiátrico pode ser inferido a partir de delírios, alucinações ou outros sintomas. Por outro lado, o comportamento problemático por si só não justifica intervenção psiquiátrica, a menos que seja claramente atribuível a transtorno mental. A agressividade, por exemplo, é um comportamento complexo que, na maioria das vezes, não tem causa psiquiátrica.

Nem todos os quadros psiquiátricos, mesmo que psicóticos ou graves, necessitam de tratamento hospitalar. Não se justifica a internação involuntária quando for possível o tratamento em ambiente menos restritivo, como hospital-dia ou ambulatório. A possibilidade de tratamento ambulatorial depende não só da condição clínica do paciente, mas da disponibilidade de suporte familiar e social. A Organização Mundial da Saúde recomenda que a internação psiquiátrica involuntária seja reservada para situações em que haja alto risco de dano para o paciente ou outras pessoas ou em que o não tratamento de uma condição grave possa acarretar piora importante do estado do paciente ou impedir que ele receba tratamento apropriado.

O comprometimento do discernimento pode ser total ou parcial. A questão aqui é se o paciente é capaz de compreender seus sintomas, sua doença e as consequências de se tratar ou não. Por exemplo, um portador de transtorno delirante pode ter grande capacidade cognitiva e ser capaz de trabalhar em alto nível e, no entanto, não ter nenhuma crítica sobre a irrealidade de seus delírios.

Quanto à autorização para a internação involuntária, como no caso de outros procedimentos médicos, um paciente incompetente deve ser representado por um adulto capaz de deliberar por ele. A lei estabelece a seguinte ordem de precedência para os substitutos:

- cônjuge ou companheiro, desde que não separado;
- pai ou mãe;
- descendentes aptos, sendo que filhos precedem os netos.

Na ausência de responsáveis aptos, o médico pode autorizar a internação involuntária. Vale lembrar que o médico está autorizado, se não obrigado, a tratar pacientes em caso de risco iminente de morte.

Competência para decidir não é um atributo global, mas se refere a uma decisão sobre questão específica, numa determinada situação, num determinado período.

Não há um padrão universalmente aceito para a avaliação da competência para decidir e o processo pode exigir considerável experiência do psiquiatra. Appelbaum sugere que a competência para decidir exija a capacidade para: a) entender informação relevante; b) compreender a situação e suas consequências; c) raciocinar sobre as opções de tratamento e d) comunicar uma escolha. Para tanto, este autor dá vários exemplos de questões que podem auxiliar na avaliação:

- diga com suas próprias palavras o que eu lhe disse sobre o problema atual com a sua saúde, o tratamento recomendado, os possíveis benefícios e riscos do tratamento, os tratamentos alternativos e seus benefícios e riscos, os riscos e benefícios de não se tratar;
- o que você acredita que seja o problema com sua saúde? Você acredita que precise de algum tipo de tratamento? O que é provável que o tratamento lhe traga? O que o leva a crer que o tratamento venha a ter este efeito? O que você acredita que venha a lhe acontecer se não fizer o tratamento? Por que você acha que eu lhe recomendei este tratamento?
- como você decidiu aceitar ou rejeitar o tratamento proposto? O que faz com que a opção escolhida seja melhor do que a opção rejeitada?

Em pacientes psiquiátricos, deve-se dar particular atenção às funções cognitivas

(atenção, memória, pensamento, inteligência, juízo), bem como a outros aspectos que podem interferir na capacidade de decisão, como humor e sensopercepção.

EVOLUÇÃO DA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA

A internação involuntária é um evento de vida extremo. O paciente que é internado involuntariamente tem maiores chances de se opor ao tratamento instituído, podendo recusar as medicações e se tornar agressivo, podendo necessitar de contenção e sedação, o que torna a experiência ainda mais traumática.

Um estudo de Fennig e colaboradores encontrou dados que mostraram que uma primeira internação involuntária em esquizofrênicos é um importante fator preditivo para outras internações involuntárias futuras. Revisão sistemática realizada por Kallert e col. em 2008, mostrou que pacientes internados involuntariamente, em geral, tinham maior tempo de internação e maior risco de reinternação involuntária. O´Donoghue e colaboradores, em 2009, numa pesquisa sobre a perspectiva do paciente acerca da internação involuntária, constataram que 72% dos pacientes acreditaram que a internação involuntária deles foi necessária, na época, e foi associada a maior *insight* quanto à doença e 77,8% sentiram que o tratamento recebido foi benéfico. Em 27,5% dos casos, a internação involuntária teve um impacto negativo no relacionamento com a família, enquanto em 15% o impacto foi positivo. Em 26,6% dos casos, houve um impacto negativo no relacionamento com o psiquiatra assistente e, em 7,6%, o impacto foi positivo.

Katsakou e Priebe, em um artigo de revisão de 2006, constataram que 33% a 68% dos pacientes acreditaram que sua internação foi correta e necessária; 47% a 66% dos entrevistados relataram, na alta, que foi certo terem sido internados; o número de participantes que perceberam sua internação positivamente foi maior do que o número dos que perceberam negativamente; e 46% a 73% dos pacientes reportaram estar satisfeitos com o tratamento recebido.

A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA E OS TRANSTORNOS MENTAIS

As internações involuntárias estão relacionadas às psicoses e a gravidade da doença, sendo que os principais motivos são o risco de suicídio, agitação psicomotora e agressividade, cujas definições descrevemos a seguir.

A agitação corresponde a um aumento da atividade motora em reação exacerbada e inadequada a estímulos internos ou externos, cuja expressão patológica pode ser caracterizada por aumento da excitabilidade e irritabilidade, inquietação e atividade motora e verbal inapropriada e repetitiva, como define Lindenmayer.

O comportamento agressivo pode ser definido como aquele que provoca uma ameaça ou causa danos morais e/ou físicos ao próprio paciente e/ou aos demais. A presença de impulsividade traz um componente de imprevisibilidade das reações, aumentando a dificuldade de planejamento de estratégias de abordagem dos pacientes agressivos e agitados.

Pode-se diferenciar o suicídio – morte provocada pela própria pessoa em decorrência de um ato deliberado em que fica evidente a intenção de morrer – da tentativa de suicídio – todo ato não fatal, praticado deliberadamente com a intenção de causar morte a si mesmo. O último, contudo, pode indicar uma internação, eventualmente involuntária.

A seguir, passaremos a discutir a relação da internação involuntária com as particularidades dos vários transtornos mentais especialmente, esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão, transtorno por uso de álcool e drogas, demência/*delirium* e anorexia nervosa.

ESQUIZOFRENIA

Tem sido muito pesquisada a correlação entre esquizofrenia e conduta violenta. Os esquizofrênicos podem cometer todo tipo de delito, sendo mais comuns os contra a pessoa, como lesões corporais e homicídios. Em geral, o esquizofrênico delinque contra vítima familiar ou conhecida. A violência de indivíduos esquizofrênicos estaria associada aos sintomas psicóticos positivos, sendo os atos praticados em resposta a delírios persecutórios e alucinações auditivas do tipo vozes de comando.

Além de comportamentos violentos, outro motivo para internação involuntária é o risco de suicídio. Quadros de esquizofrenias ou outros transtornos psicóticos aumentam em oito a 14 vezes o risco de suicídio.

Sintomas psicóticos com maior frequência estão relacionados a prejuízo da capacidade de tomar decisão. Pacientes psicóticos apresentam risco duas vezes maior de internação involuntária. Entre os transtornos psicóticos, a esquizofrenia é a que está mais relacionada à internação involuntária.

A involuntariedade da internação de pacientes psicóticos está relacionada com a ausência de crítica, a gravidade do quadro, o risco iminente de lesão a si ou a outros, a resistência e a não adesão ao tratamento.

TRANSTORNO BIPOLAR

A conexão entre transtorno bipolar e violência parece ser maior durante episódios agudos do transtorno. O risco de violência no transtorno bipolar é maior na fase maníaca do que na depressiva. Por outro lado, a fase depressiva do transtorno bipolar aumenta o risco de suicídio.

A mania pode comprometer a crítica do paciente bem como sua capacidade para tomar decisões. E em decorrência da exaltação do humor, de sintomas psicóticos, como ideias de grandeza, desinibição social, pode ser necessária a internação involuntária por causa do risco de agressividade, agitação psicomotora, de provocar danos físicos ou patrimoniais a si próprio ou a outros, de exposição social, além do risco de suicídio (Ver Capítulo 23, Transtornos do Humor).

DEPRESSÃO

A depressão é a principal causa de mortalidade por suicídio. Aproximadamente 70%

dos casos de suicídio estão relacionados à depressão. A presença de depressão maior aumenta em 20 vezes o risco de suicídio.

Os pacientes deprimidos com maior risco de suicídio são aqueles que, além de manifestar ideação suicida, apresentam sintomas psicóticos, ansiedade intensa, ataques de pânico, desesperança grave e história prévia de tentativas de suicídio, uso de álcool e impulsividade.

O médico, com frequência, é chamado para avaliar um paciente que tentou o suicídio. Nesta situação, alguns elementos clínicos são úteis para decidir ou não pela internação. Por exemplo: se o paciente usou método violento; tomou precaução para não ser descoberto ou não receber ajuda; se manifesta arrependimento por ter sobrevivido; se, na entrevista, for observado que o paciente está psicótico; se ainda mantém ideação suicida, principalmente acompanhada de planejamento com alta letalidade; se tiver comportamento impulsivo, agitação psicomotora; e se recusa a receber ajuda. Outro aspecto fundamental para decidir ou não pela internação é o suporte social e familiar do paciente (Capítulo 23).

Nos casos mais graves, quando o risco de suicídio é alto, a opção deve ser pela internação. A internação protege o paciente diminuindo o risco de suicídio e possibilita o início rápido do tratamento. O médico deve esclarecer detalhadamente ao paciente os motivos da internação e obter o seu consentimento. Se não concordar e houver risco iminente de suicídio, a internação deve ser realizada involuntariamente, pois estes pacientes, em decorrência da gravidade psicopatológica, apresentam redução importante do campo vivencial e prejuízo na capacidade de compreender e entender a desadaptação decorrente de seu estado psíquico.

DEMÊNCIAS E *DELIRIUM*

Sintomas comportamentais são comuns nas demências e são um dos principais motivos de internação. O paciente pode apresentar mudança da conduta social, prejuízo dos valores ético-morais, desinibição, impulsividade, sintomas depressivos, agitação e agressividade. Em decorrência do comprometimento cognitivo e da ausência de crítica em relação à doença, a competência para tomar decisões fica seriamente comprometida, e as internações, quando necessárias, se dão de forma involuntária (Ver Capítulo 32, Transtornos do Envelhecimento e Demências).

O rebaixamento do nível de consciência no *delirium* prejudica qualquer capacidade de tomar decisões. Em virtude da alta morbidade e mortalidade, as internações são necessárias e podem ser realizadas sem o consentimento do paciente.

TRANSTORNOS ALIMENTARES

Indicações que são usualmente aceitas para internação por transtornos alimentares costumam incluir má resposta ao tratamento ambulatorial, com perda grave e rápida de peso (IMC abaixo de 14 kg/m^2); risco de suicídio; e alterações clínicas graves, como: bradicardia (pulso abaixo de 40 bpm), taquicardia (pulso acima de 110 bpm), desidratação grave, hipotermia, hipotensão ortostática grave, hipo ou hiperpotassemia ou outros transtornos hidroeletrolíticos graves, arritmia cardíaca, insuficiência renal,

crise convulsiva e risco fetal (Ver Capítulo 35, Transtornos Alimentares).

A recusa de tratamento, hospitalar ou não, é bastante comum nos transtornos alimentares, e a avaliação da competência do paciente para decidir apresenta certas peculiaridades. Portares de transtornos alimentares, tipicamente, têm cognição preservada e são capazes de realizar atividades sofisticadas sem qualquer dificuldade específica. No entanto, a distorção da imagem corporal e a falta de crítica sobre seu estado são aspectos centrais do diagnóstico. Assim, estes indivíduos, geralmente, são competentes para tomar decisões sobre todos os aspectos de suas vidas, exceto em relação ao peso corporal. Há razoável consenso de que a anorexia nervosa pode comprometer a capacidade de julgamento, mas há debate sobre a eficiência do tratamento involuntário de portadores de anorexia crônica e sobre a aceitabilidade da limitação de autonomia do paciente nestes casos.

DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E DROGAS

Entre usuários, abusadores e dependentes de drogas, quando apresentando heteroagressividade, rebaixamento do nível de consciência ou risco iminente de morte, podem ser candidatos a internação involuntária. O uso de álcool e outras drogas aumenta em 5 a 20 vezes o risco de suicídio. O álcool é considerado um importante fator precipitante do ato suicida; indícios de consumo prévio de bebida alcoólica estão presentes em aproximadamente 50% dos casos de suicídio. Nestas circunstâncias, não há dificuldade de decidir pela internação, mesmo que involuntária.

Bem mais complexa é a internação para o tratamento da dependência em si. Indicações comumente aceitas para a internação de portadores de dependência de drogas incluem refratariedade ao tratamento ambulatorial, risco de suicídio, comorbidade de difícil tratamento ambulatorial ou necessidade de desintoxicação monitorada (Ver Capítulo 25, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias).

Atualmente, entende-se que os transtornos associados à dependência de drogas estão associados ao comprometimento do funcionamento dos sistemas cerebrais de recompensa e dos processos de avaliação, planejamento e execução de comportamentos complexos. Podem, na prática, apresentar alguma disfunção cognitiva, dificuldade de regular emoções e de inibir comportamentos prejudiciais, e não terem crítica sobre seus problemas com drogas. Goldstein e Volkow relacionam estas alterações, pelo menos em parte, à disfunção de regiões pré-frontais e chegam a falar em “erosão do livre-arbítrio”. Com frequência, descrevem-se casos extremos de dependentes de *crack* que abandonam estudos ou trabalho, chegam a ter mais de dez relações sexuais por dia em troca de dinheiro para obter a droga e passam, virtualmente, todo o tempo intoxicados. No entanto, o estado de intoxicação remite, em poucas horas, e os sintomas mais evidentes de abstinência, em poucos dias.

Israelsson e Gerdner compararam a legislação a respeito do tratamento compulsório de dependentes de drogas em 90 países. Constataram que mais de 80% dos países analisados têm leis para tanto. Na maioria, estas leis abordam o dependente como portador de uma doença que necessita de tratamento, mas, numa minoria importante, a questão da dependência é tratada dentro da lei criminal e sob um viés moral. Enquanto dispositivos para o tratamento involuntário e os dependentes, incluindo

internação para reabilitação, são aceitáveis e mesmo necessários em algumas circunstâncias, estes e outros autores, como Hall e col., 2012, expressaram preocupação com a criminalização da dependência de drogas. Nos numerosos casos duvidosos, deve-se, como sempre, lembrar a importância de respeitar a autonomia do paciente.

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

Entre os transtornos de personalidade, merece atenção especial o *borderline*. O TP *borderline* caracteriza-se por indivíduos com instabilidade afetiva, vazio interior, autoimagem comprometida, impulsividade, comportamentos autolesivos e comumente suicidas. Os acometidos realizam esforços para evitar um abandono real ou imaginário, têm padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlá-la e pode haver ideação paranoide transitória.

A instabilidade emocional e a reatividade emocional excessiva dos portadores de transtorno *borderline* da personalidade têm sido associadas à disfunção de áreas límbicas, como a amígdala, e da substância cinzenta periaquedutal. Por outro lado, cogita-se que a impulsividade se associe à disfunção de regiões do córtex pré-frontal. É relativamente comum que se considere internar portadores de transtorno *borderline* de personalidade por causa de seu comportamento instável e potencialmente perigoso (para si ou para outros) (Ver Capítulo 27, Transtornos da Personalidade). A decisão costuma ser difícil por causa da instabilidade do quadro e do risco de reforço de comportamentos histriônicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. Practice Guideline for assessment and treatment of patients with suicidal behaviors 2003. Disponível em: http://www.psych.org.

Arcelus, J, Mitchell, AJ, Wales, J, Nielsen, S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*. 2011; 68(7):724–731.

Barros, DM, Serafim, AP. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. *Rev. Psiq. Clin*. 2009; 36(4):175–177.

Bauer, A, Rosca, P, Grinshpoon, A, Khawaled, R, Mester, R, Yoffe, R, et al. Trends in involuntary psychiatric hospitalization in Israel 1991-2000. *Int J Law Psychiatry*. 2007; 30(1):60–70.

Bettarello, SV, Greco, F, Silva Filho, LMA, Silva, MCFFundamentos e prática em hospital-dia e reabilitação psicossocial. São Paulo: Atheneu, 2008.

Brito RC. A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. Dissertação de mestrado apresentado à Escola Nacional de Saude Pública. Rio de Janeiro, 2004.

Cadoret, RJ, Leve, LD, Devor, E. Genetics of aggressive and violent behavior. *Psych Clin North America*. 1997; 20(2):301–322.

Fennig, S, Rabinowitz, J, Fennig, S. Involuntary first admission of patients with schizophrenia as a predictor of future

admissions. *Psychiatric Services*. 1999; 50:1049–1052.

Goldstein, RZ, Volkow, ND. Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. Nature Reviews. *Neuroscience*. 2011; 12:652–669.

Israelsson, M, Gerdner, A. Compulsory Commitment to Care of Substance Misusers – A Worldwide Comparative Analysis of the Legislation. *The Open Addiction Journal*. 2010; 1:117–130.

Kallert, TW, Glockner, M, Schutzwohl, M. Involuntary vs. voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2008; 258:195–209.

Katsakou, C, Priebe, S. Outcomes of involuntary hospital admission – a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 114:232–241.

Kendall, S. Anorexia nervosa: The diagnosis. A postmodern ethics contribution to the bioethics on involuntary treatment for anorexia nervosa. *Bioethical Inquiry*. 2014; 11:31–40.

Keown, P, Mercer, G, Scott, J. Retrospective analysis of hospital episode statistics, involuntary admissions under the Mental Health Act 1983, and number of psychiatric beds in England 1996-2006. *BMJ*. 2008; 337:a1837.

Kjellin, L, Ostman, O, Ostman, M. Compulsory psychiatric care in Sweden: development 1979-2002 and area variation. *Int J Law Psychiatry*. 2008; 31(1):51–59.

Lei Federal no 10.216 – Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2.

Lima, MA. Internação involuntária em Psiquiatria: legislação e legitimidade, contexto e ação. In: Alves LCA, ed. *CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Ética e Psiquiatria*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2007:115–126.

Lindenmayer, JP. The pathophysiology of agitation. *J Clin Psichiatry*. 2000; 61(suppl. 14):5–10.

Lorant, V, Depuydt, C, Gillain, B, Guillet, A, Dubois, V. Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007; 42(5):360–365.

Minatogawa-Chang, TM, Ferreira, LK, Ferreira, MP, Hirata, ES. Clinical and demographic differences between voluntary and involuntary psychiatric admissions in a university hospital in Brazil. *Cad. Saúde Pública nov.* 2013; 29(11):2347–2352.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS de no 2.391 de 26 de dezembro de 2002.

Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. OPAS. Brasília, 2005.

Mitchell, AM, Garand, L, Dean, D, Panzak, GL, Taylor, MV. Suicide assessment in hospital emergency departments implications for patient satisfaction and compliance. *Top Emerg Med*. 2005; 27(4):302–312.

Monahan, J, Hoge, SK, Lidz, C, Roth, LH, Bennett, N, Gardner, W, Mulvey, E. Commitment: Understanding Involuntary Mental Hospital Admission International. *Journal of Law and Psychiatry*. 1995; 18(3):249–263.

Nicholson, RA. Correlates of commitment in psychiatric patients. *Psychol Bull*. 1986; 100:241–250.

O'Donoghue, B, Lyne, J, Hill, M, et al. Involuntary admission from the patients' perspective. *Soc Psychiat Epidemiol*. 2010; 45:631–638.

Okai, D, Owen, G, Mcquire, H, Singh, S, Churchill, R, Hotopf, M, Mental capacity in psychiatric patients. Systematic

review. *British Journal of Psychiatry* 2007; 191:291–297

OrganizaçãoMundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

Riecher-Rössler, A, Rössler, W. Compulsory admission of psychiatric patients − an international comparison. *Acta Psychiatr Scand*. 1993; 87(4):231–236.

Riese, WThe legacy of Philippe Pinel – An inquiry into thought on mental alienation. New York: Springer, 1969.

Salize, HJ, Dressing, H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry*. 2004; 184:163–168.

Sanguineti, VR, Samuel, SE, Schwartz, SL, Robeson, MR. Retrospective study of 2,200 involuntary psychiatric admissions and readmissions. *Am J Psychiatry*. 1996; 153(3):392–396.

Sheehan, KA. Compulsory treatment in psychiatry. *Curr Opin Psychiatry*. 2009; 22(6):582–586.

Shorter, EA History of Psychiatry: from the Era of the Asylum to the Age of Prozac. New York City: John Wiley & Sons, 1997.

Stone, MH. The brain in overdrive: A new look at borderline and related disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2013; 15(10):399.

Taborda, JGV, Abdalla-filho, E, Chalub, MPsiquiatria Forense. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Van der Post, L, Mulder, CL, Bernardt, CM, Schoevers, RA, Beekman, AT, Dekker, J. Involuntary admission of emergency psychiatric patients: report from the Amsterdam Study of Acute Psychiatry. *Psychiatr Serv*. 2009; 60(11):1543–1546.

Van der Post, LF, Jonkers, JF, Beekman, AT, Mulder, CL, de Haan, L, Mulder, WG, et al. Crisis intervention and acute psychiatry in Amsterdam: 20 years of change. *Int J Soc Psychiatry*. 2009; 56(4):348–358.

Wall, S, Hotopf, M, Wessely, S, Churchill, R. Trends in the use of the Mental Health Act: England, 1984-96. *BMJ*. 1999; 318(7197):1520–1521.

Wierdsma, AI, Mulder, CL. Does mental health service integration affect compulsory admissions? *Int J Integr Care*. 2009; 9:90.

World Health Organization. Mental health atlas. Dept. *of Mental Health and Substance Abuse*. , 2005.

Zeppegno, P, Airoldi, P, Manzetti, E, Panella, M, Renna, M, Torre, E. Involuntary psychiatric admissions: A retrospective study of 460 cases. *Eur. J. Psychiat*. 2005; 19(3):133–143.

CAPÍTULO 12

Eletroconvulsoterapia

Eduardo Wagner Aratangy, Sérgio Paulo Rigonatti and Eric Cretaz

INTRODUÇÃO

Embora seja cercada de controvérsias, a eletroconvulsoterapia (ECT) é o principal tratamento biológico existente atualmente em psiquiatria e apresenta altas taxas de eficácia terapêutica. Para os quadros depressivos graves, estima-se eficácia de 80% a 90% na redução de sintomas. Ele consiste na indução de atividade epilética através da passagem controlada de corrente elétrica pelo encéfalo. Tal corrente provoca a despolarização das membranas neuronais de forma sincronizada, provocando um episódio convulsivo generalizado. Em diversos transtornos psiquiátricos, a ECT encontra grande utilidade clínica, em especial nos casos considerados refratários aos tratamentos farmacológicos e em algumas populações específicas, como gestantes e idosos.

Apesar de sabidamente seguro e consagrado pelo uso e por pesquisas, o método é alvo de preconceito e ignorância. A ECT ainda é vista por muitos como terapêutica ultrapassada e desumana, sendo associada à tortura e punição. Atualmente, a ECT é regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina, mas ainda há poucos serviços que oferecem o tratamento de forma padronizada internacionalmente. Mesmo assim, ela permanece como instrumento terapêutico valioso, sendo fundamental sua indicação precisa e aplicação técnica correta.

Nas últimas décadas, o estigma que paira sobre a ECT tem abrandado, graças à introdução das técnicas modificadas e da indicação precisa de seu uso, principalmente em quadros refratários ao tratamento psicofarmacológico. Enquanto isso, novas técnicas como a estimulação magnética transcraniana, a estimulação cerebral profunda, a estimulação vagal, entre outras, prometem no futuro próximo trazer alívio eficaz dos sintomas de variadas patologias.

HISTÓRIA

O uso de terapias convulsivas no tratamento de transtornos psiquiátricos precede a era dos psicofármacos sintéticos. No século XVI há um relato de Paracelsus a respeito da utilização de cânfora (*Cinnamomum camphora*) por via oral para o tratamento de quadros mentais. Em 1785, ocorre a primeira publicação sobre o tratamento da mania por meio de convulsões provocadas, novamente utilizando-se cânfora.

A investigação mais sistemática das terapias biológicas, entretanto, só se inicia, em 1917, com o sucesso da malarioterapia nos casos de paralisia geral progressiva, quando

foi induzida febre pela inoculação do parasito da malária em pacientes com sífilis cerebral). Wagner-Jauregg tornar-se-ia o primeiro psiquiatra a receber o Prêmio Nobel por tal descoberta.

Nas décadas de 1920 e 1930, a investigação anatomopatológica guiava as teorias nosológicas e, neste contexto, Ladislaus von Meduna observou que o cérebro de pacientes epilépticos apresentava número aumentado de células gliais, enquanto o cérebro de esquizofrênicos mostrava números reduzidos dessas células. Após experimentos em animais, Meduna chegou ao extrato oleoso da cânfora administrado por via intramuscular como substância de escolha para a indução de convulsões. Em 1934, baseando-se na premissa que havia um antagonismo biológico entre epilepsia e esquizofrenia, Meduna induziu crise epiléptica em um paciente catatônico. Dois dias depois da quinta aplicação, o paciente voltou a falar e se mover após 4 anos de estupor. Meduna seguiu seus estudos e logo substituiu o extrato de cânfora pelo pentametileno-tetrazol (cardiazol ou metrazol), administrado por via intravenosa, o que tornou o método mais seguro e previsível. Em séries de estudos, Meduna observou melhora em muitos pacientes, apesar dos graves efeitos colaterais do cardiazol e do temido "terror cardiazólico", uma sensação de medo intenso sofrido com imenso desconforto pelos pacientes submetidos a esta convulsoterapia.

A insulina, utilizada para causar choques hipoglicêmicos, também fez parte da história da convulsoterapia. O psiquiatra austríaco Manfred Sakel utilizou inicialmente o choque insulínico em pacientes dependentes de morfina, mas, em 1933, divulgou os primeiros resultados de seu método em esquizofrenia. Apesar dos riscos de tal terapêutica, Sakel também obteve índices de melhora dos sintomas psicóticos jamais vistos antes em Psiquiatria.

Em abril de 1938, os psiquiatras italianos Ugo Cerletti e Lucio Bini utilizam eletricidade para induzir crises epilépticas controladas, fundando a eletroconvulsoterapia (ECT) que substituiria os choques insulínico e cardiazólico. A eficácia terapêutica das crises epilépticas já era bem conhecida, mas o mérito dos italianos foi tornar o método mais seguro e controlável. Ao longo das décadas de 1940 e 1950, a ECT também se mostrou eficaz no tratamento dos quadros de humor.

Apesar do sucesso terapêutico, a ECT apresentava um grande risco de fraturas, lesões musculares e ligamentares e traumas bucais por causa da contração muscular derivada das convulsões – explicação histórica para boa parte das objeções éticas ainda feitas ao tratamento. Tentou-se a utilização de anestesias raquidianas e curares, com bom efeito de bloqueio muscular, embora com depressão respiratória e efeitos colaterais potencialmente severos. Em 1951, a succinilcolina foi utilizada pela primeira vez com sucesso como bloqueador muscular em pacientes submetidos à ECT, sendo largamente utilizada até hoje. Entretanto, a administração de bloqueadores musculares gera paralisia em estado vigil, o que pode causar grande desconforto aos pacientes. Por esta razão, utilizam-se hipnóticos, como o etomidato, na indução anestésica pré-ECT, o que elimina o desconforto do bloqueio muscular e da aplicação da corrente elétrica.

A adequada oxigenação do paciente e o monitoramento cardíaco tornaram o procedimento extremamente seguro nas últimas décadas, com risco de mortalidade

comparável ao risco de qualquer procedimento que envolva o uso de anestesia geral. Só isso já seria suficiente para mitigar críticas infundadas com relação à ECT.

Desde o advento dos psicofármacos, o uso da ECT declinou, não apenas pelo aumento do arsenal terapêutico psiquiátrico, mas também pelo estigma ligado a ela. Para exemplificar este preconceito basta observar a reação do público leigo quando um clínico utiliza um desfibrilador elétrico em um evento cardíaco em comparação com um psiquiatra que utiliza o "eletrochoque" em um transtorno mental – em filmes, por exemplo, dar choques no peito é um ato heroico, mas se for na cabeça é uma punição.

INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES DA ECT

A eletroconvulsoterapia pode ser utilizada em diversos quadros psiquiátricos e neurológicos de forma eficaz e segura, como episódios depressivos (em especial os mais graves, refratários aos tratamentos e em populações que não podem utilizar medicações), episódios maniformes, esquizofrenia, catatonia, síndrome neuroléptica maligna, agitação psicomotora na demência e doença de Parkinson.

Infelizmente, a eletroconvulsoterapia ainda é encarada por alguns como um tratamento de última escolha, indicado apenas quando não só as terapias de primeira linha falharam, mas após várias tentativas malfadadas de tratamento. Desta forma, quadros que poderiam apresentar boa resposta à ECT continuam a ser tratados de forma ineficaz, provocando cronificação e agravamento dos sintomas, acarretando em severos prejuízos ao paciente. Por outro lado, a tendência de utilizar a ECT como último recurso não raro ocasiona indicações imprecisas, nas quais a resposta é pobre, como em casos de apatia secundária a quadro demencial, estados confusionais e transtornos de personalidade.

Entre estas contraindicações, a situação que mais se aproxima de inviabilizar por completo a aplicação da ECT é a presença de processos expansivos intracranianos ou de hipertensão intracraniana. Conforme descrito nos mecanismos de ação, a crise convulsiva provoca aumento do metabolismo neuronal, com consequente aumento do fluxo sanguíneo cerebral. Tal fenômeno, por sua vez, causa aumento ainda maior da pressão intracraniana, podendo ocorrer herniação da amígdala cerebral e parada respiratória, além de rebaixamento de nível de consciência, crises reentrantes e estados de mal epilético. Ainda assim, é possível, em condições especiais, submeter um paciente portador de tal quadro à ECT, especialmente nos casos em que a alteração de comportamento é secundária ao quadro orgânico, com má resposta a outros tratamentos mais conservadores e que implique riscos à integridade do paciente.

Outra contraindicação importante à realização de ECT é a presença de patologias cardiovasculares agudas ou crônicas descompensadas. As alterações autonômicas que ocorrem imediatamente após a aplicação podem agravar condições preexistentes. Exemplos destes quadros incluem arritmias, hipertensão arterial sem controle adequado, cardiopatias, histórico de infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular cerebral recente, malformações vasculares, isquemias coronarianas etc. Em relação ao IAM, aconselha-se postergar o tratamento com ECT por um período de 4 a 6 semanas após o evento a fim de minimizar o risco de complicações.

AVALIAÇÕES PRELIMINARES, PREPARO PRÉ-ECT E ANESTESIA

A avaliação clínica pré-ECT é uma ferramenta fundamental para aumentar a segurança do procedimento, identificando possíveis contraindicações e fatores de risco, além de propor medidas para seu controle. Não existe, contudo, uma uniformidade em relação a esta avaliação, sendo que cada serviço estabelece seu próprio protocolo.

Habitualmente, o primeiro passo desta avaliação é a realização de exames de propedêutica armada, que incluem provas de função hepática e renal, dosagens de hormônios da tireoide, dosagens de eletrólitos, hemograma, coagulograma, radiografia de tórax, provas de função cardíaca e exames de neuroimagem. Realizados tais exames, o paciente deve ser submetido a uma consulta com um médico clínico, o qual estabelecerá o risco anestésico, liberando-o ou não à realização do procedimento e sugerindo condutas para contornar eventuais fatores de risco. É aconselhável que o paciente seja submetido também a uma avaliação odontológica, visto que a aplicação de corrente elétrica próxima aos músculos da face causa sua contração, o que pode acarretar fraturas odontológicas e hemorragias gengivais. Todas essas preocupações deixam claro que não se trata em absoluto de uma forma de punição, que vise o sofrimento do paciente.

No serviço de ECT do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP são solicitados os seguintes exames preliminares pré-ECT:

- Eletrocardiograma.
- Hemograma completo.
- Sódio e potássio séricos, coagulograma, função hepática e renal, hormônios tireoidianos.
- Exame encefálico de imagem (ressonância nuclear magnética ou tomografia computadorizada).
- Radiografia de tórax em incidência anteroposterior.
- Avaliação clínica e determinação de risco anestésico.
- Avaliação odontológica.

MECANISMOS DE AÇÃO DA ECT

Os mecanismos de ação da ECT permanecem obscuros e constituem foco de atenção especial entre os pesquisadores. De fato, em virtude da ampla gama de patologias nas quais a eletroconvulsoterapia apresenta-se como uma ferramenta eficaz no controle de seus sintomas, é provável que exista mais de um mecanismo de ação e que, na realidade, vários fenômenos ocorram de forma concomitante.

Trabalhos clássicos demonstraram que a crise convulsiva generalizada é um fator fundamental para a resposta do paciente, sem a qual não há melhora do quadro clínico. Além da generalização da crise, é necessário que esta se mantenha durante um tempo mínimo, ao redor de 20 segundos. Contudo, este provavelmente não é o único fator envolvido, visto que em estudos realizados por Sackein, utilizando eletrodos unilaterais e carga ligeiramente acima do limiar convulsivo, apesar de os pacientes submetidos apresentarem crises convulsivas generalizadas e de duração suficiente, os

sintomas depressivos persistiram com pouca melhora, levando à conclusão de que outros fatores, como a intensidade do estímulo, também são fatores relevantes.

Três teorias clássicas foram elaboradas sobre o mecanismo de ação da ECT: a teoria dos neurotransmissores, a teoria neuroendócrina e a teoria anticonvulsiva, mas o aprofundamento nestas teorias não cabe ao escopo deste livro.

EFEITOS ADVERSOS E SEU TRATAMENTO

A ECT é um procedimento terapêutico seguro. As taxas de mortalidade associadas à ECT giram em torno de duas mortes a cada 100 mil procedimentos realizados. A título de comparação, a mortalidade da ECT é mais baixa do que a taxa de mortes por procedimentos com anestesia geral ou mesmo que a mortalidade secundária ao trabalho de parto. Trata-se de um dado admirável, ainda mais considerando que antes da introdução de avanços, como a anestesia com bloqueio neuromuscular, oxigenação e avaliação clínica prévia, a taxa de mortes chegou a uma para cada mil aplicações.

Contudo, da mesma forma como todas as intervenções médicas, a ECT está sujeita à ocorrência de efeitos adversos e complicações. Para fins descritivos, o termo "complicações" será utilizado para situações decorrentes diretamente do uso da eletroconvulsoterapia que podem provocar lesões graves ou risco de morte, enquanto a expressão "efeitos adversos" será empregada para alterações transitórias secundárias a este tratamento.

Complicações

As complicações da ECT são raras, mas potencialmente fatais. Um estudo recente realizado pela equipe da Mayo Clinic, um dos maiores centros de ECT do mundo, revisou todas as aplicações de ECT realizadas ao longo de 14 anos, mais de 17 mil sessões, analisando a incidência de complicações nesta amostra. É importante mencionar que a população deste estudo apresentava idade elevada, com mediana em 63 anos. O estudo revelou cerca de 21 eventos considerados complicações, dos quais cinco de natureza respiratória, nove de natureza cardiovascular e sete crises convulsivas prolongadas. Em nenhum destes casos, os pacientes evoluíram a óbito durante ou logo após o procedimento. Trata-se de uma evidência importante a favor da segurança da ECT.

Efeitos Adversos

Em contraposição às complicações, os efeitos adversos da ECT são razoavelmente frequentes, mas possuem natureza benigna e transitória. O efeito adverso mais comumente relatado por pacientes submetidos a ECT é o déficit cognitivo, seguido por queixas somáticas.

Tais queixas somáticas consistem essencialmente em cefaleia, mialgias e náuseas de intensidade branda a moderada. Usualmente, estes sintomas manifestam-se minutos após o despertar da indução anestésica e tendem a remitir de forma espontânea em questão de horas após o procedimento. O uso de medicações sintomáticas apresenta

boa resposta no controle destas queixas. Por outro lado, as perturbações cognitivas secundárias ao método podem variar de leves ou praticamente inexistentes, chegando, em alguns casos, até quadros importantes, com grave limitação funcional. Esta questão torna-se especialmente importante quando consideramos o uso da ECT em pacientes idosos, uma vez que indivíduos nesta faixa etária são mais suscetíveis a distúrbios cognitivos, como quadros demenciais, estados confusionais e transtornos cognitivos leves.

ACOMPAnHAMENTO DO TRATAMENTO

A programação do tratamento do paciente submetido a ECT depende de fatores, como a gravidade dos sintomas, a disponibilidade do serviço de ECT e os efeitos adversos manifestados pelo paciente. Habitualmente, programa-se uma série de seis a doze aplicações, realizadas de duas a quatro vezes por semana. Atualmente, a maioria dos autores não é favorável à realização de sessões de forma muito concentrada, como, por exemplo, aplicações diárias, visto que a proximidade das sessões parece exercer um poder potencializador sobre certos efeitos adversos da técnica, como os déficits cognitivos, sem trazer um benefício expressivo. Em geral, após quatro a seis aplicações já é possível observar uma melhora acentuada em relação aos sintomas iniciais.

Contudo, o grande calcanhar de Aquiles da ECT é a questão da manutenção da remissão dos sintomas. Apesar da resposta eficaz e rápida, a melhora dos sintomas tende a não se sustentar após a interrupção das sessões, ocasionando recaídas. Diversas estratégias têm sido propostas para diminuir o índice de recaídas após o controle inicial dos sintomas, envolvendo antidepressivos, lítio e o próprio uso do ECT como tratamento de manutenção.

Raramente, a ECT é cogitada para a continuidade do tratamento dos transtornos depressivos, sendo que cerca de 20% dos pacientes que completaram um ciclo inicial de ECT com boa resposta continuam a ser submetidos a aplicações espaçadas. Esta modalidade é conhecida como ECT de manutenção, sendo que as aplicações são realizadas em frequência semanal, quinzenal ou mensal. A frequência pode ser modulada de acordo com a evolução do paciente, por exemplo: inicialmente semanal, espaçando as aplicações para quinzenal ou mensal de acordo com o quadro clínico apresentado, até que determinada periodicidade seja estabelecida ou o tratamento interrompido. Não existe até o momento um protocolo claro para a indicação da ECT de manutenção; em geral, ela é utilizada nos casos em que sabidamente o paciente apresentou recorrência dos sintomas depressivos após o término da série inicial ou quando o tratamento medicamentoso não é tolerado.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

Do ponto de vista técnico, a ECT é um procedimento seguro e eficaz que, como qualquer tratamento médico, apresenta riscos. Efeitos colaterais, complicações decorrentes das aplicações e insucesso podem ocorrer, mas na ECT o preconceito e a desinformação amplificam o temor sobre o que possa ocorrer.

Do ponto de vista ético, a ECT pode ser usada de forma humanitária, diminuindo o

sofrimento psíquico de pacientes psiquiátricos. Assim, a ECT respeita o princípio da benevolência, quando bem utilizada, salvando vidas e melhorando muito sua qualidade. Como qualquer ferramenta, a ECT pode ser maléfica, quando aplicada de forma mal-intencionada ou errada tecnicamente.

No aspecto ético da autonomia, a decisão sobre fazer ou não o procedimento é entregue ao paciente quando possível, após adequado esclarecimento técnico. É fundamental lembrar que a maioria dos pacientes que chegam a precisar da ECT possuem quadros psiquiátricos graves, podendo estar incapazes de gerir suas vidas e tomar decisões. Nestes casos, a família do paciente é responsabilizada por esta decisão. O termo de "consentimento informado" é obrigatório em qualquer serviço que realize a ECT. Ao paciente e seus familiares é assegurado o direito de desistir do tratamento a qualquer momento.

No critério de acesso justo de todos ao tratamento, é que encontramos os grandes dilemas éticos de nosso tempo. Apesar de regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina, a ECT não é reconhecida pelo Ministério da Saúde, o que restringe este procedimento aos estados mais desenvolvidos do país, centros universitários e clínicas particulares, excluindo de modo injusto muitos dos que precisam deste tratamento. Novamente, aqui, o preconceito e a ignorância acabam levando a políticas públicas perversas em relação aos pacientes psiquiátricos.

Desde a Resolução nº 1.640/2002 do Conselho Federal de Medicina (10 de julho de 2002), a eletroconvulsoterapia possui regulamentação técnica específica. Esta resolução oficializou o procedimento, internacionalmente reconhecido, entre a comunidade médica brasileira. Entre outras coisas, a Resolução nº 1640/2002 dispõe sobre a obrigatoriedade de a ECT ser realizada em ambiente hospitalar adequado, sob anestesia, com equipe treinada especificamente para isso e com equipamentos próprios.

Existe um projeto de lei tramitando no Congresso Nacional (4.901/2001, de autoria do deputado federal Marcos Rolim) dispondo sobre a legislação a respeito da ECT. No entanto, sua aprovação tem sido barrada, e o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não reconhece a ECT como procedimento médico. Com isso, o SUS não paga as aplicações que são realizadas em hospitais públicos ou conveniados a ele. Quanto aos planos de saúde, poucos remuneram a ECT, restringindo ainda mais o acesso da população à ECT.

Do ponto de vista bioético, injusto não é aplicar o tratamento sabidamente seguro e eficaz, mas sim privar a população que dele poderia auferir benefícios, sem malefícios e de forma autônoma.

CONCLUSÃO

A indicação correta do da eletroconvulsoterapia, investigação clínica minuciosa, preparação cuidadosa do paciente, aplicação adequada da técnica, equipe anestésica competente, observação do paciente no período pós-ictal e monitorização dos resultados obtidos são os aspectos fundamentais para que a ECT seja realizada de forma ética. O estigma e o preconceito, por parte não apenas do público leigo, mas também de profissionais de saúde e dirigentes políticos, são os mais importantes

obstáculos atuais para o uso adequado desta importante ferramenta terapêutica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, OP, Lafer, B, Gentil, V, Gronich, G. Cinquenta anos de ECT: do choque a seco ao tratamento otimizado. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1988; 37(5):233–240.

Bhat, T, Pande, N, Shah, N, Andrade, C. Safety of repeated courses of electroconvulsive therapy in a patient with Harrington Rods. *J ECT*. 2007; 23:106–108.

Cretaz, E, Aratangy, EW, Rigonatti, SP. eletroconvulsoterapia. In: Gentil V, Miguel EC, Gattaz WF, Jr., eds. *Clínica Psiquiátrica*. : Manole, 2011.

Ganguli, M. Evidence for electroconvulsive therapty (ECT) in the treatment of severe late-life depression. *International Psychogeriatrics*. 2007; 19:19–35.

Magid, M, Lapid, MI, Sampson, SM, Mueller, PS. Use of electroconvulsive therapy in a patient 10 days after myocardial infarction. *JECT*. 2005; 21:182–185.

Nuttall, GA, Bowersox, MR, Douglass, SB, McDonald, J, Rasmussen, LJ, Decker, PA, Oliver, WC, Rasmussen, KG. Morbidity and mortality in the use of electroconvulsive therapy. *J ECT*. 2004; 20:237–241.

Ottosson, JO. Experimental studies of the mode of action of electroconvulsive therapy. *Acta Psychiatr. Neurol. Scand*. 1960; 145:1–141.

Rasmussen, KG, Perry, CL, Sutor, B, Moore, KM. ECT in patients with intracranial masses. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2007; 19:191–193.

Rigonatti SP, Rosa MA, Rosa MO. Eletroconvulsoterapia. Vetor Editora, 2004.

Sackeim, HA, Dillingham, EM, Prudic, J, et al. Effect of concomitant pharmacotherapy on electroconvulsive therapy outcomes: short-term efficacy and adverse effects. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(7):729–737.

Sackein, et al. Studies of dosage, seizure threshold and seizure duration in ECT. *Biological Psychiatry*. 1987; 22:249–268.

Shiwach, RS, Reid, WH, Carmody, TJ. An analysis of reported deaths following electroconvulsive therapy in Texas, 1993-1998. *Psychiatr Serv*. 2001; 52(8):1095–1097.

Subramaniam, H, Mitchell, AJ. The prognosis of depression in late life versus mid-life: implications for the treatment of older adults. *International Psychogeriatrics*. 2005; 17:533–537.

Takano, H, Motohashi, N, Uema, T, Ogawa, K, Ohnishi, T, Nishikawa, M, Kashima, H, Matsuda, H. Changes in regional cerebral blood flow during acute electroconvulsive therapy in patients with depression. *British Journal Of Psychiatry*. 2007; 190:63–68.

Thase, ME. Treatment of severe depression. *Journal Clinical Psychiatry*. 2000; 61 (Suppl 1):17–25.

CAPÍTULO 13

Consentimento Livre em Psiquiatria

Claudio Cohen and Reinaldo Ayer de Oliveira

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela Organização das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948, delineou os direitos humanos básicos. A Declaração proclama que o "reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo". Todos os homens possuem direitos iguais e inalienáveis, sendo este o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo.

Portanto, diante do reconhecimento de que todos os seres humanos têm direitos iguais, tornou-se imprescindível que o paciente psiquiátrico tenha conhecimento dos atos médicos que serão realizados em seu tratamento clínico ou quando for sujeito de uma pesquisa. Este reconhecimento foi reforçado pela Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, quando reafirma que o direito à dignidade do doente mental lhe é inalienável; deste modo, o consentimento livre e esclarecido prévio a um ato médico, tornou-se um imperativo.

O consentimento livre do paciente, previamente esclarecido pelo psiquiatra, deriva do respeito à autonomia do outro, além de reforçar a confiança na relação que é necessária para que se possa garantir a qualidade assistencial; por esses motivos, a informação válida é uma realidade inalienável da relação profissional. No início, por meio da declaração de Nuremberg, de 1947, este consentimento servia, apenas, para orientar a pesquisa médica em seres humanos, posteriormente ele foi incorporado na prática clínica.

No Brasil, o conceito do assentimento livre e esclarecido foi estabelecido pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O assentimento se caracteriza pela obtenção de consentimento do paciente ou participante da pesquisa legalmente incapaz, seja criança ou paciente psiquiátrico. Ele deverá estar livre de dependência ou de subordinação, sendo que esta comunicação deverá ser na medida de sua compreensão e respeitando-se sua singularidade.

O termo de assentimento não eliminará a necessidade da aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido, porém este será assinado pelo responsável ou representante legal do indivíduo considerado incapaz.

A obtenção do consentimento livre e esclarecido deve ser feita em duas situações diferentes. A primeira é fundamentada no esclarecimento que o profissional irá fornecer ao paciente antes de qualquer ato médico; deste modo, ele explicará a natureza de sua doença, elucidando os riscos da mesma, evidenciando também os benefícios e procedimentos terapêuticos recomendados. Já a segunda situação se dará com o sujeito da pesquisa, no momento da aceitação ou não de sua participação na

pesquisa.

Em ambos os casos, do assentimento e do consentimento, esta comunicação deve ser dada de forma que seja compreensível ao paciente ou participante da pesquisa, devendo ser imparcial, sendo que a sua colaboração não deve ser obtida por coerção. O médico deve entender que esta relação é assimétrica e que lhe dá uma enorme influência sobre o poder de decisão do paciente e do participante da pesquisa, mas ele não deverá se aproveitar deste poder.

Assim, o conceito de consentimento e o de assentimento livre e esclarecido não se limitam a um simples aceitar ou recusar um tratamento ou intervenção, mas centra-se no processo de se chegar a um consenso. O psiquiatra sempre estará obrigado a fornecer informações adequadas sobre a saúde do paciente, para permitir que este possa tomar sua decisão com conhecimento de causa.

Tanto o consentimento informado quanto o seu assentimento são processos, não um evento isolado − eles se apoiam no diálogo entre a equipe médica e o paciente. Formalmente, este é um processo que consiste em duas partes: na primeira, se dá oralmente a informação, explicando-a ao paciente; já na segunda, tal procedimento deve ser feito por escrito no prontuário, esclarecendo o que foi acertado com o paciente.

O consentimento do paciente na relação profissional é o que alicerça o princípio da autonomia na prática médica. Ele se estabeleceu como um dos grandes princípios da bioética médica, tornando o consentimento informado um dos marcos fundamentais da relação profissional, principalmente na área da pesquisa. Porém, devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer a autonomia.

Reforçamos a ideia de que devemos pensar em dois tipos diferentes de consentimento livre e esclarecido em Psiquiatria: um, nas questões clínicas e, outro, na pesquisa. Eles são tão diferentes que o mesmo profissional não pode ser o clínico de um paciente e, ao mesmo tempo, responsável por um protocolo de pesquisa no qual ele tome parte, pois isto gera um conflito de interesse.

Antes de analisarmos o consentimento livre e esclarecido em Psiquiatria, precisamos esclarecer alguns termos e definições, como a finalidade do consentimento livre e esclarecido, os limites da autonomia, a imposição paternalista, a vulnerabilidade do paciente ou sujeito de pesquisa e os conflitos de interesse que possam surgir dessas relações.

FINALIDADE DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O consentimento informado tornou-se uma necessidade no atual exercício da Medicina e não apenas uma doutrina legal; trata-se de um direito moral dos pacientes, o que gera obrigações morais para os médicos.

O consentimento livre, que será obtido após o esclarecimento do psiquiatra sobre seus atos, expressa-se através da anuência do paciente em aceitar o tratamento psiquiátrico ou em aceitar sua participação em determinada pesquisa.

Para que a pessoa possa aceitá-lo ou refutá-lo, ela deverá ser considerada competente; deste modo, o prévio esclarecimento deverá ser realizado, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação.

Os indivíduos considerados vulneráveis, ou seja, aqueles que, por qualquer razão ou motivo, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida, ou estejam impedidos de opor resistência, terão a anuência sobre o seu tratamento por parte do seu representante legal.

Como já dissemos, nestes casos, torna-se necessário o assentimento livre para se obter a anuência do paciente ou do sujeito da pesquisa quando ele for criança, adolescente ou legalmente incapaz. Estas pessoas devem ser esclarecidas sobre a natureza do ato a ser praticado e seus objetivos, e o conteúdo desta comunicação, tanto a do consentimento quanto a do assentimento, deverá contar com um esclarecimento completo e pormenorizado, comunicando seus objetivos, métodos, benefícios previstos, riscos potenciais e o incômodo que a pesquisa possa acarretar. Estes riscos ou benefícios deverão ser de ordem física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano.

O Conselho Nacional de Saúde em sua Resolução 466/2012 esclareceu que a incapacidade civil ou legal é a condição em que o participante da pesquisa não dispõe de capacidade civil para dar o seu consentimento livre e esclarecido, devendo ser assistido ou representado, de acordo com a legislação brasileira vigente.

LIMITES DA AUTONOMIA

Segundo Beauchamp, a autonomia se caracteriza pela capacidade de uma pessoa de decidir fazer ou buscar aquilo que ela julgue o que seja melhor para si mesma. Para que ela possa exercê-la, são necessárias duas condições fundamentais: a primeira ter capacidade para agir intencionalmente, o que pressupõe compreensão, razão e deliberação para decidir coerentemente entre as alternativas que lhe são apresentadas; e a segunda ter liberdade, no sentido de estar livre de qualquer influência controladora para esta tomada deposição.

Respeitar a autonomia é, em última análise, acatar os direitos expostos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, aceitando a existência de um pluralismo sociocultural.

O artigo 5º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, aprovada pela UNESCO, reza sobre autonomia e responsabilidade, instituindo que *"deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia."* Entendemos que a autonomia está na possibilidade de reconhecer as diferenças entre as pessoas, respeitar as relações humanas tendo-se a noção da sua função profissional, ou seja, não é fazer o que se quer, é a possibilidade que o ser humano tem de lidar com conflitos e decidir o que considerar melhor para si mesmo.

O respeito pela autonomia em Medicina se caracteriza por privilegiar o bem do paciente, o que só pode ser aferido a partir do seu sistema de valores. Ao médico, que também tem o seu sistema de valores, cabe a obrigação profissional de assegurar o

cumprimento dos valores e prioridades do doente, respeitando o que este ambicione.

IMPOSIÇÃO PATERNALISTA

Paternalismo médico é um termo com origem na palavra grega *pater*, que significa pai, traduz a representação de um poder sobre o outro, justificado no princípio de fazer o bem. O modelo de ética médica mais tradicional é o hipocrático, que é paternalista: o paternalismo na relação profissional se fundamenta nos princípios morais propostos por Hipócrates, qual seja o princípio da não maleficência (*primum non nocere*) e o princípio de beneficência (*sedare dolorem*).

Mais recentemente, o Belmont Report esclareceu que o paternalismo somente será aceito desde que se respeite o princípio de justiça (uma justiça social), qual seja, a cada pessoa uma parte igual, de acordo com a sua necessidade, com o seu esforço individual, com a sua contribuição à sociedade e de acordo com o seu mérito.

Na relação paternalista, encontramos uma das causas do conflito atual entre médicos e pacientes, que passaram a ser reconhecidos como entes morais autônomos capazes de tomar decisões, deixando de serem entendidos como um incompetente físico e moral.

Porém, o paternalismo não foi abolido, ele é necessário em determinadas situações, existindo duas formas de paternalismo: o fraco, que envolve as pessoas com restrição de capacidade temporária ou definitiva, e o forte, com as pessoas plenamente incapazes.

VULNERABILIDADE DO PACIENTE OU PARTICIPANTE DA PESQUISA

A vulnerabilidade pode ser entendida como um estado em que as pessoas ou grupos, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida, ou de qualquer forma estejam impedidos de opor resistência, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido.

Podemos considerar vulneráveis, segundo o Código Civil, os absolutamente incapazes de exercer, pessoalmente, os atos da vida civil, os menores de 16 anos, os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos, os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

Por sua vez, o Código Civil considera relativamente incapazes os maiores de 16 e menores de 18 anos, os ébrios habituais, os viciados em tóxicos e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido. Também devem ser considerados relativamente incapazes os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo, e os pródigos.

No caso dos relativamente capazes, será o profissional que irá considerar o indivíduo capaz ou não capaz de consentir.

Por outro lado, existem critérios de vulnerabilidade que também podem ser extraídos do Código Penal. Este considera como um agravante de um crime o fato de a

vítima estar vulnerável, como nos crimes contra ascendente, descendente, irmão ou cônjuge, abuso de autoridade ou prevalecendo-se de relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade, com abuso de poder ou violação de dever inerente a cargo, ofício, ministério ou profissão, contra enfermo ou mulher grávida e quando o ofendido estiver sob a imediata proteção da autoridade.

Tendo esclarecido alguns conceitos, como o que se entende que venha a ser o consentimento livre esclarecido, a autonomia, o paternalismo e a vulnerabilidade, podemos abordar três assuntos fundamentais: o conflito de interesses do profissional entre clínica e pesquisa; o consentimento livre e esclarecido frente à clínica psiquiátrica e consentimento livre e esclarecido frente à pesquisa clínica em psiquiatria.

CONFLITO DE INTERESSES DO PSIQUIATRA ENTRE A CLÍNICA PSIQUIÁTRICA E A PESQUISA CLÍNICA

O conflito de interesses caracteriza-se quando há um conjunto de condições em que o julgamento do profissional em relação a um interesse primário (como é o bem-estar do paciente) tende a ser influenciado indevidamente por um interesse secundário (como o ganho financeiro ou pesquisa), segundo Thompson.

Em Medicina, o interesse primário diz respeito ao paciente, sua saúde e seu bem-estar; já o interesse do pesquisador é o conhecimento científico.

Devemos entender que existe um conflito de interesses do profissional frente ao seu paciente, pois, como esclarece o Código de Ética Médica, em seu art. 2º: "O alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade." Portanto, este será o interesse primário do profissional; o interesse secundário será a pesquisa.

A gravidade do conflito de interesses depende do quanto o julgamento do médico clínico é, ou parece ser, influenciado pelos interesses secundários do pesquisador enquanto membro da equipe de pesquisa, corresponsável pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa e pela gravidade do dano ou erro decorrente.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FRENTE À CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

A Resolução nº 1.081/1982 do Conselho Federal de Medicina diz em seu art. 1º: "O médico deve solicitar a seu paciente o consentimento para as provas necessárias para o diagnóstico e a terapêutica a que este será submetido." E no art. 2º esclarece que "quando o paciente não estiver em plenas condições para decidir, o consentimento ou autorização para necropsia poderá ser dada por pessoa de sua família, ou seu responsável, em caso de paciente considerado incapaz".

Para respeitarmos as decisões do paciente, antes de tudo, devemos entender que ele deve ser tratado pelos meios adequados e disponíveis no momento, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ter como base a dignidade e o respeito.

Além disto, o profissional da saúde deverá garantir a sua autonomia quando indicar

o procedimento adequado ao paciente. É dever do médico informar ao paciente, de forma clara e em linguagem acessível, sobre o seu estado de saúde, diagnóstico, tratamento e evolução provável da sua doença. Tendo os procedimentos diagnósticos e terapêuticos que ser executados com a prévia concordância do paciente, após ter sido esclarecido quanto aos seus riscos e benefícios.

O psiquiatra deverá aceitar que seu paciente tem direito de revogar o seu consentimento a qualquer tempo, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

Porém, se o paciente for ou se tornar incapaz de tomar decisões sobre sua saúde, estas deverão ser tomadas pelo seu representante legal ou por um representante indicado por este, que será a pessoa a quem o paciente confiará a tomada de decisões, podendo ser parente ou não.

Somente em caso de iminente risco de morte ou iminente risco de perda de qualidade de vida, encontrando-se o paciente incapacitado de tomar decisões, o médico estará autorizado a adotar condutas paternalistas, até que o representante indicado possa se manifestar.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FRENTE À PESQUISA CLÍNICA EM PSIQUIATRIA

Para entendermos o consentimento para a pesquisa biomédica, devemos enfatizar alguns tópicos recomendados pela Resolução 466/2012, sobre pesquisa clínica, que trata do respeito à dignidade humana e da proteção especial devida nas pesquisas em seres humanos. Ela define pesquisa como o processo formal e sistemático que visa à produção, ao avanço do conhecimento e/ou à obtenção de respostas para problemas mediante emprego de método científico.

Esta resolução esclarece que pesquisa envolvendo seres humanos é a "pesquisa que, individual ou coletivamente, tenha como participante o ser humano, em sua totalidade ou partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, informações ou materiais biológicos".

Ela se fundamenta nos documentos que constituem os pilares do reconhecimento e da afirmação da dignidade, da liberdade e da autonomia do ser humano, como o Código de Nuremberg, de 1947, e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, a Declaração de Helsinque, adotada em 1964, e suas versões de 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000, e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, de 2004.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – é o documento no qual se explicita o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa à qual se propõe participar.

Já o Termo de Assentimento é o documento elaborado em linguagem acessível para os menores ou para os legalmente incapazes, por meio do qual, após os participantes da pesquisa serem devidamente esclarecidos, explicitarão sua anuência em participar da pesquisa, sem prejuízo do consentimento de seus responsáveis legais, procurando

assim proteger a vulnerabilidade das pessoas que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida, ou de qualquer forma estejam impedidos de opor resistência.

CONCLUSÃO

O respeito devido à dignidade humana exige que todo ato médico seja precedido do consentimento livre e esclarecido das pessoas portadoras de alguma doença, para que elas possam manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida, a sua concordância às intervenções.

Para entendermos a ideologia que existe no consentimento esclarecido em psiquiatria, fizemos uma síntese do que venha a ser a finalidade do consentimento livre e esclarecido, os limites da autonomia, a imposição paternalista, a vulnerabilidade do paciente ou sujeito de pesquisa e os conflitos de interesse que possam surgir nessa relação.

O consentimento livre e esclarecido deve ser entendido como um processo fundamental da relação médico-paciente, e não apenas como um evento isolado. O consentimento pode ser retirado pelo paciente a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito.

As pré-condições para que o consentimento seja válido estão na capacidade de entender e decidir do indivíduo; porém, mesmo que o indivíduo seja considerado incapaz para tomar esta decisão, o psiquiatra pedirá ao responsável legal esta autorização, mas mesmo assim é de sua competência esclarecer o paciente.

Frente às pessoas portadoras de um transtorno mental ou do comportamento, os psiquiatras deverão ter a mesma postura ética que qualquer médico deva ter. Existe, porém, uma especificidade na atitude ética do psiquiatra, ou seja, ele deverá avaliar sempre a competência de seu paciente para consentir e avaliar se o transtorno mental fez com que ele não esteja competente para aceitar ou não o que o psiquiatra lhe está oferecendo.

Portanto, quanto aos pacientes psiquiátricos considerados incapazes de consentir de forma autônoma, devemos nos ater ao termo de assentimento, pelo qual eles devem ser esclarecidos sobre a natureza do atendimento, os seus objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o incômodo que a pesquisa possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades. Um termo de assentimento deve ser elaborado, sem prejuízo do consentimento do responsável legal.

Nestes casos, a relação psiquiatra-paciente se dará com um paternalismo forte do psiquiatra e uma autonomia fraca do paciente, mas aqui a atitude paternalista do psiquiatra estará balizada dentro dos princípios de não maleficência e de beneficência, o que significa o respeito ao ser humano.

Outro fator que o psiquiatra deverá avaliar é a possível vulnerabilidade do seu paciente que esteja, por qualquer motivo, com a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida.

Mesmo na tomada de decisão, numa atitude paternalista, o psiquiatra deverá respeitar os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, como também os

hábitos e costumes do paciente.

Lembrando sempre que o objetivo dos termos de assentimento e consentimento é assegurar e promover o respeito à dignidade humana, protegendo seus direitos e respeitando sua liberdade, de forma consistente com a legislação internacional de direitos humanos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assembleia Geral das Nações Unidas. Resolução 217A(III), Declaração Universal dos Direitos Humanos, 10 de dezembro de 1948.

Beauchamp, TL, Childress, JF. Principles of biomedical ethics, 4. ed. New York: Oxford University Press, 1994.

Brasil. Código Civil. Lei no 10.406, arts. 3o e 4o, 10 de janeiro de 2002.

Brasil. Código Penal. Decreto-lei no 2.848, art. 61, de 7 de dezembro de 1940.

Cohen, C, Lima M, A, A nova Psiquiatria frente à ética médica e à bioéticaMiguel, EC, Gentil, V, Gattaz, WF, Jr., eds. Clínica psiquiátrica; 1. Manole, São Paulo, 2011:2180–2190.

Cohen, CBioética & sexualidade nas relações profissionais. São Paulo: Ed. Associação Paulista de Medicina, 1999.

Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.081/1982 − Consentimento Informado para Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos. 12 de março de 1982.

Conselho Federal de Medicina. Resolução no 466 – Sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 12 de dezembro de 2012.

Conselho Regional de Medicina do Estado São Paulo. Ética hipocrática − Juramento de Hipócrates.

Segre, M, Cohen, C. Bioética, 3a ed. : EDUSP, 2002.

The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012, 1978.

Thompson, DF. Understanding financial conflicts of interest. *N Eng J Med*. 1993; 329(8):573–576.

UNESCO. Trigésima terceira reunião adota a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, 19 de outubro de 2005.

CAPÍTULO 14

Psicofarmacologia e Manipulação de Comportamentos

José Carlos Ramos Castillo and Ana Regina Geciauskas Lage Castillo

INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas acompanha a história da humanidade desde seus primórdios. Café, chás, refrigerantes, bebidas alcoólicas contêm substâncias psicoativas. Restringiremos este tema polêmico ao uso de psicofármacos, que possuem indicação clínica controlada restrita, mas que vêm sendo utilizados fora de seu contexto clínico, por pessoas que não apresentam um quadro clínico psiquiátrico e que buscam, com isso, melhorar seu desempenho e aptidões cognitivas ou se sentirem mais satisfeitas e felizes consigo próprias ou se tornarem mais "competentes".

Houve uma época, no final da década de 1980 e início dos anos 1990, após o lançamento da medicação fluoxetina, em que teve curso uma intensa propaganda na mídia, incluindo livros e filmes, na qual eram alardeadas as pretensas virtudes miraculosas deste fármaco, que chegou a ganhar o epíteto de "pílula da felicidade", o que é um exagero e uma evidente distorção que visavam aumentar as vendas do medicamento. Foi uma tentativa inicial de promover o que, hoje em dia, a literatura chama de uso "cosmético" de um medicamento, isto é, fora de seu uso médico restrito. Como os efeitos terapêuticos demandam semanas de uso, existem efeitos colaterais, eventualmente ganho ponderal e, por vezes, disfunção sexual, e nem todas as pessoas apresentam resposta favorável, houve um aparente recuo dos defensores do uso hedonístico dos psicofármacos em promover o uso de antidepressivos com tal finalidade.

Nos últimos anos, os fármacos psicoestimulantes têm sido o alvo preferido. Há estudos abordando o uso de psicoestimulantes por parte de estudantes universitários saudáveis, muitos deles cursando Medicina, e também por profissionais médicos, com o objetivo de melhorar sua capacidade de desempenho cognitivo nas atividades acadêmicas ou aumentar a capacidade de trabalhar. Aparentemente, é uma tendência em crescimento no mundo todo. O termo usado na literatura para descrever esta utilização é *cognitive enhancement* que pode ser tradudido por potencialização ou *doping* cognitivo. As medicações psicoestimulantes que têm sido utilizadas são o metilfenidato e os compostos anfetamínicos. A substância mais utilizada tem sido o metilfenidato. Os fármacos usados com tal finalidade receberam uma nova designação, mais recente, de *smart drugs*, apesar de há mais de 50 anos serem classificados como psicoestimulantes.

O uso clínico dos estimulantes teve início no século XIX com a descoberta dos efeitos psicoativos da cocaína, já usada há muitos séculos *in natura* pelos povos andinos. Logo, em seguida, foram sintetizadas as anfetaminas, menos tóxicas, que no começo foram utilizadas no tratamento de fadiga crônica. O metilfenidato, que foi sintetizado em 1944, no início era usado apenas no tratamento de fadiga crônica, letargia e narcolepsia. Atualmente, seu uso é consagrado no tratamento do transtorno hipercinético da infância e da narcolepsia.

Existem diversos pontos polêmicos em relação ao uso, à eficácia e segurança e também a respeito da relação custo/benefício à saúde, assim como questionamentos éticos sobre este tipo de abordagem, que procuraremos discutir nos tópicos seguintes.

MITOS E VERDADES SOBRE OS PSICOESTIMULANTES

Vamos nos ater ao uso médico estrito destas medicações com indicação psiquiátrica precisa e consagrada na literatura graças à grande eficácia e ampla segurança clínica.

O Metilfenidato é um Composto Anfetamínico

Na verdade, o metilfenidato não é um derivado anfetamínico e sua estrutura e seu mecanismo de ação diferem daqueles dos compostos anfetamínicos (Figura 14-1). O metilfenidato é um inibidor da recaptura de dopamina e noradrenalina no sistema nervoso central. A anfetamina não somente inibe a recaptura destas substâncias, mas também interfere no transportador de dopamina, bloqueando-o e exercendo um efeito bastante mais intenso.

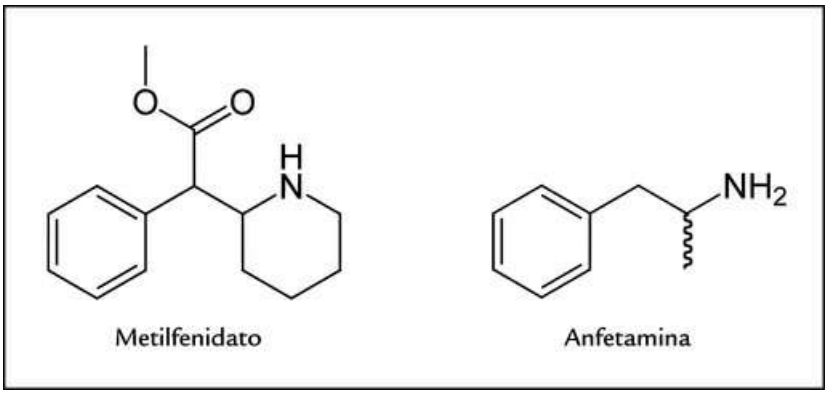

FIGURA 14-1 Comparação entre as moléculas de metilfenidato e anfetamina.

E, do ponto de vista clínico, existem grandes diferenças nos efeitos destes dois fármacos. O metilfenidato não tem ação euforizante no paciente, ao contrário das anfetaminas, que promovem uma sensação euforizante acentuada de expansão do humor. Existe uma supressão mais intensa do apetite com o uso dos anfetamínicos, o que com o metilfenidato é bem menos acentuado e transitório; e é frequente, com o uso de anfetaminas, o paciente relatar uma sensação de disforia ao cessar a ação da droga, fato que não ocorre com o metilfenidato. Não difícil, assim, entender que o

potencial de abuso do metilfenidato é muito mais baixo.

De qualquer forma, é sabido há bastante tempo que com os fármacos prescritos para o tratamento de crianças portadoras de transtorno de hiperatividade e déficit de atenção, não se observa nem tolerância aos efeitos terapêuticos nem ocorre dependência no tratamento alongo prazo.

Um terço dos pacientes apresenta remissão na fase adulta, e a retirada da medicação se faz de forma tranquila, sem reações de abstinência.

O Risco de Abuso de Substâncias Ilícitas Aumenta nos Pacientes Portadores de Transtorno de Hiperatividade, e o Déficit de Atenção Aumenta com o Tratamento com Estimulantes

Há fortes evidências de que o oposto ocorre. Os pacientes portadores de transtorno de hiperatividade e déficit de atenção sabidamente constituem uma população de risco quanto a um futuro abuso e dependência de substâncias. No entanto, isto não acontece com os pacientes adequadamente tratados e há evidências empíricas robustas de que este risco diminui com o tratamento.

O Tratamento com Estimulantes por si só Seria uma Porta de Entrada para o Abuso de Substâncias no Futuro

Uma recente publicação mostra que, pelo contrário, nas crianças e adolescentes com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, o tratamento com psicoestimulantes diminui o risco de transtorno de abuso de substâncias.

OUTROS USOS MÉDICOS DO METILFENIDATO

Em Oncologia Psiquiátrica, tem-se usado o metilfenidato como potencializador de antidepressivos: é comum o paciente oncológico não tolerar doses terapêuticas de antidepressivos e, como o perfil de tolerabilidade do metilfenidato é elevado, este expediente tem sido de grande valia nesta situação.

Há alguma evidência de que possa ser útil no tratamento de apatia de pacientes portadores de demência e também para potencialização antidepressiva em pacientes com depressão unipolar ou bipolar.

OS PARADOXOS DA OPINIÃO PÚBLICA

Setores da mídia, periodicamente, alertam de forma sensacionalista a respeito do grande risco de dependência de psicoestimulantes no contexto de indicações médicas consagradas e criteriosas. No entanto, por paradoxal que possa ser, esta mesma mídia defende o uso de drogas ilícitas e, ao fazê-lo, para se justificar, usa argumentos de que a toxicidade é baixa e pode haver um uso medicinal para a tal substância, mas

condenam o uso no contexto médico dos psicoestimulantes.

Quando não utilizam o argumento da possível indicação médica – o que, aliás, gera hipóteses cientificamente testáveis e com potencial heurístico – utilizam o argumento do positivismo naturalista. Como há drogas ilícitas disponíveis *in natura*, o raciocínio subjacente é que as substâncias que se encontram na natureza, *per se* são necessariamente boas e inócuas, pois tudo que a natureza fornece é bom, sábio e saudável. Ora, isto é uma tremenda falácia. O fato de algo existir na natureza não dá a menor garantia de suas supostas qualidades benéficas ou garante a ausência de efeitos adversos. Há inúmeras infusões de plantas e raízes que são tóxicas; o chá de cicuta, por exemplo, totalmente natural, foi o veneno usado para a sentença de morte imposta a Sócrates. Fenômenos naturais como furacões, tsunamis, queda de meteoros, podem causar verdadeiras hecatombes. O positivismo naturalista não resiste a uma análise criteriosa.

OS PARADOXOS DO MUNDO ACADÊMICO

Conceito de Amplificação Cognitiva (*Doping* Cognitivo)

Nos últimos anos, vem sendo veiculado nos meios acadêmicos e periódicos científicos o conceito de potencialização cognitiva, que na imprensa leiga é chamada de *doping* cognitivo, em inglês *cognitive enhancement*, por meio das chamadas drogas nootrópicas, ou *smart drugs* ou neurofármacos amplificadores da cognição. Na verdade, estão sendo cunhados vários termos, como neurologia cosmética, neuroamplificação, novas tecnologias neurológicas. Todo este jargão de nova nomenclatura científica, na verdade, diz respeito aos psicoestimulantes, velhos conhecidos da psiquiatria há mais de 50 anos, como vimos anteriormente. A mudança de nomes tenta induzir o público a imaginar que são novos fármacos, desvinculando-os do uso psiquiátrico, sugerindo que há interesse em, literalmente, dourar a pílula.

O que existe de novo é uma corrente acadêmica que propõe o uso, por parte de pessoas saudáveis, sem diagnóstico clínico ou transtorno psiquiátrico, destes fármacos, com a finalidade de melhora do desempenho acadêmico, intelectual e das funções psíquicas executivas, de forma a ampliar sua capacidade mental. O fármaco preferido tem sido o metilfenidato, embora haja os que advoguem o uso das anfetaminas e alguns poucos defendam o uso de modafinil. Este conceito tem gerado inúmeras controvérsias que procuraremos detalhar a seguir.

Como Surgiu este Conceito

Quem abriu a caixa de Pandora foi Greely, em uma publicação na revista *Nature*, em 2008, ao comentar que estudantes universitários faziam uso de metilfenidato ou anfetaminas, não por uso recreativo, mas para obterem melhor *performance* acadêmica, e advogar o uso "responsável de drogas amplificadoras da cognição", por parte de pessoas saudáveis ou sem diagnóstico clínico, como uma opção válida de opção de estilo de vida e isenta de riscos. Ele argumenta que existiria uma crescente demanda

social pelo livre acesso à amplificação cognitiva, que isto se trata de uma tendência irreversível que veio para ficar e que representa um avanço incalculável em termos de qualidade de vida para a humanidade. Esta visão entusiástica encontrou aliados e também muita crítica. Greely, professor de Direito na Stanford Law School, relata que recebeu inúmeras *letters* indagando-lhe: "*How much Money did Big Pharma pay you to write that?*"

Esta visão conceitual parte de pressupostos *a priori* que são equivocados. O inicial é postular a existência de fármacos totalmente benévolos, eficazes e desprovidos de efeitos colaterais, a curto, a médio e a longo prazos e que possam ser consumidos por pessoas de qualquer idade. Ora, acreditar na existência de fármacos sem toxicidade e sem efeitos colaterais é uma atitude ingênua. Alguns autores chegam a afirmar que o uso de drogas nootrópicas poderia contribuir para o fim das desigualdades sociais se o seu uso fosse facultado às populações socialmente menos favorecidas. Há autores que defendem o uso de psicoestimulantes em crianças saudáveis. E ainda há setores que preconizam a venda de psicoestimulantes sem prescrição médica para pessoas saudáveis, por meio de cadastro em agências reguladoras. Em que pese o entusiasmo de Greely e de seus aliados, independentemente do apoio da indústria farmacêutica, que possivelmente veria com bons olhos a expansão do mercador consumidor, a visão paradisíaca por eles pintada não bate com o mundo real que os clínicos vivenciam no dia a dia, como mostraremos a seguir.

Críticas

Os Psicoestimulantes São Seguros em População sem Patologia?

Os dados sobre segurança que temos a respeito dos psicoestimulantes foram obtidos no tratamento de condições específicas, sob supervisão médica, com prescrição rigorosamente controlada, de subgrupos de pacientes em que a relação risco/benefício é de fato compensadora. Isto não se pode generalizar para a população geral. Não se testou ainda a segurança do uso sem regulação de venda em populações saudáveis.

Os Psicoestimulantes Melhoram a Performance Cognitiva e as Funções Executivas de Pessoas Saudáveis?

Os dados são controversos, não permitindo concluir que as pessoas não portadoras de transtorno de déficit de atenção tenham algum benefício com o uso de psicoestimulantes. Os poucos estudos que mostram uma tênue melhora não conseguem demonstrá-la de forma convincente. A conclusão final dos estudos existentes é que não existem dados que permitam concluir que os psicoestimulantes consigam melhorar significativamente as habilidades cognitivas dos indivíduos saudáveis.

Seria Eticamente Admissível o Uso de Psicoestimulantes em Crianças e Adolescentes Saudáveis?

Gaucher e colaboradores se posicionam radicalmente contra esta conduta, considerando-a uma medida coercitiva externa e que é obrigação do médico defender o melhor interesse desta população vulnerável (Ver Capítulo 17, Neurociência Forense).

Deve o Médico Prescrever Psicoestimulantes para Indivíduos Saudáveis?

Forlini e colaboradores consideram que, por não existir dados na literatura médico-científica comprovando quer a eficácia quer a segurança dos psicoestimulantes, como drogas passíveis de melhorar a *performance* cognitiva de pessoas saudáveis, os médicos devem se recusar a prescrever psicoestimulantes para indivíduos saudáveis.

CONCLUSÃO

Os autores do presente capítulo endossam a posição defendida por Forlini e entendem que, do ponto de vista ético, só é aceitável a prescrição de psicoestimulantes para as condições psiquiátricas ou clínicas em que seu uso é comprovadamente eficaz e seguro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barkley, R, et al. Does the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder with stimulants contribute to drug use/abuse? A 13-year prospective study. *Pediatrics*. 2003; 111(1):97–109.

Beyer, C, Staunton, C, Moodley, K. The implications of methylphenidate use by healthy medical students and doctors in South Africa. *BMC Medical Ethics*. 2014; 15:20.

Cakic, V. Smart drugs for cognitive enhancement: ethical and pragmatic consideration in the era of cosmetic neurology. *J Med Ethics*. 2009; 35:611–615.

Dolder, C, Davis, L, McKinsey, J. Use of psychostimulants in patients with dementia. *J Ann Pharmacother*. 2010; 44(10):1624–1632.

Dubljevic, V. Prohibition or coffee shops: Regulation of amphetamine and methyllphenidate or enhancemetn use by healthy adults. *Am J Bioeth*. 2013; 13(7):23–33.

Finger, G, Silva, E, Falavigna, A. Use of methylphenidate among medical students; a systematic review. *Rev Assoc Med Bras*. 2013; 59(3):285–289.

Forlini, C, Gauthier, S, Racine, E. Should physicians prescribe cognitive enhancers to healthy individuals? *CMAJ*. 2013; 185(12):1047–1050.

Gaucher, N, Payot, A, Racine, E. Cognitive enhancement in children and adolescentes: Is it in their best interests? *Acta Paediatrica*. 2013; 102:1118–1124.

Greely, H, et al. Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. *Nature*. 2008; 456:702–705.

Greely, H. Some first steps toward responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. *Am J Bioeth*. 2013; 13:30–41.

Groenman, A, et al. Stimulant treatment for attention-deficit hyperactivity disorder and risk of developing substance use disorder. *BJP*. 2013; 203:112–119.

Homsi, J, et al. Methylphenidate for depression in hospice practice: a case series. *Am J Hosp Palliat Care*. 2000; 17(6):393–398.

Lanni, C, et al. Cognition enhancers between treating and doping the mind. *Pharmacol Res*. 2008; 57(3):196–213.

Leonard, B, et al. Methylphenidate: a review of ists neurophamacological, neuropsychological and adverse clinical effects. *Human Psychopharmacol Clin Exp*. 2004; 19:152–180.

Outram, S. The use of methylphenidate among students: the future of enhancement? *J Med Ethics*. 2010; 36(4):198–202.

Parker, GI, Brotchie, H, McClure, G, Fletcher, K, Psychostimulants for managing unipolar and bipolar treatment-resistant melancholic depression: a medium-term evaluation of cost benefits. *Affect Disord*, 2013;151(1):360–364, doi: 10.1016/B978-85-352-8153-8.50020-2.

Reddy, D. Current pharmacotherapy of attention deficit hyperactivity disorder. *Drugs of Today*. 2013; 49(10):647–665.

Repantis, D, et al. Modafinil and methylphenidate for neuroenhancement in healthy individuals: a systematic review. *Pharmac Research*. 2010; :187–206.

Safer, D, Allen, R. Abscense of tolerance to the behavioural effects of methylphenidate in hyperactive and inattentive children. *J Pediatr*. 1989; 115(6):1003–1008.

Shaw, D. Neuroenhancing public health. *J Med Ethics*. 2014; 40(6):389–391.

Smith, M, Farah, M. Are prescription stimulants "smart pills?". *Psychol Bull*. 2011; 137(5):717–741.

The MTA Coopertative Group. A 14-month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactive Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56:1073–1086.

Willens, T, et al. Does stimulant therapy for attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*. 2003; 111(1):179–185.

CAPÍTULO 15

Paternalismo e Autonomia nos Transtornos Mentais

Mauro Aranha-Lima

COMO E QUANDO O PROBLEMA SE COLOCA

Em publicação anterior, referi-me a um sério e intrigante problema que a Psicopatologia coloca, a nós psiquiatras. Trata-se de distinguir a presença, a ausência, ou simultaneidade de ambos, quanto à intencionalidade do sintoma ou sinal que os pacientes expressam.

Resta-nos claro que determinados eventos mentais são absolutamente involuntários, não intencionais, como o estreitamento do campo vivencial na vigência de uma crise epiléptica parcial complexa, ou as alucinações auditivas imperativas de um surto esquizofrênico. E, então aqui, devemos considerar o indivíduo como submetido a um evento mental que se lhe impõe, condicionando uma cadeia causal de vivências e ações não intencionais e, algumas delas, qualificadas como psicóticas, deslocadas do senso de realidade. Não resta dúvida, aqui, que a atitude do psiquiatra será paternalista, de forma que a autonomia de seu paciente, para uma série de ações absolutamente condicionadas pela enfermidade, restará sob a sua guarda, até a cessação da referida cadeia causal.

Já determinadas condições clínicas exigem a assunção pelo médico da plena autonomia de seu paciente. Exemplifico: a decisão de um indivíduo adulto, ciente dos riscos envolvidos, capaz de deliberar sobre si e conduzir-se conforme essa deliberação, em usar recreativamente uma determinada droga lícita ou ilícita. Cabe ao médico municiar o indivíduo dos riscos envolvidos, clarificados por evidências científicas contextualizadas à singularidade do caso.

Porém, uma grande parcela dos fenômenos mentais a que assistimos resta numa zona intermediária em que dificilmente vislumbramos o quanto de sua natureza é intencional ou não, e esta opacidade não nos permite ter certezas absolutas ou posturas inflexíveis. Exemplifico: o *acting out* no contexto de uma defesa histérica, alguns transtornos do impulso, como no uso nocivo de drogas ou no jogo patológico. Aqui, o psiquiatra correrá um risco maior de percepção e julgamento distorcidos pela moral vigente, resultando em ambiguidade ou arbitrariedade em suas decisões. Por isso, passo a apresentar alguns dos conceitos da filosofia da ação para que, ao final, eu possa propor uma conduta geral do psiquiatra de maneira a que possa proteger (sem oprimir) seu paciente, encorajá-lo ao cumprimento de suas escolhas pessoais (sem vulnerabilizá-lo).

PATERNALISMO E AUTONOMIA

Como se verá no decorrer deste capítulo, não se trata de compreendê-los como termos antitéticos, incompatíveis entre si. Ambos podem ser consentâneos e complementares e estar representando valores inestimáveis para a prática clínica, como solicitude e beneficência para com as vulnerabilidades e sofrimentos de outrem (no paternalismo), respeito à diferença e humildade ante à falibilidade do conhecimento médico acumulado (em atenção à autonomia) e tantos outros, sobretudo a prudência e diligência em ponderar riscos e benefícios que nossas ações, ou omissões, possam acarretar para o então paciente: aquele que dispõe, em alguma medida, sua identidade, crenças, valores, honra e até mesmo sua vida ao juízo e conduta de outrem.

AUTONOMIA COMO LIBERDADE

A concepção kantiana de liberdade remete-nos a uma antinomia da razão pura, impasse lógico ante a evidência de que tese e antítese acerca do que se ajuíza (a liberdade) são convincentemente demonstráveis. Ora, Kant conclui depois que liberdade não é um princípio constitutivo, e sim regulativo. Vale dizer: liberdade é um horizonte orientador que devemos adotar em nossas vidas e condutas, e não algo necessariamente real.

Eu diria que autonomia como liberdade é uma aposta que fazemos, em nome da ideia de que a dignidade de cada um dos homens é absoluta e, portanto, isenta de interesses extrínsecos que lhe coajam, e que devemos, como médicos, pressupor a livre condução e autoria que os indivíduos imprimem às suas próprias vidas. Portanto, não nos é lícito, *a priori*, duvidar e inquirir a livre determinação de outrem.

Mas, até mesmo pela autonomia não ser efetiva ou necessariamente liberdade absoluta, é que se nos abre a possibilidade de inquirirmos o paciente quando as concepções e condutas que ele impõe a si e ao mundo nos pareçam, em dados contextos, intempestivas ou mesmo incoerentes com seu sistema próprio de crenças e valores.

AUTONOMIA COMO RESPONSABILIDADE

Desde Kant, indivíduos autônomos são os que, dotados da capacidade racional (formal) de discernir e julgar, legislam sobre si próprios. Destarte, a responsabilidade por seus atos, comissivos ou omissivos, está posta desde o início. No tempo, a sua própria existência será o desdobramento ou resposta, o retrato ou a narrativa a recapitularem os vividos, e conforme seus feitos, autores que são de seus próprios destinos. Mais ainda, não é lícito, a nós, seres dotados de consciência reflexiva, atribuirmos aos desejos e inclinações aquilo que a vontade pode regular. Disto, e do compromisso tácito que tem para com outrem, em que, ao escolher-se, escolhe toda a humanidade, nasce a angústia e o seu contrário (a má-fé). Angústia, significando o conflito constitutivo do homem ao lhe ser dada, por natureza, a condição de refletir e escolher em face da incomensurabilidade da melhor decisão a tomar; e má-fé, o esquecimento desse conflito. E seja pelo conflito, ou por seu esquecimento, deve o

psiquiatra estar disposto a apontá-los ao seu paciente. Dotá-lo da capacidade de reencontrar-se ou reformular-se. Ao escolher em assim fazê-lo, está a escolher o horizonte de qualquer terapêutica: devolver a quem de direito, ainda que mediante um paternalismo transitório, a autonomia perdida.

A MENTE HUMANA VISTA POR UM NATURALISMO MITIGADO, OU NÃO REDUCIONISTA

Sabe-se, aceitando Habermas, que a realidade objetiva do mental é tudo quanto se possa formular em proposições generalizantes tal como se dão no método científico, mas que a realidade integral da mente não se esgota na totalidade das asserções disponíveis no âmbito ou repertório individual e cultural de que dispomos. Tal hipótese se coaduna com Davidson quando este afirma que "evento" mental é o que nos acontece como causa material (psicofísica) do comportamento, apreensível e formulável pela linguagem proposicional-científica. Há, no entanto, para o homem, um espaço de manobra para a individualização da "ação", mediante "razões" que, ao lhe possibilitar alternativas de ação mediante ponderação reflexiva, estariam a expressar a parcela de liberdade que lhe cabe.

Importante ressaltar também que, para vários pensadores e cientistas, a base material da mente, ou cérebro, é intercambiável com o apenas mental, de tal forma a configurar uma interação causal recíproca, abrindo-se a perspectiva de superarmos o dualismo organogênese/psicogênese ou, no mínimo, acolher a sua convergência e superposição.

Portanto, o material clínico que se nos oferece tem uma natureza algo ambígua ou opaca que determinará a concepção, decisão e atitude para com o material clínico que se nos oferece. Passo a esboçá-los a seguir.

UMA CONCEPÇÃO COMPATIBILISTA DA AUTONOMIA

Compreendida a distinção conceitual, anteriormente, entre "eventos" e "ações", abre-se a possibilidade de postularmos que determinismo e autonomia não são termos contraditórios ou excludentes entre si. Essa a tese geral do compatibilismo, que pode ser já referida em Hobbes e Hume. Hume aceita, em parte, a correção da doutrina da necessidade, quando "Os mesmos motivos sempre produzem as mesmas ações. Os mesmos acontecimentos seguem-se às mesmas causas". No entanto, "não devemos, contudo, esperar que essa uniformidade das ações humanas vá ao ponto de todos os homens agirem exatamente do mesmo modo nas mesmas circunstâncias, sem que em nada influa aí a diversidade de caracteres, preconceitos e opiniões", ainda mais quando se conhece "todas as circunstâncias de seu caráter e situação". O esforço humano de um "projeto conciliatório" entre liberdade e necessidade, conclui que liberdade não deve ser vista como o contrário da necessidade, mas sim oposta à coibição, ou seja, dada a natureza dos atos humanos condicionados a uma sequência causal necessária a montante, assim como a jusante, livre é o homem que para cada ação deliberada venha a deliberar sem coibição. Num dado evento ou circunstância

(não intencional) que se lhe imponham, sua liberdade se dá quando escolhe, autonomamente, a sua própria forma de reagir.

A visão compatibilista entre necessidade e liberdade é a que mais se ajusta à realidade que o material clínico nos impõe: seja porque do universo mental só lhe vemos a expressão, em gestos ou palavras, não suas operações internas; seja porque as ferramentas de que dispomos para seu deslinde, a linguagem, já de início é bastante problemática e vaga, calcada em estruturas ou categorias com algo incomensuráveis ou mal delimitadas, como corpo, mente, pessoa, espaço, tempo, causação, significado, referência, verdade.

Tudo isso, então, exige a proposição de uma prática psiquiátrica mais compatível com a ontologia complexa dos objetos mentais e com as dificuldades epistemológicas implícitas de abarcar a totalidade do psiquismo, enquanto continente de uma variedade ampla de conteúdos em contínua interação e sem fronteiras nítidas entre si, como móbiles genéticos, neuroquímicos, traços prevalentes de personalidade, fatores psicodinâmicos, sociais, culturais, ambientais. Sem perder de vista a necessária compatibilização ou ponderação de valores, como o direito à saúde, a equidade na distribuição de recursos públicos, e a autonomia dos sujeitos sob tratamento, para uma ética suficientemente comprometida, e a um só tempo, com a efetividade das condutas e o desenvolvimento contínuo e fecundo de cada uma das pessoas que assistimos em seus projetos próprios de existência.

UMA CONCEPÇÃO COERENTISTA DA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA

Dos argumentos até aqui delineados, temos várias implicações. Apresentarei duas, pois são as que contam para o presente capítulo: a implicação epistemológica e a implicação ética.

Implicação Epistemológica

Refere-se à obscuridade dos objetos mentais e suas relações intrínsecas e à precariedade ou vagueza da linguagem para captá-los e dizê-los. Quando pensamos no significado da palavra "crença" não excluímos o conhecimento adquirido pelo método científico, dito objetivo. Ora, tal perspectiva é, em si, também uma crença. Por mais que devamos admitir e reconhecer os dados científicos por sua origem calcada em método rigoroso, de seu poder descritivo afeito à simplicidade e universalidade, e de sua validade heurística, não podemos deixar de concordar com Sellars, quanto ao "mito do dado", pois de fato não nos parece, em Psiquiatria, por tudo quanto já exposto, que as percepções e desdobramentos cognitivos do observador, a partir dos dados empíricos, possam estar a refletir a íntegra do universo mental. De onde, então, implica que o repertório de uma mente, e as inter-relações de seus elementos, devam ser colhidos em processo contínuo e compartilhado com o paciente e a equipe interdisciplinar que o assiste, com o delinear-se de uma razão intersubjetiva, sempre em progresso, mas suficientemente referendada, a qualquer tempo, para propor

condutas terapêuticas. Ocorre, é bom lembrar, que não podemos afirmar categoricamente que as condutas se apoiam na verdade enquanto correspondência entre a nossa representação e a coisa representada, e é daí que, ao modo de Davidson, devemos nos apoiar, como critério orientador, na coerência interna do sistema ou da configuração estrutural que delimita e agrega as representações e proposições que o constituem, o mundo mental (para nós)[1] do paciente.

Implicação Ética

Refere-se ao que importa propriamente à temática do capítulo, e em consonância com o exposto até aqui: nem só paternalismo, nem só autonomia, ambos, simultaneamente, mais de um ou mais de outro, caso a caso, tempo a tempo, conforme o que exige o mundo mental (para nós) do paciente, sempre em face do contexto em nome da preservação ou resgate, pelo paciente, da plenitude e sustentabilidade de sua autonomia.

Trata-se, portanto, quando do uso do paternalismo, de um paternalismo brando, ou forte, mas sempre em nome da autonomia (sua finalidade).

Tal implicação, de fato, é uma proposta que serve para uma multiplicidade de situações clínicas. Orientar, num paternalismo brando, que um comprador compulsivo, não porte cartões de crédito, até que volte a ter maior domínio sobre si; propor internação involuntária, num paternalismo forte, à família de um paciente psicótico com ideação suicida, até a remissão do risco. E, assim, de forma similar em várias das situações clínicas que se nos apresentam.

O critério norteador da coerência também aqui se mostra. A autonomia, assim como a liberdade para Hume, deverá ser coerente com os fatos e consigo mesma. Assim como o paternalismo implementado deverá ser provisório, coerente e proporcional à autonomia intencionada, para aquele caso e aquele contexto determinados, respeitando-se (coerentemente) as crenças e os valores do paciente ao tempo em que era capaz. Posso propor a internação involuntária de um paciente para preservar-lhe a vida, quando em risco de suicídio, se a internação resultar, mediante o tratamento, na remissão desse risco; não posso impedir-lhe, quando internado, o acesso telefônico aos seus entes queridos, se ele assim o desejar. Vale dizer: o paternalismo, como instrumento para o resgate da autonomia, deve contemplar especificamente e de forma intransferível o objeto e a finalidade a que se refere.

Pretendo com isso finalizar o presente capítulo. Há casos na clínica cotidiana que poderíamos intitular como casos de difícil solução (*hard cases*) do ponto de vista ético. Entendo, no entanto, que o critério norteador da conduta médica a ser tomada seja o mesmo que o até aqui apresentado.

Acrescento, por fim, e à guisa de orientação e sem qualquer encobrimento da angústia tácita que nos assola em decisões delicadas, um dos princípios fundamentais do Código de Ética Médica vigente: “O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes da relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.” Não é pouco cumpri-lo, mas, em atmosferas incertas, pode ajudar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aranha-Lima, M. Da suposta liberdade de agir. In: Oliveira RA, Cordeiro Q, Aranha-Lima MG, Jr., eds. *Transtorno mental e perda de liberdade*. São Paulo: CREMESP; 2013:33–46.

Caspi, A, Sugden, K, Moffitt, TE, et al. Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003; 301(5631):386–389.

CREMESPCódigo de Ética Médica, Código de Processo Ético-profissional, Conselhos de Medicina, Direitos dos Pacientes. São Paulo: CREMESP, 2013.

Davidson, D. Uma teoria coherentista de la verdad y el conocimiento. In: Davidson D, ed. *Subjetivo, intersubjetivo, objetivo*. Madrid: Cátedra; 2003:193–221.

Davidson, D. Actions, reasons, and causes. In: Davidson D, ed. *The Essential Davidson*. Oxford: Clarendon Press; 2006:23–36.

Davidson, D. Mental events. In: Davidson D, ed. *The Essencial Davidson*. Oxford: Clarendon Press; 2006:105–121.

Frankfurt, H. Identification and wholer heartedness. In: Fischer JM, Ravizza M, Jr., eds. *Perspectives on moral responsibility*. Ithaca e London: Cornell University Press; 1993:170–187.

Habermas, JEntre naturalismo e religião – estudos filosóficos. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2007.

Hume, DInvestigação sobre o entendimento humano. São Paulo: Abril Cultural, 1973.

Kant, ICrítica da razão pura. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 2001.

Kant, IFundamentação da metafísica dos costumes. São Paulo: Abril Cultural, 1974.

Kroeber, AL. A natureza da cultura. Lisboa: Edições, 1993; 70.

Merleau-Ponty, MA fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

Sartre, JPO Existencialismo é um Humanismo. São Paulo: Abril Cultural, 1973.

Sellars, WIn the space of reasons. Cambridge e London: Harvard University Press, 2007.

Sjöstrand, M, Eriksson, S, Juth, N, et al. Paternalism in the name of autonomy. *The Journal of Medicine and Philosophy*. 2013; 38 (issue 6):710–724.

[1]Entenda-se aqui por "mundo mental do paciente (para nós)" como a configuração estrutural de seu mundo mental dada pelo conjunto consensuado das representações e proposições de psiquiatra, equipe interdisciplinar e paciente acerca do mesmo.

CAPÍTULO 16

Livre-arbítrio e Direito

Osvaldo Frota Pessoa, Jr.

INTRODUÇÃO

No ano 2000, um professor de ensino médio de 40 anos, do estado da Virgínia, nos Estados Unidos, começou a colecionar material pornográfico, incluindo pornografia infantil, e a não controlar seus impulsos sexuais, inclusive molestando sua jovem enteada. Condenado por pedofilia, descobriu-se, logo depois, que ele tinha desenvolvido um grande tumor e um cisto em seu córtex pré-frontal direito que distorceram o cérebro. Tinha também outros sintomas, como dores de cabeça e dificuldades motoras. Passou por duas cirurgias em 2 anos, e seus sintomas foram eliminados, inclusive os impulsos sexuais criminosos, relatam Burns e Swerdlow.

Este é um caso em que todos concordaram que o sujeito não deveria servir tempo na prisão, ao contrário do que tinha sido inicialmente estipulado. Afinal, sem o tumor, ele já não era um perigo para a sociedade e, além disso, ele passou a ser considerado não responsável por seus atos, já que a causa última de seu comportamento antissocial foi a presença de um corpo estranho em seu cérebro, e não as suas disposições mentais naturais. Em outras palavras, tanto a corrente jurídica do consequencialismo quanto a do retributivismo concordam que o paciente não deveria ser preso.

O *consequencialismo* ou utilitarismo interpreta a pena como uma ação que visa coibir ou prevenir o crime, segregando o criminoso ou corrigindo-o, para que não incorra novamente no crime, e intimidando outros a não cometer o ato criminoso. A finalidade da pena seria a prevenção do crime. Partidários desta posição foram Cesare Beccaria (1764), Jeremy Bentham (1789) e muitos outros depois deles. Já o *retributivismo* interpreta a pena como uma retribuição proporcional ao ato criminoso, uma retribuição justa e merecida a um mal injusto, que restabelece a ordem jurídica lesada pelo crime. Defensores desta concepção "deontológica" (ou seja, que estipula o que devemos fazer) incluíram Immanuel Kant (1797) e G.W.F. Hegel (1820). Honderich mostra que há, também, teorias mistas ou ecléticas, que combinam as teses dessas escolas, como a de H.L.A. Hart, e que valorizam a reabilitação do criminoso.

CAUSAS E EFEITOS

Um caso mais célebre em que um tumor cerebral é considerado uma causa contribuinte para um crime foram os 14 assassinatos perpetrados por Charles Whitman do alto de uma torre na Universidade do Texas em Austin, em 1966, após matar a mãe e a esposa. O tumor era do tamanho de uma noz e pressionava a amígdala

direita do ex-*marine*. A amígdala é um grupo de núcleos do sistema límbico do cérebro, associado a reações emocionais, como medo e agressividade. Whitman escreveu uma carta após matar a esposa, e transcrevemos parte dela para vislumbrarmos o estado mental em que se encontrava:

> *Eu não me entendo muito bem nesses últimos dias. Eu deveria ser um jovem médio, razoável e inteligente. Porém, ultimamente (não me recordo quando começou) tenho sido vítima de muitos pensamentos incomuns e irracionais. Estes pensamentos retornam constantemente, e preciso exercer um esforço mental tremendo para poder me concentrar em tarefas úteis e progressivas. […] Eu conversei com um médico um dia durante duas horas, e tentei lhe transmitir os meus medos de sentir-me tomado por impulsos violentos. Depois de uma sessão, não vi mais o doutor, e desde então estou lutando sozinho contra minha grande agitação mental, e aparentemente sem resultados. Depois da minha morte, desejo que uma autópsia seja realizada em mim para ver se não há algum distúrbio físico visível. Tenho tido tremendas dores de cabeça no passado, e consumi dois potes grandes de Excedrin nos últimos três meses. […]*

Tumores cerebrais podem ser identificados como uma das causas que levam a certos eventos criminosos, e nestes casos coloca-se em questão se o criminoso agiu segundo seu livre-arbítrio e se ele pode ser moralmente responsabilizado por seus atos. Antes de discutir isso, vale a pena mencionar alguns aspectos da relação de causalidade já apontados por nós anteriormente.

Geralmente, há várias causas que contribuem para a ocorrência de um efeito, como o massacre de Austin. Uma maneira de averiguar intuitivamente se uma condição é uma causa relevante para a ocorrência do efeito é imaginar um cenário "contrafactual", em que a causa tenha sido suprimida. Se Whitman *não* tivesse um tumor cerebral, ele teria cometido seu crime? Provavelmente, não. Se ele *não* tivesse sido um *marine*, ele teria atirado nas pessoas? Provavelmente não, pois não saberia usar tão bem uma arma. No entanto, no contexto social em que vivia, servir as forças armadas era considerado algo "normal", uma condição que não estava correlacionada fortemente com a criminalidade. Em suma, ocorreu um conjunto de causas e condições que aumentaram consideravelmente a probabilidade de um homicídio, mas o foco de análise geralmente recai sobre aquelas condições anormais, como o tumor próximo da amígdala.

Mencionamos alguns condicionantes físicos para a ação de Whitman, mas o que dizer sobre sua vontade? Em um mundo regido por leis naturais, como a vontade individual pode contribuir para causar ações?

LIBERDADE DE AÇÃO

A noção de "livre-arbítrio" é a ideia de que os seres humanos têm a capacidade de escolher, de maneira autônoma, entre diferentes alternativas de ação. O termo "autônomo" contrapõe-se às influências "heterônomas", que provêm de fatores causais externos, como a distribuição de corpos ao nosso redor, a gravidade, a ação de outras pessoas e de outros animais, leis sociais etc. Estamos o tempo todo sujeitos às influências heterônomas: a tese do livre-arbítrio é a de que, dentro das limitações impostas externamente, temos *autonomia* para tomar nossas decisões. Por exemplo, em

face de uma greve de ônibus (fator heterônomo), Valéria escolhe autonomamente se irá ao trabalho a pé, de táxi, se ficará em casa, ou se telefonará para alguém pedindo um conselho.

O problema de se temos livre-arbítrio se divide em suas questões principais, que recebem os nomes de "liberdade de ação" e "liberdade da vontade" (ou de escolha). A primeira é mais fácil de analisar e refere-se à liberdade de agir de acordo com alguma escolha já feita. Ou seja, *se* desejamos fazer algo, e se esta ação puder ser realizada, então temos liberdade de ação.

Esta é a concepção de liberdade presente em Thomas Hobbes e apresentada, em 1748, pelo filósofo escocês David Hume:

> *Por* liberdade, *então, só nos é possível entender* um poder de agir ou não agir, *de acordo com as determinações da vontade; isto é, se escolhermos ficar parados, podemos assim ficar, e se escolhermos nos mover, também podemos fazê-lo. Ora, essa liberdade hipotética é universalmente admitida como pertencente a todo aquele que não esteja preso ou acorrentado. Não há aqui, portanto, matéria para disputas.*

No exemplo da greve de ônibus, suponha que Valéria escolha ir de táxi. Ela tem a correspondente liberdade de ação? A princípio, sim, mas há um fator heterônomo que pode intervir: a procura por táxis na cidade pode se tornar tão grande, que ela não consiga encontrar um táxi livre. Neste caso, sua liberdade de ação seria cerceada, não por uma decisão consciente de outra pessoa, mas por uma circunstância social. Esse exemplo sugere que a noção de liberdade de ação pode ser medida em termos probabilísticos: se a probabilidade de Valéria encontrar um táxi em uma hora for de 20%, este deve ser seu grau de liberdade de ação para cumprir seu desejo específico (ir ao trabalho de táxi) dentro de 1 hora.

Notamos que as causas heterônomas atuam, neste exemplo, em dois momentos distintos, em relação à decisão de ir de táxi. Primeiro, Valéria foi levada a fazer uma escolha, em face da *consciência de diversas restrições*, de ordem natural, social e pessoal. Em segundo lugar, fatores heterônomos esperados e inesperados afetam a *probabilidade de sucesso* da realização de sua vontade. No exemplo dado, quando ela percebeu que não havia táxis livres nas ruas da cidade, tomou uma segunda decisão, por exemplo, a de ir a pé para o trabalho. Nesta segunda escolha, a consciência da baixa probabilidade de sucesso do plano anterior tornou-se uma restrição que guiou a tomada de decisão.

Seguindo a definição de Hume, concluiríamos que Charles Whitman teve liberdade de ação para perpetuar seus assassinatos (pelo menos, com certa probabilidade, digamos de 70%, dado o risco de não conseguir subir na torre da Universidade de Austin carregando armas em um carrinho de supermercado).

Porém, Whitman agiu contra a lei, e tenderíamos a dizer que ele não tinha a liberdade para cometer assassinatos, já que sua liberdade deveria terminar onde começa a liberdade dos outros. Este, porém, é um uso distinto do termo "liberdade", que pode ser mais bem expresso pela palavra "direito": ele não tinha o direito de matar seus colegas de universidade. Podemos conciliar essas duas acepções notando que Whitman tinha uma probabilidade baixíssima de cometer os assassinatos *e* escapar da punição prevista pela lei; ou seja, ele não tinha a liberdade das ações de

cometer o crime e escapar da punição.

Gostaríamos talvez de asseverar que Whitman não era *moralmente* responsável por seus atos, dado que uma causa praticamente necessária para seu ato foi o crescimento de um tumor próximo à sua amígdala. Mas a definição de "liberdade de ação" se esquiva desta problemática: dado que Whitman escolheu executar seu plano (e de fato ele escolheu, quaisquer que tenham sido as causas atuantes na sua tomada de decisão), ele teve a liberdade de ação (em um grau digamos de 70%) de concretizar seu plano (que não incluía a esperança de escapar da punição).

Para abordar a questão da responsabilidade moral, a tradição deontológica (associada ao retributivismo) desenvolveu a noção de "liberdade da vontade", e é esta a que está mais intimamente ligada à noção de livre-arbítrio. Voltaremos a este ponto no item Liberdade da Vontade, a seguir.

COMPATIBILISMO *VERSUS* INCOMPATIBILISMO

Na citação feita de Hume, vimos uma definição que não é matéria de disputas. Porém, o que para ele era motivo de disputa, e o ponto que ele defendia com argumentos mais refinados, é de que a noção de liberdade de ação é compatível com o *determinismo estrito* da natureza. Hume vivia no contexto de consolidação da física de Newton, que herdou do mecanicismo clássico (de Descartes e Huygens) a noção de que o estado anterior do universo determina univocamente o seu estado posterior. Supondo que o homem é um produto da natureza, e que não pode escapar às suas leis deterministas, Hume concluiu que a cadeia de causas que nos leva a tomar uma decisão é pré-fixada e unívoca. Porém, tendo em vista a sua definição de liberdade, isso em nada afeta a constatação de que somos livres: pois *se* tivermos vontade de pegar um táxi, e de fato pudermos pegar o táxi, então somos livres nesta circunstância. Eis então um resumo de sua posição *compatibilista*: a liberdade é compatível com as leis da natureza física.

Examinemos um pouco melhor esta posição, considerando o exemplo de um *disc jockey*, Roberval, que decide apertar um botão interruptor que acende as luzes estroboscópicas de uma pista de dança, e que de fato realiza esta ação. Se é verdade, como Hume afirma, que a cadeia de causas e efeitos dentro do cérebro de Roberval é determinada de antemão, então poderíamos objetar que Roberval não teria a liberdade de modificar esta cadeia, por exemplo, "vetando" o aperto do botão, e que, portanto, ele não seria um agente livre. Assim, a liberdade seria incompatível com as leis determinísticas da natureza.

Porém, da maneira como Hume definiu liberdade, enquanto "liberdade de ação", essa objeção é inócua. No exemplo dado, o sujeito simplesmente não teve vontade de modificar a cadeia de eventos. Supondo um cenário alternativo em que ele tivesse vontade de vetar a cadeia de ações, então Hume diria que uma segunda cadeia causal determinista originou esta vontade de veto. A questão de se o sujeito é livre ou não para exercer seu veto irá depender de se, de fato, o veto ocorreu ou não. Se não ocorreu (mesmo ele tendo querido), teríamos que explicar sua falta de liberdade pela presença de algum fator heterônomo, ou então pelo fato de o veto ser exercido um pouco tarde demais etc. Para Hume, há casos para o ser humano de ausência de liberdade, mas não há casos em que a liberdade viole o determinismo.

Hoje em dia, na Filosofia da Física, é uma questão em aberto se a natureza segue o determinismo estrito ou não. A Física Quântica fornece bons argumentos a favor do indeterminismo ou "tiquismo", mas desde a formulação de uma interpretação desta teoria em termos deterministas, por David Bohm (1952), a questão deve ser considerada indecidida (até possíveis futuros avanços).

Posições que consideram que o livre-arbítrio, no sentido de liberdade da vontade, é incompatível com as leis físico-químicas são chamadas de *incompatibilistas*. Como esta discussão surgiu no contexto da física clássica, que tendia a considerar que o universo segue leis estritamente deterministas, a posição incompatibilista que favorece as leis naturais (em detrimento do livre-arbítrio) veio a ser chamada de *determinismo rígido* (*hard determinism*). Hoje em dia, esta posição pode aceitar que as leis físico-químicas não sigam o determinismo estrito, mas o nome permanece. Notemos, porém, que há dois sentidos de "determinismo" em jogo: o da Física e o da ética. Assim, para evitar confusão, chamarei a posição que ataca o livre-arbítrio de "determinismo-ético rígido", apesar de um nome mais condizente para esta posição ética ser simplesmente *fisicismo* (*physicalism*). A posição compatibilista de Hume é, às vezes, chamada de *determinismo suave* (*soft determinism*), termo que seria mais bem expresso por "determinismo-ético suave". Versões compatibilistas que aceitam que as leis da físico-química sejam indeterministas podem ser mais adequadamente chamadas de "fisicismo suave".

Além do fisicismo rígido, o outro polo das posições incompatibilistas é o chamado *libertarianismo*, que defende que o livre-arbítrio viola o determinismo da física.

LIBERDADE DA VONTADE

O conceito central no debate do livre-arbítrio é o da *liberdade da vontade*, de escolha ou de decisão. Ao analisarmos o exemplo da escolha de Valéria em face de uma greve de ônibus, suponhamos que ela havia tomado uma decisão (pegar um táxi), e depois analisamos se havia liberdade de ação. Mas como é que ela tomou a decisão de pegar um táxi? Imaginemos seus pensamentos:

> *Greve de ônibus? E agora? Como é que vou para o trabalho? Posso ir a pé. É bom fazer exercício. Mas vou chegar suada, cansada. Vou ter que pegar um táxi. Mas vou gastar R$ 50, é um dia de trabalho! Podia ir de bicicleta. Não dá, é muito trânsito, muito ônibus. Não, hoje não tem ônibus! Mas estou sem capacete. Será que vou de bicicleta? Eu podia faltar. Mas ia pegar mal, e meu trabalho vai ficar ainda mais atrasado. Se eu for, o chefe vai gostar, vou ganhar pontos. Vou ligar para o Roberval. Ah, besteira, vou de táxi mesmo.*

Valéria tomou sua decisão imaginando diferentes cenários possíveis e simulando mentalmente as consequências de cada alternativa. Sua decisão foi bastante racional: nem sempre tomamos decisões dessa maneira, muitas vezes seguimos um impulso que se impõe. No seu processo de deliberação, a cada alternativa, um "peso" foi associado, e no final a alternativa com peso mais positivo (ou menos negativo) foi escolhida. Estudos dos circuitos neurológicos envolvidos em processos decisórios têm sido feitos em mamíferos, apontados por Assadi e col., mas ainda se está longe do esclarecimento do mecanismo cerebral detalhado em humanos.

Em que sentido a *escolha* de Valéria foi livre? Já vimos que a posição compatibilista de Hume mantém que nossas escolhas são frutos de processos materiais que seguem

as leis da Física, mas que, mesmo assim, se pode falar em liberdade de ação. Tal posição evita falar da liberdade da vontade. Deterministas-éticos rígidos, como o Barão d'Holbach (1770) e Robert Blatchford (1918), são aqueles que analisam a liberdade da vontade e concluem que ela não existe, na medida em que nossos processos de escolha, como o de Valéria, são determinados pelas nossas pré-disposições cerebrais, nossas crenças e valores e, em última análise, pela nossa interação com o ambiente (incluindo nossa educação) e pelas nossas tendências genéticas.

Por outro lado, as posições *libertarianistas* defendem que o processo deliberativo de Valéria envolve um verdadeiro livre-arbítrio. Mesmo aceitando que ela pesou as diferentes alternativas, seguindo as tendências de sua personalidade e de seu senso de dever moral, e concluiu que a opção aparentemente mais forte seria pegar um táxi, mesmo assim seria o seu "eu" quem decide, de forma final, se ela seguirá a avaliação relativa dos pesos ou não. E sabemos isso, argumentam os libertarianos, porque temos a vivência subjetiva desta escolha, ao passo que o discurso objetivo, de terceira pessoa, usado pela ciência, não é capaz de exprimir esta vivência.

Uma maneira de defender o libertarianismo é por meio da noção de que o agente humano é uma causa especial, autônoma e "imanente", distinta das causas físicas, "transeuntes". Esta teoria da "causação do agente" (*agent causation*) foi resumida da seguinte maneira por Roderick Chisholm, em 1966, que cita como seus precursores Aristóteles, Thomas Reid (1788) e C.A. Campbell (1951):

> *Se considerarmos apenas objetos naturais inanimados, podemos dizer que a causação, se ela ocorre, é uma relação entre* eventos *ou* estados de coisas *[*states of affairs*]. O rompimento da represa foi um evento que foi causado por um conjunto de outros eventos – a represa ser fraca, a enchente ser forte, e assim por diante. Mas se um homem é responsável for um determinado feito, então, se o que eu disse for verdadeiro, há algum evento ou conjunto de eventos que é causado não por outros eventos ou estados de coisas, mas pelo próprio homem, pelo agente, o que quer que ele seja. […] Podemos dizer que a mão foi movida pelo homem, mas também podemos dizer que o movimento da mão foi causado pelo movimento de certos músculos; e podemos dizer que o movimento dos músculos foi causado por certos eventos que tiveram lugar dentro do cérebro. Mas algum evento, e presumivelmente algum daqueles que tiveram lugar dentro do cérebro, foi causado pelo agente e não por quaisquer outros eventos.*

A visão de Chisholm é uma versão laica de concepções *espiritualistas* ou dualistas de substância (como a de Descartes), que postulam a existência de uma alma que pode agir livremente sobre a matéria. A teoria da causalidade do agente pode, porém, ser aceita por um *materialista*, ou seja, por alguém que considera que a mente é um produto da matéria e que, na morte do corpo, a mente desaparece. Nesta versão materialista, o agente "emergiria" da configuração cerebral, sem ser reduzido a ele, tendo assim poderes causais irredutíveis.

Alguns autores consideram que, num mundo em que ocorrem eventos genuinamente aleatórios (num cenário indeterminista), eventos físicos aleatórios no cérebro humano poderiam estar por trás de um genuíno livre-arbítrio. Esta posição é clara para aqueles que defendem a existência de uma alma separada da matéria, alma esta que seria intrinsecamente livre e que não sofreria nenhuma restrição por parte

das cadeias causais da matéria. Para o neurocientista John Eccles, por exemplo, essa alma poderia controlar os eventos quânticos que ocorrem nas sinapses do cérebro (sem violar as leis físicas de conservação de energia e momento) e, assim, exercer sua vontade sem ser determinada pelos eventos físicos (Beck e Eccles, 1992). Este é um exemplo moderno de uma posição libertarianista que é consistente com o fisicismo (conciliação esta que só faz sentido em um universo indeterminista).

Para uma seleção de textos sobre o livre-arbítrio, em português, ver Bonjour e Baker (2010, p. 314-391). Em inglês, uma boa coletânea recente é Russell e Deery (2013).

VONTADE DE SEGUNDA ORDEM E RESPONSABILIDADE MORAL

Vimos que a liberdade de ação é a possibilidade de agir de maneira a satisfazer uma escolha da vontade. Por analogia, pode-se definir a liberdade da vontade como a possibilidade de ter uma vontade, de maneira a satisfazer uma escolha prévia, "de segunda ordem", da vontade.

Esta é a teoria articulada por Harry Frankfurt (1971). Um viciado em alguma substância química pode ter a vontade de segunda ordem de parar o seu consumo, mas no momento em que ele se deparar com a droga, ele acaba desejando consumi-la. Este sujeito não teria liberdade da vontade, pois ter desejo de consumir a droga vai contra sua vontade (de segunda ordem) de não ter vontade de consumir a substância. O mesmo poderia valer para um cleptomaníaco que tem vontade de não desejar roubar, mas ao entrar em uma loja passa a ter desejo de roubar.

É ao assegurar a conformidade da sua vontade com as suas volições de segunda ordem, então, que uma pessoa exerce a liberdade da vontade.

A ausência de liberdade da vontade (ou de escolha) parece clara em Charles Whitman, ao escrever que estava lutando sozinho contra sua "grande agitação mental, e aparentemente sem resultados". No caso de Valéria, por outro lado, a teoria de Frankfurt poderia dizer que ela exerceu sua liberdade da vontade, supondo-se que ela implicitamente tinha a vontade de segunda ordem de tomar decisões de maneira racional.

Mencionamos, neste artigo, dois casos em que um tumor cerebral claramente contribuiu causalmente para o comportamento desviante do sujeito. Há casos, porém, em que se pode identificar uma causa heterônoma, mas ela não pode ser removida, ao contrário do que ocorreu com o paciente de Burns e Swerdlow.

A *síndrome da Guerra do Golfo* refere-se a uma doença crônica que afeta mais de um quarto dos veteranos norte-americanos da Guerra do Golfo Pérsico, ocorrida em 1990-1991. Seus sintomas incluem problemas de memória e concentração, dores de cabeça crônicas, dores generalizadas e problemas gastrointestinais, não explicáveis por outros diagnósticos. Um estudo encomendado pelo Departamento de Assuntos de Veteranos dos Estados Unidos examinou vários candidatos possíveis para o fator causador da síndrome, sendo que dois foram selecionados como mais prováveis: a administração maciça de pílulas de brometo de piridostigmina, usadas como proteção à ação de gases nervosos (armas químicas), e a exposição a pesticidas de variados tipos, usados

constantemente contra pulgas e insetos voadores, concluiu o Research Advisory Committee, em 2008.

Há quem associe essa síndrome a alguns crimes perpetuados por veteranos da Guerra do Golfo, como, os assassinatos em série planejados por John Allen Muhammad, resultando na morte de dez pessoas em 2002; o assassinato, no mesmo ano, de três professores e o suicídio de Robert Flores Jr.; e a explosão de um prédio em Oklahoma por Timothy McVeigh, em 1995, matando 168 pessoas, como destaca Hughes. Tal associação da síndrome com crimes não se baseia em evidências concretas, ao contrário dos casos de tumores cerebrais mencionados anteriormente. Mas é plausível que a síndrome possa estar causalmente correlacionada, em alguns casos, com atos de violência e suicídios dos veteranos da Guerra do Golfo.

Isso retiraria a responsabilidade moral dos que cometeram atos criminosos? Em casos como o da síndrome da Guerra do Golfo, não há condições científicas e tecnológicas para estabelecer claramente um nexo causal entre a pretensa causa e o efeito. Já nos casos examinados de tumores cerebrais, este nexo é mais plausível.

Vimos duas acepções do conceito de liberdade, a liberdade de ação e a liberdade da vontade. A *responsabilidade moral* pode ser definida a partir de qualquer um desses conceitos. Na maioria dos casos práticos, consideramos que uma pessoa tem responsabilidade moral sobre seus atos se estes seguem de sua liberdade de ação, ou seja, seguem de sua vontade, e não de imposições ou limitações heterônomas. Como concluímos que Charles Whitman exerceu sua liberdade de ação, pois ele fez o que quis, ele deve ser considerado responsável por seus atos, segundo esta primeira acepção do termo.

No entanto, o caso de Whitman foge da normalidade, já que sua vontade foi determinada parcialmente por um tumor cerebral. Usando a definição de Frankfurt, concluímos, anteriormente, que ele não exerceu sua liberdade de escolha, pois tinha vontade (de segunda ordem) de que suas ideias e desejos estranhos desaparecessem. Se a responsabilidade moral for definida a partir da liberdade de escolha, poderíamos concluir que ele não foi responsável por seus atos. Por outro lado, é concebível que um tumor ou a exposição a uma substância química altere nossas vontades (de primeira ordem) sem que isso provoque estranhamento para o sujeito. Neste caso, a definição de Frankfurt levaria à conclusão que o sujeito agiu segundo sua liberdade de escolha e que, portanto, ele seria responsável por seus atos.

Nestes exemplos, a concepção retributivista, associada às visões libertarianistas, talvez seja a única que poderia favorecer alguém como Robert Flores Jr. supondo que seja reconhecido um nexo causal entre exposição involuntária a uma substância química e comportamento criminoso, podemos reconhecer que o sujeito foi movido em seus atos por fatores heterônomos e, portanto, não deveria ser imputada a ele a responsabilidade moral por seus atos. É este raciocínio que serve de atenuante nos casos de crimes cometidos durante distúrbios psiquiátricos. Mas o bom senso consequencialista impediria que alguém como Flores voltasse ao convívio social, na medida em que seu cérebro estivesse permanentemente modificado pela contaminação química.

EXPERIMENTOS NEUROCIENTÍFICOS

O neurocientista estadunidense Benjamin Libet tornou-se célebre ao realizar, em 1983, um experimento que sugere fortemente que a escolha para realizar uma ação é efetuada no cérebro três décimos de segundo antes da tomada consciente da decisão. Isto coloca um desafio para as concepções libertarianistas, como a teoria de Chisholm, pois a decisão do agente, que pretensamente quebraria a cadeia causal dos eventos físicos, parece seguir como consequência necessária de um evento cerebral mensurável.

Antes desse experimento, Libet já tinha feito uma descoberta importante, na década de 1960, ao ser permitido estimular eletricamente o cérebro de pacientes submetidos a operações cerebrais. Descobriu que um estímulo na mão direita (que chega ao cérebro em torno de 15 milissegundos depois) demora em torno de 500 m/s para gerar uma resposta consciente, mas essa resposta é *pré-datada* para um instante quase 500 m/s anterior à geração da resposta consciente. Assim, a sensação consciente é percebida subjetivamente como ocorrendo logo após o estímulo na mão (Libet e col., 1979). Isso pode ser exemplificado com um jogador de tênis. Quando o tenista rebate um saque, sua resposta é automática; ele adquire consciência do que fez 0,5 segundo após a rebatida; porém, essa memória é projetada ou pré-datada em 0,5 segundo, de forma a coincidir com o instante real da rebatida.

Para investigar, mais a fundo, essa questão, fora da sala de cirurgia, Libet colocou o sujeito do experimento sentado diante de um osciloscópio (uma tela de TV). Nesta tela, um ponto luminoso que girava no perímetro de um círculo, dando voltas a cada 2,56 segundos, serviria como um relógio para o sujeito. No instante em que ele tomasse uma decisão consciente (ou tivesse a sensação de tê-la tomado), ele deveria registrar na memória a posição do ponto luminoso em relação às divisões do círculo do relógio.

A decisão que o sujeito deveria tomar, no momento que quisesse, era a de simplesmente mexer um dedo ou o pulso da mão direita, que estava acoplada a um eletromiógrafo que indicava o instante do movimento muscular. Além disso, um eletroencefalograma registrava o potencial elétrico em uma região escolhida do córtex somatossensorial. Como já se sabia desde o trabalho dos alemães Kornhuber e Deecke, em 1965, o sinal elétrico associado a uma decisão consciente de movimento é precedido por um "potencial de prontidão" (*readiness potential*) no cérebro, que se inicia até 0,5 segundo antes do ato. A novidade de Libet era marcar (com o relógio na tela) o instante em que o sujeito julgava ter tido o ato consciente.

Os seus resultados foram os seguintes. O potencial de prontidão registrado no cérebro se inicia em torno de 550 m/s antes do movimento da mão. Quanto ao instante da decisão consciente, os sujeitos relatavam que ela teria ocorrido em torno de 200 m/s antes do movimento. A conclusão de Libet e col. (1983), portanto, foi de que *a atividade preparatória no cérebro ocorreu 350 m/s antes da tomada de decisão consciente*!

Na passagem do século, o experimento de Libet foi repetido com diversas variações, incluindo o uso de neuroimagem. Haggard aponta vários experimentos que ele interpreta como confirmando que a intenção consciente seria apenas uma *consequência* de processos cerebrais preparatórios de ações. Mais recentemente, Soon e cols.

obtiveram previsões corretas em 57% dos casos, a partir de medições com ressonância magnética funcional (fMRI) no córtex pré-frontal e parietal, sobre se o sujeito iria mexer a mão direita ou esquerda, até 7 segundos antes da realização do ato. Esse resultado impressiona por fazer previsões 7 segundos antes da tomada de decisão, mas a baixa taxa de acertos (57%, onde 50% indica nenhuma correlação) reduz a importância do resultado.

Há também neurocientistas que questionam a interpretação do experimento de Libet a partir de novos experimentos. Trevena e Miller, por exemplo, na Nova Zelândia, realizaram uma versão do experimento em que qualquer uma das duas mãos poderia ser mexida e notaram a formação do potencial de prontidão mesmo na região do córtex somatossensorial correspondente à mão que não foi mexida.

DISCUSSÃO DOS EXPERIMENTOS: PROBLEMAS PARA O LIBERTARIANISMO

O experimento de Libet e suas versões mais recentes geraram reações diversas. A conclusão aceita pela maior parte dos neurocientistas é de que, de fato, as vivências conscientes são *causadas* por atividade cerebral que ocorre anteriormente. Esta resposta parece sugerir que a consciência não teria um real papel causal nas nossas tomadas de decisão, o que é consistente com o *epifenomenismo*, a concepção segundo a qual a mente é apenas um apêndice inerte do cérebro, uma consequência sem poderes causais, de maneira semelhante a uma sombra em relação a uma coisa material, como proposto por Kim em 2007.

No entanto, o epifenomenismo total é uma posição difícil de sustentar, pois ela não fornece explicação para o fato de que, na evolução biológica, a consciência surgiu em algum ponto e, portanto, ela precisa ter consequências práticas que aumentem as chances de sobrevivência do seu portador. Mesmo neurocientistas que consideram que a vontade consciente é em grande medida uma ilusão, como Wegner, acabam atribuindo à consciência alguma função no planejamento das ações. Nesse sentido, pode-se considerar que uma ação humana envolve deliberação consciente, e não apenas um automatismo (como se verifica durante ataques epiléticos de *petit mal*). Seria neste momento, em que a consciência atua, que se poderia falar melhor em autonomia da vontade, no sentido desejado pelos libertarianistas. Mas os experimentos de Libet sugerem que mesmo um ato consciente é determinado por um estado cerebral anterior, ou por um estado inconsciente, para usar a linguagem da psicanálise freudiana. E isso traria sérias dificuldades para a posição libertarianista.

Notamos que o experimento de Libet não põe em dúvida a existência da liberdade de ação, já que a vontade consciente geralmente é seguida temporalmente pela correspondente ação. O que é posto em discussão é a liberdade da vontade no sentido do libertarianismo, como na teoria causal do agente defendida por Chisholm. Se o agente exerce sua autonomia no instante em que a decisão se torna consciente, surge o problema de que sua decisão aparentemente livre está, na verdade, condicionada pelo estado anterior do cérebro, medido pelo potencial de prontidão.

Uma pequena parcela dos neurocientistas e também muitos filósofos buscam

conciliar a noção de livre-arbítrio com os resultados experimentais. O próprio Libet se voltou contra a interpretação usual de seus experimentos, argumentando que a liberdade se conservaria no poder que temos de "vetar" as consequências de um potencial de prontidão já iniciado. Vimos situação semelhante no exemplo de Roberval, o *disc jockey*. Libet sugere que, ao veto, não estaria associado um potencial de prontidão próprio, como gostariam os libertarianistas, mas isso é questionado pela maior parte dos neurocientistas, que se filiam a um determinismo-ético suave ou rígido.

CONCLUSÃO

A finalidade do presente artigo foi apresentar diferentes concepções a respeito da liberdade humana, familiarizando o leitor com diversos conceitos usados nas áreas de filosofia da mente e da ação.

Uma distinção fundamental é entre liberdade de ação e liberdade da vontade. A discussão mais aguda se dá com relação à liberdade da vontade, que os libertarianistas concebem como um livre-arbítrio que foge à causalidade do mundo físico-químico. Fisicistas suaves, que tentam compatibilizar a liberdade com as leis do mundo físico (sejam leis deterministas ou não), tendem a focar apenas na liberdade de ação. Uma estratégia interessante para definir a liberdade da vontade foi apresentada por Frankfurt, ao falar em vontade de segunda ordem, e vimos como aplicá-la no caso de Charles Whitman. Ao longo do texto, apresentamos estudos de caso que mostram como fatores heterônomos, como tumores cerebrais e contaminação química, podem alterar os processos causais envolvidos nas escolhas humanas. Examinamos também os experimentos de Libet, que trazem dificuldade para a posição libertarianista, apesar de o próprio Libet propor uma defesa do livre-arbítrio.

Em que medida os avanços neurocientíficos terão impacto sobre a Justiça Criminal? O capítulo 17, Neurociência Forense, toca nesse tema, mas podemos adiantar que há autores, como Greene e Cohen, que sugerem que a Neurociência transformará o Direito, mas sem minar as bases das doutrinas em vigor. De sua posição materialista, os autores criticam o libertarianismo, prevendo que as concepções de senso comum do livre-arbítrio e da responsabilidade moral serão transformadas, favorecendo estratégias consequencialistas de punição.

Por outro lado, pesquisa em Psicologia sugere que a crença no livre-arbítrio melhora o comportamento ético das pessoas, estimulando a honestidade e o desempenho no trabalho. Disso, teoriza-se que a crença no livre-arbítrio seja uma adaptação importante na evolução biológica das sociedades humanas, segundo Shariff, Schooler e Voss. Se a Neurociência vier a minar o libertarianismo, deveremos escolher manter a crença no livre-arbítro?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assadi, SM, Yücel, M, Pantelis, C. Dopamine modulates neural networks involved in effort-based decision-making. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2009; 33:383–393.

Beck, F, Eccles, JC. Quantum aspects of brain activity and the role of consciousness. *Proceedings of the National Academy of Science U.S.A*. 1992; 89:11357–11361.

Bonjour L, Baker A, eds. Filosofia: textos fundamentais comentados. Trad. Santos Rocha MC, Pich RH et al, 2a ed., Porto Alegre: Artmed, 2010.

Burns, JM, Swerdlow, RH. Right orbitofrontal tumor with pedophilia symptom and constructional apraxia sign. *Archives of Neurology*. 2003; 60:437–440.

Chisholm, R. Freedom and action. In: Lehrer K, ed. *Freedom and determinism*. New York: Random House; 1966:11–44.

Frankfurt, HG. Freedom of the will and the concept of a person. *Journal of Philosophy*. 1971; 68:5–20.

Greene, J, Cohen, J. For the law, neuroscience changes nothing and everything. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*. 2004; 359:1775–1785.

Haggard, P. Conscious intention and motor cognition. *Trends in Cognitive Sciences*. 2005; 9:290–295.

Honderich, TPunishment: the supposed justifications. London: Pluto Press, 2006.

Hughes, W. Johnny Gulf War syndrome? CounterPunch, 1-3 de novembro de 2002. Disponível em: http://www.counterpunch.org/2002/11/01/johnny-gulf-war-syndrome, 2014. [Acesso em 4 de fevereiro de 2014].

Hume, DInvestigações sobre o entendimento humano e sobre os princípios da moral. Trad. Almeida Marques JO. São Paulo: Unesp, 2003.

Kim, J. The causal efficacy of consciousness. In: Velmans M, Schneider S, eds. *The Blackwell companion to consciousness*. Oxford: Blackwell; 2007:406–417.

Libet, B, Gleason, CA, Wright, EW, Pearl, DK. Time of conscious intention to act in relation to onset of cerebral activity (readiness-potential). The unconscious initiation of a freely voluntary act. *Brain*. 1983; 106:623–642.

Libet, B, Wright, EW, Feinstein, B, Pearl, DK. Subjective referral of the timing for a conscious sensory experience: a functional role for the somatosensory specific projection system in man. *Brain*. 1979; 102:193–224.

Libet, B. Do we have free will? *Journal of Consciousness Studies*. 1999; 6:47–57.

Pessoa, O, Jr. O que é uma causa? Cadernos de História da Ciência. *Instituto Butantan*. 2006; 2(2):29–45.

Research Advisory Committee on Gulf War Veterans' Illnesses. Gulf War illness and the health of Gulf War veterans: scientific findings and recommendations. Washington: U.S. Government Printing Office; 2008. Disponível em: www.va.gov/RAC-GWVI, 2008. [Acesso em 4 de fevereiro de 2014].

Russell P, Deery O, eds. The philosophy of free will. Oxford University Press: Oxford, 2013

Shariff, AF, Schooler, JW, Vohs, KD. The hazards of claiming to have solved the hard problem of free will. In: Baer J, Kaufman JC, Baumeister RF, eds. *Are we free? Psychology and free will*. Oxford: Oxford University Press; 2008:181–204.

Soon, CS, Brass, M, Heinze, H-J, Haynes, J-D. Unconscious determinants of free decisions in the human brain. *Nature Neuroscience,*. 2008; 11:543–545.

Trevena, J, Miller, J. Brain preparation before a voluntary action: evidence against unconscious movement initiation. *Consciousness and Cognition,*. 2010; 19:447–456.

Wegner, DM. The mind's best trick: how we experience conscious will. *Trends in Cognitive Science*. 2003; 7:65–69.

Whitman, CJ. Carta de suicídio, escrita em 31 de julho de 1966. Whitman Case File, offense number M968150, Austin Police Department. Disponível em: http://murderpedia.org/male.W/images/whitman_charles/docs/typewritten_letter.pdf, 2014. [Acesso em 4 de fevereiro de 2014].

CAPÍTULO 17

Neurociência Forense

Aline Lavorato Gaeta, Daniel Martins de Barros and Gustavo Bonini Castellana

INTRODUÇÃO

O livre-arbítrio é uma ilusão. Essa foi a conclusão do neurocientista John-Dylan Haynes em 2008. Ele havia mostrado que, até 10 segundos antes de termos consciência de uma decisão, era possível dizer qual seria ela observando o padrão de atividade cerebral. Seu estudo ampliava o famoso experimento de Benjamin Libet, que, na década de 1980, foi o primeiro a registrar fenômeno semelhante (e a chegar a conclusões análogas). Com o uso de eletroencefalograma (EEG), ele observou que, 300 milissegundos antes de decidirmos conscientemente mexer a mão, era possível notar a alteração no traçado do EEG, denunciado que o cérebro decide antes de sabermos disso.

Ao que parece, diante de cada avanço do conhecimento, a humanidade está condenada a decretar novamente a morte do livre-arbítrio, e o conhecimento do cérebro se presta perfeitamente a esse papel. Em virtude das dificuldades técnicas para estudá-lo, o cérebro permaneceu misterioso até pelo menos o século XVII quando Sir Thomas Willis, no livro *Cerebri anatome*, de 1664, revelou em detalhes a anatomia cerebral. A partir daí os dois séculos seguintes foram plenos de descobertas, na Fisiologia, na arquitetura celular, na Bioquímica etc. A Frenologia vem daí, surgida um pouco depois quando o médico alemão Franz Joseph Gall, imaginando que o formato do cérebro moldava o crânio, passou a analisar a anatomia da cabeça e, a partir disso, a "desvendar" a personalidade. Talvez essa tenha sido a primeira morte do livre-arbítrio por causas neurocientíficas. Tal ideia de perda de liberdade foi posteriormente ampliada por Lombroso, para quem a própria noção de responsabilidade da escola clássica do Direito Penal deveria ser revista à luz do nascente Direito Positivo. Lombroso foi o grande responsável pelas hoje desacreditadas teorias da Antropologia Criminal e foi um dos primeiros médicos a estudar as relações entre alterações anatômicas e o comportamento humano, contribuindo, inclusive, para os desdobramentos irreparáveis das teorias eugênicas que marcaram o século XX.

Tais consequências, felizmente, não inibiram a busca por avanços científicos. Em 1990, o então presidente norte-americano George Bush (pai) declarou: "Com fim de aumentar a consciência pública sobre os benefícios a serem obtidos pela pesquisa sobre o cérebro, o Congresso designou a década que se inicia em 1º de janeiro de 1990 como a Década do Cérebro". Como consequência direta, houve uma reunião de esforços até então inédita, direcionando verbas e infraestrutura para centros de pesquisa, permitindo que cientistas, pesquisadores, alunos de graduação e pós-

graduação se voltassem especificamente para o desafio de compreender o cérebro em todas as suas dimensões. Daí adveio uma explosão de novidades nas técnicas de neuroimagem, Neurofisiologia, Genética, modelos computacionais de redes neurais – a lista parece infinita – e, como propôs o presidente Bush, na divulgação dessas informações para a sociedade. O problema é que cada avanço da Ciência traz novas perguntas para as quais a sociedade ainda não tem respostas. Essa ausência de respostas pode chacoalhar todo o campo da Psiquiatria Forense diante da revolução neurocientífica que atravessamos.

O termo revolução aqui empregado remete ao conceito cunhado por Thomas Khun em sua obra seminal, *A estrutura das revoluções científicas*, publicada em 1962. A Ciência, segundo Khun, é desenvolvida de acordo com o que ele chama de "paradigmas", que são nada mais do que "aquilo que os membros de uma comunidade partilham". Logo, "uma comunidade científica consiste em homens que partilham um paradigma". Os modelos teóricos aceitos pela comunidade servem não apenas para embasar as pesquisas, mas também para definir objetivos, metas, avaliar e analisar os resultados dos experimentos e estabelecer linhas futuras de pesquisa. Mas o acúmulo do conhecimento começa a desafiar o modelo corrente, levando-o aos limites de seu poder explicativo, e daí, em diante, passam a surgir fenômenos não mais explicáveis pelos padrões correntes, no que Kuhn denominou "anomalias", abalando sua força teórica. Surge, assim, uma tensão crescente conforme se somam essas anomalias, culminando numa "crise". Esse é o momento em que se passa a buscar novos paradigmas, capazes de propor alternativas às verdades até então estabelecidas. Emerge, assim, um "novo paradigma" que, sendo útil em sua capacidade explicativa e preditiva, pode atrair pesquisadores em número suficiente para desbancar o antigo, chegando-se finalmente à revolução científica que é uma "mudança de paradigma".

A Psiquiatria Forense, tal como a conhecemos hoje, fundou seus paradigmas ainda no século XIX, alinhada com o *zeitgeist* e fiando-se, primordialmente, nos conceitos desenvolvidos pelas escolas psicopatológicas do entendimento e da vontade. Determinar se, o sujeito de uma ação era capaz de discernir o que fazia e se controlar conforme seu entendimento é, até hoje, a forma básica de avaliação pericial.

Mas diante da inédita disponibilidade de informações sobre o funcionamento cerebral, algumas "anomalias" ameaçam o poder explicativo desse atual modelo, já que todas as teorias lidando com as relações entre mente e corpo, genética e ambiente, etiopatogenia e fisiopatologia vêm se transformando com as progressivas descobertas neurocientíficas,

A forma como estas mudanças determinarão novos paradigmas e estabelecerão novas respostas, determinando uma nova Psiquiatria Forense, ainda está sendo construída pelos avanços das neurociências forenses, e suas possibilidades e limites serão abordados a seguir.

NOVAS TECNOLOGIAS APLICADAS À PSIQUIATRIA

Os problemas postos pelas novas tecnologias podem ser genericamente divididos em dois grandes grupos: os que possibilitam o monitoramento do cérebro e os que permitem sua modificação. Técnicas de neuroimagem, eletrofisiologia e exames

genéticos e neuroquímicos, por exemplo, estariam no primeiro grupo. O desenvolvimento de psicofármacos, estimulação magnética transcraniana e estimulação cerebral profunda, no segundo. Todo esse instrumental técnico-científico nada tem de antiético *per se* e, muitos deles, já vêm sendo usados largamente em ambientes clínicos e terapêuticos.

Quando nos voltamos para seu uso jurídico, contudo, a prática ainda é incipiente, limitada e pouco consolidada, mas, sem dúvida, com tendência crescente. No ano de 2008, por exemplo, na Índia, uma mulher foi a primeira pessoa condenada no mundo com "bases neurociêntíficas", porque o EEG indicou que ela sabia de detalhes sobre o assassinato de seu ex-namorado, que só o autor poderia conhecer. Nos EUA, embora essas evidências ainda não sejam tão bem aceitas, os casos de advogados invocando neuroimagem como atenuantes já se somam às centenas. Já os modificadores cerebrais podem estar sendo utilizados por até um terço de todos os estudantes daquele país, antes que as questões éticas subjacentes estejam adequadamente resolvidas.

No Brasil, esses fenômenos fatalmente chegarão com força – provavelmente mais cedo do que mais tarde – com o barateamento das tecnologias, o acesso crescente à informação e o aumento de demandas judiciais. Antes que isso passe a ocorrer sistematicamente – o que, sem dúvida, ocorrerá – é fundamental refletir sobre como usaremos essas ferramentas.

Tentando não ser atropelada pela história, a suprema corte americana propõe que as novas tecnologias sejam aceitas nos tribunais quando preencherem determinados critérios, no que ficou conhecido como "Daubert standart":

1. Teste empírico: a técnica tem que ser passível de testagem e, mais que isso, é preciso que seja falseável.[1]
2. Publicações revistas por pares: a técnica tem que ter passado por esse crivo da atual metodologia científica.
3. Taxa de erro: conhecer a acurácia e a precisão, os níveis de significância da técnica.
4. Padrões e controles: a técnica já deve ser padronizada e controlável.
5. Aceitação pela comunidade: a técnica deve ser aceita de forma geral por uma comunidade científica que tenha relevância.

Tal esforço é importante, porque a mera menção de "evidências neurocientícas" traz um forte impacto sobre a população em geral e sobre os jurados em particular, podendo alterar o entendimento sobre os casos mesmo que a técnica invocada não seja realmente "científica". O Daubert standart é uma tentativa de garantir minimamente que as pessoas não estejam sendo ludibriadas por pseudociência.

Da mesma forma, há que se estabelecer uma reflexão mais profunda sobre o uso de modificadores cerebrais. Aqui também não cabe perguntar "se" eles serão usados, mas podemos nos preparar para o "como". A Agência Médica Israelense, por exemplo, já trabalha em *guidelines* para a prescrição de medicamentos para melhorar a cognição de pessoas sem diagnóstico médico.

Como cada um desses tópicos não caberia apenas em um capítulo, carecendo talvez de um livro à parte, em lugar de desdobrar uma lista incompleta das técnicas disponíveis, sem empreender sobre elas a devida reflexão, elencaremos os principais

dilemas postos, procurando expor uma linha de raciocínio que auxilie no deslinde de questões presentes e futuras, a partir deste dois principais enquadres: as implicações do monitoramento cerebral e os dilemas éticos envolvidos no uso de modificadores cerebrais.

TÉCNICAS DE MONITORAMENTO CEREBRAL: IMPLICAÇÕES PARA O LIVRE-ARBÍTRIO

Um dos grandes problemas levantados pelo poder do monitoramento cerebral advindo das novas tecnologias neurocientíficas é a ameaça do fim do livre-arbítrio.

Cada vez mais a humanidade vem elucidando as causas de seus comportamentos: para cada escolha, cada decisão, cada atitude, é possível identificar um padrão de ativação cerebral, quando não um subconjunto de genes relacionados, cuja associação ao comportamento é grande e significativa. Mais do que isso, o refinamento da tecnologia permite inclusive atravessar a ponte do desgastado *slogan* de que "associação não significa causa" ao estabelecer também relações temporais. Como o cérebro é um sistema físico, segue o raciocínio, ele é obrigatoriamente governado pelas leis físicas que regem o universo, que são independentes da vontade humana. Assim, ao aceitarmos que o comportamento humano é determinado pelo cérebro, somos obrigados a concluir que os comportamentos, pensamentos, desejos etc. são simples decorrência das variáveis físicas que prescindem de nós.

Portanto, ao explicitar que nosso comportamento tem causas alheias a nós, as neurociências – mais uma vez na história – corroem a sensação de que a mente é uma "causa não causada", aquela intuição que nos diz que a mente produz efeitos, mas não é produzida por nada: quem a produz "sou eu", imaginamos. E é justamente essa sensação que, ao menos no senso comum, embasa a noção de responsabilidade: se meu ato foi determinado por meu cérebro, e esta determinação não dependeu de mim, logo eu não tenho culpa.

Ainda assim, é preciso colocar o poder explicativo das neurociências em perspectiva, mesmo que sem reduzi-lo, para não cair na armadilha tão bem definida por Madame de Staël, segundo quem *"Tout comprendre rend très-indulgent"* (Compreender tudo é perdoar tudo – numa tradução livre). Tomemos o exemplo do importante estudo sobre o gene que codifica a MAO-A, que, em 2002, mostrou uma associação extremamente importante entre a variante menos ativa dessa enzima e o desenvolvimento de comportamentos antissociais em vítimas de abuso. Acompanhando durante 30 anos mais de 400 meninos, os cientistas descobriram que nada menos de 80% daqueles que foram vítima de abuso na infância e portavam essa variante genética desenvolviam transtornos de conduta. Essa incidência caía para cerca de 40% entre os abusados com a variante mais ativa da MAO-A e para cerca de 20% entre os não abusados, independentemente do perfil genético. Os números são tão significativos que não se pode fechar os olhos para o fato de que a confluência infeliz de gene e ambiente, de alguma forma, "causava" os problemas de conduta desses sujeitos. O fato de eles não terem escolha sobre sua genética e sua família deveria torná-los menos responsáveis por atos antissociais que viessem a cometer? Esse estudo foi invocado em 2009 como

estratégia de defesa de Abdelmalek Bayout, condenado por assassinato na Itália. Junto de outras provas que atestavam problemas mentais, neuroimagens incluídas, a alegação de um perfil genético desfavorável foi acatada pela Justiça, reduzindo em mais 1 ano a pena que já havia sido antes minorada.

Essa situação é levada ao extremo num experimento mental proposto por Greene e Cohen, em 2004, tomando como ponto de partida o *thriller Meninos do Brasil*, de Ira Levin, que conta uma história na qual o material genético de Hitler foi guardado pelos nazistas com intuito de gerar um novo füher. Os meninos nascidos a partir da clonagem foram espalhados mundo afora, e cada detalhe da biografia de Hitler ia sendo repetido na experiência de vida deles, como perder o pai ainda criança. Se um desses meninos, que foi criado propositalmente com uma carga genética específica e teve toda a sua vida manipulada, se tornasse um ditador sanguinário, ele seria culpado? Existe um impulso em desculpar de alguma forma essa vítima que não teve escolha sobre os fatores que a levaram ao comportamento reprovável, pois conhecemos as causas desses fatores. Mas Hitler tampouco teve escolha sobre os genes com os quais nasceu ou o ambiente em que cresceu. Estaríamos então dispostos a desculpá-lo? O argumento serve para expor que a única maneira de fugirmos da armadilha da Madame de Staël, de desculpar por conhecer, é perceber que existir uma causa é muito diferente de existir uma desculpa.

A Psiquiatria Forense, mormente na área penal, sempre teve a tendência a justificar a inimputabilidade alegando que, de alguma forma, a doença impunha ao sujeito uma perda do livre-arbítrio, ou seja, uma incapacidade de fazer diferente do que fez, em razão de seu transtorno. A doença seria a "causa" – biológica – que, ao ser identificada, explicaria a incapacidade de escolha do sujeito. As neurociências vêm embolar esse raciocínio mostrando que se a doença é uma causa biológica para os comportamentos, ela não é a única: qualquer comportamento tem causa biológica. Por exemplo: hoje sabemos que o córtex pré-frontal de psicopatas tende a ser menos desenvolvido; já que essa é a região responsável, entre outras coisas, pela capacidade de autocontrole, facilmente poderíamos imaginar que o "culpado" pelo comportamento antissocial dessas pessoas não são eles, são seus cérebros. Mas, na verdade, não cremos que eles não sejam responsáveis pelo que fazem. E se chegarmos à conclusão que o cérebro dos homicidas tem um funcionamento diferente da média da população, por exemplo, atribuiremos ao lobo frontal ou à neuroquímica desbalanceada o assassinato, abolindo a pena? A revelação científica das causas de nossa humanidade, ao fim e ao cabo, pode − ou não – vir a provar que o livre-arbítrio não existe, que ninguém é livre para agir como quer. Mas independentemente de haver ou não livre-arbítrio, a responsabilidade é uma construção social, não uma entidade a ser descoberta ou encontrada. E tal conceito é inescapável, pois sem ele a coesão de qualquer grupo se torna inviável.

Ainda assim, é possível que nos deparemos, em um futuro próximo, com novos quesitos durante as perícias psiquiátricas criminais: em vez da clássica pergunta "Era o agente, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de se autodeterminar segundo esse entendimento?", os peritos deverão estar preparados para responder algo como: "As alterações cerebrais encontradas eram suficientes para, ao tempo da ação ou da omissão, privar totalmente

o agente do entendimento do caráter ilícito do fato ou de sua autodeterminação segundo esse entendimento?".

TÉCNICAS DE MODIFICAÇÃO CEREBRAL: DILEMAS ÉTICOS ATUAIS

Embora já exista uma gama variada de fármacos, psicofármacos, substâncias naturais, estimulações invasivas e não invasivas usadas para fazer modificações cerebrais com intuito de aprimorar ou recuperar habilidades preexistentes motoras, cognitivas e afetivas, o desenvolvimento das neurociências prometem não só o surgimento de novas técnicas, mas também o aumento de sua penetração na sociedade.

Entre os possíveis meios de modificação cerebral já utilizados, os *cognitive enhancers* ou melhoradores cognitivos (MC) são aqueles que têm gerado maior entusiasmo, mas também maiores questionamentos éticos. Os maiores representantes desta classe são os nootrópicos, ou substâncias usadas com a intenção direta de melhorar o desempenho cognitivo em pessoas saudáveis, que compreendem substâncias do dia a dia, como cafeína, *ginkgo biloba* e álcool; drogas controladas, como modafinil, metilfenidato, anfetaminas, donepezil e memantina, originalmente usadas no tratamento de transtornos neuropsiquiátricos, como narcolepsia, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e demências; e drogas ilegais, como cocaína e maconha. É importante notar que o termo "melhorar" abarca objetivos diversos como diminuir estresse de cobrança de desempenho, melhorar o sono, manter-se mais acordado, conseguir estudar por mais tempo, melhorar a memória, desinibir-se socialmente e não somente "aprender mais". Além destes fármacos já existentes, uma revisão de 2012 mostrou cerca de 34 novas substâncias em desenvolvimento, e oito delas estavam em fase 2 ou 3 de estudo clínico.

Outros tipos de MC, atualmente em fase de estudo e não à disposição para uso, são técnicas de estimulação cerebral invasivas e não invasivas, a saber: estimulação cerebral profunda; estimulação elétrica transcraniana contínua ou alternada; estimulação magnética transcraniana; estimulação transcraniana por ondas sonoras. Com exceção da estimulação profunda, que é invasiva, as outras técnicas são descritas como bastante seguras, com poucos efeitos colaterais, relativamente precisas na área estimulada, de baixo custo, além de já terem resultados promissores em pessoas saudáveis. Podem promover ganhos no resgate de atenção, habilidade de resolução aritmética, entre outros. Entretanto, os estudos ainda não permitem conclusões sobre os efeitos a longo prazo, como possíveis modificações de personalidade, piora de funções decorrentes da melhora de outras e nem sobre a segurança do uso em crianças.

As modificações menos estudadas e desenvolvidas são sobre as habilidades motoras e os sistemas afetivos. As habilidades motoras podem ser modificadas diretamente sobre o sistema motor, o que inclui anabolizantes e suplementos alimentares, os quais não serão alvo de nossa discussão, e também com intervenções no sistema nervoso central para aprimorar o aprendizado de habilidades motoras, como, por exemplo, o uso de agonistas dopaminérgicos ou estimulação elétrica transcraniana em pacientes

que estejam em recuperação de déficit motor após um acidente vascular cerebral.

Já as evidências sobre modificações dos sistemas afetivos são constituídas, principalmente, por estudos sobre o uso de betabloqueadores, para diminuir a evocação de memórias traumáticas, e ocitocina, um neurotransmissor hipotalâmico, que tem importante papel no desenvolvimento de laços afetivos, confiança e empatia. O uso deste neurotransmissor intranasal, conjuntamente com psicoterapia vincular, vem sendo estudado como uma forma de recuperar relacionamentos abalados e também de melhorar os vínculos de autistas.

Todas estas classes de modificadores cerebrais levantam questionamentos éticos sobre seu uso em pessoas saudáveis para melhorar o desempenho acadêmico, social ou profissional. O uso em pessoas com déficits ou doenças justifica-se pela balança de custos e benefícios mais facilmente, e por isso não será abordado aqui.

Quando se discute o tema do aprimoramento de habilidades em pessoas saudáveis, pensa-se na competição injusta entre pares e vale-se da comparação com o *doping* esportivo. Este é um exemplo paradigmático do uso de recursos externos para ganhar vantagem e pode facilmente ser equiparado ao uso de "pílulas do aprendizado" por estudantes que competem por notas ou classificações acadêmicas, de alguma forma configurando uma "trapaça".

No entanto, sabe-se que, no esporte profissional, a competição justifica-se em si mesma e o ganho é do tipo "tudo ou nada": "o segundo é o primeiro dos últimos". Já nos estudos, por outro lado, existe um ganho progressivo de conhecimento e de desenvolvimento de habilidades que podem gerar novos conhecimentos e benefícios sociais derivados destes. Além disso, a "trapaça" e o *doping* dependem do rompimento de um conjunto de regras de determinado jogo ou competição, regras estas que podem ser explícitas ou implícitas, morais. Quando o objetivo de um atleta, ou estudante, é de simplesmente ganhar benefícios externos (dinheiro, vaga de concurso, reconhecimento de valor), o uso de todos os recursos possíveis para alcançar o desempenho perfeito poderá ter um significado diferente dos casos em que, ao contrário, os ganhos intrínsecos do desempenho daquela atividade são valorizados; nestes casos, então, não há vantagem em "pular" o mérito do esforço.

A classificação de "trapaça" estará também relacionada ao grau de benefício adquirido por meio do recurso empregado. A disparidade do desempenho de alguém que tome "pílulas do aprendizado" talvez pudesse realmente ser tão grande que não seria mais comparável a um desempenho baseado somente em dedicação. Em relação a esta questão, estudos mostram que os ganhos de desempenho das drogas atuais são bastante discretos e, muitas vezes, são maiores em pessoas que já tinham um desempenho basal pior ou que estejam em estados de privação de sono, podendo até piorar a atenção de pessoas sem nenhum déficit no momento. Deste ponto de vista, seria difícil considerá-las "pílulas de aprendizado", e talvez tais recursos apenas equilibrem o nível de competição naquelas pessoas naturalmente menos favorecidas em determinadas habilidades e permitam que a dedicação ao estudo seja mais eficaz.

O modelo atual de avaliação acadêmica valoriza a competição desonesta e, consequentemente, o uso de recursos externos para tal; portanto, uma mudança de valores poderia reduzir o sentido do "*doping* cognitivo". A prevalência do uso de CM

no ambiente universitário nos EUA e na Europa varia, entre os estudos, de 3% a 14% e está muito relacionada à cobrança de desempenho, o hábito de procrastinação e a insegurança com relação à própria capacidade.

Existe, ainda, a perspectiva do desenvolvimento de novos recursos, mais potentes e talvez mais eficazes, que de fato poderiam promover desempenhos sobre-humanos com mínimo risco, e, neste caso, uma distribuição igualitária do recurso entre todos impediria que este fosse restrito àqueles com situações financeiras melhores, o que nos leva à discussão sobre a liberdade de escolha.

É aceitável imaginar que adultos com capacidades mentais e civis preservadas tenham condições de, com esclarecimentos, ponderar entre riscos e benefícios do uso de MC. Não obstante, na dinâmica social, as escolhas são influenciadas por possíveis coerções diretas e indiretas. O uso disseminado de MC entre estudantes, por exemplo, pode provocar uma percepção de uma desvantagem relativa para um aluno que não aceite usar o MC e, desta maneira, ele sinta-se "obrigado" a usá-lo para alcançar o desempenho comum a todos, novamente supondo um ganho de desempenho bastante significativo. Apesar disto, o que vem sendo observado é que quem utiliza e dispõe-se a utilizar MC são aqueles que já usam cafeína e outras drogas com este propósito; ou seja, provavelmente, os já usuários farão uso de novos recursos e os não usuários os recusarão. Esse mesmo padrão também foi observado em atletas.

Nas relações de trabalho, esta obrigação pode ser ainda mais agressiva, visto que um empregador poderia exigir que determinado funcionário fizesse uso de MC para que mantenha seu emprego, como, por exemplo, controladores de voo, médicos em turno prolongado ou pilotos de avião, que poderiam garantir melhor segurança em suas atividades utilizando um recurso que melhore sua vigilância e atenção. Nos EUA, os militares são obrigados a fazer uso de medicação para tolerar privação de sono se assim forem solicitados por seus superiores, tal como se exige dos médicos e outros profissionais de saúde que tomem vacinas para hepatite B ao serem admitidos. É provável que regulamentações trabalhistas a respeito passem a versar sobre o tema. Vale lembrar que já existem profissões que, por tratarem de situações de risco, têm seleções extremamente exigentes, como candidatos a pilotos militares, que têm mais de 160 itens de saúde eliminatórios do processo seletivo, ou astronautas, que, mesmo saudáveis, podem ter apendicectomias e colecistectomias exigidas no preparo para viagens.

As modificações dos sistemas afetivos trazem questões ainda mais difíceis, pois divórcios influenciam no bem-estar dos filhos. Na presença de uma pressão moral, familiar ou religiosa para que se mantenha o relacionamento conjugal, um ou os dois componentes deste casal poderiam sentir-se coagidos a utilizar ocitocina ou outros MC, na tentativa de restabelecer o vínculo afetivo em prol de seus descendentes. Outras modificações afetivas também podem ser vistas como mudanças nos afetos humanos como, por exemplo, aumentar a tolerância a traições, diminuir o sofrimento e as experiências dolorosas decorrentes de vivências traumáticas.

Na prática, alguns fatores estão mais fortemente relacionados à pouca disposição para recusar MC: preço, desaprovação social e maior chance de efeitos colaterais. A segurança de um modificador do sistema nervoso que inclui risco de dependência,

modificações de personalidade e efeitos a longo prazo desconhecidos são os maiores argumentos contra o uso de CM, inclusive dificultando a própria admissão ética de estudos em pessoas saudáveis. As técnicas de estimulação transcraniana tentam resolver parte das questões de segurança, porém ainda com pouca informação sobre seus efeitos a longo prazo, bem como em crianças com cérebros ainda em formação.

CONCLUSÃO

Diante da complexidade dos conflitos éticos e práticos envolvidos com as novas tecnologias disponíveis, é fundamental uma discussão ampla e informada, seja sobre o monitoramento, seja sobre a modificação cerebral.

Com relação a essa última, todos os questionamentos éticos a respeito do uso de substâncias ou tecnologias para alterar o cérebro ainda merecem bastante reflexão e podem ganhar novos contornos, conforme novas drogas e técnicas forem criadas e desenvolvidas. A regulação de tais drogas vai depender de como a sociedade as enxerga e do uso que pretende fazer delas. O uso abusivo, o uso injusto ou nocivo não impedem o uso em si ou são razão para a proibição, porém cada um destes problemas deve ser encarado com prudência e o máximo possível de antecipação, para que medidas efetivas de controle sejam feitas de forma racional, ética e coerente.

Ao nos voltarmos para a revolução inevitável que envolverá a Psiquiatria Forense diante das técnicas de monitoramento cerebral, a melhor saída possível parece ser resgatar a ideia central de seu papel, definindo se há redução da capacidade de ajuizamento da realidade e de autocontrole, sejam quais forem as "causas" do comportamento. É preciso compreender que, no atual paradigma, nós utilizamos a avaliação clínica não para dizer se a ação ou omissão teve uma causa, mas para verificar quão preservadas estão a razão e a autodeterminação. O novo paradigma para a Psiquiatria Forense, que poderíamos chamar de Neurociência Forense, não poderá ignorar exames complementares, sejam de imagem, genotipagem ou qualquer outro. Isso não será um problema, contudo, se os utilizarmos com a mesma finalidade: "causa" toda atitude pode ter, mas "desculpa", apenas uma minoria.

A história mostra que se algo pode ser feito, será. Por isso, os avanços das neurociências serão inevitavelmente utilizados pelas pessoas, tanto em suas vidas privadas como no sistema judicial. Enxergando a Psiquiatria Forense menos como uma subespecialidade e mais como uma forma de articular o conhecimento neuropsiquiátrico com as demandas sociais juridicamente tutelas, é nosso papel contribuir para que esse diálogo ocorra da melhor maneira possível. O trabalho de mão dupla da Psiquiatria Forense, por um lado transmitindo para as pessoas o que já se conhece sobre as formas de monitorar e modificar o cérebro – fornecendo, assim, informações para que a sociedade construa suas instituições – e, por outro, trazendo para a academia as demandas da sociedade – dando subsídios para um trabalho científico relevantemente aplicado – é ainda mais relevante quando falamos das perspectivas futuras na construção de uma Neurociência Forense.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ball, CG, Kirkpatrick, AW, Williams, DR, Jones, JA, Polk, JD, Vanderploeg, JM, Talamini, MA, Campbell, MR, Broderick, TJ. Prophylactic surgery prior to extended-duration space flight: is the benefit worth the risk? *Can J Surg*. 2012 Apr; 55(2):125–131.

Cakic, V. Smart drugs for cognitive enhancement: ethical and pragmatic considerations in the era of cosmetic neurology. *J Med Ethics*. 2009 Oct; 35(10):611–615.

Chatterjee, A. The promise and predicament of cosmetic neurology. *J Med Ethics*. 2006 Feb; 32(2):110–113.

Coffman, BA, Clark, VP, Parasuraman, R. Battery powered thought: enhancement of attention, learning, and memory in healthy adults using transcranial direct current stimulation. *Neuroimage*. 2014 Jan; 15;85 Pt 3:895–908.

Dietz, P, Ulrich, R, Dalaker, R, Striegel, H, Franke, AG, Lieb, K, Simon, P. Associations between physical and cognitive doping − a cross-sectional study in 2.997 triathletes. *PLoS One*. 2013 Nov 1; 13;8(11):e78702.

Earp, BD, Sandberg, A, Kahane, G, Savulescu, J. When is diminishment a form of enhancement? Rethinking the enhancement debate in biomedical ethics. *Front Syst Neurosci*. 2014 Feb; 4;8:12.

Earp, BD, Sandberg, A, Savulescu, J. Natural selection, childrearing, and the ethics of marriage (and divorce): Building a case for the neuroenhancement of human relationships. *Philos Technol*. 2012 Dec; 25(4):561–587.

Greely, H, Sahakian, B, Harris, J, Kessler, RC, Gazzaniga, M, Campbell, P, Farah, MJ. Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. *Nature*. 2008 Dec; 11;456(7223):702–705.

Greene, J, Cohen, J. For the law, neuroscience changes nothing and everything. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2004 Nov; 29; 359(1451):1775–1785.

Hamilton, R, Messing, S, Chatterjee, A. Rethinking the thinking cap: ethics of neural enhancement using noninvasive brain stimulation. *Neurology*. 2011 Jan; 11;76(2):187–193.

Heinz, A, Kipke, R, Heimann, H, Wiesing, U. Cognitive neuroenhancement: false assumptions in the ethical debate. *J Med Ethics*. 2012 Jun; 38(6):372–375.

Krause, B, Cohen Kadosh, R. Can transcranial electrical stimulation improve learning difficulties in atypical brain development? A future possibility for cognitive training. *Dev Cogn Neurosci*. 2013 Oct; 6:176–194.

Lamkin, M. Cognitive enhancements and the values of higher education. *Health Care Anal*. 2012 Dec; 20(4):347–355.

Maier, LJ, Liechti, ME, Herzig, F, Schaub, MP. To dope or not to dope: neuroenhancement with prescription drugs and drugs of abuse among Swiss university students. *PLoS One*. 2013 Nov; 13;8(11):e77967.

McCabe, DP, Castel, AD. Seeing is believing: the effect of brain images on judgments of scientific reasoning. *Cognition*. 2008 Apr; 107(1):343–352.

Miller, G. Neuroscience is getting its day in court, Whether it's ready or not wired science. Disponível em: http://www.wired.com/wiredscience/2013/12/brain-science-law/, 2013. [Acesso em 6/3/2013.].

Ministério da Defesa – Comando da Aeronáutica − Portaria DECEA no 6/SDOP, de 16 de março de 2009.

Nelson, JT, McKinley, RA, Golob, EJ, Warm, JS, Parasuraman, R, Enhancing vigilance in operators with prefrontal cortex transcranial direct current stimulation (tDCS). *Neuroimage* 2014 Jan; 15;85 Pt 3:909–917

Ochsner, KN, Zaki, J, Hanelin, J, Ludlow, DH, Knierim, K, Ramachandran, T, Glover, GH, Mackey, SC. Your pain or mine? Common and distinct neural systems supporting the perception of pain in self and other. *Soc Cogn Affect*

Neurosci. 2008 Jun; 3(2):144–160.

Partridge, BJ, Bell, SK, Lucke, JC, Yeates, S, Hall, WD. Smart drugs "as common as coffee": media hype about neuroenhancement. *PLoS One*. 2011; 6(11):e28416.

Ragan, CI, Bard, I, Singh, I, Independent Scientific Committee on Drugs. What should we do about student use of cognitive enhancers? An analysis of current evidence. *Neuropharmacology*. 2013 Jan; 64:588–595.

Repantis, D, Schlattmann, P, Laisney, O, Heuser, I. Modafinil and methylphenidate for neuroenhancement in healthy individuals: A systematic review. *Pharmacol Res*. 2010 Sep; 62(3):187–206.

Sattler, S, Mehlkop, G, Graeff, P, Sauer, C. Evaluating the driver of and the obstacles to the willingness to use cognitive enhancement drugs: the influence of drug characteristics, social environment, and personal characteristics. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2014 Feb 1; 9:8.

Schermer, M. On the argument that enhancement is "cheating". *J Med Ethics*. 2008 Feb; 34(2):85–88.

Shaw, DM. Neuroenhancers, addiction and research ethics. *J Med Ethics*. 2012 Oct; 38(10):605–608.

Snowball, A, Tachtsidis, I, Popescu, T, Thompson, J, Delazer, M, Zamarian, L, Zhu, T, Cohen Kadosh, R. Long-term enhancement of brain function and cognition using cognitive training and brain stimulation. *Curr Biol*. 2013 Jun 3; 23(11):987–992.

Wolff, W, Baumgarten, F, Brand, R. Reduced self-control leads to disregard of an unfamiliar behavioral option: an experimental approach to the study of neuroenhancement. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2013 Dec 6; 8:41.

Wolff, W, Brand, R. Subjective stressors in school and their relation to neuroenhancement: a behavioral perspective on students' everyday life "doping". *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2013 Jun 18; 8(1):23.

Wudarczyk, OA, Earp, BD, Guastella, A, Savulescu, J. Could intranasal oxytocin be used to enhance relationships? Research imperatives, clinical policy, and ethical considerations. *Curr Opin Psychiatry*. 2013 Sep; 26(5):474–484.

[1]Mais uma vez a Filosofia da Ciência traz sua influência – o conceito de falseabilidade remete diretamente ao positivismo lógico de Karl Popper, que propôs que ser critério de ciência não é a possibilidade de uma ideia ser provada, mas ser testada e ser passível de estar errada.

CAPÍTULO 18

Suicídio

Carolina de Mello Santos, Daniel Rothenberg and Teng Chei Tung

"Memento mori" (Lembra-te que morrerás – saudação dos monges trapistas).

INTRODUÇÃO

O suicídio é um comportamento presente desde tempos imemoriais e nas mais diversas culturas, entretanto é cercado por mistérios e, ainda hoje, é considerado um tabu, pois é a perda trágica da vida humana por um ato voluntário. Entende-se por suicídio a supressão voluntária e consciente da própria vida. Constitui um estranho fenômeno da patologia social, que, em vários de seus aspectos, tem desafiado os estudiosos.

Sustenta-se que os psiquiatras têm a obrigação de intervir nas tentativas de suicídio, seja prevenindo-as ou interrompendo-as, tendo em vista o compromisso com a inviolabilidade da vida. Nenhuma outra questão força de maneira tão aguda que se encare a realidade da psique como uma realidade igual à do corpo. E como toda a análise gira em torno do eixo da realidade psíquica, o suicídio torna-se a experiência paradigmática de toda análise e, talvez, de toda a vida.

A prática médica não somente encontrará desafios na sua ação voltada para a promoção da saúde e, por conseguinte, da vida, mas se deparará com todos os desdobramentos jurídicos do suicídio na sua forma consumada ou tentada. O psiquiatra está sujeito a questões de ordem ética, civil e penal no campo do Direito. Poderá ter papel em ações judiciais, como réu, perito, assistente técnico e testemunha. Na esfera administrativa, é detentor de uma série de direitos e deveres frente ao paciente, responsáveis legais e instituições públicas e privadas.

Não são poucos os possíveis desdobramentos no tratamento do suicida. Esperamos contribuir com uma visão panorâmica, mas não sem detalhamento, a respeito dos temas que consideramos mais caros e prementes que envolvem o suicídio nesta interface entre a prática psiquiátrica e o Direito.

ASPECTOS JURÍDICOS DO SUICÍDIO NA PRÁTICA MÉDICA

Se no plano filosófico e sociológico, o fenômeno já apresenta desafios enormes para sua compreensão e prevenção, será na sua perspectiva médica e, em especial, na área psiquiátrica, que encontraremos o profissional defronte à situação real e particular e

seus consequentes desafios de ordem ética e jurídica. Ponto em que se levantam questões relacionadas ao tratamento, laudos, pareceres, sigilo, internações involuntárias e compulsórias entre outros.

Nosso ordenamento jurídico não estabelece o suicídio como tipo penal. Apesar disso, não estabelece de forma alguma sua licitude. Mesmo porque, considerado o direito à vida como inviolável e sua proteção como imperativo constitucional, não faria sentido algum a interpretação de que a conduta é permitida. De forma que o entendimento jurídico da questão é também expressão da repulsa social ao ato, atavicamente observada na sociedade.

Questões legais e éticas permeiam todo e qualquer atendimento médico, mas, no caso do suicídio, há peculiaridades pela natureza do fenômeno. O fato de não ser considerado crime não significa que o direito seja indiferente diante do suicídio, segundo Heleno Fragoso.

Direito Constitucional

O Direito Constitucional é considerado ramo do Direito Público e seu estudo compreende a Constituição como conjunto de regras ou princípios que tem por objeto a estruturação do Estado e a organização de seus órgãos supremos e conseguinte definição de competências.

De acordo com o art. 5º da Constituição Federal todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

De sorte que a Carta Magna de 1988, reconhecida, por muitos, como a Constituição Cidadã, tem no direito à vida o valor supremo, uma vez que se constitui como pré-requisito à existência de todos os demais direitos. A Constituição Federal proclama, portanto, o direito à vida, cabendo ao Estado assegurá-lo.

Esta hierarquia de certa forma equaciona a questão posta por muitos defensores da cartilha libertária, que consideram que o direito à liberdade inclui a disposição da própria vida. Como no Direito não se aceitam antinomias, como ensina Bobbio, não há como haver um princípio constitucional que considera a vida um valor supremo, e outro dispositivo infraconstitucional protegendo o direito à morte.

Assim, o Estado tem por obrigação a proteção à vida, tendo por destinatários dos direitos individuais os brasileiros ou estrangeiros residentes no país.

Direito Penal

A finalidade precípua do Direito Penal é a proteção da coletividade, por meio da tutela dos bens jurídicos considerados fundamentais, destacando-se: a vida, a integridade física e mental, a honra, a liberdade, o patrimônio, os costumes e a paz pública. Cabe ao legislador, estabelecer entre os atos considerados ilícitos, aqueles que possuem maior potencial ofensivo e lesivo, e que, portanto, são tutelados penalmente.

O Direito Penal positivo, adotado em território nacional, é considerado: 1) valorativo, pois tutela os valores considerados mais elevados pela sociedade de maneira

hierárquica, de forma a valorar os fatos de acordo com sua gravidade, de forma que, quanto mais grave, mais severa a pena; 2) finalista, uma vez que visa à proteção de bens e interesses jurídicos; e 3) sancionador, na medida que uma dada conduta humana passa a ser considerada indesejável, e, por conseguinte, definida como um delito, deve existir uma ordem jurídica que vincule a ela uma consequência, uma sanção.

Quanto ao suicídio, especificamente, achou por bem o legislador não o considerar ilícito em si, mesmo porque a cominação da pena não serviria de prevenção, porque quem quer morrer não se importa com a ameaça da sanção, seja ela qual for, como nota Mirabete.

De forma resumida, podemos dizer que "o Direito Penal regula as relações do indivíduo com a sociedade. Por isso, não pertence ao Direito Privado, mas sim ao Público. Ao praticar um delito, o agente cria uma relação jurídica com o Estado. Nesse momento, surge o *jus puniendi*, que é o direito exclusivo que o Estado tem de puni-lo. Porém, o violador não pode ser punido fora dos casos previstos nas leis estabelecidas anteriormente como ensina Damásio.

Por outro lado, o legislador entendeu necessária a punição daquele que induz, instiga ou auxilia o suicida.

O Direito Penal faz distinção entre tipo objetivo e subjetivo do tipo penal. No aspecto objetivo, considera-se participação nas suas modalidades física ou moral, de forma que o Código Penal (CP) prevê três formas: induzir, no sentido de incitar, atiçar; instigar, que se traduz em fomentar ideia preexistente; e auxiliar, contribuir materialmente para a execução do ato. A conduta ilícita somente é assim considerada quando resulta em morte ou lesão corporal grave. No que se refere ao tipo subjetivo, somente admite-se na forma dolosa. É pacífico o entendimento, nas cortes, de que o crime tipificado no art. 122 do CP não é admitido na forma omissiva, mas tão somente na forma comissiva.

Seguindo o preceito constitucional de preservação da vida humana como valor supremo, consumado o ilícito, a ação penal é de natureza pública e incondicionada, e, conforme estipulado pelo art. 5º, inciso XXXVIII, alínea d, da Constituição Federal, cabe a instituição do júri, com a organização que lhe der a lei, a competência para o julgamento dos crimes dolosos contra a vida. Entende-se por ação pública incondicionada aquela em que a autoria da ação penal é exclusiva do Ministério Público, independentemente da iniciativa do ofendido ou interessado, e imperativa a sua propositura quando presentes as condições exigidas por lei. Não se faculta ao Ministério Público (MP) dela desistir.

Direito Civil

Será no Direito Civil que, de fato, haverá repercussões mais importantes em relação ao suicida e os demais agentes eventualmente envolvidos em sua ação, seja consumada ou tentada. Iremos abordar três temas que entendemos mais significativos quanto ao envolvimento do médico psiquiatra nos desdobramentos da ação suicida.

Repercussão nos Contratos de Seguro

Os contratos de seguro são celebrados quando uma das partes (seguradora) se obriga com a outra (segurado), mediante o pagamento de um prêmio a garantir-lhe interesse legítimo relativo à pessoa ou coisa. É pacífico o entendimento pelo qual a noção de seguro é indissociável da de risco, ou seja, caracteriza-se pelo sujeito (segurado) se expor à eventualidade de um dano à sua pessoa ou patrimônio.

O novo Código Civil (Lei nº 10.406/2002) estabelece que os contratos de seguro podem ser de dano e de pessoa. Anote-se a importante distinção entre seguros de vida e seguros de acidentes pessoais. Naquele, o evento morte é certo, de forma que a obrigação de indenizar liga-se direta e exclusivamente ao evento morte, enquanto, no último caso, o evento de indenizar se subordina não somente ao acidente, bem como às circunstâncias de que tenha acontecido conforme clausulado na apólice.

Nos contratos referidos, a questão de interesse para o presente trabalho é a que refere-se à premeditação ou não do suicídio em observância a entendimento jurisprudencial robusto, responsável em grande parte por estabelecer a distinção entre os suicídios voluntário e involuntário, como *conditio sine qua non* para definir o dever de indenizar ou não.

Desde a vigência do Código Civil de 1916, achou por bem o STF uniformizar a conceituação do tema, no ordenamento jurídico pátrio, ao editar a Súmula nº 105: "Salvo se tiver havido premeditação, o suicídio do segurado no período contratual de carência não exime o segurador do pagamento do seguro."

Todavia, foi com o advento do novo Código Civil que a matéria recebeu tratamento especial, em que pese a pacificação de seu entendimento nos tribunais superiores, na redação do art. 798 do referido diploma:

> *"O beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, observado o disposto no parágrafo único do artigo antecedente.*
>
> *Parágrafo único. Ressalvada a hipótese prevista neste artigo, é nula a cláusula contratual que exclui o pagamento do capital por suicídio do segurado."*

O legislador pretendeu elucidar a matéria, que fosse ainda objeto de controvérsia, estabelecendo uma carência legal de 2 anos. Estipula-se, para tanto, o entendimento de que, se o evento morte ocorre neste prazo, presume-se a premeditação, cabendo à seguradora a prova de que o contratante assim agiu em benefício de terceiros, visando o pagamento da indenização. Contrário senso, interpreta-se que, após 2 anos de contratação do seguro, presume-se que o suicídio não foi premeditado.

A jurisprudência parece firmar entendimento no qual o evento ocorrido findo o prazo de 2 anos não é premeditado, assumindo *iuris et iure*.[1] Afastada a possibilidade de *iuris tantum*, decorrido o prazo, não há possibilidade se se produzir prova quanto à premeditação. Estabelecer decurso de tempo como único critério definidor de premeditação nos parece temerário, inclusive considerando a Súmula nº 61: "O seguro de vida cobre o suicídio não premeditado" (Súmula nº 61, STJ, DJ 20/10/1992, p. 18382). Pois subsume-se da Súmula nº 61 do Supremo Tribunal de Justiça que, sendo premeditado, a seguradora poderá se reservar o direito de não indenizar.

Verdadeira lição do tema extrai-se do voto do Ministro Massami Uyeda, do Superior Tribunal de Justiça, no Recurso Especial nº 1.077.342-MG (2008/0164182-3), na íntegra,

na qual cita entendimento do jurista Sérgio Cavalieri Filho corroborando referido entendimento:

> *"A norma [do art. 798 do CC/2002] é surpreendente e nada feliz, porque estabeleceu uma espécie de suicídio com prazo de carência, inovando em uma matéria que já estava muito bem equacionada pela doutrina e pela jurisprudência. Essa norma também, se for interpretada literalmente, levar-nos-á a verdadeiros absurdos. Se a finalidade do legislador foi a de afastar a premeditação, acabou apenas por estabelecer um prazo maior para ela. Agora será preciso planejar o suicídio com mais de dois anos de antecedência, de sorte que se o suicídio ocorrer depois disso presume-se que não houve premeditação. Mas se ocorrer antes, ainda que o suicida seja um infeliz, com profunda depressão, em estado de alucinação etc., mesmo assim, se a norma for aplicada literalmente, não haverá indenização." (Programa de responsabilidade civil, 2003.)*

Resta claro que o novo dispositivo legal estabelece uma regra que parece divorciada do princípio da razoabilidade, pois cria situações incongruentes, as quais, mesmo premeditado, esta qualificação é descartada *a priori* por decurso do prazo de 2 anos. Bem como situações em que, no interregno bienal, possa ocorrer suicídio voluntário, como em casos de força maior, e a indenização não será considerada indevida.

Infeliz o legislador na sua tentativa de pacificar o que já estava pacificado dando margem a intenso debate nas cortes, trazendo enorme prejuízo para as relações contratuais, nos quais o princípio da boa-fé fica em segundo plano. Desconsiderando um estado grave em decorrência de transtorno mental existente antes de se completar o prazo de 2 anos do contrato sem direito a indenização em caso de suicídio. O legislador desconsidera o fato de o suicídio ser resultado de um comportamento suicida inerente à vontade do portador da doença mental.

Por tudo isso, poderá ser necessário o concurso de um psiquiatra, na qualidade de perito, buscando responder se havia ou não sinais de doença mental que retirassem o caráter de premeditação do suicídio. Sua resposta pode ou não ser conclusiva, mas em caso positivo tem o condão refutar a *presunção relativa* ainda no prazo de carência.

Repercussão no Direito de Família

Se o tema já gera controvérsias na esfera do Direito Contratual, não menos espinhoso se torna o assunto ao tratarmos da repercussão do suicídio no Direito de Família, especialmente em dois aspectos que traremos à baila: os processos de interdição e os casos de internação psiquiátrica involuntária.

Em ambas as situações, existe um potencial conflito de interesses, nos casos em que se configura um embate entre o indivíduo que tentou o suicídio, os parentes ou responsáveis legais, a autoridade médica e o juiz como representante do Estado, sem prejuízo da participação do representante do Ministério Público, quando há menores ou incapazes envolvidos (art. 9º, inciso I, do CPC) ou quando o processo tratar exclusivamente de interdição (art. 1.177, inciso III, do CPC).

O propósito em abordar os temas, mais do que apontar soluções é de levantar as questões de ordem jurídica, inúmeras e complexas que podem surgir durante a prática de atividade profissional médica.

Processo de Interdição

Se o Código Civil de 1916 iniciava o capítulo sobre curatela estabelecendo a legitimidade para a propositura da ação de interdição, o atual Código, promulgado em 2002, traz os agentes sujeitos à interdição. O legislador destaca, assim, a importância de delimitar os casos em que a interdição é cabível, considerando que seus efeitos repercutem em todas as esferas da vida do interditado, restringindo o exercício de sua autonomia, pois se entende que a própria autonomia está comprometida.

Interessa-nos os casos aventados no inciso I do art. 1.767 do referido diploma legal: "aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil", estão sujeitos à curatela.

Especificamente ligado ao tema suicídio, é importante salientar que o comportamento suicida faz parte de um dos itens avaliados em um exame clínico-psíquico, para assim se constituir o diagnóstico e gravidade de um transtorno mental. Ou melhor, o comportamento suicida presente indica maior gravidade ao quadro mental.

Não existe uma única causa de suicídio, trata-se de um fenômeno multideterminado que resulta da interação complexa entre fatores sociais, interpessoais e psicológicos e que, raramente, ocorre na ausência de uma doença psiquiátrica. O suicídio pode ser considerado o mais grave dos dilemas éticos da Medicina. Não é uma entidade nosológica, mas uma complicação terminal, fatal, comum a certo número de transtornos psiquiátricos. Ele não é por si causa para interdição, mas por ser um elemento de gravidade pode mudar a perspectiva do perito sobre determinado diagnóstico que seja o mote para a interdição (Ver Capítulo 5, Perícias em Direito Civil).

Internação Psiquiátrica Involuntária

A internação psiquiátrica involuntária pode ser considerada medida excepcional e extrema, seja no âmbito médico assim como no jurídico, com desdobramentos éticos em ambas as esferas (Ver Capítulo 11, Internações Psiquiátricas Involuntárias). A internação involuntária geralmente ocorre quando existe um conflito entre o médico e o paciente que se recusa a aceitar a conduta médica. Assim, Lima, em seu capítulo no livro Ética e Psiquiatria, publicado pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo, deixa claro dois tipos de paciente que podem apresentar este tipo de recusa: 1) o paciente com rebaixamento ou estreitamento da consciência; 2) o paciente com preservação da consciência, mas sem capacidade para uma decisão racional, apresentando alteração do juízo e da crítica (transtornos delirantes alucinatórios e outros).

Tema polêmico, pois sua consecução ocorre contra a vontade e sem o consentimento do paciente, além de poder ser interpretado como uma afronta a uma injunção constitucional, com redação dada pelo art. 5º, que garante o direito à liberdade. Entretanto, a restrição ao direito de liberdade pode ser legitimada pelo conceito de "direito dos outros", doutrina de autoria do jurista Jorge Reis Novais, que entende que, em situações específicas, impõe-se a restrição de direitos fundamentais, quando estes estão em oposição a outros direitos e garantias constitucionais, autorizando o

legislador a impor regulação restritiva de direito em determinados casos (Ver Capítulo 11).

A Lei nº 10.216/2001 estabelece que a medida de internação não deve ter como finalidade a restrição de liberdade, mas deve ocorrer quando se esgotam as demais possibilidades de atendimento extra-hospitalar e ela resta como única forma de garantir que o tratamento de saúde seja aplicado.

O psiquiatra que considerar o risco de o paciente cometer autolesão ou suicídio estará juridicamente protegido ao provocar a internação involuntária, pois estará agindo conforme imperativo ético e legal ao proteger a vida, como bem exposto por Gustavo Henrique de Aguiar Pinheiro:

> *"Embora a Lei Federal nº 10.216/2001 não tenha autorização constitucional expressa para restringir o direito à liberdade dos pacientes psiquiátricos involuntários, é notório que a internação sem consentimento pode existir plenamente diante, dentre outros fatores posteriormente examinados, de possibilidades de danos para si ou para terceiros, ou seja, violação a direitos fundamentais próprios (tentativa de suicídio, por exemplo) ou de outrem (vida, integridade física, propriedade etc.)."*

Fica clara a finalidade de proteger o paciente de possíveis arbitrariedades, abusos ou desmandos. Vale lembrar que, assim como toda ação humana, a internação psiquiátrica involuntária é sujeita a arbitrariedades, à imposição de condições insalubres e desumanas, à mudança de circunstâncias como, por exemplo, o quadro clínico, e ainda pode ocorrer em desrespeito ao devido processo legal. Quando estas condições afrontarem direitos e garantias individuais e constitucionais no caso concreto, a ação do *habeas corpus* é o remédio constitucional que garante corrigir a situação, inclusive prescindindo de advogado sem o prejuízo das demais ações judiciais.

Parâmetros Médicos para a Internação Psiquiátrica Involuntária

Conforme o art. 46 do Código de Ética Médica: "É vedado ao médico: efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida." Neste sentido, extraímos do artigo de Barros e Serafim uma tabela que contém as situações em que a internação involuntária pode ser necessária (Tabela 18-1).

TABELA 18-1

Condições que Podem Justificar a Internação Involuntária e Transtornos que Ocorrem mais Frequentemente

Diagnóstico	Agressividade	Risco suicida	Promiscuidade sexual	Gastos excessivos	Intoxicação com risco de morte	Recusa alimentar	Não adesão ao tratamento
Transtornos psicóticos	×	×	–	–	–	–	×
Mania	×	–	×	×	–	–	×
Depressão grave	–	×	–	–	–	×	–
Anorexia	–	×	–	–	–	×	×

Demência	×	–	–	–	–	×	×
Dependência química	×	–	–	–	×	–	×
Síndrome de abstinência	×	×		–	–	–	–

Os mesmos autores também elaboraram um fluxograma que pode ser usado pelo psiquiatra nos casos em que a internação é necessária (Figura 18-1):

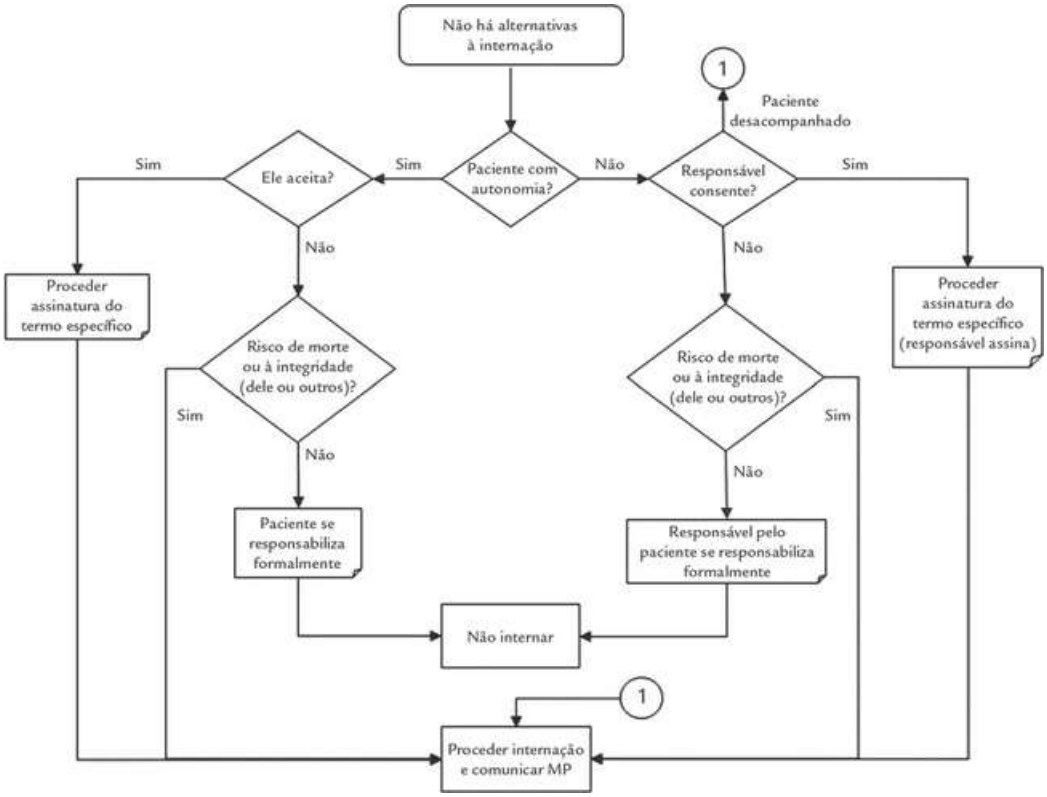

FIGURA 18-1 Sugestão de fluxograma quanto à decisão de internação.

Especificamente para pacientes com comportamento suicida, um comitê de especialistas no assunto elaborou uma tabela em que são estabelecidos os critérios de internação para estes (Tabela 18-2). Nesta tabela também se levaram em consideração os fatores de risco, as condições sociofamiliares, a história pessoal entre outros, para indicar a terapêutica aplicável frente à condição clínica do paciente suicida.

TABELA 18-2

Diretrizes Gerais para Indicar o Tratamento em Pacientes com Risco de Suicídio ou Comportamento Suicida

Indicação geral de hospitalização, depois de uma tentativa de suicídio ou tentativa frustrada
• Paciente psicótico. • Tentativa violenta, quase letal, ou premeditada.

• Precauções foram feitas para dificultar o resgate ou descobrimento. • Persistência do plano ou a clara presença de intenção. • Paciente com remorso de estar vivo ou sem remorso de ter tentado suicídio. • Paciente do sexo masculino, + 45 anos, com doença psiquiátrica de início recente, com pensamentos suicidas. • Paciente com limitação do convívio familiar, suporte social precário, incluindo perda da condição socioeconômica. • Comportamento impulsivo persistente, agitação grave, pouca crítica, ou recusa evidente de ajuda. • Paciente com mudança do estado mental em virtude de alteração metabólica, tóxica, infecciosa ou outra etiologia que necessita de pesquisa da causa clínica. *Na presença de ideação suicida com* • Plano específico de alta letalidade. • Alta intencionalidade suicida.
Indicação de hospitalização, às vezes necessária, depois de uma tentativa de suicídio ou tentativa frustrada, exceto as circunstâncias acima indicadas Na presença de ideação suicida • Quadro psicótico. • Transtorno psiquiátrico maior. • Tentativas anteriores de suicídio, particularmente com sérias repercussões clínicas. • Problemas clínicos preexistentes (transtorno neurológico, câncer, infecção etc.). • Falta de crítica ou incapacidade para colaborar com a estrutura hospitalar, ou impossibilidade de acompanhar um tratamento ambulatorial. • Necessidade de ajuda de uma equipe para medicar ou realizar eletroconvulsoterapia. • Necessidade de observação constante, testes clínicos ou rastrear diagnósticos que necessitam de estrutura hospitalar. • Suporte familiar e social limitados, incluindo condição social precária. • Falta de uma boa relação médico-paciente que impossibilite o acompanhamento ambulatorial. *Na ausência da tentativa de suicídio ou do relato da ideação suicida* • Planejamento e intenção de suicídio evidente pela evolução psiquiátrica do quadro e ou histórias prévias que sugerem alto risco de suicídio e um aumento recente dos fatores de risco para suicídio.
Alta do serviço de emergência para ambulatório *Depois de uma tentativa de suicídio ou a presença de ideação suicida* • O evento evolvendo o suicídio foi uma reação a eventos precipitantes (p. ex. : fracasso em uma prova, dificuldades em relacionamentos), particularmente se a visão do paciente frente à sua dificuldade tenha mudado após sua vinda ao serviço de emergência. • Plano, método e intenção com baixa letalidade. • Paciente com suporte familiar e psicossocial estáveis. • Paciente é capaz de colaborar com recomendações do acompanhamento ambulatorial, mantendo contato com seu médico, apresentado condições para um tratamento contínuo ambulatorial.
Tratamento ambulatorial • Paciente com ideação suicida crônica e/ou autolesão sem repercussão clínica grave, apresentando suporte familiar e psicossocial estáveis, ou acompanhamento psiquiátrico ambulatorial já em andamento. **Fonte:** Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behavior, 2003.

Importante ressaltar que a internação hospitalar, por si só, não é um tratamento, é somente um local onde se estabelece uma relação terapêutica para facilitar o cuidado ao paciente suicida. Durante a hospitalização, o paciente deve receber atendimentos constantes que facilitarão a instituição do tratamento adequado, assegurando-lhe a vida e proporcionando a sua melhora. Como observa Camargo:

"Efetuar um tratamento legalmente exigido não é o mesmo que efetuar um tratamento satisfatório, não se podendo confundir um bom controle de risco com um bom tratamento."

Camargo também sugere, para que se estabeleça um bom exercício profissional, cinco etapas a serem seguidas:

1. Documentar no prontuário ou ficha médica do paciente a possibilidade de suicídio, e registrar todos os indicativos que o levaram a tal conclusão.
2. Fazer uma avaliação contínua, avaliando resposta ao tratamento a cada anotação.
3. Ser afirmativo nas anotações, declarar o que fez e por que fez, além de se certificar

de que o paciente compreende o que está sendo dito, assim como os motivos das suas ações. O mesmo deve ser feito com um membro da família ou representante legal.

4. Documentar suas preocupações com a totalidade do tratamento e as condutas que você tomou para desenvolver o sistema de atenção ao paciente, envolvendo outras disciplinas e apoio social.
5. Explicar e documentar a sua decisão de hospitalizar ou não o paciente.

ASPECTOS ÉTICOS

Questões éticas não resultam em algo exato, pois sua matéria-prima é subjetiva. Como tangenciar valores morais, religiosos, convicções ou crenças de maneira técnica, mecânica? Parece-nos que é das oposições e complementaridades que é possível emergir algo que está para além do certo ou errado, permitindo uma compreensão que poderia trazer um melhor equilíbrio entre o bom e o correto.

Sopesar os valores entre saberes distintos, relacionando Direito e Medicina, na questão do suicídio, é fundamental para o processo de desenvolvimento e aperfeiçoamento das práticas. Com isso, queremos dizer das relações e interações humanas, pois é disto que tratamos sempre. A questão poderá se resumir na indagação de Gordon Graham:

> *"Minha questão, então, é como uma possível racionalidade e, consequentemente, dada permissibilidade moral do suicídio podem ser equacionadas com uma presunção de que temos obrigação moral de intervir para preveni-lo."*

Assim, o legislador contemporâneo acerta ao não imputar qualquer sanção ao indivíduo que tenta tirar a sua própria vida, o que não significa que a coletividade não condene e repudie o ato, como a expressão de um valor em si mesmo.

Por sua vez, a conduta do psiquiatra vai ao encontro dos valores culturais da nossa coletividade, e assim o faz em consonância com seu próprio Código de Ética, conforme o parágrafo VI do Capítulo I:

> *"O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade."*

Logo, se o comportamento suicida tem por escopo a subtração de uma vida humana, nada mais legítimo do que a ação do profissional no sentido de cuidar para que o paciente recobre a consciência, volição e percepção adequadas para que possa resgatar sua capacidade de discernimento e escolha. Vale citar uma autoridade no campo jurídico, pela lucidez e clareza acerca deste aspecto. Diz Licurzi:

> *"O verdadeiro elemento etiológico é a anormalidade. Ela constitui a base mórbida comum, onde se produz o choque do balanço entre fatores individuais e sociais e se modifica o equilíbrio crítico-volitivo-sentimental que controla a apreciação dos motivos e contramotivos determinantes da tragédia ocasional."*

Quando o psiquiatra se defronta com a necessidade de uma internação involuntária, por avaliar que há ideação suicida com risco de concretização da autolesão, abrem-se duas possibilidades: 1) optar pela não internação e ser responsabilizado pelos danos

do ato, tentado ou consumado; ou 2) o paciente ser internado e considerar que a conduta foi equivocada e tomar as medidas judiciais cabíveis. Obviamente, que há uma terceira opção, que é a internação com posterior anuência por parte do paciente, que durante o tratamento passa a compreender que a internação foi a melhor conduta realizada. Neste caso, não há o conflito ético e legal, e seria a opção que a maioria dos profissionais espera.

Há de se meditar sobre as tentativas organizadas ou não no sentido de eliminar qualquer possibilidade de internação em casos de emergência psiquiátrica. Neste modelo idealizado, no qual a internação por transtorno mental seria abolida, vale perguntar-se quem se responsabilizaria por um ato extremo de subtração da própria vida de um indivíduo que necessitava de cuidados integrais? Há de se fazer a distinção entre momentos históricos. A prática médica é também a expressão de um *zeitgeis*t que é mutável.

CONCLUSÃO

Buscar a compreensão do fenômeno nos seus aspectos teóricos, nos diversos campos do saber, é um imperativo numa sociedade civilizada e que busca submeter à investigação científica quaisquer temas considerados relevantes. Desta forma, a Medicina estimula pesquisas científicas que ampliem a compreensão do suicídio na sua esfera de conhecimento, sendo legítimo o acolhimento do indivíduo e o reconhecimento de suas motivações.

Porém, o respeito à sua dignidade há de ser considerado em situações críticas em que também existem vínculos familiares e sociais que legitimam outros agentes a buscar a preservação da vida. Neste mesmo sentido, é que o compromisso do profissional tem um valor considerado supremo, que é a vida e, por conseguinte, a evitação da morte.

O psiquiatra, mais do que um dever profissional, tem a verdadeira missão de contribuir para que o paciente, na medida de suas possibilidades, possa recuperar aquilo que Joyce Travelbee julga ser "ajudar os pacientes a chegar ao sentido", considerando que sua "maior crença é a de que os seres humanos são motivados pela busca de sentido nas experiências da vida e que o sentido pode ser encontrado até mesmo durante uma experiência de dor, sofrimento e doença".

Fica claro que, em casos em que o suicídio é aventado ou tentado, o psiquiatra se depara, de acordo com sua sensibilidade e conhecimento diante de uma emergência, com a necessidade de agir. Esta ação deve ser pautada em conhecimento técnico e experiência clínica, sendo que o profissional competente e bem formado deve agir com a ideia de que, até prova em contrário, o paciente com comportamento suicida é portador de um transtorno mental, e tal comportamento se traduz como um "pedido de ajuda". Por isso, o profissional tem que agir da maneira mais adequada visando à proteção da vida do paciente.

Vale ressaltar que todo conhecimento, toda abordagem e conduta devem ser devidamente documentados, caso contrário não se pode se assegurar a integridade e a segurança do profissional. Assim, toda avaliação e consequente conduta devem ser documentadas, pois a falha ao documentar as avaliações, no prontuário ou na ficha de

atendimento médico de modo criterioso e atualizado, pode deixar o psiquiatra vulnerável diante da algum litígio subsequente. Destaca-se que nos litígios por imperícia a regra é: “Se não escreveu, não aconteceu”.

A discussão acerca do suicídio, em todos seus aspectos sociológico, psicológico, psiquiátrico, jurídico e filosófico, perpassará sempre pelo tema do direito ou não de o indivíduo dispor de sua própria vida. Entretanto, numa perspectiva de saúde pública e compromisso ético, não se pode olvidar a distinção entre o desejo de morrer e o comportamento que, muitas vezes, sequer possui a intenção de se machucar, mas simplesmente comunicar um sentimento de abandono, desesperança ou raiva.

É de se refletir, se a inflação legislativa que observamos cotidianamente corresponde na prática, no caso específico tratado, a ganhos de qualidade de atendimento para o destinatário dos serviços de saúde ou, se, ao contrário, acabam privando ele do necessário cuidado de saúde, que não deveria estar prejudicado pela burocracia estatal e judicial.

Derradeiramente, é a integração de prática médica com a prática jurídica (ao se complementarem) que potencializa a efetividade de um tratamento digno ao portador de transtorno mental, considerando que são valores, mais do que democráticos e republicanos, mas humanos, que, na sua melhor expressão, pautam a conduta dos profissionais de ambas as áreas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, DM, Serafim, AP. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. *Rev Psiq Clin*. 2009; 35(4):175–177.

Bastos CR. Curso de Direito Constitucional. Editora Saraiva, 1996.

Bobbio N. Teoria do ordenamento jurídico. Ed. Universidade de Brasília, 1995.

Camargo IB 2007. Habilidades e conhecimentos necessários à prática psiquiátrica brasileira e comparação com resutados internacionais (tese doutorado). FMRP-USP, Ribeirão Preto, 2005.

Capistrano, MAS. O suicídio e o contrato de seguro da pessoa na interpretação dos Tribunais Superiores. Universo Jurídico, Juiz de Fora, ano XI, 8 de fevereiro de 2013. Disponivel em: < http://uj.novaprolink.com.br/doutrina/9023/o_suicidio_e_o_contrato_de_seguro_da_pessoa_na_interpretacao_dos_tri >, 2014. [Acesso em: 2 de janeiro de 2014].

Cavalieri Filho S. Programa de responsabilidade civil. Ed. Malheiros, 2003.

Código de Direito Canônico. Braga: Editorial Apostolado da Oração, 1983.

Delmanto, CCódigo Penal comentado. : Renovar, 1991.

Dicionário patrístico e de antiguidades cristãs. Ed. Vozes e Ed. Paulinas: , 2002:417–418.

Diekstra, RFW. Rene. On the burden of suicide. In: Divergent perspectives on suicidal behaviour. *Cork*. 1994; :3–4.

Diniz, MH. Curso de Direito Civil brasileiro: teoria das obrigações contratuais e extracontratuais, 23a ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

Fragoso, HC. Provocação ou Auxílio ao Suicídio. Revista de Direito Penal. *Editora Revista dos Tribunais*. 1974; 11/12:35–47.

Grimal, PA mitologia grega. São Paulo: Brasiliense, 1982.

Hillman J. Suicídio e alma. Ed. Vozes, 2009.

Jacobs, DG, Baldessarini, RJ. Conwell Y, Fawcett JA, Horton L, Meltzer H, Pfeffer CR, Simon R. Practice-Guideline, for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J. Psychiatry*. 160(11), 2003.

Jesus, DEDireito Penal. 23a ed v. 1. São Paulo: Saraiva, 1999.

Kelsen H. Teoria geral do Direito e do Estado. Martins fontes/Editora Universidade de Brasília, 1990.

Kury MG. Dicionário de mitologia grega e romana. Jorge Zahar Editor, 2007.

Licurzi A. El suicidio. Imprensa de la Universidad de Córdoba, 1945.

Lima, MGA. Internação involuntária em Psiquiatria: legislação e legitimidade, contexto e ação. In: *Ética e Psiquiatria*. : CREMESP; 2007.

Meleiro, AMAS. O paciente suicida no hospital geral. In: Fráguas R, Jr., Meleiro AMAS, Marchetti RL, Henriques SG, Jr., eds. *Psiquiatria e Psicologia no hospital geral: integrando especialidades*. São Paulo: Lemos; 1997:285–304.

Mirabete, JFManual de Direto Penal. volume 2, 25a ed. São Paulo: Atlas, 2007.

Moraes, ADireito Constitucional. 13a ed. revista e ampliada, São Paulo: Atlas, 2003.

Novais, JROs princípios constitucionais estruturantes da República portuguesa. Coimbra: Coimbra Editora, 2004.

Pinheiro, GHA. O devido processo legal de internação psiquiátrica involuntária na ordem jurídica constitucional brasileira. *RDisan, São Paulo, nov. 2011/fev*. 2012; 12(3):125–138.

Pratice-Guideline. For the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*. 160(11), 2003.

Travelbee, J. A vontade de sentido – Fundamentos e apicações da Iogoterapia. In Frankl VE. São Paulo: Paulus Editora, 2011; 147–175.

[1] *Iuris et iure* é considerada a presunção absoluta, de forma que não se admite prova em contrário de fatos presumidos; por seu turno, *iuris tantum* é considerada a presunção relativa, ou seja, parte-se do pressuposto, mas admite-se a produção de provas para que se estabeleça a verdade dos fatos contrária àquela (n.a.).

CAPÍTULO 19

A Terminalidade da Vida: Psiquiatria e Cuidados Paliativos

Henrique Gonçalves Ribeiro, Renério Fráguas, Júnior and Ricardo Tavares de Carvalho

A MORTE COMO FENÔMENO PSÍQUICO

A proximidade inexorável e concreta da morte desperta reações emocionais intensas no paciente e em todos ao seu redor, como tristeza, ansiedade, raiva, solidão, desesperança e impotência. A vivência da finitude através do adoecimento e da morte coloca o ser humano em uma situação de fronteira existencial, exigindo recursos pessoais para o enfrentamento de tal realidade.

A finitude humana constitui um tema central da Filosofia e é objeto de estudo comum das Ciências Humanas. A experiência do tempo como fenômeno psíquico proporciona constância para a existência e, assim, permite uma conscientização do passar do tempo que permanece registrado no corpo através das marcas do envelhecimento. A apreensão do tempo como fenômeno natural ocorre tanto pela percepção corporal, objetiva e concreta quanto pela dimensão psíquica, abstrata e subjetiva.

As crenças religiosas e espirituais relacionam-se à experiência individual diante da morte ao oferecer significado para a existência, suporte psicológico, integração social e ritos de passagem entre a vida e a morte, interferindo nas decisões relacionadas ao fim da vida.

Para o filósofo Martin Heidegger (1889-1976), em sua obra *Ser e tempo*, a proximidade da morte gera angústia por possibilitar ao ser humano uma existência mais autêntica e profunda, como destacam os trechos:

> *"A angústia com a morte é a angústia com o poder-ser mais próprio, irremissível e insuperável frente à possibilidade mais extrema de sua existência."*

> *"Pode-se resumir a caracterização de ser que, existencialmente, se projeta para a morte em sentido próprio, da seguinte forma: o antecipar desvela para a presença a perdição no impessoalmente-si-mesmo e, embora não sustentada primariamente na preocupação das ocupações, a coloca diante da possibilidade de ser ela própria: mas isso na liberdade para a morte que, apaixonada, fática, certa de si mesma e desembaraçada das ilusões do impessoal, se angustia."*

Freud (1856-1939), no início do século XX, publicou *Luto e melancolia*, no qual define o luto como um fenômeno de reação normal diante da perda de um objeto amado pelo ego, enquanto a melancolia, cuja descrição se aproxima da definição atual de síndrome depressiva, provoca uma sensação subjetiva de esvaziamento e degradação do ego,

exigindo um trabalho maior para a superação da perda. Destaca no texto "Nossa atitude para com a morte", ainda, que todo ser humano encontra-se inconscientemente certo de sua imortalidade e apresenta atitudes emocionais ambivalentes diante da morte, como discorre no seguinte trecho:

> *"Para o homem primevo sua própria morte era certamente tão inimaginável e irreal quanto o é para qualquer um de nós hoje em dia. No entanto, no seu caso, uma circunstância fez com que as duas atitudes opostas para com a morte colidissem e entrassem em conflito uma com a outra, circunstância essa que se tornou altamente importante, produzindo consequências de longo alcance. Ocorreu quando o homem primevo viu morrer alguém que lhe pertencia – a esposa, o filho, o amigo – a quem indubitavelmente ele amava como amamos os nossos, já que o amor não pode ser muito mais jovem do que a volúpia de matar. Então, em sua dor, foi forçado a aprender que cada um de nós pode morrer, e todo o seu ser revoltou-se contra a admissão desse fato, pois cada um desses entes amados era, afinal de contas, uma parte de seu próprio eu amado. A lei de ambivalência do sentimento, que até hoje rege nossas relações emocionais com aqueles a quem mais amamos, por certo tinha uma validade muito mais ampla nos tempos primevos."*

O médico psiquiatra e filósofo alemão Karl Jaspers (1883-1969), em sua obra *Psicopatologia geral*, aborda o tema da morte e a define como situação-limite da existência, afirmando que a personalidade original é decisiva no seu enfrentamento. Segundo ele, o ser humano é essencialmente incompleto e inacessível pelo conhecimento, visto que nenhuma vida realiza todas as suas possibilidades e que cada existência se concretiza, biograficamente, como uma história única.

Na Parte VI de sua obra *O ser humano como um todo*, Jaspers descreve o homem como insatisfeito com a sua finitude e, por isso, sendo colocado em uma busca além de si mesmo, do infinito e do outro. Com isso, propõe a iluminação filosófica como método de questionamento livre e imparcial, proveniente de uma fonte de razão e pontencialidade da existência capaz de acessar aquilo que se encontra além das margens do conhecimento e, assim, compreender o homem como um todo.

Nesse processo de autoiluminação da existência, o ser humano utiliza-se da função criativa que permite experimentar a insuficiência, o elemento indeterminado, o desejo pela unidade, a memória compreensiva preexistencial e a conscientização da eternidade. Dessa forma, Jaspers coloca a transcendência da experiência temporal como caminho necessário ao acesso do todo, no qual o ser humano está inserido, sobretudo diante da finitude.

CUIDADOS PALIATIVOS: Uma Modalidade de Assistência

Os avanços tecnológicos e científicos obtidos pela Medicina, nas últimas décadas, permitiram o surgimento de métodos capazes de interceder a favor da manutenção da vida em situações clínicas limítrofes, possibilitando maior longevidade aos portadores de doenças até então consideradas mortais. Entretanto, como essa condição depende de uma série de procedimentos e medidas de suporte avançado de vida, passamos a entrar em contato com uma nova realidade: o chamado paciente cronicamente crítico, cuja morte passou a ocorrer, boa parte das vezes, a partir da determinação médica de suspender métodos artificiais de manutenção da vida. Dessa forma, surge uma

demanda pelo equacionamento do uso de terapias modificadoras da evolução da doença e medidas que priorizem o conforto, a autonomia e a dignidade do paciente diante de situações ameaçadoras à continuidade da vida.

Neste contexto, entre as décadas de 1980 e 1990, surge para a discussão uma forma de olhar o sofrimento humano e racionalizar o uso de medidas fúteis e causadoras de sofrimento no final da vida, chamada de cuidado paliativo, introduzida na Europa na década de 1960, principalmente a partir do trabalho da Dra. Cicely Saunders no Reino Unido.

O objetivo principal dos Cuidados Paliativos é melhorar a qualidade de vida do paciente e de sua família diante de uma doença ameaçadora da vida por meio do alívio do sofrimento nas suas diversas dimensões: física, emocional, familiar e espiritual. Além disso, busca resgatar princípios éticos de boa prática clínica no emprego de terapias modificadoras da doença, ajudando o indivíduo a alcançar todo o seu potencial durante a experiência do adoecimento. Na abordagem do sofrimento humano frente uma ameaça à vida, o profissional de saúde passa a ter um papel que vai além de diagnosticar e indicar um tratamento. Agrega-se o desenvolvimento de uma relação terapêutica autêntica, atitude empática e habilidades de comunicação para cuidar do ser humano como um todo.

Os cuidados paliativos devem ser iniciados no momento do diagnóstico de uma doença potencialmente letal e destinados para demandas específicas de acordo com a patologia e o estágio evolutivo em que se encontra. Na fase inicial, o tratamento busca modificar o curso da doença, contudo ações paliativas referentes ao planejamento terapêutico e expectativas do paciente relacionadas ao adoecimento devem ser realizadas. Com a progressão da doença frente aos tratamentos empregados e suas possíveis complicações, os cuidados paliativos ganham progressivamente importância na assistência clínica, controle de sintomas e planejamento de cuidados, tornando-se exclusivos quando não houver mais possibilidade de controle ou reversão da doença, especialmente na fase final da vida e no processo ativo de morte.

Em 2014, a OMS e a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (AMCP) publicaram um atlas global sobre cuidados paliativos no qual afirmam que mais de 20 milhões de pessoas no mundo precisam receber Cuidados Paliativos e que apenas 1 em cada 10 tem acesso a esse tipo de tratamento. Os adultos representam 94% dessas pessoas, 69% delas com idade maior de 60 anos, enquanto 6% correspondem à população infantil. As doenças oncológicas e cardiovasculares representam a maioria dos casos com necessidade de cuidados paliativos, sendo 72% do total. O restante é composto por doenças pulmonares, neurológicas, infecciosas, entre elas a AIDS, endócrinas, renais, hepáticas e reumáticas.

A OMS recomenda a implantação dos Cuidados Paliativos em programas nacionais de saúde. No Brasil, o surgimento de serviços especializados em Cuidados Paliativos ocorreu no final da década de 1980 com relatos isolados de assistência médica a pacientes em fase final de vida. Nos últimos 15 anos, observa-se o surgimento de iniciativas assistenciais isoladas, principalmente públicas, organizadas a partir do surgimento de entidade como a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), regulação da prática por meio de resoluções do Conselho Federal de Medicina,

mudanças no Código de Ética Médica, melhor compreensão das bases legais ligadas à terminalidade da vida no Brasil e reconhecimento da Medicina Paliativa como área de atuação do médico com o surgimento de programas de residência médica pelo país.

A INTERFACE ENTRE PSIQUIATRIA E CUIDADOS PALIATIVOS

A Psiquiatria compartilha interesses comuns com os Cuidados Paliativos no campo teórico e prático, existindo uma interface ampla entre as especialidades, como mostra a Quadro 19-1. A *expertise* do psiquiatra no tratamento do sofrimento existencial, incluindo habilidades de comunicação, conhecimentos de psicopatologia, Psiquiatria Clínica e psicoterapia tornam-se valiosos nos Cuidados Paliativos.

QUADRO 19-1 Áreas de Interface da Psiquiatria com os Cuidados Paliativos

Diagnóstico e tratamento de transtornos psiquiátricos
Fenômenos psíquicos relacionados ao fim da vida e sua repercussão clínica

- Aspectos neuropsiquiátricos da dor e do sofrimento
- Especificidades psicofarmacológicas no tratamento de sintomas físicos e psíquicos
- Intervenções em quadro individual e/ou familiar de psicopatologia complexa
- Resolução de conflitos éticos
- Suporte psicológico para a equipe de saúde e cuidadores
- Avaliação da competência na tomada de decisões
- Direcionamento de questões espirituais
- Abordagem dos pedidos de sedação, eutanásia ou suicídio-assistido
- Suporte para a equipe de profissionais e cuidadores

O trabalho do psiquiatra, bem como da equipe de Cuidados Paliativos, ocorre em três frentes: com o paciente, com a família e com a equipe de saúde. A intervenção do médico psiquiatra pode ser feita em interconsulta nas unidades de cuidados paliativos ou como membro da equipe multidisciplinar de Cuidados Paliativos.

A assistência ao sofrimento psíquico realiza-se em diferentes níveis de complexidade e de acordo com a demanda existente em cada fase da doença, didaticamente divididas em quatro fases.

Fase 1 – Início da Evolução da Doença

Inicia-se no momento do diagnóstico e inclui intervenções psicoeducacionais para o paciente e seus familiares, para informar e esclarecer dúvidas relativas à doença, respeitando empaticamente a aceitação individual do processo de adoecimento. Nessa fase, ocorre a discussão do planejamento terapêutico e as implicações nas atividades sociais e profissionais do paciente, de acordo com as características de cada doença.

Nessa fase, o tratamento tem como foco a modificação do curso da doença e, quando possível, a cura.

Fase 2 – Doença Avançada

Nesse momento, a realização do controle adequado dos sintomas físicos e psíquicos decorrentes de intercorrências relacionadas à doença e ao seu tratamento é imprescindível e, com isso, garante ao paciente os cuidados necessários para alcançar todo o seu potencial durante a experiência da doença. O luto antecipatório do paciente e de familiares, experimentado diante da perda funcional progressiva imposta pela doença e da possibilidade de um desfecho letal, surge nesse período e necessita atenção por parte da equipe, sobretudo em casos de manifestação psicopatológica grave. A elaboração das diretivas antecipadas de vontade (DAV), discutidas a seguir, também deve ocorrer nessa fase e fora de uma situação de crise.

Fase 3 – Fase Final da Vida

Na ocasião da perda de controle sobre a doença e consequente irreversibilidade do processo patológico, os cuidados paliativos tornam-se exclusivos no tratamento. Daqui em diante, a situação exige do profissional o conhecimento técnico especializado para controlar de maneira impecável o sofrimento físico, psíquico, familiar e espiritual do paciente, com utilização equacionada dos recursos terapêuticos e comunicação empática autêntica ao paciente, seus familiares e equipe de saúde da preparação para a morte. Caso o paciente não consiga manifestar seu desejo quanto aos procedimentos desejados, as DAV devem ser respeitadas e cumpridas.

Fase 4 – Período de Luto

Após a morte do paciente, a assistência ao luto vivenciado pelos familiares e cuidadores integra os cuidados paliativos, sendo oferecido suporte psicológico de acordo com a demanda individual, mantendo-se a atenção para os casos de luto complicado com ideação suicida ou sintomas depressivos com impacto funcional significativo.

O luto é considerado um fenômeno normal de resposta emocional diante de uma perda e ocorre tanto com o paciente diante das perdas progressivas impostas pela doença quanto com os familiares, sobretudo, após a morte do paciente. Apesar de ser um fenômeno normal, pessoas com antecedentes psiquiátricos e baixa religiosidade tendem a apresentar critérios diagnósticos para transtorno depressivo maior durante o luto.

Os transtornos mentais apresentam elevada prevalência em pacientes que recebem cuidados paliativos, principalmente depressão, ansiedade e *delirium*, os quais são frequentemente subdiagnosticados e subtratados. A sobreposição de sintomas físicos e psíquicos dificulta o diagnóstico etiológico diferencial, exigindo do médico um raciocínio clínico integrativo e criterioso para determinar quando e qual o melhor tratamento para conforto dos sintomas e alívio do sofrimento do paciente. O baixo

suporte social de amigos/familiares e tratamento inadequado dos sintomas físicos são fatores relacionados à não remissão de sintomas depressivos em pacientes sob Cuidados Paliativos.

O *delirium* tem alta prevalência em pacientes sob cuidados paliativos, chegando a 85% no período próximo à morte e sua reversibilidade depende da etiologia, havendo maior possibilidade de reversão quando causados por medicamentos, infecções e hipercalcemia. O desfecho ideal de uma intervenção terapêutica no *delirium* é manter o paciente alerta, calmo, sem sintomas psicóticos, cognitivamente adequado e capaz de comunicar-se com familiares, uma vez que o *delirium* causa sofrimento significativo ao paciente e seus familiares. Caso ocorra irreversibilidade do *delirium* na fase final da vida, de acordo com o critério médico e a decisão compartilhada com familiares, a paliação do mesmo poderá ser feita através da sedação paliativa.

Os psiquiatras buscam treinamento especializado em Cuidados Paliativos e o consideram importante na prática da Psiquiatria Clínica, surgindo demanda por programas específicos de treinamento. Iniciativas específicas apontam para a inserção da Psiquiatria Paliativa como subespecialidade da Psiquiatria, aproximando-se da Psicogeriatria. O profissional de saúde que trabalha na área de cuidados paliativos é convidado a despertar para a criação de uma filosofia pessoal e profissional mais profunda sobre o viver e o morrer.

CUIDADOS COM O CUIDADOR

A prática clínica com pacientes portadores de doenças graves, em situação de intenso sofrimento físico e existencial, exige do médico habilidades técnicas objetivas e subjetivas para suportar e manejar situações de limite extremo da existência humana, ativando um conflito nuclear da profissão médica: confrontar o aspecto divino e, por isso, imortal da figura do médico com sua condição humana frágil e vulnerável. Dessa forma, o trabalho com pacientes em fase final de vida oferece ao curador a possibilidade de desenvolver uma filosofia pessoal e profissional mais profunda sobre o viver e o morrer, permitindo a conscientização de suas feridas e consequente aprimoramento da sua função curativa.

Apesar da impossibilidade de cura em determinado estágio da doença, ao ser humano enfermo é sempre possível morrer curado. O profissional da área de Cuidados Paliativos enfrenta diariamente experiências de grande intensidade afetiva, necessitando de um ambiente de trabalho harmonioso e com equipe integrada por médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, capelões e outros profissionais de saúde. O trabalho interdisciplinar com profissionais da saúde mental ajuda a equipe a estar mais confortável com as próprias emoções, reconhecer e respeitar as problemáticas semelhantes nos pacientes e familiares, obter conhecimento básico de psicopatologia e estratégias de enfrentamento.

INTERFACES ÉTICAS NO FIM DA VIDA

Um olhar capaz de enxergar o paciente além de sua doença, como ser humano em sua totalidade e que proporcione o máximo de dignidade possível caracteriza a boa prática

da Medicina e deve ser direcionado aos enfermos em todos os momentos de sua vida. No estágio avançado das doenças, os pacientes tornam-se progressivamente dependentes para as atividades simples da vida diária, chegando, inclusive, a perder a capacidade de tomar decisões.

Além da perda de autonomia, tal situação de dependência causa no paciente um sentimento de ser um problema na vida dos familiares e um questionamento quanto à sua dignidade, o que exige do médico autenticidade, empatia, compaixão e habilidades de comunicação. A perda de autonomia, dignidade e incapacidade de realizar atividades prazerosas constituem os motivos mais comuns entre pacientes que solicitam o abreviamento da vida através da eutanásia ou suicídio assistido.

A dignidade da pessoa humana constitui um princípio fundamental da Constituição da República Federativa do Brasil (art. 1º, inciso III, e art. 5º, inciso III), assegurada pelo exercício do direito à liberdade individual. O Código de Ética Médica garante ao paciente o direito de ser tratado com dignidade e decidir livremente sobre sua pessoa e saúde após ter sido esclarecido pelo médico sobre os riscos relacionados com os procedimentos terapêuticos propostos.

Os arts. 22 a 24 do capítulo IV, sobre Direitos Humanos, explicitam como sendo vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Na Resolução nº 1.931/2009, o Conselho Federal de Medicina (CFM) atualiza o Código de Ética Médica conforme descrito a seguir e, após isso, a Resolução nº 1973/2011 define a Medicina Paliativa como área do conhecimento e atuação médica, reconhecendo a sua prática no Brasil.

Entretanto, foi a partir da publicação do novo Código de Ética Médica que houve maior clareza quanto ao fato de os cuidados paliativos não se tratarem de uma opção do profissional frente às condições irreversíveis e terminais, passando a reconhecer sua prática como devida e apropriada nos casos de doença incurável e terminal, já que deixa claro o dever de instituir Cuidados Paliativos nessa situação.

O Código de Ética Médica, no parágrafo único do art. 41, diz:

Art. 41. [É vedado] Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Diante de tais determinações éticas e valendo-se do respeito à autonomia do paciente, a Câmara Técnica de Bioética do CFM publicou em 2012 a Resolução nº 1.995 relativa às diretivas antecipadas de vontade (DAV), transcrita a seguir:

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e

expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

§ 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

§ 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

§ 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

A caracterização das DAV vai além da questão documental, sendo descrita como instrumento para melhorar a comunicação entre o paciente, familiares e equipe de saúde a respeito das preferências sobre os cuidados à saúde. O processo de tomada de decisão envolve aspectos cognitivos e emocionais, colocando a competência e a capacidade do paciente numa posição fundamental durante a tomada de decisões no fim da vida. Uma decisão pode ser considerada adequada quanto à competência do paciente quando os quatro elementos estiverem presentes: habilidade para comunicar uma escolha, compreensão objetiva das questões envolvidas, apreciação da situação e de suas consequências e manipulação racional da informação.

A vontade de um indivíduo sofre interferência de alterações psicopatológicas como, por exemplo, a ocorrência de distorções cognitivas e de percepção da realidade com consequente prejuízo na capacidade de julgamento em pacientes com episódios depressivos, transtornos psicóticos ou síndromes demenciais. Decisões relacionadas ao tratamento médico desejado em situações ameaçadoras à continuidade da vida e geradoras de sofrimento significativo necessitam de uma avaliação pormenorizada e criteriosa da capacidade de julgamento do paciente.

Em caso de transtorno psiquiátrico subjacente, preconiza-se a avaliação do paciente por um profissional especializado em saúde mental. Contudo, é observado um baixo índice de encaminhamento para avaliação psiquiátrica de pacientes submetidos a procedimentos de eutanásia e suicídio assistido, 6,7% de 596 pacientes incluídos no relatório do estado norte-americano do Oregon, por exemplo. Os argumentos são de que uma avaliação psiquiátrica causaria mais sofrimento ao paciente além de não ser suficiente para assegurar a capacidade de autodeterminação de uma pessoa portadora

de transtorno psiquiátrico.

EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO

No Brasil, procedimentos relacionados ao fim da vida, como a eutanásia e o suicídio assistido, são ilegais, sendo enquadrados como homicídio pelos arts. 121 e 122 do Código Penal Brasileiro, constituindo crime passível de reclusão em regime fechado como punição penal.

Na eutanásia, o médico mata o paciente a partir de solicitação voluntária e competente da pessoa, enquanto no suicídio assistido, o médico ajuda intencionalmente a pessoa a cometer o suicídio pelo fornecimento de drogas mediante solicitação voluntária e competente. Por outro lado, a sedação paliativa é caracterizada por promover conforto ao paciente diante de um sofrimento incoercível e do processo irreversível de morte, sem intenção de abreviar ou prolongar a vida.

Nos países em que tais procedimentos são lícitos, há exigência de que a condição clínica seja terminal, e o sofrimento, insuportável e refratário a todos os recursos disponíveis, confirmada pela avaliação de dois médicos independentes e, sobretudo, mediante a solicitação voluntária do paciente, desde que esteja capaz de tomar decisões.

A importância da autonomia no fim da vida encontra-se no fato de que 38% dos pacientes que solicitaram e receberam a prescrição de medicação em dose letal para o suicídio assistido no estado norte-americano do Oregon não consumaram o ato. Assegurar respeito à autonomia do paciente no momento final de sua vida constitui um procedimento ético, humano e digno de um médico com seu paciente; contudo, os limites éticos são decisivos nesse tipo de decisão.

Na Holanda, o suicídio assistido é permitido a maiores de 12 anos de idade, inclusive com ampliação do conceito de sofrimento para as causas não físicas, ou seja, o paciente com sofrimento psíquico insuportável e refratário a todos os recursos terapêuticos pode receber autorização para o suicídio assistido. Nesse país, dos casos de solicitação de suicídio assistido, 66% são recusados tendo como justificativa a existência de uma condição psiquiátrica. A determinação da competência para tomar decisão na concomitância de um transtorno psiquiátrico e uma única avaliação é difícil. Com isso, recomenda-se na tomada de decisão a supervisão de um médico de referência responsável pelo acompanhamento ambulatorial do paciente, modelo semelhante ao que ocorre nas DAV, onde o paciente decide junto com seu médico sobre o tratamento que deseja receber em condições de terminalidade da vida.

Apenas 6% dos psiquiatras consideram-se capazes de determinar a competência de uma pessoa deprimida para tomar decisões sobre o fim da vida em uma única avaliação. Psiquiatras forenses, especialistas em avaliar a capacidade de autodeterminação de uma pessoa, tendem a considerar uma única avaliação psiquiátrica insuficiente para determinar a capacidade do paciente no suicido assistido. Estudos mostram que médicos psiquiatras tendem a considerar uma pessoa deprimida como incapaz para tomar decisões referentes ao fim da vida, considerando que o desejo de abreviar a vida pode ser decorrente de um transtorno de humor. O tratamento adequado do transtorno de humor modifica o julgamento do paciente

quanto ao tratamento que deseja receber no fim da vida.

Nesse sentido, recomenda-se que o profissional de saúde que esteja auxiliando o paciente na elaboração das DAV permaneça atento para a detecção de sintomas depressivos, psicóticos ou de deterioração cognitiva que possam interferir em sua capacidade de julgamento da realidade. Nesses casos, recomenda-se solicitar uma avaliação psiquiátrica para o diagnóstico e tratamento adequados do transtorno mental para que, depois disso, possa ser continuada a elaboração das DAV.

CONCLUSÃO

Os Cuidados Paliativos constituem uma área da Medicina cuja filosofia consiste em oferecer conforto e qualidade de vida ao paciente que enfrenta uma doença ameaçadora da vida por meio de todos os recursos disponíveis, assegurando a autonomia e a dignidade do ser humano até o final de sua vida.

Conhecimentos específicos de Psicopatologia, Psiquiatria Clínica, Psicofarmacologia e Medicina Paliativa, quando integrados, melhoram a assistência aos pacientes, familiares e profissionais envolvidos nos cuidados. Aspectos éticos presentes no fim da vida, sobretudo relacionados à autonomia e à capacidade de autodeterminação, apresentam importante interface com a Psiquiatria Forense, sendo um campo de discussão que possibilita o aperfeiçoamento dos cuidados oferecidos aos pacientes. Um posicionamento sobre os limites da prática médica no fim da vida é um tema a ser discutido por toda a sociedade, fazendo-se necessária a manifestação da classe médica no sentido de informar e promover o debate de um tema comum a todos os seres humanos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Appelbaum, PS. Ought we to require emotional capacity as part of decisional competence? *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 1998; 8(4):377–387.

Asai M Morita, T, Akechi, T, et al. Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: A cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psycho-Oncology*. 2007; 16:421–428.

Balboni, TA, Vanderwerker, LC, Block, SD, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncology*. 2007; 25(5):555–560.

Baron, CH. Competency and common law. Why and how decision-making capacity criteria should be drawn from the capacity-determination process. *Psychology, Public Policy, and Law*. 2000; 6(2):373–381.

Berghmans, RLP, Dickenson, DL, TerMeulen, RHJ. Mental capacity: In search of alternative perspectives. *Health Care Analysis*. 2004; 12(4):251–263.

Berghmans, RLP, Widdershoven, GAM. Ethical perspectives on decision-making capacity and consent for treatment and research. *Medicine and Law*. 2003; 22(3):391–400.

Beszterczey, A. Staff stress on a newly-developed palliative care service. Can. Psychiatr. Assoc. *J*. 1977; 22(7):347–353.

BrasilConstituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

Breitbart, W, Alici, Y. Agitation and delirium at the end of life: "We couldn't manage him". *JAMA*. 2008; 300:2898–2910.

Cancer control: Palliative care. WHO guide for effective programmes. Disponível em: http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/, 2007.

Caruso, R, Grassi, L, Nanni, MG, et al. Psychopharmacology in Psycho-Oncology. *Curr Psychiatry Rep*. 2013; 15:393.

Carvalho, RT, Parsons, HÁ. Manual de cuidados paliativos ANCP. ampl. e atual, 2n ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

Chochinov, HM. Psychiatry and Palliative Care: 2 sides of the same coin. *Can J Psychiatry*. 2008; 53(11):711–712.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 1973/2011. Diário Oficial da União, de 1o de agosto de 2011, Seção I, p. 144-147.

Conselho Federal de Medicina. Resolução no 1931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União, 24 de setembro de 2009; 183(seção I):90-92. Retificações em: Diário Oficial da União, 13 de outubro de 2009; 195 (seção I):173. Disponível em: www.in.gov.br.

Conselho Federal de Medicina. Resolução no 1995, de 9 de agosto de 2012. *Diário Oficial da União. 31 de agosto de* 2012; Seção I:269–270

Duke, S, Bennett, H. A narrative review of the published ethical debates in palliative care research and an assessment of their adequacy to inform research governance. *Palliative Medicine*. 2010; 24(2):111–126.

Freud, SA história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. Trad. Themira de Oliveira Brito. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1974.

Ganzini, L, Fenn, DS, Lee, MA, Heintz, RT, Bloom, JD. Attitudes of Oregon psychiatrists toward physician-assisted suicide. *Am J Psychiatry*. 1996; 153:1469–1475.

Ganzini, L, Lee, MA, Heintz, RT, et al. The effect of depression treatment on elderly patients' preferences for life-sustaining medical therapy. *Am J Psychiatry*. 1994; 151:1631–1636.

Ganzini, L, Leong, GB, Fenn, DS, et al. Evaluation of competence to consent to assisted suicide: views of forensic psychiatrists. *Am J Psychiatry*. 2000; 157:595–600.

Goodwin, L, Lee, W, Price, A, et al. Predictor of non-remission depression in a palliative care population. *Palliat Med*. 2012; 26(5):683–695.

Granek, L. Grief as pathology: The evolution of grief theory in psychology from Freud to the present. *History of Psychology*. 2010; 13(1):46–73.

Grisso T, Appelbaum PS. Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions. Am J Psychiatry; 152:1033-1037.

Groenewoud, JH, van der Maas, PJ, van der Wal, G, et al. Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands. *NEJM*. 1997; 336:1795–1801.

Groesbeck, CJ. The archetype of the wounded-healer. *Journal of Analytical Psychology*. 1975; 20(2):72–96.

Heidegger, MSer e tempo. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 2006.

Hendry, M, Pasterfield, D, Lewis, R, et al. Why do we want the right to die? A systematic review of the international

literature on the views of patients, carers and the public on assisted-dying. *Palliat Med*. 2013; 27(1):13–26.

Irwin, SA, Ferris, FD. The opportunity for psychiatry in palliative care. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2008; 53:713–724.

Irwin, SA, Montross, LP, Bhat, RG, et al. Psychiatry resident education in palliative care: opportunities, desired training, and outcomes of a targeted educational intervention. *Psychosomatics*. 2011; 52:530–536.

Irwin, SA, Rao, S, Bower, KA, et al. Psychiatric issues in palliative care: Recognition of delirium in patients enrolled in hospice care. *Palliative and Supportive Care*. 2008; 6:159–164.

Jacobsen, JC, Zhang, B, Block, SD. Distinguishing Symptoms of Grief and Depression in a Cohort of Advanced Cancer Patients. *Death Stud*. 2010 March; 34(3):257–273.

Jaspers, KGeneral psychopathology. Transl. J. Hoenig and Mariam W. Hamilton. Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1997.

Kübler-Ross, ESobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

Kugaya, A, Akechi, T, Nakano, T, et al. Successful antidepressant treatment for five terminally ill cancer patients with major depression, suicidal ideation and a desire for death. *Support Care Cancer*. 1999; 7:432–436.

Leonard, M, Raju, B, Conroy, M, et al. Reversibility of delirium in terminally ill patients and predictors of mortality. *Palliat Med,*. 2008; 22:848–854.

Levene, I, Parker, M. Prevalence of depression in granted and refused requests for euthanasia and assisted-suicide: a systematic review. *J. Med. Ethics*. 2011; 37:205–211.

Lieberson, AD. Issues of concern when drafting a physician-assisted suicide statute. *Quinnipiac Health Law*. 1999; 2:149–166.

Loggers, ET, Starks, H, Shannon-Dudley, M, et al. Implementing a death with dignity program at a comprehensive cancer center. *NEJM*. 2013; 368(15):1417–1424.

Lyness, JM. End-of-life care: Issues relevant to the Geriatric Psychiatrist. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2004; 12:457–472.

Martens, PJ, Chochinov, HM, Prior, HJ. Where and how people with schizophrenia die: a population-based, matched cohort study in Manitoba, Canada. *J Clin Psychiatry*. 2013 Jun; 74(6):551–557.

Materstvedt, LJ, Clark, D, Ellershaw, J, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliative Medicine*. 2003; 17:97–101.

Matsumoto, DY. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA, Jr., eds. *Manual de cuidados paliativos ANCP. 2ª ed. ampl. e atual*. Porto Alegre: Sulina; 2012:23–30.

Meier, DR, Beresford, L. Growing the Interface between palliative medicine and psychiatry. *J Palliat Med*. 2010; 13(7):803–806.

Mitchell, AJ, Chan, M, Bhatti, H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*. 2011; 12:160–174.

Morita, T, Hirai, K, Sakaguchi, Y, et al. Family perceived distress from delirium-related symptoms of terminal ill cancer patients. *Psychossomatics*. 2004; 45:107–113.

Morita, T, Tei, Y, Tsunoda, J, et al. Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2001; 22:997–1006.

Ng, F, Crawford, GB, Chur-Hansen, A. Palliative medicine practitioners' views on the concept of depression in the palliative care setting. *J Palliat Med*. 2013 Aug; 16(8):922–928.

Ogawa, A, Nouno, J, Shirai, Y, et al. Availability of psychiatry consultation-liaison services as an integral componente of palliative care programs at japonese cancer hospitals. *Jpn J Clin Oncol*. 2012; 42(1):42–52.

Oregon Public Health Division. Oregon's death with dignity act – 2011. Disponível em: http://public.health.oregon.gov/providerpartnerresources/evaluationresearch/deathwithdignityact/pages/ar-index.aspx, 2011.

Petterson, K, Croom, AR, Teverovski, EG, et al, Current state of psychiatry involvement on palliative care consult services: results of a national survey. *J Pain Symptom Manage* 2013; . Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392413004016, 2013

Rietjens, JAC, van Delden, JJM, van der Heide, A, et al. Terminal sedation and eutanásia – a comparison of clinical practices. *Arch Intern Med*. 2006; 166:749–753.

Schuman-Olivier, Z, Brendel, DH, Forstein, M, et al. The use of palliative sedation for existencial distress: a psychiatry perspective. *Harv Rev Psychiatry*. 2008; 16(6):339–350.

Sharma, H, Jagdish, V, Anusha, P, et al. End-of-life: Indian perspective. *Indian Journal of Psychiatry*. 2013; 55(2):S293–S298.

Silveira, MJ, Kim, SYH, Langa, KM. Advanced Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making Before Death. *N Engl J Med,*. 2010; 362:1211–1218.

Tait, GR, Hodges, BD. End-of-Life Care Education for Psychiatric Residents: Attitudes, Preparedness, and Conceptualizations of Dignity. *Academic Psychiatry*. 2009; 33:451–456.

Vargas, NS. Abordagem do paciente terminal. A morte como símbolo de transformação. *Junguiana*. 1987; 5(5):63–68.

Voltz, R, Akabayashi, A, Reese, C, Ohi, G, Sass, HM. Endo-of-life decisions and advance directives in palliative care: A cross-cultural survey of patients and health-care professionals. *J Pain Sympt Manag*. 1998; 16(3):153–162.

World Health Organization, World Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care in the End of Life. January, 2014. Disponível em: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf, 2014. [Acesso em 5 de abril de 2014].

CAPÍTULO 20

Detecção de Mentira e Psicofisiologia Forense

Leonardo Augusto Negreiros Parente Capela Sampaio and Gustavo Bonini Castellana

INTRODUÇÃO

Mentira, de acordo com o dicionário Houaiss, é uma "afirmação contrária à verdade a fim de induzir a erro; qualquer coisa feita na intenção de enganar ou de transmitir falsa impressão; pensamento, opinião ou juízo falso; aquilo que é enganador, que ilude, que se aproxima da verdade ou é real apenas na aparência". De acordo com o antropólogo Ernest Becker, a capacidade de mentir é um dos alicerces da civilização.

A mentira não é, portanto, um fenômeno necessariamente psicopatológico. No entanto, determinados transtornos psiquiátricos cursam com a produção de dados falsos, e exigem do psiquiatra forense um adequado exame psicopatológico para o diagnóstico destas entidades nosológicas.

Além disso, no contexto pericial, o psiquiatra deparara-se frequentemente com tentativas de engodo por parte de sujeitos sadios que mentem com o objetivo de ganhos financeiros ou isenções de penalidades jurídicas.

A Psicofisiologia Forense é uma área que objetiva buscar evidências fisiológicas de que estes indivíduos não estão se atendo à verdade, podendo ajudar as autoridades que necessitam destes dados para cumprir suas funções legais.

Neste capítulo, serão apresentadas as principais situações nas quais a detecção de mentira se faz necessária e os recursos oferecidos pelas pesquisas em Psicofisiologia na detecção de mentiras.

Perspectiva Evolutiva da Omissão de Informações

A construção e a manutenção das relações nos grupos sociais são de extrema importância evolutiva. A transmissão de dados relacionados ao ambiente, fatos e eventos torna possível a organização de ações e condutas que tornam aquele agrupamento social mais eficiente frente às intempéries a que ele é exposto. Em primatas, as vocalizações associadas ao encontro de alimentos, por exemplo, estão presentes em diversas espécies como saguis (*Saguinusoedipus*, *Saguinuslabiatus*), macacos-aranha, chimpanzés, macacos-verdes e macacos rhesus. A emissão destes sinais sonoros não está relacionada somente ao fato de encontrar o alimento, mas a composição da audiência e o *status* social do animal no grupo.

Apesar de a vida em sociedade trazer vantagens evolutivas, pode haver o custo do

aumento da competitividade por recursos, especialmente em momentos de carência. Em experimento com macacos-prego (*Cebus apella*), Di Bitetti e Janson colocaram plataformas com bananas e observaram que a quantidade de alimento obtida pelo animal do grupo que as encontrava era maior quando sua posição hierárquica era mais alta. Os autores concluem que os organismos podem aumentar a quantidade de alimento consumido pelo animal que encontra a fonte, se ele mantiver distâncias maiores dos outros membros do grupo e evitar dar pistas sobre a presença de comida, como os sinais sonoros. Dispondo-se plataformas com três ou mais de 20 bananas, observa-se que a probabilidade da emissão de vocalizações relacionadas ao alimento é menor durante períodos de escassez e quando a plataforma contém pequena quantidade de alimento, o que reforça a hipótese de que os macacos-prego usam vocalizações de forma enganosa, dissimulando informações sobre a presença de recursos.

Sobre a Possibilidade de Relação entre o Comportamento de Mentir e a Existência de um Transtorno Mental

Em humanos, dar informações falsas ou omiti-las é um comportamento que merece ser analisado minuciosamente. Dentro de um tomo psiquiátrico, é necessário definir se o sujeito estrutura-se de forma compatível com o diagnóstico de algum transtorno mental. Este ponto é crucial, pois aponta para a importância da diferenciação entre um comportamento associado a uma doença e um comportamento motivado por interesses conscientes do indivíduo. Por um lado, os comportamentos são aprendidos durante a história de vida do sujeito.

Deste modo, a afirmação de que é necessário buscar uma área, lesão ou doença relacionada diretamente ao comportamento de mentir, torna-se falaciosa quando se pretende analisar cientificamente a questão. Mais útil é buscar, na história de exposição do sujeito ao ambiente, momentos em que ele emitiu esta resposta, observar em que contexto isto ocorreu e quais consequências se sucederam ao ato. Compreender a grande classe de comportamentos de mentir como uma doença não ajuda o investigador a empreender sua análise e reduz as possibilidades de previsão e intervenção. Contudo, o interesse aqui deixa de ser forense e se torna psicoterápico, com enfoque em padrões de comportamento danosos ao sujeito.

Por outro lado, os transtornos mentais podem estar relacionados ao ato de mentir. A sensação de desconfiança gerada pela possibilidade de o paciente estar simulando um quadro clínico frequentemente traz à relação com os profissionais de saúde um clima de desconforto. É mister retomar a questão fundamental: se estamos diante de um paciente psiquiátrico ou de uma pessoa sã. A errônea negligência de um quadro psiquiátrico pode levar ao ostracismo destes pacientes, sendo julgados como antiéticos ou merecedores de sanções sociais quando efetivamente devem ter salvaguardados seus direitos histórica e politicamente conquistados.

Elementos Relevantes à Análise dos Fenômenos de

Produção de Dados não Alinhados com a Realidade Compartilhada

Diante da complexidade da análise de comportamentos socialmente sancionáveis e sua relação com transtornos mentais, o enfoque científico faz-se mandatório. Deste modo, o vocábulo "mentira" não é carregado de qualquer juízo moral, mas faz referência simplesmente à descrição de uma classe de comportamentos caracterizados pelo fornecimento de informações falsas ou irreais. Como alguns dados podem não ser fornecidos, mas somente produzidos pelo próprio sujeito ou em seu corpo, optou-se aqui por também utilizar "produção" ou "fabricação", em consonância com os termos usados nos atuais manuais psiquiátricos. Visando esquivar-nos das difíceis questões ontológicas sobre realidade e verdade, optamos por inicialmente não falar em informações verdadeiras ou falsas, mas em *realidade subjetiva*, que se justifica pela própria experiência do indivíduo, e *realidade compartilhada*. Quando tratarmos de pessoas sem diagnóstico de transtorno mental, esta cautela deixa de ser necessária. Feitas estas ressalvas, além da definição sobre a existência de um transtorno psiquiátrico, precisamos analisar outros elementos para circunscrevermos adequadamente nosso foco de estudo.

O primeiro ponto a ser avaliado é se o sujeito que está fornecendo a informação tem adequada capacidade de julgar e diferenciar a realidade compartilhada de sua realidade subjetiva. O comprometimento do juízo de realidade torna o discurso do falante vinculado ao seu recorte de mundo subjetivo, sendo permeado por elementos como fantasia ou delírio. Assim, uma criança que fantasia ter recebido a visita do Papai Noel com seu trenó na noite de Natal, ou um psicótico que relata estar sendo perseguido por extraterrestres não são tratados socialmente como "mentirosos".

Outro ponto importante nesta diferenciação diz respeito à intencionalidade do ato. Enquanto sujeitos sadios mentem ou simulam de modo intencional, pacientes portadores de transtornos mentais, geralmente, o fazem com algum comprometimento de sua capacidade de se autodeterminar. Entre estes, dá-se o nome de *transtorno factício* à produção consciente de sinais ou sintomas com o objetivo primário de se colocar na condição de doente. Se esta fabricação de sintomas não for consciente, dar-se-á o nome de *transtorno conversivo ou dissociativo*. Há ainda transtornos que se caracterizam, essencialmente, pela produção de mentiras de forma compulsiva e extraordinária, como no caso da *mitomania* e da *pseudologia fantástica*.

Fornecimento de Informações Falsas por Sujeitos Sadios

Entre os sujeitos sãos, a produção intencional de sintomatologia médica é chamada de *simulação* e a motivação são ganhos secundários, como receber benefícios pecuniários, ausentar-se do trabalho ou esquivar-se do serviço militar. Se a produção de dados falsos não guardar relação com questões médicas, a comunidade verbal classifica esta resposta como *mentira*. Evidentemente, nada impede que um portador de transtorno mental venha a mentir ou a simular um quadro médico, ou que um sujeito sadio e simulador venha a apresentar um quadro factício, conversivo ou dissociativo, mas a análise deve ser feita em relação a um evento específico e não em relação a um sujeito

estático.

Uma das grandes tarefas do perito em Psiquiatria é diferenciar aqueles que estão verdadeiramente doentes dos que se encontram sadios e desejam de forma delituosa receber benefícios. Entre todas as especialidades médicas, talvez em Psiquiatria esta tarefa seja a mais difícil, em virtude da pouca disponibilidade de testes ou exames complementares que firmem o diagnóstico (ver Capítulo 21, Psicopatologia Forense).

A seguir, serão discutidos os principais recursos utilizados na detecção de mentiras e as possibilidades de utilização da Psicofisiologia na atuação da Psiquiatria Forense.

DETECÇÃO DE MENTIRAS

A tarefa de identificar mentiras não é fácil. Surpreendentemente, um estudo mostrou que grupos de psiquiatras, estudantes universitários e técnicos de polígrafo apresentam médias de acerto baixas. Somente agentes do serviço secreto apresentaram médias significativamente maiores que o acaso (64% contra 53%). Em um estudo em que oficiais de polícia foram requisitados a identificar verdades e mentiras de suspeitos em interrogatórios policiais gravados, a acurácia esteve relacionada à percepção de experiência em entrevistar suspeitos e o ato de mencionar pistas para detectar mentiras que se relacionassem à história do sujeito. Houve correlação negativa entre acurácia e sinais populares estereotipados, como evitação de olhar nos olhos e inquietação. Não houve relação significativa entre acurácia e confiança.

A constatação de padrões específicos que sejam característicos da mentira pode ser feita pela análise do conteúdo da fala (ACF), observação de comportamento (OC) ou aferição de parâmetros psicofisiológicos. A ACF pode ser feita pela análise de conteúdo baseada em critério (ACBC) ou monitoramento de realidade (MR). A técnica ACBC usa testes psicométricos, entrevistas semiestruturadas, técnicas de análise sistemática e julgamento clínico para diferenciar se o indivíduo vivenciou um fato ou o inventou. O MR parte da teoria de que as memórias do indivíduo que têm origem em sua experiência interna têm mais referências cognitivas e aquelas com origem externa são mais carregadas de informações sensoriais, contextuais, afetivas e semânticas.

A OC pode ser objetiva, subjetiva direta ou indireta. Aplica-se a OC objetiva por quantificação da frequência de emissão de sinais não verbais de mentiras, como tempo de fala, latência de respostas, pausas e movimentos das mãos. Na OC subjetiva direta, o indivíduo simplesmente recebe o comando para identificar a mentira, sem outra metodologia, mas sua precisão não difere significativamente do acaso. Já na OC subjetiva indireta, orienta-se o sujeito a observar com atenção elementos, como ambivalência, confiança e esforço para pensar, e seus resultados são melhores.

Apesar das limitações, em nosso país, estas técnicas poderiam ter importância especial, em virtude dos impedimentos relacionadas a interpretações divergentes do princípio do *nemo tenetur se detegere* (direito de não produzir provas contra si) na doutrina brasileira, como será discutido a seguir.

AS IMPLICAÇÕES DO *NEMO TENETUR SE DETEGERE*

NO BRASIL

O direito de não produzir provas contra si é classicamente descrito como o direito ao silêncio e se insere como um direito fundamental de primeira geração, ou seja, entre os direitos da liberdade, cujo titular é o indivíduo diante do Estado. No entanto, esta postura sofreu críticas dos que consideravam obtenção da verdade um elemento crucial no processo, como Jeremy Bentham, Bonneville Marsangy e Cesare Beccaria. O autor italiano negava a aplicação do princípio argumentando que "(…) aquele que, durante o interrogatório, insistir em não responder às perguntas feitas, merece pena fixada pelas leis, pena das mais graves entre as cominadas, para que os homens não faltem à necessidade do exemplo que devem ao público". Opiniões divergem sobre o tema na concepção, doutrina e nos elementos positivados na jurisprudência e nas constituições de diversos países. De acordo com Santos, "pode-se afirmar, com segurança, que inexiste unanimidade em torno de um suposto e absoluto direito de o réu mentir, em qualquer hipótese, sem que, em contrapartida, não lhe advenha qualquer tipo de admoestação". No Brasil, a postura mais aceita é resumida pelo relatório do ministro Celso de Mello:

> *O direito de permanecer em silêncio insere-se no alcance concreto da cláusula constitucional do devido processo legal. E nesse direito ao silêncio, inclui-se, até mesmo por implicitude, a prerrogativa processual de o acusado negar, ainda que falsamente, perante a autoridade policial ou judiciária, a prática da infração penal. (STF – 1ª Turma, HC nº 68929-9/SP, Rel. Min. Celso de Mello, j. em 22/10/1991, DJ de 28/8/1992, p. 13453 apud Santos 2010.)*

A fundamentação jurídica da aplicação de testes psicofisiológicos para a detecção de mentiras permanece, portanto, dúbia. No Brasil, em virtude da pujança da linha argumentativa que defende o direito ao silêncio e, até mesmo, à mentira, a obtenção de parâmetros corporais contra sua vontade fica impossibilitada. Quanto à possibilidade de aferir estes dados de forma consentida pelo acusado, a interpretação do texto de nossa Constituição pode ser outro impeditivo.

> *Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:*
> *III – a dignidade da pessoa humana;*
> *Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:*
> *II – ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;*
> *III – ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;*

Caso seja entendida como um método que venha a ferir a dignidade humana, ou como tratamento desumano ou degradante, não será possível a utilização da Psicofisiologia Forense no Brasil. Outra linha de pensamento que pode se colocar como entrave é a de que seria necessária uma lei específica para permitir sua utilização, apesar de também se impor o argumento contrário de que o sujeito não será obrigado a fazer ou deixar de fazer algo.

Ainda assim, há inestimável colaboração deste campo científico para a compreensão deste fenômeno. Portanto, discutiremos a partir daqui as principais ferramentas

disponíveis para a detecção de mentiras por meio da Psicofisiologia Forense.

PSICOFISIOLOGIA FORENSE

A Psicofisiologia Forense tem como objetivo detectar a ocultação de informações por meio da aferição de parâmetros fisiológicos do sujeito. Os principais métodos utilizados são o polígrafo, o eletroencefalograma (EEG) e a ressonância magnética funcional (RMf). Estas técnicas são mais amplamente conhecidas para outras finalidades, mas constituem as armas de que dispõe a Psicofisiologia Forense para auxiliar na detecção de mentiras ou memórias ocultas, como prefere a literatura mais parcimoniosa. A premissa básica é a de que o estado basal de contar a verdade é alterado para um modo de funcionamento que demanda maior esforço cognitivo quando o indivíduo precisa mentir. As alterações psicofisiológicas relacionadas a este novo estado podem ser aferidas, perifericamente, como sinais de excitação autonômica (alterações cardíacas, respiratórias e eletrocutâneas) ou diretamente do cérebro pela atividade elétrica ou medidas de neuroimagem funcional.

Polígrafo

As primeiras tentativas de detectar mentiras com a aferição de parâmetros fisiológicos datam de tempos históricos remotos. Na China de 1.000 a.C., os acusados de mentir eram submetidos a um teste onde deveriam colocar uma porção de arroz na boca e depois cuspir. Se o grão voltasse seco, a pessoa era considerada culpada, o que lembra a ativação autonômica aferida pelos sensores modernos. Historiadores da Grécia antiga contam a história do médico e anatomista Erasístrato (300-250 a.C.), que foi chamado para avaliar o filho de Nicator, um ex-general do exército de Alexandre, o Grande. Antíoco começara a perder peso e perecia de uma doença desconhecida. Sabendo da suspeita de que o rapaz haveria desenvolvido uma paixão consumptiva por Estratonice, sua madrasta, o médico procedeu a seu diagnóstico. Conversando com Antíoco sobre as virtudes da moça, tomou-lhe o pulso e, observando o ritmo tumultuoso, informou ao monarca que seu filho estava perdidamente apaixonado por sua esposa.

Foi somente a partir de meados do século XX, no entanto, que o aperfeiçoamento tecnológico permitiu a aferição mais objetiva e controlada de parâmetros fisiológicos. Com estes instrumentos em mãos, diversos cientistas pesquisaram a detecção de mentiras pelo monitoramento psicofisiológico, tendo seus achados compilados por Lombroso em sua obra *La perizia psichiatrico-legale*. Posteriormente, foi publicado um corpo de trabalhos com progressivo aumento da consistência metodológica em relação aos equipamentos empregados, como os de Benussi, com a razão inspiração/expiração; de Burtt, com respiração e pressão sistólica; e de Marston[1], com pressão arterial. Em 1921, eles foram reunidos por John Augustus Larson em um aparelho portátil que reunia diferentes formas de aferição fisiológica, o polígrafo. Larson publicou trabalhos sobre o tema da detecção poligráfica de mentiras e usou o equipamento de forma extensiva, inclusive para fins de investigação forense.

Atualmente, a Associação Americana de Poligrafia recomenda a testagem com

medição de parâmetros respiratórios, pressão sanguínea (ou outro parâmetro para avaliar atividade cardiovascular) e condutância da pele. Mais instrumentos podem ser usados para aferição de outros tipos de atividade, como um pletismógrafo, para avaliação do volume de pulso sanguíneo (*blood volume pulse* – BVP), ou um eletromiógrafo, para monitoramento de movimentação do examinado. O racional empregado é de que a situação de teste comportamental à qual o acusado será submetido irá eliciar respostas autonômicas que serão detectadas pelos equipamentos e permitir a detecção da mentira.

O sujeito permanece sentado em repouso e os sensores são instalados em seu corpo. Durante o teste, o sinal captado pelos diferentes sensores é enviado a um computador e traduzido em dados e gráficos. A frequência e a amplitude da respiração são medidas por bandas elásticas posicionadas no tórax e no abdome do sujeito; a pressão arterial é monitorada com um *cuff* instalado no antebraço; a condutância da pele[2] é aferida com sensores metálicos instalados, habitualmente, nos dedos ou nas palmas das mãos. Em sujeitos que estão mentindo, usualmente, observa-se aumento da condutância da pele, desaceleração da frequência cardíaca e pausas respiratórias.

Alguns testes e protocolos são usados como paradigmas no ambiente de pesquisa para determinar a acurácia dos diferentes métodos que se destinam a este fim e, na prática, para obtenção de informações relevantes. Eles visam colocar o sujeito em situações em que o comportamento de mentir pode ter suas alterações fisiológicas medidas pelo examinador. Os quatro testes classicamente descritos na literatura de poligrafia são: (a) técnica relevante-irrelevante; (b) teste da pergunta de controle; (c) teste da mentira direcionada; e (d) teste da informação oculta.

A técnica relevante-irrelevante (TRI) foi desenvolvida por Larson, em 1932, o cientista que reuniu diferentes aparelhos de medição psicofisiológica para criar o polígrafo. Perguntas relevantes, as que têm relação com o crime, como "Você roubou aquele dinheiro?", e perguntas irrelevantes, como "Hoje é terça-feira?", estariam relacionadas a respostas fisiológicas mais brandas. No entanto, o próprio Larson admitiu a limitação da técnica, já que mesmo sujeitos que estão falando a verdade apresentarão respostas psicofisiológicas maiores às perguntas relevantes.

O teste da pergunta de controle ou teste da pergunta de comparação (TPC) usa perguntas relevantes, que tem relação com o crime, e perguntas de controle, que são construídas pelo examinador com o objetivo de eliciar resposta de excitação autonômica no examinado. Para comparar as duas respostas, são feitas questões em que o examinado provavelmente precisará mentir (por ser informado pelo examinador que uma pessoa com determinado perfil de respostas provavelmente haveria cometido o delito) ou se sentirá constrangido. O racional é que suspeitos inocentes apresentarão respostas mais exacerbadas às perguntas de controle e respostas menores às perguntas relevantes, quando estarão dizendo a verdade. Em indivíduos que estão mentindo, o padrão seria o oposto.

Um dos problemas do teste da pergunta de controle é que as perguntas para as quais o sujeito provavelmente precisará mentir não são padronizadas. Deste modo, perguntar "Você já agrediu alguém com o objetivo de vingar-se?", após ser informado de que este perfil é o de um criminoso, pode evocar respostas psicofisiológicas

bastante diferentes, inclusive acompanhadas da resposta verbal “sim”, o que perverteria o objetivo inicial da pergunta. O teste da mentira direcionada (TMD) visa solucionar este problema padronizando as questões feitas. Nele, o sujeito é orientado, por exemplo, a pensar em situações em que mentiu e responder “não” ao questionamento “Nos primeiros 27 anos de sua vida, você já contou alguma mentira?”. Há, portanto, a certeza de que a comparação com as perguntas relevantes será efetiva.

No entanto, tanto no TPC quanto no TMD, o problema da ativação autonômica relacionada às perguntas relevantes ainda existe. Outro problema é que, no TPC, o examinador ativamente induz o examinando a mentir, o que é considerado antiético em alguns países, e efetivamente não tem certeza se conseguiu. Em ambos os testes, o medo de não ser acreditado também pode intensificar a resposta psicofisiológica de suspeitos inocentes.

O teste da informação oculta (TIO) ou teste do conhecimento culpado (TCC) foi descrito por Lykken, em 1959, e objetiva resolver os problemas dos outros protocolos. Nele, a exacerbação da resposta fisiológica é observada no momento em que o sujeito reconhece informações de que previamente tem conhecimento. Ao ser interrogado, um sujeito que assassinou alguém a facadas pode ser submetido à exposição serial de alguns objetos, como uma pistola, um pedaço de madeira, uma corda e a arma do crime, e ser questionado sobre o reconhecimento desses objetos. O racional é de que o tônus psicofisiológico será mais intenso no momento em que o suspeito vir um elemento conhecido. O problema é se o indivíduo reconhecer a arma, mas não houver cometido o crime. A principal dificuldade do teste, portanto, é o vazamento de informações das investigações policiais. Quão mais específicas forem as questões, maior a probabilidade de somente o culpado deter a informação, porém também maior será a chance de ele não saber ou a haver esquecido, especialmente se for longo o tempo entre o crime e a perícia. Questões amplas minimizam este problema, mas aumentam a possibilidade de indivíduos inocentes também terem conhecimento delas.

A acurácia da testagem poligráfica habitualmente é medida usando-se os protocolos TPC e TIO, visto que são os mais aceitos e difundidos entre os que estudam o tema. O Office of Technology Assessment (OTA), vinculado ao Congresso Americano, apresentou uma revisão sobre testes com polígrafo, composta de 10 estudos. Em relação aos sujeitos culpados, atribuições corretas foram feitas em 83% a 89% dos casos, enquanto, em 10% a 17% das vezes, os culpados foram classificados como inocentes. Os estudos com inocentes são menos consistentes. Dependendo da revisão, 53% a 78% foram corretamente identificados e 11% a 47% foram erroneamente classificados. Estudos de campo abordando a acurácia do TIO são escassos, mas mostram bons resultados na detecção de inocentes, 94% e 98%, e cifras ruins na detecção de culpados, oscilando entre 42% a 76% ou 65% a 76%, dependendo da referência. A testagem laboratorial também apresenta resultados melhores na detecção de inocentes. Sumarizando três revisões sobre o tema, Vrij e colaboradores encontraram acurácia de 96% na detecção de inocentes e 82% na detecção de culpados.

Eletroencefalografia

Os estudos com eletroencefalografia, habitualmente, usam o paradigma *oddball*, no qual o sujeito é exposto a estímulos de sondagem (*probes*), que contêm as informações ocultas; irrelevantes, não relacionados ao crime; e estímulos-alvo (*targets*), que são irrelevantes em seu conteúdo, mas garantem que o suspeito está prestando atenção, já que ele deve apertar um botão indicando que o percebeu. O racional é que, caso o indivíduo seja exposto a uma informação de que tem conhecimento, o eletroencefalograma (EEG) captará, especialmente nas derivações parietais, uma deflexão positiva em torno de 300 m/s após o estímulo. Chamou-se este componente de P300, sendo posteriormente denominado P3b.

O teste da informação oculta, usando o P300, é o principal teste da literatura de detecção de mentiras por EEG; mas modificações, como o TIO com P900, o Complex Trial Protocol com P300 e o teste Stroop, após o TIO com P300 e N200, vem sendo descritas para aperfeiçoar a técnica. A acurácia da técnica em detectar informações ocultas em sujeitos individuais varia entre os estudos em torno de 90% ou 85% a 95%.

Ressonância Magnética Funcional

A ressonância magnética funcional (RMf) mede o efeito BOLD (Blood Oxygenation Level Dependent factors). Refere-se, resumidamente, à quantidade de oxigênio presente no sangue, constituindo a resposta hemodinâmica ao aumento da atividade neuronal. Há evidências de que certas áreas cerebrais, como as regiões do córtex pré-frontal dorsolateral e ventromedial e do córtex cingulado anterior, são recrutadas para inibir o comportamento de dar a resposta verdadeira. Christ e colaboradores realizaram uma metanálise para identificar regiões cerebrais relacionadas à mentira e a compararam com mapas gerados para diferentes aspectos do controle executivo. Regiões relacionadas ao comportamento de mentir no córtex pré-frontal dorsolateral e parietal posterior estavam relacionadas seletivamente à memória de trabalho (*working memory*), enquanto áreas no córtex pré-frontal ventromedial, ínsula anterior e córtex cingulado anterior estavam associadas a vários aspectos do controle executivo. Pode também haver ativação dos córtices medial superior e pré-frontal inferolateral.

O teste da informação oculta com RMf chega a apresentar acurácia na detecção de mentiras de 100%. Em outro estudo, as mentiras foram distinguidas das verdades com acurácia de 78%, com habilidade preditiva, expressa como área sob a curva ROC, de 85%. No entanto, as evidências são parcas e exclusivas ao ambiente laboratorial, sendo necessária parcimônia antes de se tomar conclusões em relação à aplicabilidade da técnica no mundo real.

Repercussões do Uso da Psicofisiologia Forense no Mundo

Diversos são os usos da aferição de parâmetros psicofisiológicos na determinação da veracidade de informações. Nos Estados Unidos, a prática é bastante difundida entre empresas privadas, conhecida por indivíduos particulares e usada por órgãos governamentais. Ela é usada por seguradoras para verificar versões de fatos contadas

pelos segurados; por advogados de defesa, para checar a veracidade das histórias de seus clientes; em varas de família, para elucidar acusações de maus-tratos e para obtenção de guarda dos filhos; pela polícia, para checar acusações de vítimas; por agências do governo, para proteção de fronteiras; e mesmo em competições de pesca, para verificar se os vencedores de fato pescaram o maior peixe ou se ele foi comprado em um supermercado local.

Uma iniciativa política nos Estados Unidos aprovou, em 1988, o EPPA – The Employee Polygraph Protection Act [Ato de Proteção do Funcionário ao Polígrafo]. A lei visa salvaguardar direitos dos empregados, eliminando o uso do polígrafo para verificar o bom comportamento dos funcionários e checar a veracidade das informações fornecidas na entrevista de emprego. O governo norte-americano, no entanto, se excluiu da aplicabilidade da norma. Mais de 12 órgãos federais norte-americanos usam rotineiramente os testes com polígrafo, incluindo a Central Intelligence Agency – CIA, o Federal Bureau of Investigation – FBI, a National Security Agency – NSA, o National Center for Credibility Assessment – NCCA, o Exército e a Força Aérea. Há também disponíveis programas de formação em detecção de mentiras, como o do NCCA, que tem programas de mestrado em Psicologia Forense, detecção psicofisiológica de mentiras (PDD – Psychophysiological Detection of Deception) e educação continuada.

A confiança nos resultados da Psicofiologia Forense chegou às cortes,[3] em casos como o de Latine Davidson, acusada de matar os dois filhos afogados em 1983, no estado de Indiana. A promotoria não conseguiu condenar Latine à morte, sendo ela sentenciada a 120 anos de reclusão. Em 1990, após um acordo com a promotoria, a acusada foi submetida ao teste com polígrafo com o intuito de rever sua pena, o que, no entanto, culminou em sua condenação imediata.

Na Índia, o caso de Aditi Sharma chamou atenção internacional, em 2008, pois a corte foi a primeira a admitir uma técnica de detecção de mentiras baseada em aferição de parâmetros cerebrais como prova. A moça de 24 anos deixou seu noivo em Pune e fugiu para Delhi com outro rapaz. Aditi foi acusada de, ao retornar à sua cidade, chamar seu noivo para uma refeição em um *fast-food* e envenená-lo com arsênico na comida. Na Índia, os sujeitos só são submetidos a provas de detecção de mentiras com seu consentimento, mas os investigadores forenses dizem que alguns sujeitos aceitam os testes por assumir que poderão evitar um interrogatório policial agressivo. A acusada foi submetida a um teste baseado em EEG, o BEOS (The Brain Electrical Oscillations Signature test), desenvolvido pelo indiano Champadi Raman Mukundan, sendo condenada à prisão perpétua.

Diante de argumentos científicos e bioéticos, é melhor ter cautela em relação a estes testes, visto que várias empresas[4] já estavam comercializando tecnologias de detecção de mentiras baseadas na aferição de parâmetros cerebrais (*neuroscience-based*). As críticas remontam às taxas de erro dos testes e a questões técnicas, como a relação sinal-ruído (intensidade do sinal que se deseja aferir contra o fundo de "ruídos" elétricos cerebrais habituais), que tornaria necessária a realização de vários ensaios antes que qualquer conclusão pudesse ser tomada. Para Appelbaum, não há dados suficientes de acurácia que suportem o uso forense da detecção de mentiras por EEG

ou RMf.

CONCLUSÃO

Comportamentos como mentir e simular merecem atenção desde a sua definição. Um ponto crucial a ser avaliado em relação ao indivíduo que fabrica dados ou fornece informações não alinhadas com a realidade compartilhada por outras pessoas é se ele tem juízo de realidade íntegro e maduro e se tem diagnóstico de um transtorno mental. Quadros psiquiátricos em que se produzem doenças estão na linha dos *transtornos factícios* ou *conversivos-dissociativos*, em que o indivíduo, respectivamente, tem ou não consciência de fabricar os sintomas. A comunidade psiquiátrica reserva o termo *simulação* ao comportamento de voluntariamente forjar a existência de um transtorno e, de modo geral, nomeia-se *mentira* o ato de fornecer informações falsas ou irreais.

A detecção de mentiras pode ser feita pela análise de padrões de fala, de comportamento ou pela aferição de parâmetros fisiológicos, como a atividade elétrica cortical (no EEG), o efeito BOLD (na RMf) ou um conjunto simultâneo de pressão arterial, condutância da pele e padrões respiratórios (no polígrafo). A acurácia destes métodos de detecção varia bastante entre os estudos, e os pesquisadores têm opiniões divergentes em relação ao seu uso laboratorial ou forense. Países como os Estados Unidos e a Índia são exemplos onde a Psicofisiologia Forense vem tendo uso real com impacto mesmo em decisões judiciais. No Brasil, a interpretação doutrinária do princípio *nemotenetur se detegere* e dos arts. 1º e 5º da Constituição Federal pode constituir uma limitação à utilização de métodos de detecção de mentiras; por isso, estes métodos não têm sido utilizados em avaliações psiquiátricas forenses até o momento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Polygraph Association (APA). Frequently asked questions. Última atualização em: 2010. Acesso em: 2 de fevereiro de 2014. Disponível em: <http://www.polygraph.org/section/resources/frequently-asked-questions>, 2014.

Ansley, N. Question formulation. *Polygraph*. 2009; 38(1):50–56.

Appelbaum, PS. Law & psychiatry: The new lie detectors: neuroscience, deception, and the courts. *Psychiatr Serv*. 2007 Apr; 58(4):460–462.

Baertschi, B. Neuroimaging in the Courts of Law. *Journal of Applied Ethics and Philosophy*. 2011; 3:9–16.

Belenguer-Prieto, R, Morales-Espinoza, EM, Martín-González, RM, Brito-Zerón, P, Pastor-Oliver, JF, Kostov, B, Buss, D, Gómez-Gálvez, C, Salazar-Cifre, A, Sisó-Almirall, A. Specificity and sensitivity of objective tests to detect possible malingering in fibromyalgia: a case-control study in 211 Spanish patients. *ClinExpRheumatol*. 2013 Nov-Dec; 31(6 Suppl 79):86–93.

Ben-Shakhar, G, Bar-Hillel, M, Kremnitzer, M. Trial by polygraph: Reconsidering the use of the Guilty Knowledge Technique in court. *Law and Human Behaviour*. 2002; 26:527–541.

Bourg, S, Connor, EJ, Landis, EE. The impact of expertise and sufficient information on psychologists' ability to detect

malingering. *Behav Sci Law*. 1995 Autumn; 13(4):505–515.

BrasilConstituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

Bunn, GC. The lie detector, Wonder Woman and liberty: the life and work of William Moulton Marston. *History of the Human Sciences*. 1997; 10:91.

Cephos. The Science Behind the Truth. 2014. Acesso em: 7 de fevereiro de 2014. Disponível em: <http://cephosdna.com/>, 2014.

Christ, SE, Van Essen, DC, Watson, JM, Brubaker, LE, McDermott, KB. The contributions of prefrontal cortex and executive control to deception: evidence from activation likelihood estimation meta-analysis. Cereb. *Cortex*. 2009; 19:1557–1566.

Clay, Z, Smith CL and Blumstein, DT. Food-associated vocalizations in mammals and birds: what do these calls really mean? *Animal Behaviour*. 2012; 83(2):323–330.

Davidson v. State, 558 N.E. 2d 1077, 1081-1082 (Ind. 1990). In: Appeal from the Clark Circuit Court, The Honorable Daniel E. Moore, Judge. Cause No. 10C01-0401-PC-001, in the Court of Appeals of Indiana, July 24, 2012. Acesso em: 7 de fevereiro de 2014. Disponível em: <http://www.in.gov/judiciary/opinions/pdf/07241201lmb.pdf>, 2014.

Di Bitetti, MS, Janson C, H. Social foraging and the finder's share in capuchin monkeys, Cebusapella. *Animal Behaviour*. 2001; 62:47–56.

Di Bitetti, MS. Food-associated calls and audience effects in tufted capuchin monkeys, Cebusapellanigritus. *Animal Behaviour*. 2005; 69:911–919.

Duque, C. Simulação. In: Taborda JGV, Chalub M, Jr., eds. *Abdalla-Filho E. Psiquiatria Forense*. Porto Alegre: Artmed; 2004:93–104.

Ganis, G, Rosenfeld, JP, Meixner, J, Kievit, RA, Schendan, HE. Lying in the scanner: covert countermeasures disrupt deception detection by functional magnetic resonanceimaging. *Neuroimage*. 2011 Mar 1; 55(1):312–319.

Giridharadas, A. India's novel use of brain scans in courts is debated. In: New York Times – Asia Pacific, September 14, 2008. Acesso em: 7 de fevereiro de 2014. Disponível em: <http://www.nytimes.com/2008/09/15/world/asia/15brainscan.html?pagewanted=all&_r=0>, 2014.

Gros-Louis, J. The function of food-associated calls in white faced capuchin monkeys, Cebuscapucinus, from the perspective of the signaller. *Animal Behaviour*. 2004; 67:431–440.

Hauser MD and Marler, P. Food-associated calls in rhesus macaques (Macacamulatta): II. Costs and benefits of call production and suppression. *Behavioral Ecology*. 1993; 4:206–212.

Honório FF. Precisão na detecção de mentiras: investigação sobre o efeito da detecção indireta. 2012. IX, 61 f., il. Dissertação (Mestrado em Ciências do Comportamento). Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

Howard, K. What federal applicants should know about polygraph tests. In: Federal News Radio, 12 Nov 2012. Acesso em: 29 de janeiro de 2014. Disponível em: <http://www.federalnewsradio.com/490/3152677/What-federal-applicants-should-know-about-polygraph-tests>, 2014.

Hu, X, Pornpattananangkul, N, Rosenfeld, JP. N200 and P300 as orthogonal and integrable indicators of distinct awareness and recognition processes in memory detection. *Psychophysiology*. 2013 May; 50(5):454–464.

Iacono, WG, Patrick, CJ, Polygraph ("Lie Detector") Testing: The State of the ArtWeiner IB, Hess AK, Jr., eds. The handbook of forensic psychology. 2nd ed. John Wiley & Sons, Inc., , 1999:440–473

Ito, A, Abe, N, Fujii, T, Hayashi, A, Ueno, A, Mugikura, S, Takahashi, S, Mori, E. The contribution of the dorsolateral prefrontal cortex to the preparation for deception and truth-telling. *Brain Res.* 2012 Jun 29; 1464:43–1452.

Kozel, FA, Johnson, KA, Mu, Q, et al. Detecting deception using functional magnetic resonance imaging. *Biol Psychiatry*. 2005; 58:605–613.

Krapohl, DJ, McCloughan, JB, Senter, SM. How to use the concealed information test. *Polygraph*. 35(3), 2006.

Langleben, DD, Loughead, JW, Bilker, WB, Ruparel, K, Childress, AR, Busch, SI, Gur, RC. Telling truth from lie in individual subjects with fast event-related fMRI. *Hum Brain Mapp*. 2005 Dec; 26(4):262–272.

Lykken, DT. The GSR in the detection of guilt. *Journal of Applied Psychology*. 1959; 43:385–388.

Mann, S, Vrij, A, Bull, R. Detecting true lies: police officers' ability to detect suspects' lies. *J Appl Psychol*. 2004 Feb; 89(1):137–149.

McCarthy-Jones, S, Resnick, PJ. Listening to voices: The use of phenomenology to differentiate malingered from genuine auditory verbal hallucinations. *Int J Law Psychiatry*. , 2013 Nov 20.

Meixner, JB, abkovsky, E, Rosenfeld, JP, Winograd, M, Sokolovsky, A, Weishaar, J, Ullmann, T. P900: a putative novel ERP component that indexes counter measure use in the P300-based concealed information test. *Appl Psychophysiology Biofeedback*. 2013 Jun; 38(2):121–132.

Meixner, JB, Rosenfeld, JP. Countermeasure mechanisms in a P300-based concealed information test. *Psychophysiology*. 2010 Jan 1; 47(1):57–65.

National Center for Credibility Assessment (NCCA). Educationcatalog. Última atualização em: 20 de novembro de 2013. Acesso em: 29 de janeiro de 2014. Disponível em: <http://www.ncca.mil/docs/Education_Catalog.pdf>, 2014.

National Center for Credibility Assessment (NCCA). The Origin and Evolution of NCCA. Última atualização em: 20 de novembro de 2013. Acesso em: 29 de janeiro de 2014. Disponível em: <http://www.ncca.mil/history.htm>, 2014.

Nature Neuroscience Editorial. Deceiving the law. *Nat Neurosci*. 2008 Nov; 11(11):1231.

No Lie MRI (2006). Acesso em: 7 de fevedreiro de 2014. Disponível em: <http://www.noliemri.com/>, 2006.

Patrick, CJ, Iacono, WG. A comparison of field and laboratory polygraphs in the detection of deception. *Psychophysiology*. 1991 Nov; 28(6):632–638.

Pollick, AS, Gouzoules, H, De Waal, FBM. Audience effects on food calls in captive brown capuchin monkeys, Cebusapella. *Anim Behav*. 2005; 70:1273–1281.

Queijo, MEO direito de não produzir prova contra si mesmo (o princípio nemo tenetur se detegere e suas decorrências no processo penal). São Paulo: Saraiva, 2003.

Quinn, CA. Detection of malingering in assessment of adult ADHD. *Arch ClinNeuropsychol*. 2003 May; 18(4):379–395.

Resnick PJ. The assessment of malingering and deception. WPA Thematic Conference on Legal and Forensic Psychiatry, Madrid, 2000.

Rosenfeld, JP, Hu, X, Labkovsky, E, Meixner, J, Winograd, MR. Review of recent studies and issues regarding the P300-based complex trial protocol for detection of concealed information. *Int J Psychophysiol*. 2013 Nov; 90(2):118–134.

Rosenfeld, JP, Soskins, M, Bosh, G, Ryan, A. Simple, effective countermeasures to P300-based tests of detection of concealed information. *Psychophysiology*. 2004 Mar; 41(2):205–219.

Roush, RS, Snowdon, CT. The effects of social status on food-associated calling behaviour in captive cotton-top tamarins. *Animal Behaviour*. 1999; 58:1299–1305.

Santos, MRPMC. Princípio nemo tenetur se detegere e os limites a um suposto direito de mentir. Revista Acadêmica da Escola Superior do Ministério Público do Ceará. Fortaleza, ano 2, n. 1, jan/jun. 2010. Acesso em: 7 de fevereiro de 2014. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/esmp/publicacoes/ed12010/artigos/3Prnicipiopionemotenetur.pdf>, 2010.

Skinner BF. New York/London: Free Press/Collier MacMillan. [Publicado originalmente em 1953.]

Skinner, BF. About behaviorism. New York: Alfred A. Knopf, 1974; .

Skinner BF. Beyond freedom and dignity. Indianapolis: Hackett, 2002. [Trabalho original publicado em 1971.]

Slocombe, KE, Kaller, T, Turman, L, Townsend, SW, Papworth, S, Squibbs, P, et al. Production of food-associated calls in wild male chimpanzees is dependent on the composition of the audience. *Behavioral Ecology and Sociobiology*. 2010 Dec; 64(12):1959–1966.

Smith, GP, Burger, GK. Detection of malingering: validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *J Am Acad Psychiatry Law*. 1997; 25(2):183–189.

Spence, SA, Hunter, MD, Farrow, TFD, et al. A cognitive neurobiological account of deception: evidence from functional neuroimaging. *Phil Trans R Soc Lond B*. 2004; 359:1755–1762.

Suzuki, R, Nakayama, M, Furedy, JJ. Specific and reactive sensitivities of skin resistance response and respiratory apnea in a Japanese Concealed Information Test (CIT) of Criminal Guilt. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*. 2004; 36(3):202–209.

Tearnan, BH, Ross, SA. The development and classification accuracy of the life assessment questionnaire in the detection of pain-related malingering. *Behav Sci Law*. 2012 Jul-Aug; 30(4):516–536.

The British Psychological Society. A review of the current scientific status and fields of application of Polygraphic Deception Detection. Final report (6 October 2004) from the BPS Working Party. Acesso em: 18 de janeiro de 2014. Disponível em: <http://www.bps.org.uk/sites/default/files/documents/polygraphic_deception_detection_-_a_review_of_the_current_scientific_status_and_fields_of_application.pdf>.

Trovillo, PV. History of Lie Detection, 29. *Am. Inst. Crim. L. & Criminology*. 848, 1939.

Verschuere, B, Crombez, G, De Clercq, A, Koster, EH. Autonomic and behavioral responding to concealed information: differentiating orienting and defensive responses. *Psychophysiology*. 2004 May; 41(3):461–466.

Visu-Petra, G, Varga, M, Miclea, M, Visu-Petra, L. When interference helps: increasing executive load to facilitate deception detection in the concealed information test. *Front Psychol*. 2013 Mar 28; 4:146.

Vrij, ADetecting lies and deceit: The psychology of lying and the implications for professional practice. Chichester: Wiley, 2000.

Waal, FBM, Luttrell LM and Canfield, ME. Preliminary data on voluntary food sharing in brown capuchin monkeys. *Am. J. Primatol*. 1993; 29:73–78.

Westergaard G, C, Haynie, MK, Lundquist, AL, Suomi, SJ. Carrying, sharing, and hand preference in tufted capuchins (Cebusapella). *Int. J. Primatol*. 1999; 20:153–162.

Westergaard, GC, Kuhn, HE, Babitz MA and Suomi, SJ. Aimed throwing as a means of food transfer between tufted capuchins (Cebusapella). *Int. J. Primat*. 1998; 19:123–131.

[1]William Moulton Marston foi, também, o criador do personagem Mulher-Maravilha, que envolvia vilões com seu Laço da Verdade e assim os impedia de mentir.

[2]Também chamada de resposta galvânica da pele ou resposta eletrocutânea. Representa a facilidade com que uma corrente elétrica passa pela pele e é diretamente proporcional à sudorese do sujeito, ativada pela resposta autonômica simpática.

[3]Para uma relação mais completa de casos onde cortes norte-americanas usaram o polígrafo como prova, c.f. APA (2010).

[4]C.f. No Lie MRI (2006), Cephos (2014).

SEÇÃO III
INTERFACES CLÍNICAS

OUTLINE

Capítulo 21: Psicopatologia Forense

Capítulo 22: Neuropsicologia Forense

Capítulo 23: Transtornos do Humor

Capítulo 24: Esquizofrenia

Capítulo 25: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias

Capítulo 26: Transtornos da Infância e da Adolescência

Capítulo 27: Transtornos de Personalidade

Capítulo 28: Transtornos Sexuais

Capítulo 29: Transtornos do Sono

Capítulo 30: Epilepsia e Crises não Epilépticas Psicogênicas

Capítulo 31: Transtornos do Impulso

Capítulo 32: Transtornos do Envelhecimento e Demências

Capítulo 33: Transtornos Decorrentes da Gestação e Puerpério

Capítulo 34: Transtornos Ansiosos

Capítulo 35: Transtornos Alimentares

Capítulo 36: Tiques e Síndrome de Tourette

Capítulo 37: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

CAPÍTULO 21

Psicopatologia Forense

Gustavo Bonini Castellana, Victor Bigelli de Carvalho and Daniel Martins de Barros

INTRODUÇÃO

A psicopatologia é o estudo dos fenômenos (sinais e sintomas) que juntos expressam a normalidade ou a anormalidade (saúde ou doença) das funções psíquicas. Ainda que a noção de normalidade seja definida de modos diferentes de acordo com o referencial epistemológico, e esteja sob a influência dos valores e da cultura de cada sociedade, os psiquiatras assumem consensos com o objetivo de orientar sua conduta no dia a dia.

No contexto forense, a psicopatologia tem como objetivo nortear o perito a fim de responder à pergunta fundamental de qualquer perícia em psiquiatria: há relação entre o possível transtorno mental do sujeito e o ato jurídico em questão?

Para tanto, há que se estabelecer, a princípio, se o sujeito apresenta comportamento condizente com o diagnóstico de algum transtorno mental para, em seguida, estabelecer as relações de causalidade entre o transtorno e o ato em questão.

Dessa maneira, é fundamental que o exame psicopatológico realizado pelo perito esteja amparado pelo conhecimento das manifestações patológicas do comportamento humano e, ao mesmo tempo, pela capacidade de crítica quanto às possíveis variações normais de comportamento de um sujeito inserido em uma determinada cultura.

Vale notar, ainda, uma especificidade com relação ao método dessa avaliação: diferente do que ocorre nas demais especialidades médicas, nas quais entrevista e exame são realizados em dois momentos distintos, na psiquiatria esses dois elementos são realizados ao mesmo tempo: ou seja, à medida que entrevista o sujeito o psiquiatra estará observando seu comportamento e o modo como responde à entrevista. Portanto, entrevista e exame psíquico, ainda que descritos separadamente, serão abordados, na maior parte, de modo simultâneo pelo entrevistador. Tal característica torna o exame psicopatológico bastante complexo e exige do entrevistador treinamento e experiência, além da capacidade de traduzir suas observações para o laudo de maneira clara e elucidativa.

A seguir, abordaremos o exame psicopatológico contextualizando-o com as principais questões forenses. Ao final, abordaremos ainda as características que distinguem os fenômenos psicopatológicos da Simulação, tema fundamental em qualquer avaliação psiquiátrica-forense.

O EXAME PSICOPATOLÓGICO

Conforme já detalhado no capítulo sobre a entrevista e o laudo pericial, o exame

psicopatológico será o "coração" do laudo pericial. Trata-se do elemento que provê vitalidade e coesão à argumentação desenvolvida pelo perito ao apresentar suas conclusões à autoridade requisitante.

O exame psicopatológico é fundamentado na psicopatologia descritiva ou compreensiva.

A psicopatologia descritiva ou compreensiva, tem como método a avaliação empática da experiência vivenciada pelo sujeito associada à observação de seu comportamento. Não tem como objetivo, portanto, explicar o comportamento por meio de conjecturas neurológicas ou psicológicas, mas sim compreender o estado vivenciado pelo sujeito, pretendendo estabelecer se o funcionamento do indivíduo é compatível com o diagnóstico de algum transtorno mental.

À psicopatologia compreensiva compete, portanto, apresentar, de maneira viva, analisar nas suas relações de parentesco, delimitar, distinguir da maneira mais precisa possível e designar com termos fixos os estados psíquicos que os pacientes realmente vivenciam.

Desse modo, o exame psicopatológico com finalidade forense deve se ater à compreensão dos fenômenos psíquicos apresentados, tendo como objetivo a avaliação das experiências vivenciadas pelo periciado indicando a presença ou a ausência de um diagnóstico psicopatológico. O perito deverá evitar a explicação por meio de teorias, organicistas ou psicológicas, sobre a origem do transtorno mental avaliado, pois elas poderão confundir a autoridade requisitante sem esclarecer sua relação com o ato jurídico em questão.

O exame psicopatológico será o principal recurso para estabelecer a presença de um transtorno mental e, na presença deste, suas relações com o ato jurídico em questão. Nesse caso, deverá prover elementos para responder se, diante da presença de um transtorno mental, o periciando apresenta prejuízo do discernimento para o exercício de sua capacidade civil, ou se apresentou prejuízo da autodeterminação ou entendimento em avaliações criminais, ou se as vivências laborais podem guardar nexo com a doença e assim por diante.

Antes de adentrarmos no campo psicopatológico propriamente dito, algumas notas são fundamentais desde já: em primeiro lugar, diante da ausência de transtorno mental, o perito psiquiatra nada tem a dizer sobre a capacidade do indivíduo avaliado. Os Códigos Civil e Penal são claros quanto à necessidade de correlação entre o ato avaliado e a presença de transtorno mental. Logo, na ausência de transtorno mental, encerra-se o trabalho do perito psiquiatra, não devendo ele se pronunciar sobre outros aspectos (sociais, antropológicos ou culturais) envolvidos na questão avaliada.

A segunda nota diz respeito ao hábito de muitos peritos acrescentarem às suas conclusões reflexões sobre o conceito de doença ou mesmo sobre as origens psicodinâmicas ou neurobiológicas dela. Em ambos os casos entendemos ser este um abuso danoso, pois incorre no risco de confundir, mais do que esclarecer, a autoridade requisitante. A capacidade de crítica em relação à nosologia psiquiátrica e às noções de causalidade dos transtornos mentais de fato fazem parte da boa formação em psicopatologia, mas o laudo deve ter o compromisso de responder da maneira mais clara possível aos quesitos formulados, e o excesso de informações, independente de

seu respaldo científico, é dispensável.

Por último, ainda em relação às nosografias adotadas, recomendamos a utilização da Classificação Internacional de Doenças (CID), uma vez que é o documento referendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e por esse motivo de uso oficial em questões jurídicas em nosso país, além de ser compreendido em qualquer parte do mundo.

No entanto, o entrevistador pode se abster de usar excesso de termos técnicos na descrição do exame psíquico, valendo-se de descrições mais longas e pormenorizadas daquilo que percebeu durante a avaliação, aquilo que se consagrou no meio pericial com o termo latim *visum et repertum* (ver e repetir). Tal postura costuma prover uma descrição mais rica e evitar confusões diagnósticas por uso de termos técnicos imprecisos. O mais importante é esboçar uma visão geral adequada de como está o psiquismo do paciente no momento da entrevista, tendo em vista que ela faz um recorte transversal da apresentação, cabendo à anamnese a visão longitudinal do caso.

O EXAME PSICOPATOLÓGICO FORENSE

De modo didático, objetivando o entendimento do psiquismo humano, ele é dividido em funções, que, embora funcionem em conjunto, são descritas de modo independente. Serão apresentadas, a seguir, tais funções e suas alterações relevantes nas avaliações forenses, enquadrando-as de acordo com a seguinte orientação fenomenológica: o sujeito como objeto significativo, o sujeito como objeto de si próprio, inclinações do sujeito para o objeto, inclinações do sujeito para o objeto e, por fim, o todo da avaliação.

O Sujeito como Objeto Significativo

Logo no primeiro contato com o periciando, o psiquiatra deverá estar atento ao modo como ele se apresenta à entrevista. No entanto, muitas alterações menores poderão estar presentes em virtude da tensão inerente ao *setting* pericial, bem como aos interesses envolvidos.

Portanto, maus cuidados, excentricidades e bizarrices do vestuário poderão sugerir tanto características de personalidade quanto tentativas de simulação de transtornos mentais. Note-se também que o contato entre perito e periciando não costuma ser simpático, prevalecendo alguma superficialidade ou oposição. Ainda assim, extremos chamarão a atenção do perito, como no caso de negativismo, mimetismo ou ecopraxia.

Também não deve ser supervalorizada a postura temerosa ou defendida, podendo representar apenas uma preocupação do periciado com a entrevista. Já a postura dominadora ou hostil poderá indicar incapacidade do periciado de se adequar ao contexto, sugerindo características de personalidade ou alterações psicopatológicas.

Da mesma maneira, alterações de psicomotricidade, como tiques, lentidão, discinesias e tremores poderão indicar alterações psicopatológicas, enquanto alguma inquietação pode estar presente e ser associada de modo exclusivo à expectativa do periciado com a avaliação.

Durante a entrevista o perito poderá ainda encontrar dificuldades com respostas

lacônicas ou mesmo mutismos, que podem representar tanto recusa em prestar informações quanto quadros psicóticos graves. Nesses casos, alterações mais características de transtornos psicóticos, como embotamento afetivo e ideias autorreferentes, poderão ajudar o perito em seu diagnóstico diferencial.

De qualquer modo, o perito deverá tentar tornar o encontro o mais confortável possível para o periciado, na tentativa de conseguir compor seu raciocínio e suas conclusões; na maioria das vezes, com paciência, é possível convencer o periciado a mudar sua atitude.

O Sujeito como Objeto de Si Próprio

A relação do sujeito com sua consciência costuma estar alterada em quadros psicopatológicos graves, como transtornos orgânicos e quadros psicóticos. Sendo assim, alterações das funções psíquicas aqui compreendidas costumam ser perceptíveis ao entrevistador sem a necessidade de direcionamento específico da entrevista. No entanto, a presença de simulação de quadros dessa natureza é bastante comum, e diante disso será necessária uma avaliação psicopatológica mais meticulosa e direcionada.

Alterações do nível de consciência ou vigilância, como obnubilação, sonolência, torpor, poderão indicar tanto alterações orgânicas quanto abuso de medicação ou substâncias, podendo até mesmo inviabilizar a avaliação plena do perito e limitar o diagnóstico unicamente ao momento daquela avaliação.

Já alterações do campo da consciência, quando intensas, como da atenção espontânea ou da atenção voluntária, dificultarão o andamento da entrevista, podendo o periciando se dispersar com os sons ao redor. No entanto, alterações menores poderão estar presentes sem maiores significados associadas ao *setting* pericial, exigindo do perito paciência na busca por informações.

Alterações da consciência do eu, com todas as suas qualidades (identidade, unidade, atividade e limites), indicam transtornos psicóticos ou dissociativos graves, e quando presentes em simulações costumam ser bizarras o suficiente para chamar a atenção do perito. Como veremos adiante, sintomas *schneiderianos* (roubo, divulgação ou inserção de pensamento) bem como outras alterações psicóticas como *ilusão de Fregoli* ou *delírio dos Sósias* costumam ser de conhecimento apenas daqueles que trabalham com saúde mental, e por isso são alterações de difícil simulação.

Por sua vez, alterações de orientação têmporo-espacial costumam ser amplamente relatadas em avaliações periciais, e serão mais bem investigadas de maneira indireta, inquirindo, por exemplo, como o entrevistado chegou até o local da perícia, há quanto tempo espera pela entrevista, ou solicitando a descrição cronológica do processo de adoecimento.

Inclinações do Sujeito para o Objeto

Tratam-se aqui das alterações da esfera conativa do sujeito, que influenciarão diretamente a sua capacidade de autodeterminação em perícias criminais e de discernimento nas avaliações das capacidades cíveis, especificadas a seguir.

A avaliação de humor, emoções e afetos costuma ser de interesse ímpar em avaliações criminais. Crimes exuberantes cometidos por psicopatas ou, no outro polo, crimes inesperados cometidos por indivíduos motivados por reações intempestivas podem mobilizar o operador do Direito a solicitar avaliação psiquiátrica forense para avaliação da personalidade. Nesse caso, o perito deverá avaliar as reações emocionais do indivíduo não só ao longo da entrevista, identificando alterações como frieza emocional, labilidade afetiva ou polarização do humor, mas também correlacioná-las ao crime cometido. São avaliações retrospectivas de muita complexidade, pois dependem de uma descrição fiel e confiável do comportamento do indivíduo antes, durante e após o crime cometido.

Alterações do humor poderão também estar presentes em perícias solicitadas por Varas de Família, nas quais a guarda de filhos poderá ser questionada em virtude de transtornos do humor ou transtornos de personalidade de um dos pais.

Em perícias previdenciárias e trabalhistas, transtornos do humor, como depressão maior, são na maioria das vezes motivo de processos que exigem avaliação pericial. É importante observar que a gravidade das alterações de humor é de fundamental relevância para a conclusão do perito. Indivíduos com episódios depressivos leves dificilmente terão sua capacidade laborativa alterada, enquanto o mesmo não ocorre em casos de depressão moderada a grave. Do mesmo modo o transtorno afetivo bipolar, quando em fase eutímica, não impede o indivíduo de exercer suas atividades laborativas, porém, quando sem tratamento, compromete temporariamente a capacidade de trabalho ou restringe de modo permanente o exercício de profissões específicas em casos mais graves.

Por sua vez, as alterações do impulso e da vontade, interferindo na concepção, deliberação, decisão ou execução do ato voluntário são fundamentais em perícias criminais nas quais a acusação é de crime, por exemplo, de ofensa sexual (como contra crianças). Evidentemente a capacidade de autodeterminação está diretamente associada a essa função psíquica.

Também merecem destaque as avaliações de toxicodependência, tanto na imputabilidade quando do cometimento do crime, quanto na verificação de cessação de dependência, devendo o perito responder quanto ao prejuízo da capacidade de autodeterminação para o ato em questão.

Na esfera cível, alterações do controle de impulsos poderão comprometer parcial ou totalmente a capacidade de gestão de bens e de conduzir seu tratamento, como nos casos de transtornos de personalidade *borderline*.

Ainda dentro do campo dos impulsos e vontades, cabe aqui uma nota esclarecedora sobre a prodigalidade. Este é um conceito jurídico presente no Código Civil que não exige a presença de um perito para caracterizá-la, enquadrando as pessoas que dilapidam de modo irresponsável todo o patrimônio delas e da família, para o qual não contribui qualquer transtorno mental. Um sujeito com transtorno do impulso (ou mesmo em mania) pode se tornar pródigo, mas isso será um sintoma, não um enquadre judicial.

A Percepção dos Objetos pelo Sujeito

As alterações aqui presentes constituem o núcleo psicopatológico da capacidade de entendimento do ilícito em avaliações criminais e do discernimento em avaliações cíveis.

Alterações do modo de pensamento prejudicam o raciocínio do indivíduo, e portanto fuga e afrouxamento de ideias, bloqueio do pensamento e descarrilamento de ideias, quando presentes, costumam indicar a presença de quadros psicóticos que podem prejudicar a capacidade de entendimento e discernimento.

Da mesma maneira, alterações do juízo de realidade com caracterização de delírios costumam estar associadas a crimes cometidos em surtos psicóticos. Importante diferenciar aqui a presença de ideias deliroides, nas quais a falta de convicção de certeza não caracteriza perda completa do juízo de realidade, e desse modo poderão prejudicar apenas parcialmente a capacidade de entendimento.

Esse refinamento psicopatológico também deve ser feito na presença de alterações de sensopercepção. A diferenciação entre ilusões (representações sem prejuízo do juízo de realidade), alucinoses (alterações comuns da percepção em quadros orgânicos) e pseudoalucinações (alterações comuns da percepção em quadros psicóticos) deverá ser esmiuçada pelo perito *ad exaustum*, já que esses fenômenos deverá ajudá-lo a responder quanto à capacidade de entendimento em relação ao ilícito em casos criminais.

A avaliação da memória é muito importante em avaliações cíveis, sobretudo em ações de interdição ou de testamento. Nesses casos, indivíduos idosos ou com quadros orgânicos costumam ter sua capacidade de testar ou de gerenciar seus bens questionados na Justiça. Portanto, é muito importante que o perito descreva de modo objetivo o grau de prejuízo, podendo fazer uso de instrumentos simples de avaliação clínica como o *Mini-exame do estado mental (MMSE).* Quando o grau de prejuízo for difícil de quantificar, suscitando dúvidas na avaliação, o perito poderá indicar a necessidade de testes neuropsicológicos.

O Todo da Avaliação

A Tabela 21-1 faz uma correlação aproximada entre as grandes síndromes psiquiátricas e seu enquadre mais comum. Levando em conta as alterações psicopatológicas quase sempre encontradas na depressão, no retardo mental ou nas psicoses, por exemplo, pode-se afirmar – geralmente – qual o enquadre desses transtornos para a justiça. No entanto, nunca é demais lembrar que tal correspondência não é automática, sendo imprescindível a avaliação individual em cada caso, cotejando o ato jurídico *sub judice* com o diagnóstico apresentado e as alterações por ele causadas.

TABELA 21-1

Correlação mais Comum entre Síndromes Psiquiátricas e Enquadre no Código Penal (Imputabilidade) e Civil (Capacidade)

Síndrome Enquadre	Imputável	Capaz
Orgânica	Não	Não

Demencial	Não	Parcial
Depressiva	Variável (gravidade)	Variável (gravidade)
Maníaca	Variável (gravidade)	Variável (gravidade)
Ansiosa	Sim	Sim
Psicótica	Varia com o nexo	Parcial (gravidade)
Personalidade	Variável	Sim
Retardo	Não	Parcial (gravidade)
Impulsiva	Variável	Variável

SIMULAÇÃO E DISSIMULAÇÃO

Uma boa entrevista psiquiátrica pressupõe que os dados coletados sejam confiáveis e válidos. Ou seja, as informações obtidas pelo entrevistador devem traduzir a realidade, assim como diferentes entrevistadores devidamente capacitados devem chegar à mesma conclusão.

Entretanto, dois aspectos potencialmente complicadores da entrevista psiquiátrica devem ser considerados sobretudo no contexto pericial: a dissimulação e a simulação.

A primeira ocorre quando, apesar de sua existência, algum sintoma questionado é negado. A segunda, quando o examinado procura relatar sintomas que, de fato, não existem. Ambas as situações exigirão experiência e habilidade do entrevistador para que, na suspeita, possa esclarecer a dúvida, fornecendo uma análise mais confiável à justiça.

Nesses casos, é necessário lembrar que o entrevistador nunca deve levar em conta um único dado, mas sim reunir o maior número possível de informações, inserindo-as dentro de um contexto compreensível que fornecerá evidências suficientes ou não para hipótese diagnóstica estabelecida. Quando o assunto ainda permeia a questão de engano e falsidade, comportamentos de ironia, preconceito e hostilidade de ambos os lados (entrevistador e entrevistado) podem dificultar ainda mais o esclarecimento do caso.

A dissimulação poderá se manifestar basicamente como uma entrevista “travada”, na qual o vínculo não se estabelece de modo adequado. As respostas são curtas, não engajadas ou até mesmo há uma latência significativa entre o questionamento feito e a resposta dada. A linguagem corporal do examinado pode indicar desinteresse, insatisfação ou até mesmo hostilidade. O contato visual nessa situação é na maioria das vezes pobre.

Muitas são as motivações que podem fazer “travar” a entrevista ou que levam o examinado a dissimular: avaliação pericial realizada contra a vontade, desconfiança ou paranoia, até mesmo a presença de medo ou embaraço. Isso não quase nunca ocorre com pacientes com pensamentos obsessivos, por exemplo – como é comum seu conteúdo ser obsceno ou bizarro, pode haver grande constrangimento em relatá-los. Suspeitando de dissimulação, o perito deve buscar descobrir a presença de tal sintoma por, por exemplo, perguntas indiretas. É útil que a princípio se faça um vínculo autêntico com o entrevistado, realizando perguntas abertas sobre temas gerais no

início da conversa, de maneira despretensiosa e sem julgamentos. Somente após isso o entrevistador deverá penetrar nos sinais e sintomas dos diversos transtornos e nos temas "difíceis", como sexo, drogas ou conteúdos paranoides, e assim certificar-se de sua presença ou não.

A simulação, por sua vez, pode se apresentar como uma entrevista "ensaiada". Nesse caso, o examinado na maioria das vezes fornece declarações precoces de seu diagnóstico ou dá informações de sinais e sintomas de doenças, mesmo sem a solicitação do entrevistador. Pode também contar sua história de maneira mecânica, sem envolvimento emocional. Evita fazer relatos sobre situações concretas de vida que clarifiquem os sintomas ou queixas relatadas, valendo-se de respostas clichês.

A principal motivação do simulador é enganar o entrevistado a fim de obter um benefício real, como em casos de benefícios trabalhistas ou sociais em que o examinado não quer perder o afastamento por doença. Na esfera criminal, o simulador pode criar sintomas para eximir-se de responsabilidade e culpa, ludibriando médicos e justiça. Independentemente disso, aqui também o entrevistador deve realizar um bom vínculo inicial com o examinado, contendo seus sentimentos ruins de contratransferência que de maneira inevitável ocorrem, já que empatizar com simuladores é uma tarefa praticamente impossível. Não se deve correr em direção ao diagnóstico – o foco da entrevista deve estar na pessoa e não em possíveis doenças. Ao longo do tempo, o examinador estará apto para aprofundar sua entrevista. Nesse caso, transições abruptas, como ir pra frente e pra trás, e mudar de assunto subitamente, são estratégias que dificultam que o simulador sustente coerência em sua história, podendo vir à tona sua mentira.

Diante da dificuldade em estabelecer essa condição de suma importância no exame psicopatológico, algumas sugestões para a entrevista devem ser lembradas: fazer perguntas abertas com entrevistas prolongadas dificulta a persistência da simulação; ter cuidado com a indução de sintomas, sempre considerando seus achados com o todo da entrevista e reservando essa estratégia para os casos em que não há hipótese de retardo mental, pois estes costumam responder positivamente à indução; Confrontar o periciando também pode irritá-lo e colocar em risco o perito, portanto, este deve induzir sutilmente o periciando a apresentar a incoerência dos sintomas sem, no entanto, desconsiderar a possibilidade de a simulação não ser detectada mesmo com todas as estratégias.

Achados Psicopatológicos em Simuladores

Na simulação de quadros mais graves, como os transtornos psicóticos, alguns elementos psicopatológicos podem ajudar na diferenciação. Embotamento afetivo, dificuldade de concentração, pensamento concreto, delírios de grandeza, ideias de autorreferência, neologismos, verborreia e ausência de cuidados pessoais são comuns nesse quadros e mais difíceis de simular. Já postura defensiva, respostas não apenas dissociadas mas absurdas, alucinações visuais, alucinações táteis e olfativas, ideação suicida, delírios persecutórios, problemas graves de memória são por vezes encontradas em simuladores, mas não são os mais comuns nos verdadeiramente doentes.

Já em quadros ansiosos e depressivos, as simulações são mais difíceis de distinção, já que são comuns em tais casos a *supersimulação* – exagero por parte de um indivíduo verdadeiramente doente –, e a *metassimulação* – persistência fictícia intencional dos sintomas após cessado o transtorno real.

É fundamental, ainda, a distinção entre simulação, transtorno factício e transtorno dissociativo. Enquanto a simulação é simplesmente um fator que pode estar ou não presente em consultas médicas, o transtorno factício e dissociativo são considerados verdadeiros transtornos mentais. O primeiro, pela produção consciente de sintomas com a motivação inconsciente de se manter na condição de doente. O transtorno dissociativo, por sua vez, caracteriza-se pela produção inconsciente de sintomas, com motivação também inconsciente, e ambos indicam a necessidade de tratamento psicológico e/ou psiquiátrico, diferente dos simuladores.

A despeito da associação habitual entre mentira e transtorno mental, a simulação no contexto médico-pericial é frequente e motivada pelos ganhos externos, como compensação financeira ou evadir-se de processos criminais, muitas vezes numa atitude desesperada do periciado. Wertham, já em 1949, dizia que "*existe uma estranha, completamente infundada superstição de que, se um homem simula insanidade, deve haver alguma coisa errada com a sua saúde mental. Como se um homem sadio não se agarrasse a qualquer migalha quando sua vida estivesse ameaçada pela cadeira elétrica*". De fato, estudos recentes não têm encontrado a correlação entre simulação e transtornos da personalidade antissocial.

Portanto, os seguintes achados psicopatológicos devem ser a causa de suspeita de simulação:

- Apresentação pouco consistente com AGF.
- Alucinações muito incomuns.
- Apresentação incomum de sintomas.
- Apresentação do humor discordante do quadro geral.
- Combinação incomum de sintomas.
- Alta desorganização do pensamento em comparação com a vida.

Como o perito em psiquiatria não tem a função de "detector de mentira" em uma ação judicial, a simulação deve ser relatada sempre em seu aspecto negativo – ou seja, deve-se relatar preferencialmente a ausência de um transtorno mental com uma descrição do fenômeno observado feita de modo criterioso.

Por fim, vale lembrar que há sempre a possibilidade de a suspeita (dissimulação ou simulação) ser infundada e haver, de fato, a presença dos sintomas referidos, por isso é necessário muita cautela nesse tipo de avaliação.

CONCLUSÃO

A Psiquiatria Forense tem, assim como a Psiquiatria em geral, a missão de estabelecer diagnósticos e prognósticos, fazer considerações terapêuticas quando relevante (mesmo que não vá implementá-las), com o objetivo de transmitir seus achados para pessoas leigas em Psiquiatria, como juízes e advogados. Suas conclusões serão usadas para embasar decisões judiciais de grande relevância, por vezes com consequências irreversíveis. Por isso, se lhe falta a responsabilidade clínica, pesa-lhe o mister jurídico

para o qual nem sempre os médicos estão preparados.

O conhecimento e o domínio do instrumental da psicopatologia mostram-se, portanto, fundamentais ao médico que atua na esfera forense, uma vez que seu manejo adequado é capaz de minorar os problemas advindos desse trânsito em universos tão distintos como o legal e o médico. Isso porque somente ao ser capaz de compreender de modo adequado o sujeito que está em sua frente o perito estará apto a comunicar ao operador do Direito aquilo que for relevante para a resolução das dúvidas relativas à saúde mental dos envolvidos no processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, JLPIntrodução à psicopatologia compreensiva. Rio de Janeiro: ABP, 2009.

Alonso-Fernandez, FCompendio de psiquiatria. Madrid: Oteo ed, 1978.

Barros, DM, Castellana, GB. Entrevista psiquiátrica e exame psíquico. In: Mansur CG, ed. *Psiquiatria para o médico generalista*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Cornell, DJ, Hawk, GL. Clinical presentation of malingerers diagnosed by experienced forensic psychologists. *Law and Human Behavior*. 1989; 13:375–383.

Dalgalarrondo, PPsicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Duque, CSimulação. Taborda JGV, Chalub M, Abdalla-Filho E. Psiquiatria Forense. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Ey, HManual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Masson/Atheneu, 1992.

Jaspers, K. Psicopatologia Geral. vol 1, 8a ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

Kaplan, HI, Sadock, BJ, Grebb, JA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica, 9a ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Kucharski, LT, Ryan, W, Vogt, J, et al. Clinical Symptom Presentation in Suspected Malingerers: An Empirical l nvestigation. *J Am Acad Psychiatry Law*. 26, No. 4, 1998.

Kucharski, LT, et al. Psychopathy and malingering of Psychiatric disorder in criminal defendants. *Behav Sci Law*. 2006; 24(5):633–644.

Mackinnon, RA, Yudofsky, SCA avaliação psiquiátrica na prática clínica. Porto Alegre: Artmed ed, 1988.

Othmer, E, Othmer, SCThe clinical interview using DSM-VI. Volume 1: Fundamentals. Washington: American Psychiatric Press Inc, 1994.

Othmer, E, Othmer, SC. The clinical interview using DSM-VI. Volume 2: The Difficult Patient. Washington: American Psychiatric Press Inc, 1994; .

Poythress, NG, et al. The relationship between psychopathic personality features and malingering symptoms of major mental illness. *Law Hum Behav*. 2001; Dec 25(6):567–582.

Resnick, PJ. The detection of malingered psychosis. *Psychiatric Clinics of North America*. 1 March 1999; 22, Issue 1:159–172.

Sims, A. Sintomas da mente: introdução à psicopatologia descritiva, 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

Taborda, JGV, Barros, AJS. Simulação. In Taborda JGV, Chalub M, Abdalla-Filho E, Jr., eds.: *Psiquiatria Forense*, 2a edição, Porto Alegre: Artmed, 2012.

Vaillant, GEEgo mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers. Washington: American Psychiatric Press Inc, 1992.

CAPÍTULO 22

Neuropsicologia Forense

Antonio de Pádua Serafim and Daniel Martins de Barros

FUNDAMENTOS DE NEUROPSICOLOGIA

A conduta antissocial, seja em crimes propriamente ditos – furtos, roubos, latrocínios, homicídios, estupros, sequestros, tráfico de entorpecentes, seja em acidentes de trânsito, abandono de emprego, maus-tratos de crianças e idosos, violência contra a mulher está cada vez mais presente em diferentes contextos sociais. A complexidade dos fenômenos que regem esses comportamentos vem sendo estudada de modo interdisciplinar pela Psicologia, Sociologia, Criminologia, Antropologia e Medicina e por diversos autores com diferentes modelos teóricos. Isso porque o fator motivacional de cada ação é uma questão de difícil compreensão, que requer investigações multifatoriais para responder às indagações quanto à relação cérebro × funções psicológicas × comportamento, que instigam diferentes áreas do conhecimento em diferentes contextos e épocas, demandando esforços da psicologia, neurologia, neurociências e, também, da neuropsicologia.

Essas indagações vêm da Grécia Antiga, como comprova a descrição do papel do cérebro na expressão do comportamento derivada das concepções de Alcmeón de Crotona, no século V a.C., passando por Hipócrates que já apontava a participação do cérebro na inteligência, sensação e emoção, chegando a Platão (428 a.C.) que enfatizou a medula como parte integrante do cérebro.

A evolução do conhecimento relativo ao funcionamento cerebral atinge no século XVIII maior especificidade, dado que esse período compreende os estudos das regiões cerebrais e suas possíveis funções, nas concepções conhecidas como localizacionistas. Destacam-se os estudos David Hartley, em 1777, quanto à localização dos centros da sensação e do movimento vinculados à substância branca do cérebro e do cerebelo. Esses esforços inspiraram a não menos importante a Frenologia de Franz Gall no século XIX. Gall aprofundou tais estudos, resultando nas primeiras descrições diferenciando a substância branca e a cinzenta, além das investigações em termos de nexo de causalidade entre pacientes com quadros de afasia associadas às lesões de lobo frontal. A frenologia de Gall tornou possível um estudo minucioso do cérebro identificando cerca de 27 faculdades mentais.

Tendo ampla aceitação, a concepção das faculdades mentais proposta por Gall dominou praticamente o século XIX, sendo modificada a partir das ideias de Flourens em 1820, que destacava que de fato o cérebro apresentava regiões associadas a determinadas funções, mas, no entanto, seu funcionamento se dava de maneira integralizada independente de áreas específicas. Flourens discorreu sobre uma

organização cerebral hierarquicamente organizada e interativa, ou seja, um funcionamento por associação que envolvia todas as áreas do cérebro independente da função.

Neste cenário, a teoria associacionista pode ser considerada como a base do que concebemos hoje como Neuropsicologia descrita por Aleksandr Romanovich Luria. Para Luria, o sistema nervoso central se configura por uma organização em rede, com participação ativa na regulação dos processos psicológicos como a percepção, memória, gnosias, praxias etc. uma vez que essas funções respondem como sistemas funcionais complexos, resultado da ação e interação de várias áreas cerebrais em um sistema amplo de interligação. Luria ressaltou que este processo só ocorre em decorrência da integração entre unidades cerebrais funcionais complexas para atingir um objetivo final. Luria teoriza que a cognição e o comportamento humano são resultado da interação de três unidades funcionais complexas e plásticas, que não podem ser localizados em áreas específicas (Tabela 22-1), critica os localizacionistas e produz uma Localização Dinâmica das Funções.

TABELA 22-1

As Três Unidades Cerebrais Funcionais, Segundo Luria

Unidade I	Unidade II	Unidade III
A primeira é responsável por regular o tônus cortical, a vigília e os estados mentais.	A segunda, que é responsável por receber, processar e armazenar as informações.	A terceira é a unidade para programar, regular e verificar a atividade mental.
Região	**Região**	**Região**
É composta pelo tronco cerebral, diencéfalo e regiões médias do córtex.	Compõe-se das partes posteriores do cérebro (lobo parietal, occipital e temporal). Regiões associadas à análise visual (áreas 17, 18 e 19 do mapa de Brodman), análise auditiva (áreas 41, 42 e 22 de Brodman) e córtex sensitivo (áreas 3, 2 e 1 de Brodman), que são áreas primárias, secundárias e terciárias para cada função.	Constituindo-se pelas partes anteriores do cérebro como os lóbulos frontais (áreas pré-central e frontal).

É com base no espectro da relação cérebro, funções psicológicas e comportamento que se deriva a metodologia que capacita e instrumentaliza pesquisadores e clínicos para aprofundamento da compreensão dessa relação, por meio da avaliação neuropsicológica.

AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

Investigar a expressão das disfunções cerebrais sobre o comportamento, sejam elas decorrentes de possíveis lesões, doenças degenerativas e quadros psiquiátricos se configura como parte principal da aplicação da avaliação neuropsicológica. Groth-Marnat destaca que a avaliação compreende o uso de instrumentos organizados em baterias capazes de fornecer informações diagnósticas quanto a presença de

disfunções ou de alterações cognitivas.

Ressaltamos que não se trata apenas do conhecimento de testes para avaliar funções cognitivas, mas sim conhecimento prévio sobre funcionamento neurológico normal e patológico, conhecimentos sólidos em psicopatologia e domínio em técnicas de entrevistas diagnósticas.

Tendo o profissional esse conhecimento sólido relativo ao funcionamento cerebral, a aplicação de um processo de avaliação neuropsicológica possibilitará o levantamento de informações suficientes para elaborar hipóteses sobre o comportamento humano e disfunções associadas a fatores biológicos, psíquicos, social e cultural.

O Contexto Forense

A palavra "forense" deriva originalmente do Latim Fórum, que faz alusão ao Fórum Romano, a praça principal, na qual eram realizados os julgamentos do Império. Tradicionalmente, o uso do termo "forense" denota a intersecção entre a ciência (medicina, antropologia, psicologia, criminologia) e o sistema jurídico como informa o dicionário etimológico da Associação Americana de Psicologia.

Distintamente da aplicação na Avaliação Neuropsicológica no contexto clínico, que determina a existência ou não de uma disfunção das funções cognitivas para fins de diagnóstico e conduta terapêutica, a Neuropsicologia Forense tem como principal papel responder a uma questão legal, ou seja, se há uma disfunção e de que maneira essa disfunção afeta ou não a capacidade de entendimento e de autodeterminação daquela pessoa. Ainda distinguindo a prática forense da clínica, esta última busca ajudar o paciente, enquanto que na assistência forense o objetivo é esclarecer à Justiça o funcionamento psicológico do sujeito.

Há de se ressaltar ainda que a avaliação neuropsicológica forense também se distingue da área clínica, já que, como o solicitante é uma terceira parte (Juiz, Promotor, Advogado), a comunicação dos resultados se dá entre o perito e o solicitante. Sendo assim, a avaliação deve ser restrita aos quesitos elaborados, visando apenas responder à questão legal e não extrapolando os limites do que foi inquirido levando informações privadas não pertinentes ao caso.

No contexto forense há mudanças bem definidas quanto ao papel e os objetivos do profissional, como observado a seguir:

- Na clínica, o objetivo é recuperar o funcionamento neuropsicológico do paciente e aliviar o seu sofrimento por meio de estratégias e intervenção eficazes.
- Na área forense, é determinar se os problemas neuropsicológicos do sujeito se enquadram em um estatuto jurídico especial para auxiliar a autoridade na formulação de um juízo.

De maneira geral, a principal questão forense não se restringe de modo específico em identificar uma alteração, mas se essa alteração compromete a pessoa em seus direitos e deveres. Por exemplo, uma pessoa diagnosticada com demência poderia ter capacidade suficiente para fazer um testamento. Um paciente portador de uma esquizofrenia que decide vender um imóvel está incapacitado diante do diagnóstico de esquizofrenia? Para a área do Direito, essa relação não deve ser entendida de modo cartesiano, em outras palavras, não basta ter a doença, tem que provar que essa doença

provoca incapacidades.

Embora pareça claro que a neuropsicologia forense se desenvolve sobretudo a partir de duas disciplinas já suficientemente estabelecidas e comprovadas, a psicologia clínica e forense e a neuropsicologia clínica, é importante observar que o atuar na área forense não se reduz à transposição direta de conhecimentos e práticas do *setting* clínico para o jurídico, requerendo dos profissionais, além dos respectivos conhecimentos nas disciplinas citadas, conhecimentos da legislação (criminal, civil, trabalhista etc.). Nesse seguimento, Hilsenroth e Stricker ressaltam que para a atuação no contexto forense os seguintes aspetos são imprescindíveis:

- Qualificação e competência do perito.
- Conhecimento das normas jurídicas.
- Adequada seleção e utilização de instrumentos psicológicos.

Quando em um contexto jurídico surgirem dúvidas quanto à saúde psíquica de uma determinada pessoa, a necessidade da perícia se apresenta *sine qua non*, com o objetivo é subsidiar a ação judicial. E essa solicitação é fundamentada nos quesitos elaborados pelo agente jurídico (juiz, promotor, procurador, delegado, advogado), sendo responsabilidade do perito investigar uma ampla faixa do funcionamento mental do indivíduo envolvido em ação judicial de qualquer natureza (civil, trabalhista, criminal etc.).

O termo perícia advém do latim *peritia*, significando: destreza, habilidade e capacidade, mas sobretudo "saber por experiência". No Direito, perícia é um meio de prova pela qual a pessoa qualificada tecnicamente (o perito), nomeada pelo juiz, analisa fatos juridicamente relevantes à causa examinada, elaborando o laudo. É um exame que exige conhecimentos técnicos e científicos a fim de comprovar (provar) a veracidade de certo fato ou circunstância.

Sendo assim, a aplicação da avaliação neuropsicológica em uma perícia consiste em um aporte especializado que pressupõe um conhecimento técnico/científico específico que irá contribuir para esclarecer algum ponto considerado imprescindível para o procedimento processual. O seu resultado deve levar conhecimento técnico ao juiz em documentação técnica do fato, o que se dá por meio de documentos legais, como o laudo, produzindo prova para auxiliá-lo em seu livre convencimento.

As principais demandas das diversas áreas do Direito, sejam criminais, cíveis ou trabalhistas, podem ser resumidas levando-se em conta quais as dúvidas mais frequentes em cada um dos processos habituais, como observado nas Tabelas 22-2, 22-3 e 22-4.

TABELA 22-2

Vara Criminal

Objetivo da Perícia	Questões
• Incidente de insanidade mental • Incidente de farmacodependência • Solicitação de progressão de	• Verificação da capacidade de imputação • Verificação da eficácia do processo reeducando (reinserção social; probabilidade de reincidência)

pena	

TABELA 22-3

Vara Cível; Família e Sucessão; Infância e Juventude

Objetivo da Perícia	Questões
• Interdição • Anulação de casamento e separação litigiosa • Capacidade de "testar" (testamento) • Modificação de guarda de filhos • Regulamentação de visita • Avaliação de transtornos mentais em ações de indenização	• Verificação da capacidade para atos da vida civil (danos psíquicos, neurofuncionais, psicológicos e simulação) • Verificação de sinais de abuso ou alienação parental

TABELA 22-4

Vara Trabalhista

Objetivo da Perícia	Questões
• Acidentários e doenças profissionais • Doença decorrente das condições de trabalho • Indenizações, doenças cranioencefálicas • Erro ou negligência médica e hospitalar • Intoxicações (chumbo, mercúrio, monóxido de carbono, outras)	• Verificação da capacidade laborativa (médico-legal) • Relação nexo-causal (o dano físico ou psíquico tem a ver com o fato)

Para responder à dúvida judicial, o enfoque da avaliação neuropsicológica engloba o estudo das seguintes funções psíquicas, como veremos a seguir.

Atenção

A atenção representa de maneira singular a capacidade de concentração do indivíduo. É uma das funções mentais mais importantes e é necessária em várias atividades sejam elas de ordem profissional, escolar ou de vida diária.

Os mecanismos neuronais da atenção estão relacionados à região frontal, mais especificamente ao córtex pré-frontal dorsolateral. A manutenção da atenção envolve uma habilidade simultânea de concentração mental e acompanhamento das atividades.

Muir propôs a existência de três formas básicas de atenção, que diferem de acordo com o tipo de processamento envolvido: a *atenção sustentada* que ocorre quando o sujeito mantém a atenção por um longo período de tempo a fim de perceber e responder a modificação no estímulo; a *atenção dividida* relativa à habilidade em executar mais de uma tarefa simultaneamente; e a *atenção seletiva* caracterizada pela habilidade em responder a um estímulo relevante em detrimento de outros.

A avaliação neuropsicológica das funções atencionais compreende a especificidade da atenção e sua modalidade, verbal ou visual. A identificação de possíveis déficits

pode ter importantes relações com questões legais, sobretudo a capacidade plena para desempenho de determinadas atividades profissionais, por exemplo.

Memória

O processo da memória se constitui da participação de vários sistemas que trabalham em conjunto, tornando possível que possamos aprender com as experiências passadas e predizer acontecimentos futuros. No conceito de Izquierdo, ela engloba a aquisição, a formação, a conservação e a evocação de informações.

Kandel enfatiza que a memória é o armazenamento de informações, pautados nas nossas experiências perceptivas, motoras, afetivas (experiências emocionais) e cognitivas (pensamento).

Esse conceito vai ao encontro do objetivo da avaliação neuropsicológica dos processos mnésicos na qual são empregadas tarefas que exigem a princípio atenção, registro, retenção, conservação e evocação das informações, tanto a curto como a longo prazo.

A investigação neuropsicológica da memória compreende três processos:

- **A aquisição:** atenção e recepção da informação. Nessa fase os cinco sentidos são utilizados (audição, tato, paladar, visão e olfato), que captam os detalhes daquilo que prestamos atenção e envia a mensagem ao cérebro. O cérebro seleciona as informações, armazenando aquilo que é importante, descartando o restante. Dessa maneira, a concentração é fundamental, pois o cérebro só consegue guardar aquilo que damos atenção.
- **A consolidação:** armazenamento da informação. É processada no hipocampo, onde por meio de reações químicas específicas ocorrem mudanças que possibilitam a memorização.
- **A evocação das informações:** recuperação ou resgate. Essa fase acontece quando acessamos os dados armazenados na memória. É o que chamamos de lembrança.

A estrutura conhecida como sede da memória e que têm importante papel no sistema límbico é o hipocampo, localizado nos lobos temporais. Quando essa estrutura é lesionada, o indivíduo pode não conseguir armazenar nenhum dado novo, como nomes de pessoas ou qualquer outras informações. No entanto, destacam-se também os fatores psicológicos que podem interferir na qualidade da memória como estresse, cansaço ou depressão, só para dar poucos exemplos.

Sem sombra de dúvida, a presença desses déficits apresenta estreita relação com questões legais no âmbito criminal ou cível.

Linguagem

É por meio dessa função que podemos expressar nossos sentimentos e interesses para o meio externo e assim nos relacionarmos com outros seres humanos. Suas alterações, portanto, podem ser bastante relevantes no contexto judicial.

Segundo Kandel: "A linguagem é o sistema notável que permite as pessoas comunicarem uma combinação ilimitada de ideias usando uma sequência altamente estruturada de sons (ou nas linguagens de sinais, de gestos manuais e faciais)".

Durante a avaliação neuropsicológica, podemos analisar várias características da linguagem, desde estoque semântico, articulação da fala, fluência, dentre outras.

A avaliação neuropsicológica das habilidades básicas da linguagem deve ser observada ao longo de toda a testagem: a compreensão de instruções e ordens são facilmente percebidas pelo examinador, bem como defeitos na construção verbal. Como a linguagem reflete o pensamento, as alterações da forma em termos de velocidade, fluxo, mussitação, verbigeração, ecolalia, mutismo, latência, logorreia e do conteúdo no tocante aos temas prevalentes comuns em quadros psicopatológicos ou decorrentes de quadros neurológicos, apresentam estreita relação com ele.

Funções Executivas

Para a realização da maioria das ações humanas se faz necessário um mínimo de planejamento. O sucesso dessa ação está diretamente associado a objetivos claros e prioridades estabelecidas. Exige do indivíduo controle do passo a passo para se atingir os objetivos, ou seja, há um desejo, um plano, uma execução e a capacidade de verificar a ação e corrigir possíveis inadequações. A este complexo funcionamento, autores como Smith e Jonides denominam funções executivas, e sem dúvida alguma representam a maior área de pesquisa em neuropsicologia clínica ou forense.

Sua composição clássica compreende quatro componentes: a volição, o planejamento, a ação voltada para um propósito e o desempenho efetivo da ação.

O grande interesse no estudo das funções executivas – controladas em grande parte pelos lobos frontais – é avaliar o controle antecipado da ação, a escolha dos objetivos que se deseja alcançar, o planejamento, a seleção das respostas adequadas, como também a capacidade de inibir as demais funções, a atenção e a verificação dos resultados durante a execução da ação. Esse funcionamento complexo só é possível graças a participação integrada de outras funções cognitivas, como a memória de trabalho, o planejamento e o controle inibitório.

A identificação de déficits nas funções executivas tem grande importância no contexto forense, pois de certa maneira atrela-se diretamente ao que o Direito define como Determinação da Racionalidade, ou seja, ausência de doença mental e preservação da capacidade de entendimento e – sobretudo – da autodeterminação. É comum em pessoas com disfunções das funções executivas haver um padrão de comportamento rígido, perseverativo, sinalizando falhas no controle inibitório, na capacidade de planejamento, na organização e no controle do comportamento.

Aprendizagem

A aprendizagem é uma maneira que os indivíduos têm de adquirir novos conhecimentos, hábitos e competências de um modo geral, o que para o Direito representa a capacidade de discernir sobre si e sobre o seu entorno. Nessa função pode-se avaliar como o indivíduo consegue manter na memória o que adquire, seja por meio visual, seja verbal, e também sua capacidade de obter um bom desempenho quando a mesma atividade é repetida mais de uma vez.

Nas provas específicas para identificar as capacidades de aprendizagem dos

indivíduos, é comum observarmos pessoas com curva de aquisição flutuante de aprendizagem, resultante de alterações atencionais, ou até decrescente (casos em que quanto mais é repetido, menos acertos a pessoa consegue). Evidentemente alterações nessas funções podem ter repercussões de ordem de capacidade civil ou até de responsabilidade penal.

Potencial Intelectual

Essa função envolve uma série de informações que englobam várias tarefas cognitivas. São subtestes verbais e de execução que somados os escores nos fornece o quociente intelectual (QI) do indivíduo.

Na maioria das vezes se investiga o potencial intelectual para verificar qual área está mais comprometida, ou se está dentro de uma faixa média compatível à idade ou à escolaridade do sujeito avaliado. Nesse seguimento o objetivo é responder ao Operador do Direito a qualidade do desempenho intelectual quanto a presença ou não de déficits capazes de interferir no seu entendimento. Em casos de violência, por exemplo, em que a presença de deficiência intelectual nas vítimas pode alterar a tipificação do crime, frequentemente se requer esse tipo de avaliação.

CONCLUSÃO

Dois aspectos são relevantes e merecem destaque. O primeiro refere-se ao crescimento da utilização da avaliação neuropsicológica como um recurso diagnóstico no contexto forense. O segundo, à necessidade de se criar uniformidade nos processos e recursos utilizados na área forense. Neste cenário, entende-se que a avaliação neuropsicológica, dado o seu teor de análise mais qualitativa da relação cérebro-comportamento, vem atender às demandas dos sistemas judiciários. Além disso, em diversos momentos a possibilidade que tais avaliações trazem de quantificar objetivamente alterações no psiquismo é muito útil para responder dúvidas legais. Entretanto, como área de atuação são necessárias a regulamentação de procedimentos e a normatização de instrumentos, ao passo que como profissionais cabe aos neuropsicólogos que atuam na área forense obterem o mínimo de conhecimento básico sobre justiça.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Annweiler, C, Montero-Odasso, M, Llewellyn, DJ, et al. Meta-analysis of memory and executive dysfunctions in relation to vitamin D. *J Alzheimers Dis*. 2013; 37(1):147–171.

Brett, GSHistory of Psychology. Londres: Allen & Unwin, 1953.

Del Pino, V, Werlang, BSG. Homicidio e lobo frontal: revisão da literatura. *Interação em Psicologia*. 2006; 10(1):127–137.

Di, X, Rypma, B, Biswal, BB. Correspondence of executive function related functional and anatomical alterations in aging brain. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2014; 3(48):41–50.

Fullam, RS, Dolan, MC. Executive function and in-patient violence in forensic patients with schizophrenia. *Br J*

Psychiatry. 2008; 193(3):247–253.

Groth-Marnat, GNeuropsychological assessment in clinical practice: A guide to test interpretation and integration. New York: John Wiley & Sons, 2000.

Hilsenroth, MJ, Stricker, G. A consideration of challenges to psychological assessment instruments used in forensic settings: Rorschach as exemplar. *J Pers Assess*. 2004; 83(2):141–152.

Hom, J. Forensic Neuropsychology: are we there yet? *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2003; 18(8):827–845.

Izquierdo, IMemória. Porto Alegre: Artmed, 2002.

Kandel, ER, Schwartz, JH, Jessell, TM. Princípios da Neurociência. Tradução: Ana Carolina Guedes Pereira, 4 ed. São Paulo: Manole, 2003.

Kandel, ER, Schwartz, JH, Jessell, TmEssentials of Neural Science and Behaviour. New York: Appleton & Lange, 1997.

Kristensen, HC, Almeida, RMM, Gomes, WB. Desenvolvimento histórico e fundamentos metodológicos da neuropsicologia cognitiva. *Psicol Reflex Crit*. 2001; 14(2):259–274.

Larrabee, GJForensic Neuropsychology: A Scientific Approach. New York: Oxford University Press, 2005.

Lezak, MD, Howieson, DB, Loring, DWNeuropsychological Assessment. New York: Oxford University, 2006.

Luria, ARFundamentos de Neuropsicologia. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 1981.

Muir, JL. Attention and stimulus processing in the rat. *Cognitive Brain Research*. 1996; 3:215–225.

Santos, FH, Funções ExecutivasAndrade VM, Santos FH, Bueno O, Jr., eds. Neuropsicologia Hoje. Artes Médicas: São Paulo, 2004:125–134

Serafim, AP. (2011) Avaliação neuropsicológica no contexto da perícia psicológica. Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/Evaluación Psicológica XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. Lisboa PT: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, 2009; 1003–1009.

Serafim, AP. Fundamentos da perícia psicológica na área forense. *Revista Jurídica Logos*. 2009; 1(5):117–128.

Smith, EE, Jonides, J. Executive control and thought. In: Squire LR, Bloom FE, McConnell SK, Jr., et al, eds. *Fundamental neuroscience*. San Diego: Academic Press; 2003:1377–1394.

Sohlberg, MM, Mateer, CACognitive rehabilitation: an integrative neuropsychological approach. New York: Oxford Universiy Press, 2001.

Verdejo-García, A, Alcázar-Córcoles, MA, Gómez-Jarabo, GA, et al. Pautas para el desarrollo científico y professional de la neuropsicología forense. *Ver Neurol*. 2004; 39(1):60–73.

Walsh, KWNeuropsychology: a clinical approach. Oxford, England: Churchill Livingstone, 1994.

CAPÍTULO 23

Transtornos do Humor

Ricardo A. Moreno and Volnei Vinícius R. da Costa

Os transtornos do humor englobam um grupo de transtornos em que o humor patológico e as perturbações associadas dominam o quadro clínico. São mais bem considerados como síndrome (em vez de doenças distintas), consistindo de um conjunto de sinais e sintomas persistentes por semanas ou meses que representam desvio marcante do desempenho habitual do indivíduo e que tendem a recorrer, por vezes, de modo periódico ou cíclico. O estado de humor pode apresentar-se normal, elevado ou deprimido. Os indivíduos normais experimentam ampla faixa de estados de humor e têm, do mesmo modo, um grande repertório de expressões afetivas; sentem-se no controle de seus estados de humor e afetos. Nos transtornos do humor, a sensação de controle é perdida, e há experiência subjetiva de grande sofrimento.

Pacientes acometidos apenas por episódios depressivos maiores têm transtorno depressivo maior ou depressão bipolar. Aqueles com episódios tanto maníacos/hipomaníacos quanto depressivos ou somente com episódios maníacos têm transtorno bipolar. Hipomania é quando um indivíduo apresenta sintomas maníacos, mas não preenche critérios para episódio maníaco.

Desde a Antiguidade, transtornos do humor são relatados. No Velho Testamento, a história do rei Saul e na *Ilíada*, de Homero, há descrição sobre depressão e suicídio. Em 400 a.C., Hipócrates utilizou os termos mania e melancolia. Há também relatos no império romano. Em 1854, Jules Falret traz uma descrição denominada *folie circulaire*; em 1882, Karl Kahlbaum cita *ciclotimia*; e, em 1889, Emil Kraepelin descreve a psicose maníaco-depressiva.

Os transtornos do humor constituem uma condição comum, com prevalência de 15% a 25% para transtorno depressivo maior (TDM) e 1% a 2% para transtorno bipolar (TB) quando usados os critérios do DSM-4-TR (os levantamentos utilizavam a edição anterior do manual), e até 8%, se usados os conceitos para espectro bipolar.

A CID-10 organiza os transtornos de humor dentro da categoria F30-F39, que é a classificação oficial adotada no Brasil (Quadro 23-1).

QUADRO 23-1 Classificação dos Transtornos do Humor (Afetivos), segundo a CID-10

- F30 – Episódio de mania (utilizado para episódio único de mania)
- F31 – Transtorno afetivo bipolar
- F31.0 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaníaco

- F31.1 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos
- F31.2 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos
- F31.3 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado

.30 – sem sintomas somáticos
.31 – com sintomas somáticos

- F31.4 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos
- F31.5 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos
- F31.6 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto
- F31.7 – Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão
- F31.8 – Outros transtornos afetivos bipolares
- F31.9 – Transtorno afetivo bipolar, não especificado
- F32 – Episódio depressivo
- F32.0 – Episódio depressivo leve

.00 – Sem sintomas somáticos
.01 – Com sintomas somáticos

- F32.1 – Episódio depressivo moderado

.00 – Sem sintomas somáticos
.01 – Com sintomas somáticos

- F32.2 – Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos
- F32.3 – Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos
- F32.8 – Outros episódios depressivos
- F32.9 – Episódio depressivo, não especificado
- F33 – Transtorno depressivo recorrente
- F33.0 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve

.00 – Sem sintomas somáticos
.01 – Com sintomas somáticos

- F33.1 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado

.00 – Sem sintomas somáticos
.01 – Com sintomas somáticos

- F33.2 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos
- F33.3 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos
- F33.8 – Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão
- F33.9 – Outros transtornos depressivos recorrentes, não especificado
- F34 – Transtorno persistente do humor (afetivo)
- F34.0 – Ciclotimia
- F34.1 – Distimia

- F34.8 – Outros transtornos persistentes do humor (afetivos)
- F34.9 – Transtorno persistente do humor (afetivo), não especificado
- F38 – Outros transtornos do humor (afetivo)
- F38.0 – Outros transtornos únicos do humor (afetivos)

.00 – Episódio afetivo misto

- F38.1 – Outros transtornos recorrentes do humor (afetivos)

.10 – Transtorno depressivo breve recorrente

- F38.8 – Outros transtornos do humor (afetivos) especificados
- F39 – Transtorno do humor (afetivo) não especificado

Fonte: OMS 1993.

O DSM-5 lista os critérios diagnósticos para transtornos do humor (Quadros 23-2, 23-3 e 23-4). Embora sejam reconhecidas diferentes síndromes além de transtorno depressivo maior e transtorno afetivo bipolar, como transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo persistente, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substâncias e transtorno depressivo associado à condição médica geral; neste capítulo serão abordados o TDM e o TB.

QUADRO 23-2 Critérios Diagnósticos do DSM-5 para Episódio Depressivo Maior

A No mínimo cinco dos seguintes sintomas estiverem presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam alteração a partir do funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.

(1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros. *Nota*: em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável;

(2) acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (relato subjetivo ou por terceiros);

(3) perda ou ganho significativos de peso, sem estar em dieta (p. ex., mais que 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. *Nota*: Em crianças, considerar a incapacidade de alcançar os ganhos de peso esperados);

(4) insônia ou hipersonia, quase todos os dias;

(5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (relatado por terceiros ou percepção subjetiva);

(6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias;

(7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente);
(8) capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (relato subjetivo ou observação de terceiros);
(9) pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou uma condição médica geral.

D Os sintomas não são mais bem explicados por um transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outra condição do espectro da esquizofrenia ou transtorno psicótico.

E Não há histórico prévio de episódio maníaco ou hipomaníaco.

Fonte: APA 2013.

QUADRO 23-3 Critérios Diagnósticos do DSM-5 para Episódio Maníaco

A Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com duração mínima de 1 semana (ou qualquer duração, se a hospitalização for necessária).

B Durante um período de perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro, se o humor é apenas irritável) e estiverem presentes em um grau significativo:
(1) autoestima inflada ou grandiosidade;
(2) redução da necessidade de sono;
(3) mais loquaz do que o habitual ou pressão por falar;
(4) fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão correndo;
(5) distratibilidade;
(6) aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola, sexualmente) ou agitação psicomotora;
(7) envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para consequências dolorosas.

C A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento ocupacional, nas atividades sociais ou em relacionamentos costumeiros com os outros, ou de exigir hospitalização como um meio de evitar danos a si mesmo e a terceiros, ou há características psicóticas.

D Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral. *Nota*: um episódio maníaco que emerge durante um tratamento com antidepressivo (medicação ou eletroconvulsoterapia), mas persiste em um nível sindrômico acima do esperado para o tratamento, é evidência suficiente para um episódio maníaco e, portanto, para diagnóstico de TB-I.

Fonte: APA 2013.

QUADRO 23-4 Critérios Diagnósticos do DSM-5 para Episódio Hipomaníaco

A Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com duração mínima de 1 semana (ou qualquer duração, se a hospitalização for necessária).

B Durante um período de perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro, se o humor é apenas irritável) e estiverem presentes em um grau significativo:
(1) autoestima inflada ou grandiosidade;
(2) redução da necessidade de sono;
(3) mais loquaz do que o habitual ou pressão por falar;
(4) fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão correndo;
(5) distratibilidade;
(6) aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola, sexualmente) ou agitação psicomotora;
(7) envolvimento excessivo em atividades prazerosas com alto potencial para consequências dolorosas.

C O episódio está associado a uma inequívoca alteração no funcionamento, que não é característica do indivíduo quando assintomático.

D A perturbação do humor e a alteração no funcionamento são observáveis por terceiros.

E A perturbação do humor não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento ocupacional, nas atividades sociais ou em relacionamentos costumeiros com os outros, ou de exigir hospitalização, nem há características psicóticas.

D Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância. *Nota*: um episódio hipomaníaco que emerge durante um tratamento com antidepressivo (medicação ou eletroconvulsoterapia), mas persiste em um nível sindrômico acima do esperado para o tratamento, é evidência suficiente para um episódio hipomaníaco.

Fonte: APA 2013.

O TDM pode se apresentar como um episódio único, ou recorrente, assim caracterizado a partir do segundo episódio. Essa distinção é valida para se repensar estratégias terapêuticas de fase aguda, continuação e manutenção.

O TB é classificado como tipo I ou tipo II. O TB-I compreende a descrição clássica da doença maníaco-depressiva, com sintomas claros de mania. Essa apresentação da doença traz com frequência consequências mais sérias para o indivíduo (prejuízo funcional psicossocial ou físico), não raro necessitando de internação hospitalar para evitar danos a si ou a outros.

O TB-II é um diagnóstico estabelecido quando a síndrome eufórica não preenche critérios claros para episódio de mania; há variedade na gravidade, na frequência e na duração dos sintomas hipomaníacos que muitas vezes passam despercebidos pelo paciente e/ou pelo médico.

O tratamento para os transtornos do humor dependem sobretudo de uma ampla abordagem clínica para o diagnóstico. Imprecisões diagnósticas podem prejudicar (algumas vezes de modo irreparável) a vida do paciente, da família e da sociedade.

O diagnóstico diferencial é fundamental. Estudos identificam causas de falha diagnóstica (Quadro 23-5) e as síndromes que devem ser consideradas no raciocínio clínico (Quadro 23-6).

QUADRO 23-5 Causas de Falha Diagnóstica em Transtornos de Humor

- Falta de compreensão
- Sintomas não foram levados a sério
- Falta de comunicação
- Paciente não referiu todos os sintomas
- Falta de apoio de família/amigos
- Não procurou profissional de saúde mental
- Falta de comunicação entre médicos

Fonte: Moreno 2008.

QUADRO 23-6 Diagnósticos Diferenciais em Transtorno de Humor

- Diferenciação entre as diversas síndromes do humor (depressão unipolar e bipolar)
- Abuso de álcool e substâncias
- Esquizofrenia e síndromes desse espectro
- Transtornos puerperais
- Transtornos de personalidade
- Transtornos de ansiedade
- Síndromes clínicas com manifestações psiquiátricas

- Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
- Transtorno de conduta (na infância)
- Transtornos de controle de impulsos

Fonte: Moreno 2008.

Na abordagem do TDM, há disponível hoje no Brasil diversas medicações antidepressivas de diferentes classes farmacológicas e estratégias não farmacológicas, como a eletroconvulsoterapia, que torna possível ao médico fazer o planejamento terapêutico segundo perfil clínico (gravidade do quadro, biótipo, comorbidades, atipia de sintomas, histórico pessoal e familiar de boa resposta ao tratamento) e condições sociais. Algumas medicações podem até mesmo ser conseguidas na rede pública de atendimento.

Um aspecto essencial no tratamento é o estreitamento da relação médico-paciente, visto que a adesão está profundamente ligada a esse fator. A relação médico-paciente implica também fornecer informações claras para o paciente e sua família sobre diagnóstico, evolução e tratamento. O bom prognóstico está diretamente relacionado a esse aspecto, e também ao uso de doses eficazes do medicamento e ao tempo correto de tratamento. Não são raros casos em que o paciente, com sintomas remitidos, descontinua o tratamento por opção ou por indicação médica antes do previsto pelos protocolos, e os sintomas recrudescem. A psicoterapia tem se mostrado, aliada à farmacoterapia, como importante tratamento adjuvante. A psicoeducação e o envolvimento dos familiares são outros aspectos que contam como preditores da boa evolução.

É necessária a distinção do TB em tipo I ou II para melhor condução do caso, visto que a história natural de cada subtipo difere. Antipsicóticos de segunda geração e anticonvulsivantes estabilizadores do humor, bem como o lítio, consolidaram-se como tratamentos eficazes desse transtorno. Antidepressivos também podem ser usados, embora com cautela, para casos de depressão bipolar. Aqui também a relação médico-paciente coloca-se como esteio na terapêutica. O envolvimento familiar e a continência social são fundamentais para adesão ao tratamento, uma vez que com frequência pacientes em graus mais severos da doença não observam a necessidade das medicações. A psicoterapia, tanto para psicoeducação quanto para suporte a outros aspectos da vida do indivíduo, tem se mostrado promissora em diversos relatos.

O tratamento dos transtornos de humor é respaldado por vasta literatura científica, e o CANMAT (*Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments*) é uma referência atualizada para consulta de medicações, doses e manejo clínico.

IMPLICAÇÕES LEGAIS E ÉTICAS

Os transtornos do humor apresentam diversas interfaces com questões éticas e legais, sobretudo pela natureza fenomenológica em si interagindo com o funcionamento social e suas regras. Questionamentos frequentes encontrados pelo profissional são: doentes mentais são violentos? Quais os principais transtornos mentais envolvidos

com comportamento agressivo? Como avaliar o risco de violência?

No entanto, é preciso cautela ao se estabelecer a relação causal direta entre transtorno mental e violência. É razoável afirmar que alguns doentes estão mais vulneráveis a violências do que propensos ao ato.

Estudos que identificam melhor o elo entre comportamento violento ou agressivo e doenças mentais apresentam inúmeros limitadores e possibilidade de viés. Há preocupação maior em analisar a frequência e a intensidade de atos violentos entre portadores e não portadores de diferentes tipos de transtornos mentais do que na ocorrência isolada de atos entre os portadores. Há ainda outros pontos a serem pensados:

- É preciso verificar se o comportamento violento precede a doença mental; no entanto a maior parte dos estudos realiza desenho transversal, impossibilitando verificar casualidade.
- Desenhos longitudinais focam na maioria das vezes risco em pessoas hospitalizadas e não na população geral.
- Estudos combinam diferentes atos de violência em uma única variável, não se podendo analisar que tipo de doença prevê qual tipo de comportamento.
- As pesquisas utilizam questionários e inventários autorresponsivos, prejudicando a análise dos atos violentos e do diagnóstico.

É sabido que fatores socioambientais exercem influência complexa nos comportamentos agressivos. Devem ser considerados antecedentes pessoais e familiares, abuso físico/sexual, negligência, inadequadas experiências de socialização, agressões durante a infância e adolescência; antecedentes culturais, como valores adquiridos, crenças e normas internalizadas; efeito farmacológico de substância consumida, prejuízo cognitivo, labilidade emocional, agitação psicomotora, fissura ou *craving*, irritabilidade; condições sociais, falta de controle social, desorganização familiar, falta de oportunidades de emprego e educação; condições econômicas, necessidade financeira, falta de recursos financeiros para angariar compra de droga, dívidas; e situações diversas, como ambiente, local de moradia, convivência com outros delinquentes .

Para avaliação do risco de comportamentos delinquentes nos transtornos de humor, é preciso analisar os seguintes critérios:

- Incapacidade de adequar-se às normas sociais.
- Propensão para enganar.
- Impulsividade.
- Irritabilidade e agressividade.
- Desrespeito pela segurança própria ou alheia.
- Ausência de remorso, indicada por indiferença ou racionalização.

Alguns itens da escala Hare PCL-R (*Psychopaty Checklist – Revised*) podem ser incluídos na avaliação para o risco de delinquência nos transtornos de humor (Quadro 23-7).

QUADRO 23-7 Itens da Escala Hare PCL-R que Podem ser Incorporados na Avaliação de Delinquência nos Transtornos

de Humor

- Loquacidade/charme superficial
- Superestima
- Necessidade de estimulação/tendência ao tédio
- Mentira patológica
- Vigarice/manipulação
- Ausência de remorso ou culpa
- Insensibilidade afetivo-emocional
- Indiferença/falta de empatia
- Estilo de vida parasitário
- Descontroles comportamentais
- Promiscuidade sexual
- Ausência de metas realistas e de longo prazo
- Impulsividade
- Irresponsabilidade
- Incapacidade de aceitar responsabilização pelos próprios atos
- Muitas relações conjugais de curta duração
- Delinquência juvenil
- Revogação de liberdade condicional
- Versatilidade criminal

Fonte: Miguel, Gentil, Gattaz 2011.

O TDM apresenta-se em graus variados de severidade, leve, moderado ou grave; este com ou sem sintomas psicóticos. Os dois graus menos graves do transtorno podem acarretar prejuízos, mas geralmente não provocam danos maiores, como alterações do juízo, crítica, autocontrole, não tende a provocar comportamentos agressivos, podendo haver parcial redução nas atividades cotidianas, como autocuidado, decisões (simples ou complexas) e pouca interferência nas atividades laborais.

No entanto, o TDM grave tem maior potencial danoso. Pensamentos de menor valia, culpa, sintomas ligados ao afeto, isolamento social, absenteísmo ao trabalho e ideias de morte repetidas vezes se fazem presentes. Assim como pode acontecer nas apresentações mais brandas, todavia aqui mais intensamente, o indivíduo perde a crítica em relação à sua condição e à necessidade de tratamento, ou desiste de fazê-lo, com perda do autocontrole. Atos comuns, como autocuidado, decisões sobre questões simples ou mais relevantes, ficam prejudicados.

Pacientes relatam, quando iniciam o tratamento, que abandonaram ou pediram demissão do emprego ou pediram separação do cônjuge baseando-se, por exemplo, nas ideias de menor valia e incapacidade. Casos em que sintomas psicóticos se fazem presentes pode haver agitação psicomotora e/ou comportamentos agressivos. Também podem ser encontradas ideias suicidas ou homicidas, às vezes ambas. Cabe sempre ao

médico questionar diretamente sobre pensamentos de morte, com linguagem adequada. De 10% a 15% dos deprimidos cometem suicídio, e até 66% tem ideação de morte. Indagar tende a desencorajar o paciente, que se sente acolhido, bem como avaliar mais claramente a necessidade de hospitalização. Aqueles com manifestações psicóticas às vezes consideram matar alguém como resultado de seu sistema delirante, mas aquele mais gravemente deprimido muitas vezes não tem a motivação e a energia para atuar de modo impulsivo ou violento. O risco de suicídio se dá à medida que começam a melhorar e a readquirir energia necessária para planejar e executar sua própria morte (suicídio paradoxal).

Em casos mais extremos a autonomia do indivíduo pode estar restrita, inclusive levando ao afastamento das atividades laborais. Ideação delirante, niilista, ou com pensamentos suicidas incoercíveis, pouca continência familiar ou social, ou em que o profissional avalia haver risco à vida da pessoa, a internação hospitalar deve ser considerada, ainda que involuntariamente. Toda decisão terapêutica de um paciente grave necessita de envolvimento de familiares ou responsáveis, sendo que cada passo deve ser apresentado de maneira livre e esclarecida, inclusive para o paciente. É preciso entender que a recusa ao tratamento pode estar ligada a sintoma da própria doença ou pouco esclarecimento do paciente e da família em relação à condição clínica. No seguimento do caso, é sempre imprescindível a presença de familiares. Uma equipe multidisciplinar, em vez da figura de um único profissional, facilita a tomada de decisões.

Informações confidenciais envolvendo o tratamento do deprimido grave devem ser preservadas, ainda que o paciente tenha alterações do juízo. Estas podem ser abertas em casos extremos, em que a não abordagem de alguma questão leve a risco direto a alguém. A autonomia do paciente tende a se reestabelecer tão logo ele começa a responder ao tratamento. Portanto, interdições judiciais na maioria das vezes não se fazem necessárias.

Síndromes depressivas também podem estar presentes no curso natural do TB-I e II. Nestes casos, valem as mesmas recomendações para TDM. No entanto, tão relevante quanto a depressão, no TB são as polarizações opostas do humor, a saber, hipomania e mania, que trazem questões legais e éticas ao profissional.

Na maior parte dos casos acometidos por uma síndrome maníaca, a crítica da doença é um dos primeiros aspectos a serem comprometidos, e o paciente não se dá conta de que um problema se instalou. Ele, inclusive, pode tomar como ofensivo que o estado de euforia não é o mais adequado. O humor expansivo e irritável, a autoestima inflada, a grandiosidade, a loquacidade, o aumento de energia dirigido a determinados objetivos e o envolvimento excessivo com atividades são interpretados pelo paciente como aspectos positivos e não danosos, ou ainda, tentado explicar como justificativa em função de outros aspectos (p. ex., diz-se que está acelerado porque o trabalho lhe força a isso, ou que dirige acima do limite de velocidade, porque está atrasado, por ter muitas coisas a fazer). Indiscrições e envolvimentos sexuais atípicos também podem estar presentes e devem ser abordados pelo profissional de saúde com o método mais adequado. Nos variados tipos do TB, há comprometimento do juízo, crítica e autocontrole do paciente. São descritos prejuízos cognitivos nesse transtorno, e com

frequência é necessário afastamento do trabalho. Cerca de 75% dos pacientes maníacos são ameaçadores ou agressivos.

Na síndrome maníaca (mania com ou sem sintomas psicóticos e na hipomania), podem ser observadas alterações sutis ou marcantes do comportamento bastante ligados ao aumento da impulsividade. Aumento de gastos financeiros é frequente, tanto para pequenos objetos quanto para despesas maiores, como compra de carros, viagens ou casas, ou ainda investimentos tolos. Muitas vezes o paciente só se dá conta que está com os limites bancários atingidos quando o médico pergunta diretamente. É comum o uso de cheque sem fundos. O paciente em crise tende a se envolver mais em atividades prazerosas, em detrimento das necessidades, que muitas vezes não são sequer percebidas e aumentar consumo de substâncias psicoativas, inclusive ilícitas. Tende ainda a comportamento incisivo, agressivo, em função do aumento da impulsividade. Pode chegar a lutas corporais, acidentes dolosos no trânsito ou outro tipo de enfrentamentos. Até mesmo na consulta médica é preciso cautela se observada a agitação do paciente.

Associada à perda de crítica, é comum a recusa ao tratamento. A presença familiar é imprescindível para boa condução do caso, sobretudo nos tipos mais graves em que a internação hospitalar (inclusive involuntária) pode ser necessária. A programação terapêutica precisa ser estruturada junto à família, e o paciente deve saber cada etapa. Em alguns casos, em que o paciente se recusa ingerir medicamentos, pode ser usada medicação injetável. Informações confidenciais prestadas pelo paciente, usualmente, não necessitam ser prestadas à família, desde que não envolvam risco direto a alguém. A condução do caso por uma equipe multidisciplinar pode facilitar a resolução de questões éticas e legais.

CONCLUSÃO

Em síntese, os transtornos do humor implicam inúmeros aspectos éticos e legais que hoje têm sido pouco abordados na prática clínica diária, provavelmente reflexo das poucas pesquisas na área. É preciso um adequado aporte clínico desde a abordagem inicial do paciente, reforçando conceitos básicos da relação médico-paciente, bem como a semiologia e a psicopatologia para um diagnóstico acertado e, em relação aos aspectos terapêuticos, é fundamental estruturar as questões éticas e legais.

Resumidamente, dentre os principais aspectos médico-legais e éticos em que a intervenção do médico psiquiatra pode ser importante, seja para proteger o paciente, seja para prevenir desfechos desfavoráveis para o paciente, sua família e o ônus para a sociedade, destacam-se:

- A perda funcional e o risco de suicídio na depressão leve a moderada.
- Ideação suicida e/ou homicida na depressão psicótica e depressão puerperal.
- Necessidade da manutenção do tratamento profilático no qual a educação do paciente e de sua família se fazem necessário, além da escolha de tratamentos comprovadamente eficazes.
- Preservação da integridade circadiana como medida de proteção nos casos de atividades de risco, como plantões noturnos.
- Evitar os comportamentos de risco e impulsivos nos casos de mania/hipomania,

como, por exemplo, exposição a doenças sexualmente transmissíveis em pacientes hipersexualizados, comprometimento do orçamento familiar (como o custo dos procedimentos médicos e de tratamento no caso de recorrências da doença), consumo de drogas lícitas ou ilícitas.
- Aconselhamento genético e orientação acerca do risco para filhos de portadores.
- Orientação em relação à internação involuntária como medida de proteção do paciente.
- Aconselhamento quanto à interdição judicial do paciente, aposentadoria precoce.
- Situações em que a justiça solicita parecer do médico psiquiatra que acompanha o caso, ou quando há a solicitação de cópia do prontuário médico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akiskal, HS, Bourgeois, ML, Angst, J, Post, R, Moller, H, Hirschfeld, R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord*. 2000; 1(suppl 59):S5–S30.

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5.ed. (DSM-V). Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013; .

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4.ed. (DSM-IV). Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994; .

Anckarsater, H, Radovic, S, Svennerlind, C, Hoglund, P, Radovic, F. Mental disorder is a cause of crime: the cornerstone of forensic psychiatry. *Int J Law Psychiatry*. 2009; 32(6):342–347.

Andrade, ACF, Moreno, RA. Qual o papel da abordagem psicoeducacional no tratamento dos transtornos afetivos? *Boletim de Transtornos Afetivos e Alimentares*. 1998; 3:3.

Andrade, L, Walters, EE, Gentil, V, Laurenti, R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psyachiatry Psych Epidemiol*. 2002; 37:316–325.

Baltieri, DA, de Andrade, AG. Alcohol and drug consumption among sexual offenders. *Forensic Sci Int*. 2008; 175(1):31–35.

Coid, J, Ullrich, S. Antisocial personality disorder is on a continuum with psychopathy. *Compr Psychiatry*. 2010; 51(4):426–433.

Cordioli, AVPsicofármacos: consulta rápida. 4.ed. Porto Alegre: Artemed, 2011.

Dalgalarrondo, PPsicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2.ed. Porto Alegre: Artemed, 2008.

Ey, H, Bernard, P, Brisset, CManual de psiquiatria. São Paulo: Masson, 1975.

Goldstein, PJ. Drugs, violence and federal finding: a research odyssey. *Subst Use Misuse*. 1998; 33(9):1915–1936.

Goodwin, FK, Jaminson, KRManiac-depressive illness. Nova York: Oxford University Press, 1990.

Jeon, HJ. Epidemiologic studies on depression and suicide. *J Korean Med Assoc*. 2012; 55(4):322–328.

Katz, P, Kirkland, FR. Violence and social structure on mental hospital wards. *Psychiatry*. 1990; 53(3):262–277.

Moreno, DH, Andrade, LH. Latent class analysis of manic and depressive symptoms in a population-based sample in

São Paulo, Brazil. *J Affect Disord*. 2010; 123(1-3):208–215.

Moreno, RA, Moreno, DHDa psicose maníaco-depressiva ao espectro bipolar. São Paulo: Segmento Farma, 2008.

Organização Mundial da SaúdeClassificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. 10.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Parikh, SV, Segal, ZV, Grigoriadis, S, Ravindran, AV, Kennedy, SH, Lam, RW, et al, Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *J Affect Disord* 2009 Oct; 117;Suppl 1:S15–S25

Patten, SB, Kennedy, SH, Lam, RW, O´Donovan, C, Filreau, MJ, Parikh, SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. I. Classification, burden and principles of management. *J Affect Disord*. 2009 Oct; 117 Suppl 1:S5–14.

Pellegrinelli, KB, Costa, LFO, Sival, KID, Dias, VV, Roso, MC, Bandeira, M. Colom F, Moreno RA. Efficacy of psychoeducation on symptomatic and functional recovery in bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2013; 127:153–158.

Perroud, N, Baud, P, Mouthon, D, Courtet, P, Malafosse, A. Impulsivity, aggression and suicidal behavior in unipolar and bipolar disorders. *J Affect Disord*. 2011; 134(1-3):112–118.

Rigonatti, SP, Baltieri, DA. Transtornos mentais e comportamento violento. In: Miguel EC, Gentil V, Gattaz WF, eds. *Clínica Psiquiátrica*. Barueri: SP, 2011.

Roback, HB, Moore, RF, Bloch, FS, Shelton, M. Confidentiality in group psychotherapy: empirical findings and the law. *Int J Group Psychother*. 1996; 46:117.

Sadock, BJ, Sadock, VA. Compendio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica; tradução Claudia Dornelles et al. 9.ed. Porto Alegre: Artemed, 2007; .

Yatham, LN, Kennedy, SH, Parikh, SV, Schaffer, A, Beaulieu, S, Alda, M, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: uptade 2013. *Bipolar Disord*. 2013 Feb; 15(1):1–44.

CAPÍTULO 24

Esquizofrenia

Hélio Elkis, Rafael Bernardon Ribeiro and Quirino Cordeiro

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico grave, crônico, muitas vezes debilitante, sendo na maioria das vezes classificado dentro das chamadas "psicoses", embora se trate predominantemente de uma síndrome, com várias manifestações psicopatológicas. Neste capítulo, apresentaremos uma síntese dos principais aspectos da esquizofrenia do ponto de vista clínico, ou seja, epidemiologia, quadro clínico, diagnóstico, etiopatogenia, exames complementares e tratamento. Numa segunda parte, apresentaremos as principais questões ético-legais que envolvem abordagem de pacientes com essa condição.

EPIDEMIOLOGIA

A incidência mediana é de 15,2/100.000 pessoas. A proporção entre homens e mulheres é de 1,4:1. As estimativas de prevalência mostram também grande variabilidade, porém, de um modo geral, estima-se que esteja presente em 1% da população. O risco ao longo da vida (mediana) é 7,2/1.000 pessoas. Pacientes com esquizofrenia apresentam risco de mortalidade cerca de três vezes maior que aquele encontrado na população normal (mediana = 2,6); esses índices têm crescido ao longo das últimas décadas. Dentre as causas de mortalidade destaca-se o risco de suicídio, que é de 5%, enquanto na população geral é de cerca de 1%. Em comparação com os indivíduos nativos, os imigrantes têm aumento da incidência e prevalência de esquizofrenia.

QUADRO CLÍNICO

O quadro tem início em homens que são adultos jovens ou adolescentes. Já nas mulheres o início ocorre um pouco mais tarde, às vezes quando a jovem acometida pela doença já está casada e tem filhos.

Para fins didáticos, costuma-se dividir as etapas da evolução da esquizofrenia em três fases: pré-mórbida, prodrômica, progressiva e crônica.

A fase pré-mórbida é aquela que antecede o início da doença. Nela já são observadas importantes alterações, como atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, na aquisição da fala, problemas na aquisição no aprendizado na infância e adolescência, brincar solitário e ansiedade social significativa, levando à hipótese de que a esquizofrenia é uma alteração do neurodesenvolvimento cerebral. Essas alterações

estão descritas no Quadro 24-1.

QUADRO 24-1 Alterações do Desenvolvimento no Período Pré-mórbido da Esquizofrenia

Alterações do desenvolvimento neuromotor
Problemas de linguagem na infância
Falta de integração no desenvolvimento
Baixos resultados em testes educacionais durante a infância e a adolescência
Brincar solitário
Ansiedade social e distúrbios de conduta

Na fase denominada prodrômica, surgem alguns sintomas como alterações do pensamento, sentimentos de estranheza, isolamento, desinteresse, que precedem o primeiro episódio psicótico. São comuns nesse período os sintomas do humor, sobretudo episódios depressivos, e ocorre na maioria das vezes que a família do paciente procure ajuda de outros profissionais. Em razão de certo tipo de sintomas, o quadro pode ser confundido com transtorno do humor e, como consequência, o paciente ser tratado com antidepressivos ou estabilizadores do humor e/ou psicoterapia, sem resultados. Portanto, é importante lembrar o conceito de Duração da Psicose Não Tratada ou DUP (*Duration of Untreated Psychosis*) que consiste no intervalo entre o início da psicose e o início do tratamento: quanto maior a DUP pior o comprometimento psicopatológico e de adaptação social.

O período prodrômico culmina muitas vezes com o primeiro episódio psicótico, e neste ponto inicia-se a chamada fase progressiva do transtorno. Por fim, ele evolui para a fase de estabilidade ou crônica, ainda sujeito a recaídas, ou seja, a sintomatologia piora. É importante lembrar que na esquizofrenia os sintomas negativos são muitas vezes detectados desde o princípio, ao passo que os positivos ou psicóticos ocorrem durante os episódios de exacerbação (“surtos psicóticos“).

Em termos psicopatológicos, a esquizofrenia se caracteriza pela presença de grande variabilidade sintomatológica que pode ser organizada de acordo com as seguintes *dimensões psicopatológicas*: presença de sintomas psicóticos ou positivos (delírios e alucinações, sendo as auditivas as mais frequentes), de desorganização (do pensamento e da conduta), dos chamados sintomas negativos (embotamento afetivo-volitivo). Além disso, sabe-se que a esquizofrenia caracteriza-se pela presença de perdas cognitivas, motivo pelo qual Kraepelin anteriormente denominou o quadro “demência precoce”. Tais perdas ocorrem sobretudo na capacidade de abstração e *insight*. Pacientes com esquizofrenia podem apresentar quase sempre sintomas do humor com os sintomas depressivos bem como sintomas maniformes. Além disso, são comuns também a presença de sintomas de ansiedade (Quadro 24-2).

QUADRO 24-2 Dimensões Psicopatológicas da Esquizofrenia

Dimensões	Sintomas

Psicótica	Delírios e alucinações („sintomas positivos„)
Desorganização	Desorganização do pensamento
Comportamento motor anormal	Conduta bizarra ou catatonia
Negativa	Restrição da expressão do afeto (embotamento afetivo), déficit volitivo
Cognitiva	Perda da capacidade de abstração e de *insight*
Humor	Depressão e mania

(Baseadas nas Dimensões da DSM 5 Association, 2013 #nº 1625)

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de esquizofrenia é fundamentalmente clínico. É prioritária uma detalhada anamnese do paciente, como estado psicopatológico atual e histórico, personalidade pré-mórbida, investigação detalhada das etapas do neurodesenvolvimento, dos antecedentes pessoais e familiares (clínicos e psiquiátricos) e da história de abuso de substância.

Oficialmente o diagnóstico da esquizofrenia é feito no Brasil de acordo com os critérios da 10ª revisão da Classificação Internacional das Doenças. Por este critério, pacientes apresentam diagnóstico de esquizofrenia quando há presença de sintomas psicóticos pelo período mínimo de 1 mês. Além disso, pacientes podem ser classificados como pertencentes a determinados subtipos de esquizofrenia como, por exemplo, o subtipo paranoide (com predominância de sintomas psicóticos), o hebefrênico (com predominância de sintomas de desorganização ou do humor) ou catatônico (com predominância de sintomas motores).

No entanto, os critérios da CID 10 enfatizam muito a sintomatologia da esquizofrenia, porém não contemplam aspectos muito importantes, como, por exemplo, o comprometimento funcional.

Os critérios que melhor definem a esquizofrenia são aqueles da Classificação Americana dos Transtornos Mentais que, na sua quinta edição (DSM 5), propõem que para se fazer o diagnóstico de esquizofrenia são necessários critérios de inclusão e de exclusão. Os critérios de inclusão compreendem a presença obrigatória de sintomas psicóticos ou de desorganização do pensamento (critério A), a presença de disfunção sócio-ocupacional (Critério B), a duração de pelos menos 6 meses do quadro (Critério C) e a necessidade de exclusão de outros diagnósticos confundidores ou de condições clínicas que mimetizam sintomas da esquizofrenia (itens D e E). O item F diz respeito à possibilidade do diagnóstico de esquizofrenia ser realizado na presença de comorbidade com transtornos do espectro do autismo e da comunicação. No Quadro 24-3 apresentamos os critérios da DSM 5.

QUADRO 24-3 Critérios Diagnósticos de Esquizofrenia de Acordo com o DSM- 5 (25, Modificada)

A No mínimo dois dos seguintes sintomas, cada qual presente por uma porção

significativa de tempo durante o período de 1 mês (ou menos, se tratado com sucesso). Ao menos um destes deve ser (1) (2) ou (3):
(1) Delírios
(2) Alucinações
(3) Discurso desorganizado ou incoerente (descarrilhamentos ou incoerência)
(4) Comportamento desorganizado ou catatônico
(5) Sintomas negativos (diminuição da expressão emocional ou avolição)

B Disfunção social/ocupacional: uma porção significativa do tempo desde o início do transtorno, uma ou mais áreas, como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, estão acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início do transtorno (quando o início se dá na infância ou adolescência, incapacidade de atingir o nível esperado de realização interpessoal, acadêmica ou profissional)

C Sinais contínuos pelo período de 6 meses. Esse período deve incluir 1 mês (ou menos, se tratado com sucesso) de sintomas do critério A, podendo-se incluir sintomas prodrômicos ou residuais. Sintomas prodrômicos ou residuais podem incluir sintomas negativos ou dois ou mais sintomas presentes no critério A de modo atenuado (p. ex., crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns)

D Transtorno esquizoafetivo ou transtorno de humor depressivo ou bipolar psicótico devem ser excluídos devido aos seguintes fatores:
(1) nenhum episódio depressivo maior, maníaco ou misto ocorreu durante a fase ativa (A)
(2) se os episódios de humor ocorreram durante a fase ativa (sintomas A), sua duração foi breve com relação à duração dos períodos ativo e residual

E O transtorno não pode ser atribuído aos efeitos fisiológicos de substâncias (abuso de drogas, medicações) ou qualquer outra condição médica

F Se houver história de transtorno do espectro do autismo ou de transtorno de comunicação de início na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia pode ser feito, somente se houver alucinações ou delírios proeminentes e se os outros sintomas requeridos para o diagnóstico de esquizofrenia estiverem presentes há pelo menos 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso)

Os subtipos da esquizofrenia foram abolidos pelo DSM 5, e a sintomatologia do paciente é avaliada de acordo com as dimensões cuja gravidade é avaliada por meio de uma escala de cinco pontos (0 a 4). Tais dimensões superpõem-se àquelas descritas no Quadro 24-2 (alucinações, delírios, discurso desorganizado, comportamento motor anormal, sintomas negativos, comprometimento cognitivo, depressão e mania).

Enfim é importante lembrar que comorbidades são comuns na esquizofrenia, como, por exemplo, abuso de substâncias, depressão e transtornos de ansiedade. No caso destes últimos podem ocorrer concomitantemente à esquizofrenia o desenvolvimento de transtorno do pânico, fobia social, transtorno de *stress* pós-traumático e o transtorno obsessivo-compulsivo, trazendo muitas vezes grandes dificuldades para o diagnóstico.

EXAMES COMPLEMENTARES

Pacientes com esquizofrenia apresentam maior frequência de anormalidades cerebrais quando comparados a controles em exames de imagem cerebral, como dilatação do sistema ventricular, atrofia dos hipocampos e certas regiões do córtex cerebral, redução global do volume cerebral, anormalidades cerebelares e persistência de certas anormalidades, como *cavum septum pelucidum*. No entanto, estas anormalidades não são específicas, podendo ocorrer em outros transtornos, como, por exemplo, os do humor.

Portanto, exames de imagem cerebral embora não específicos podem nos auxiliar na investigação de anormalidades cerebrais associadas às psicoses. A investigação de substâncias na urina, como maconha ou cocaína, pode auxiliar na identificação de fatores desencadeantes.

ETIOPATOGENIA

A esquizofrenia era considerada no início um quadro clínico associado aos processos demenciais (*Dementia Praecox de Kraepelin*) porém hoje várias evidências apontam para a hipótese de que a esquizofrenia é um transtorno do neurodesenvolvimento, cujas primeiras manifestações já são observáveis desde a infância. Embora a questão ainda seja controversa, há evidências de que a partir dos primeiros episódios psicóticos surgem os chamados processos neuroprogressivos, com perda neuronal, aprofundamento da deterioração cognitiva e do comprometimento da funcionalidade do paciente.

Hoje já está bem estabelecido que diversos fatores estão associados ao desencadeamento dos primeiros episódios psicóticos, como, por exemplo, o uso de drogas como cocaína e sobretudo a maconha.

De fato, uma das fontes de evidência da formulação da hipótese dopaminérgica foi a observação no passado da associação entre o uso de substâncias agonistas da dopamina (p. ex., anfetaminas) e o desencadeamento de episódios psicóticos. Nesse sentido, já está bem estabelecido que os sintomas psicóticos estão associados ao aumento da atividade dopaminérgica, sobretudo em áreas límbicas. Entretanto, a diminuição da atividade dopaminérgica, sobretudo em regiões frontais do cérebro, está associada à presença dos sintomas negativos.

TRATAMENTO

Os antipsicóticos ou neurolépticos constituem a base para o tratamento da esquizofrenia e a primeira geração desses compostos (antipsicóticos de primeira geração – APG) na metade do século XX, como a clorpromazina ou haloperidol, elevou os índices de eficácia no tratamento de 30% – obtidos com antigos tratamentos biológicos como insulinoterapia ou psicocirurgia – para 70%. No entanto, o uso dos APG estava associado ao desenvolvimento de sintomas extrapiramidais (SEP) agudos e crônicos. Com a descoberta da clozapina nos anos 1970, foram introduzidos nas décadas de 1980 e 1990 os antipsicóticos de segunda geração (ASG) (p. ex., clozapina,

risperidona, olanzapina, ziprasidona, aripiprazol e, mais recentemente, a asenapina e a paliperidona) que apresentam melhor tolerabilidade em em relação aos SEP e por isso são os medicamentos mais utilizados hoje.

Em termos de *eficácia* alguns ASG (como amisulprida, clozapina, olanzapina e risperidona) mostram-se superiores aos APG em ensaios clínicos randomizados controlados, porém, quando observados em ensaios clínicos chamados "naturalísticos", ou "de vida real", ambos os grupos apresentam *efetividade* semelhante.

Como observado anteriormente, o uso de APG está associado a maior risco de desenvolvimento de síndromes extrapiramidais agudas e crônicas (distonias, discinesia tardia), ao passo que o uso de ASG está associado ao aparecimento de alterações metabólicas como obesidade, ganho de peso, diabetes e, em consequência, de alterações cardiovasculares.

Para o seu emprego adequado nas diversas fases do tratamento da esquizofrenia, adotamos como guia o algoritmo para o tratamento da esquizofrenia do International Psychicopharmacology Algorithm Project (IPAP) que está disponível na internet (www.ipap.org). Este algoritmo foi consultado para elaboração dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da esquizofrenia do Ministério da Saúde do Brasil (Figura 24-1).

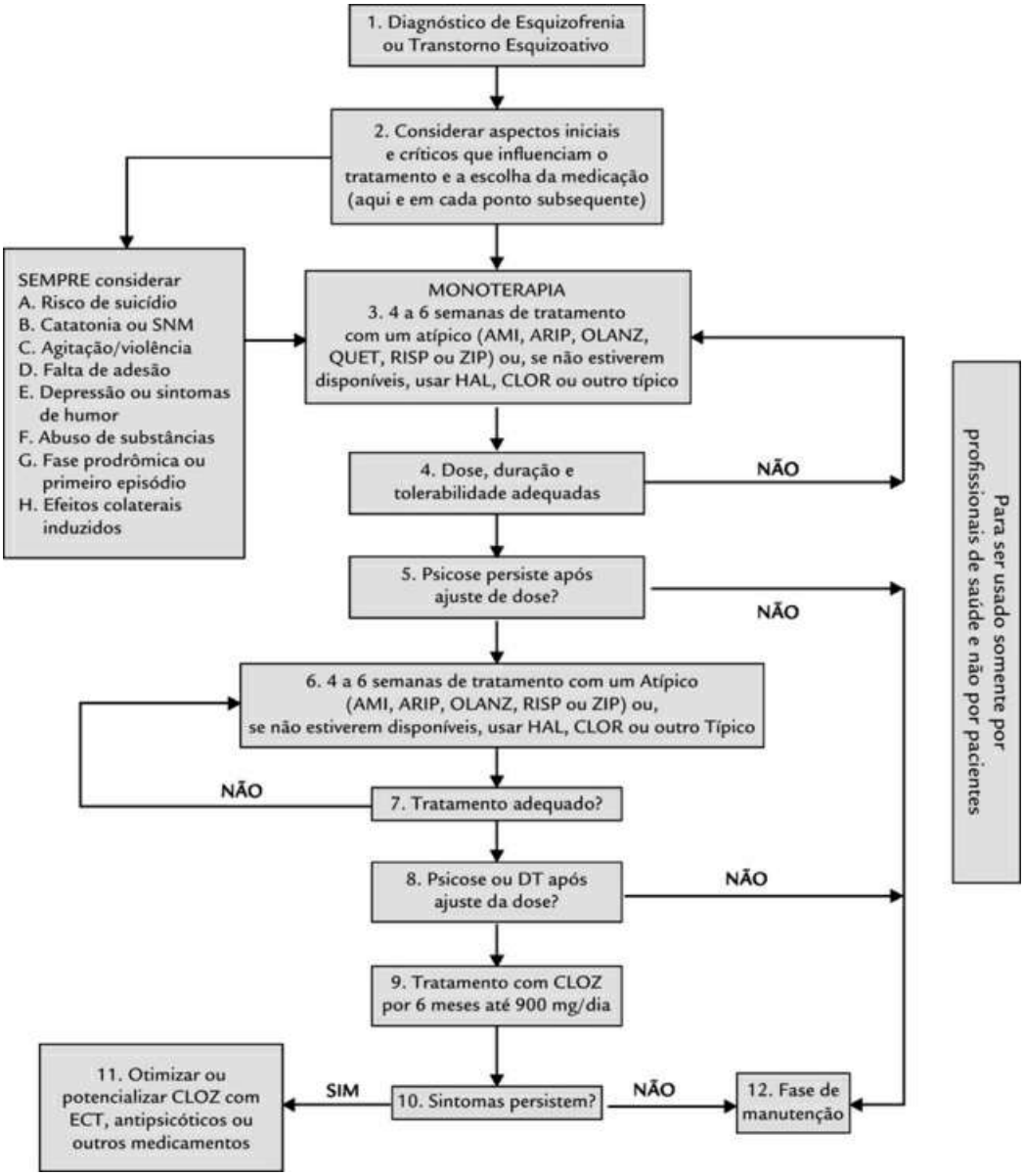

FIGURA 24-1 Algoritmo de tratamento da esquizofrenia – International Psychopharmacology Algorithm Project (IPAP) (www.ipap.org)

A proposta do algoritmo do IPAP é a seguinte: uma vez feito o diagnóstico de esquizofrenia, é recomendado um tratamento com antipsicótico de segunda geração ou, caso não esteja disponível, um antipsicótico de primeira geração, em doses adequadas, pelo período de 4 a 6 semanas. Os ASG são considerados a primeira escolha devido a sua melhor tolerabilidade, não por sua maior eficácia. Se o paciente responder ao primeiro tratamento, será considerado responsivo e deverá permanecer tomando o antipsicótico como tratamento de manutenção. Caso não responda ao primeiro tratamento, deverá tentar um segundo tratamento antipsicótico por mais 4 a 6 semanas.

Na ausência de resposta terapêutica adequada às duas tentativas mencionadas, o paciente é considerado refratário e, nesse caso, o terceiro antipsicótico a ser

administrado deve necessariamente ser clozapina, cuja dose média é de 300 mg/dia podendo alcançar a dose máxima de até 900 mg/dia, sempre em monoterapia. De acordo com o IPAP, se não houver resposta adequada à clozapina, o paciente é considerado respondedor parcial, e estratégias de potencialização da clozapina podem ser tentadas. Os respondedores parciais à clozapina são também conhecidos como super-refratários. É importante lembrar que apesar de diminuto (0,003 a 1%) pacientes em tratamento com clozapina devem se submeter a hemogramas semanais nas primeiras 18 semanas de tratamento, e mensais subsequentemente durante o tratamento com essa medicação.

A cada passo do tratamento da esquizofrenia devem ser considerados aspectos, como: riscos de suicídio, de agitação ou violência, sintomas catatônicos, não adesão ao tratamento, sintomas depressivos, abuso de substâncias e efeitos colaterais dos antipsicóticos. Para cada um deles, medidas específicas podem ser tomadas, como a introdução de medicamentos apropriados para o combate aos sintomas das manifestações. Os principais antipsicóticos de primeira e de segunda geração estão listados na Tabela 24-1.

TABELA 24-1

Principais Antipsicóticos Disponíveis no Brasil, Dosagens Médias e Principais Efeitos Colaterais ([3, 26, 27], Modificada)

Antipsicótico	Doses Recomendadas (mg/dia)	Principais Efeitos Colaterais
Antipsicóticos Primeira Geração		
Clorpromazina	100 a 1.000	Sedação, hipotensão, efeitos anticolinérgicos
Haloperidol Haloperidol decanoato (injetável de ação prolongada)	5 a 20 Ampolas com equivalente a 50 mg de haloperidol	SEP
Antipsicóticos de Segunda Geração		
Amisulprida	300 a 600	Elevação da prolactina, ganho de peso
Aripiprazol	10 a 30	SEP
Asenapina	10 a 20	Sedação
Clozapina	100 a 800	Alterações da crase sanguínea, SM, anticolinérgicos
Olanzapina	10 a 30	SM
Paliperidona Paliperidona Injetável de ação prolongada	6 a 12 mg Ampolas com 75 mg, 100 mg e 150 mg, aplicadas mensalmente	Sonolência, taquicardia, hipotensão e elevação da prolactina
Quetiapina	300 a 800	Sedação, SM
Risperidona Risperidona Injetável de ação prolongada	2 a 8 25 a 37,5 mg aplicadas quinzenalmente	SEP, aumento da prolactina, SM
Ziprasidona	120 a 160	Sedação

SEP = síndrome extrapiramidal; SM = síndrome metabólica: ganho de peso, alterações do perfil lipídico (aumento dos

triglicérides e diminuição do HDL), aumento da glicemia.

Chamamos a atenção para a importância do tratamento adequado da esquizofrenia, pois há correlação entre violência e falta de tratamento. Como chamou atenção Fuller-Torrey também há uma inter-relação entre violência, tratamento e estigma, uma vez que:

- Os dois fenômenos têm aumentado nos últimos 50 anos.
- A violência é um fator causal importante na gênese do estigma.
- A maioria dos episódios de violência está associada à falha no tratamento dos pacientes que os cometeram.
- Tratar pacientes com esquizofrenia reduz o número de episódios de violência.
- Reduzindo os episódios de violência, há redução do estigma.

De fato, o tratamento adequado do pacientes psicóticos representa um aspecto fundamental no controle da agressividade e violência em pacientes com esquizofrenia.

IMPLICAÇÕES LEGAIS

Diante do exposto anteriormente, fica claro que a esquizofrenia é um transtorno mental que pode cursar com variada manifestação clínica. O próprio Eugen Bleuler, que cunhou o nome "esquizofrenia", chamava a atenção para o que ele denominou "grupo das esquizofrenias", denotando a heterogeneidade dos quadros clínicos que estão sob a égide desse diagnóstico comum. Portanto, os diferentes quadros clínicos do transtorno, bem como sua gravidade, vão determinar o enquadramento legal do paciente, dentro das diferentes esferas jurídicas. O que importa, na verdade, não é o transtorno mental em si, mas sim a avaliação caso a caso, pois a aplicação da lei dependerá dessa avaliação clínica e pericial minuciosa. A seguir, então, será apresentado como isso ocorre nas diferentes esferas jurídicas.

Direito Penal

Na esfera penal, ação ou omissão apenas poderão ser consideradas como crime quando alguns requisitos estiverem presentes. O crime tem que ser fato típico, com a exata correspondência do fato com a descrição legal, antijurídico, com a contrariedade que se estabelece entre o fato típico e o ordenamento legal, e culpável, com a reprovação que se faz ao autor por ter abusado de sua imputabilidade em relação a um determinado ato punível. Há, no entanto, determinadas situações em que o indivíduo não poderá ser considerado imputável por uma ação típica e antijurídica que cometer. A presença de transtorno mental pode ser uma dessas situações. Diante disso, o indivíduo que sofre de esquizofrenia e que, por conta disso, apresenta comprometimento do entendimento do caráter típico e antijurídico de sua ação ou omissão, ou comprometimento de sua capacidade de autodeterminação diante de seu entendimento, será considerado inimputável, podendo ser, por isso, absolvido da prática de crime e ser submetido à aplicação de medida de segurança. Nesse contexto, percebe-se que é insuficiente apenas o critério biológico para o estabelecimento da imputabilidade (ou seja, apenas a presença de doença), pois a pessoa, mesmo com doença mental, no caso esquizofrenia, pode ter consciência e vontade livre em

determinadas situações. Assim, existe a possibilidade que o paciente com esquizofrenia possa exercer conscientemente sua vontade. Impõe-se, portanto, a incorporação do critério psicológico, ou seja, a inimputabilidade deve ser verificada no momento em que o crime é cometido, sendo considerado inimputável aquele indivíduo que age sem consciência, ou seja, sem a representação exata da realidade (nexo causal). O critério, então, é o biopsicológico, ou seja, o indivíduo tem que ter o transtorno mental, e ele tem que comprometer sua capacidade de entendimento e/ou autodeterminação.

O paciente com esquizofrenia pode cursar com comprometimento de seu juízo de realidade, em decorrência de sintomas psicóticos que pode apresentar. Portanto, se ele cometer algum ato ilícito, em decorrência direta de seus sintomas psicóticos, ele será considerado inimputável. Por exemplo, no caso de um indivíduo que comete um crime, pois apresentava uma alucinação auditiva de comando, ordenando que agisse de determinada maneira, ou ainda se cometesse um ato ilícito, por conta de uma manifestação delirante.

No entanto, além dos sintomas positivos (delírios e alucinações), a esquizofrenia apresenta também sintomas de deterioração, os chamados sintomas negativos do transtorno. Assim sendo, alguns pacientes com esquizofrenia podem apresentar prejuízo cognitivo importante, bem como comprometimento volitivo, ambos devidos aos sintomas cognitivos e negativos decorrentes do transtorno. Desse modo, em caso de ação ou omissão delitiva, os sintomas de deterioração cognitiva e volitiva devem ser avaliados para que se determine se eles influenciaram de alguma maneira no caso. Se positivo, o paciente deverá ser considerado inimputável.

O manejo do comportamento violento na esquizofrenia é de grande importância no tratamento dos pacientes. Há tempos busca-se entender quais fatores têm se relacionado como sendo de risco para o comportamento violento, que pode dar origem a um ato delitivo. Em estudo de meta-regressão, que avaliou 110 estudos clínicos e 45.533 pacientes psicóticos (cerca de 90% com esquizofrenia), Witt e cols. (2013) identificaram alguns fatores de risco para comportamentos violentos em pacientes com quadros psicóticos, como hostilidade, abuso/uso recente de drogas, não adesão ao tratamento e baixo controle dos impulsos. Mais recentemente, o uso de avaliação sistematizada de risco para violência em pacientes com esquizofrenia tem sido proposto. Singh e cols. (2012) propuseram a criação de uma escala que avalia cinco fatores de risco para comportamentos violentos nesses pacientes: sexo masculino, condenação criminal prévia, idade jovem, abuso de álcool e abuso de drogas. Com isso, é mais fácil prever as possibilidades de um paciente vir a cometer atos violentos, o que faz com que seu tratamento, com objetivo preventivo, foque de maneira especial nessa questão.

O que se pode observar a partir desses aspectos é que parte considerável dos fatores considerados de risco para comportamentos violentos em pacientes com esquizofrenia são modificáveis. Parte deles é relacionada a características clínicas do próprio transtorno (hostilidade, impulsividade), outros estão relacionados à não adesão do paciente ao tratamento (o que faria reagudizar o transtorno) e abuso/uso de drogas. O paciente com esquizofrenia pode apresentar comportamento violento, por conta de

seu quadro clínico, desde que não seja corretamente tratado; desse modo, o tratamento adequado prestado ao paciente com esquizofrenia reduz sua chance de entrar em conflito com a lei.

Direito Civil

Pacientes com esquizofrenia, em decorrência tanto de seus sintomas psicóticos como devido ao seu quadro de deterioração psíquica, podem apresentar prejuízo na sua capacidade para realizar atos da vida civil, como adquirir e vender bens, testar, casar etc.

Pacientes com esquizofrenia podem apresentar comprometimento da capacidade de gerir seus próprios interesses. Por conta disso, em determinadas situações, podem ser interditados. A ação de interdição está normatizada nos artigos 1177 e seguintes do Código de Processo Civil e pode ser promovida pelo pai, mãe ou tutor, pelo cônjuge ou algum parente próximo ou, ainda, pelo órgão do Ministério Público. Nesses casos, o paciente pode ser interditado, sendo nomeado um curador que passará a cuidar de seus interesses. O curador, por sua vez, é aquele que tem o dever de cuidar dos incapazes e dos seus bens ou negócios, já que estão incapacitados de fazê-lo. Vale lembrar que o processo de interdição ocorre para garantir os interesses do paciente, ou seja, como ele pode se tornar incapaz de cuidar de seus interesses, outra pessoa fará isso por ele, porém sempre obedecendo ao interesse do paciente. A interdição pode ser por incapacidade absoluta para todos os atos da vida civil, ou por incapacidade relativa a determinados atos da vida civil. Por exemplo, o paciente pode ser interditado apenas para gerenciar seus bens, sendo preservadas outras capacidades para os atos da vida civil. O juiz, baseando-se no laudo pericial psiquiátrico, determinará os limites da interdição. É importante, no entanto, ficar claro que a interdição sempre pode ser levantada; assim sendo, cessando-se a causa que a determinou, finda estará a interdição. Em outras palavras: o paciente com esquizofrenia que apresente quadro clínico que o impeça de exercer atos da vida civil, em decorrência de sua manifestação clínica, pode ser interditado.

Há situações em que um determinado paciente com esquizofrenia pode ter cometido algum ato jurídico, como, por exemplo, a venda de um bem, e, por conta de seu quadro clínico à época do ato, ser considerado incapaz para tal, não apresentando condições jurídicas de responder pelo seu ato. Nesse caso, há possibilidade de solicitação de anulação de ato jurídico. O mesmo pode se dar também com matrimônio, podendo ele ser nulo ou anulável em caso de presença de quadro psiquiátrico. A nulidade ou anulação de matrimônio pode se dar em duas situações, na vigência de transtorno mental:

- O casamento contraído pelo enfermo mental sem o necessário discernimento para os atos da vida civil é nulo ou anulável (ver Capítulo 5, Perícias em Direito Civil).
- Na outra situação, uma das partes pode alegar erro essencial e solicitar a anulação de seu matrimônio, relatando que ignorava, antes do casamento, que seu cônjuge possuía doença mental grave que, por sua natureza, torna insuportável a vida em comum ao cônjuge enganado.

A capacidade de testar também pode ser colocada em jogo em pacientes com

esquizofrenia. Em certas situações, inclusive, há que se avaliar casos em que testamentos foram feitos em vida, porém por pessoas que já faleceram. Sempre que aparecer dúvidas nessa área, o paciente tem que ser avaliado em perícia psiquiátrica, ou, em certas ocasiões, por meio de perícias indiretas, baseando-se em documentos, entrevistas com terceiros etc. quando o paciente já faleceu.

A possibilidade de guarda de menores e o pátrio poder também podem estar comprometidos em pacientes com esquizofrenia. Como já mencionado, pacientes com esquizofrenia podem apresentar sintomas psicóticos ou deterioração psíquica que levem à incapacidade de cuidar, criar e educar crianças sob o seu poder. No entanto, isso será apenas decidido a partir de *avaliação pericial minuciosa*, pois em alguns casos, em que pese o quadro clínico apresentado, o paciente com esquizofrenia pode estar em condições de desempenhar essas tarefas.

Direito Trabalhista e Previdenciário

A avaliação da capacidade laborativa é fator central em questões relacionadas ao Direito Trabalhista e Previdenciário. O paciente com esquizofrenia, por conta de seus sintomas psicóticos ou de deterioração da doença, pode apresentar comprometimento de sua capacidade laborativa.

A incapacidade laborativa pode ser total ou parcial. Aqui é importante avaliar se o indivíduo é incapaz para desenvolver seu trabalho habitual, bem como outros trabalhos para os quais ele poderia ser readaptado. Um paciente com esquizofrenia pode ser parcialmente incapaz, podendo, assim, desempenhar outras tarefas na empresa na qual trabalha, não precisando ser necessariamente aposentado por invalidez. Ademais, em algumas situações, quando o paciente recupera-se de seu quadro clínico mais agudo, pode retomar seu trabalho nas condições habituais.

A incapacidade laborativa também precisa ser avaliada em relação à temporalidade. Portanto, a incapacidade laborativa pode ser temporária ou permanente. Aqui, um paciente com esquizofrenia pode ser incapaz temporariamente para o trabalho, quando apresenta, por exemplo, uma recorrência psicótica. Nessa situação, o paciente encontra-se temporariamente incapaz para o trabalho, pois ele poderá se recuperar da recaída psicótica e voltar a trabalhar. No entanto, em situações de refratariedade não responsiva ao tratamento dos sintomas psicóticos, bem como diante de pacientes que apresentam sintomas de deterioração muito pronunciados, pode-se estar diante de um paciente com incapacidade permanente para o trabalho.

Vale, então, lembrar que a conjunção da incapacidade total e permanente para o trabalho leva à configuração de aposentadoria por invalidez. Para tanto, o paciente precisa apresentar incapacidade total e permanente não só para realizar o seu trabalho habitual, mas sim para realizar todo e qualquer trabalho. Muitos pacientes com esquizofrenia, por conta da gravidade do transtorno, terão grandes dificuldades para retomar seu trabalho a contento.

Nos casos de aposentadoria por invalidez, o perito deve se manifestar sobre a presença de alienação mental no paciente. Isso acaba tendo implicações em direitos previdenciários. A alienação mental ocorre em todo caso de transtorno mental grave e persistente, no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração

completa ou considerável da personalidade, comprometendo gravemente os juízos de valor e realidade, destruindo autodeterminação do pragmatismo e tornando o indivíduo total e permanentemente inválido para qualquer trabalho. Por lei, esses casos de esquizofrenia podem ser considerados alienação mental.

Direito Administrativo

Pacientes com esquizofrenia podem infringir normas administrativas, em decorrência de problemas relacionados ao transtorno mental que apresentam. Um exemplo disso é o caso de um médico que tem contra si uma denúncia no Conselho Regional de Medicina, alegando que ele teria infringido normas ético-administrativas de seu órgão de regulamentação profissional. No entanto, tal situação pode ter ocorrido, pois o referido médico apresenta quadro clínico de esquizofrenia. Em casos assim, o indivíduo também deverá ser minuciosamente avaliado para a medida administrativa mais apropriada seja tomada.

Outros Casos

Há ainda outras situações de pacientes com esquizofrenia que necessitam que as normas legais sejam aplicadas de maneira apropriada, levando-se em consideração suas peculiaridades clínicas. Isso pode acontecer no Direito Canônico, no Direito Militar. No caso do Direito Canônico, por exemplo, o casamento na Igreja Católica também pode ser anulado, mediante o julgamento por um tribunal eclesiástico. Nesse caso, se a alegação que justifique a anulação tiver relação com o quadro mental do cônjuge, pareceres psiquiátricos instruirão o julgamento.

IMPLICAÇÕES ÉTICAS

O tratamento de pacientes com esquizofrenia deve ser realizado sempre com o objetivo de estimular seu desenvolvimento, suas capacidades, bem como sua vida gerida com autonomia. No entanto, quando se aborda o princípio da autonomia no âmbito da relação médico-paciente, importantes questões éticas podem surgir, sobretudo quando o paciente apresenta um transtorno mental grave. O conceito de autonomia consiste na qualidade de um indivíduo de tomar suas próprias decisões, a partir de sua razão pessoal. Em bioética, esse princípio evoluiu de maneira a incluir também aí a noção de respeito à pessoa. Sendo assim, a medicina tem passado a considerar cada vez mais que as pessoas devem que ser tratadas como agentes autônomos, porém os indivíduos com autonomia diminuída devem ser protegidos por serem considerados sujeitos vulneráveis. Diante disso, a importante questão a ser respondida é saber quando uma pessoa atua de maneira autônoma ou se, por qualquer circunstância, está com essa competência reduzida, ou mesmo abolida. Portanto, precisamos sempre procurar estabelecer qual o limite entre o respeito à decisão de um paciente feita com autonomia e a proteção àqueles que estão com tal capacidade, mesmo que momentaneamente, comprometida. Por exemplo, indivíduos mentalmente enfermos, com quadro de esquizofrenia, podem apresentar sua autonomia reduzida, o

que pode influenciar em seus processos de tomada de decisão. O processo decisório de um determinado indivíduo está diretamente relacionado ao adequado funcionamento de suas funções psíquicas. Desse modo, pacientes com esquizofrenia podem apresentar comprometimento em sua competência para decidir de maneira soberana.

Sendo assim, ao tratar da mesma maneira um indivíduo autônomo e outro com sua autonomia comprometida, corre-se o risco de punir e prejudicar o paciente por conta de sua incompetência em tomar decisões. A simples aplicação do princípio bioético da autonomia a pacientes portadores de transtornos mentais graves, com competência comprometida para tomar decisões autônomas, pode ser uma distorção. Assim, em algumas situações, o profissional de saúde deverá agir tendo como alicerce não o princípio da autonomia, mas sim o princípio da beneficência, de modo a respeitar o paciente em suas limitações impostas pela doença. No entanto, é importante deixar claro que os princípios bioéticos da autonomia e beneficência não devem ser dispostos de maneira hierárquica, tendo que ser encarados *prima facie*, ou seja, a opção pela observação de um deles em detrimento do outro deve ocorrer após estudo e reflexão sobre o caso concreto que se apresenta. Portanto, sob a égide da bioética principialista, a maior parte das questões éticas que surgem no tratamento do paciente com esquizofrenia emergem de conflitos existentes entre os princípios da autonomia e beneficência.

Tratamento Contra a Vontade

O paciente com esquizofrenia pode recusar seu tratamento – como pode acontecer com qualquer pessoa que apresente qualquer outra doença. Esse é um direito que, em tese, lhe assiste. Aqui, então, deve-se avaliar se a recusa foi feita devido a uma decisão autônoma do paciente, ou se está baseada em sintomas psicóticos ou falta de crítica sobre a gravidade da doença que apresenta. Devido ao quadro clínico da esquizofrenia, na maioria das vezes a recusa ao tratamento dever-se-á aos motivos relacionados a perda da capacidade de *insight* e, portanto, será consequência dos acometimentos psíquicos decorrentes do próprio transtorno. Dessa maneira, o paciente com esquizofrenia pode vir a recusar qualquer tipo de tratamento, do remédio diário à internação psiquiátrica. Então caberá à equipe técnica que o acompanha avaliar como abordar da melhor maneira o caso, tendo como norte, então, o princípio da beneficência, podendo ter justificativas éticas e técnica para tratamento involuntário.

Internação Psiquiátrica

A internação psiquiátrica é um importante instrumento dentro do arsenal terapêutico para o tratamento de pacientes com esquizofrenia. Deve, obviamente, ser reservada para situações extremas, nas quais os recursos extra-hospitalares falharam. Tal abordagem terapêutica visa à proteção e cuidados intensivos do paciente, quando o mesmo oferece risco para si e para outrem. É um ato médico, tanto pela natureza da intervenção (diagnóstico médico e prescrição de tratamento), quanto do ponto de vista legal, de acordo com a Lei 10.216/2001. De acordo com tal legislação, a internação psiquiátrica pode ser voluntária, involuntária ou compulsória (determinada pela

Justiça). (ver Capítulo 11, Internações Psiquiátricas Involuntárias). Portanto, necessitando o paciente da internação, mesmo que contra sua vontade quando não tiver discernimento, a internação psiquiátrica é ética e legal.

Família e Quebra de Sigilo Profissional

A presença da família no tratamento do paciente com esquizofrenia é sempre bem-vinda. Quando a família entende o transtorno mental que o paciente apresenta e se engaja no tratamento os resultados da abordagem terapêutica são muito melhores.

No entanto, a aproximação da família do tratamento de pacientes com esquizofrenia sempre traz consigo a questão relacionada à quebra de sigilo profissional. Ou seja, será que em determinadas situações o profissional de saúde que atende um paciente com esquizofrenia pode quebrar o sigilo e, sem seu consentimento, passar informações para seus familiares? Aqui, novamente um dilema bioético pode se apresentar. A autonomia do paciente deve ser respeitada sempre que possível, consequentemente o sigilo concernente às informações que ele revelou em tratamento. No entanto, em situações que, devido ao quadro clínico, há risco para o próprio paciente ou para terceiros, o sigilo profissional deve ser quebrado. A quebra de sigilo deverá ocorrer sempre em benefício do paciente, bem como de outras pessoas que podem padecer de uma ação por ele provocada. O código de ética médica prevê que o sigilo pode ser quebrado por "justa causa". No entanto, como o código profissional não explicita o que é uma causa justa, fica a critério médico avaliar os custos e benefícios da quebra do sigilo. Desse modo, o profissional de saúde deve quebrar o sigilo, sempre que julgar necessário, e buscar, sempre que possível, informar ao paciente que o sigilo profissional será quebrado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abi-Dargham, A. The Neurochemistry of Schizophrenia: A Focus on Dopamine and Glutamate. In: Charney D, Nestler E, Jr., eds. *Neurobiology of Mental Illnes. 3rd ed*. Oxford: Oxford University Press; 2009:321–328.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Presss, 2013.

Buckley, P, Citrome, L, Nichita, C, Vitacco, M. Psychopharmacology of aggression in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2011 Sep; 37(5):930–936.

Buckley, PF, Miller, BJ, Lehrer, DS, Castle, DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2009 Mar; 35(2):383–402.

Citrome, L, Volavka, J. Pharmacological management of acute and persistent aggression in forensic psychiatry settings. *CNS Drugs*. 2011 Dec 1; 25(12):1009–1021.

Citrome, L, Volavka, J, The psychopharmacology of violence: making sensible decisions. *CNS Spectr* 2014 Feb; 26:1–8

Elkis, H, Friedman, L, Wise, A, Meltzer, HY. Meta-analyses of Studies of Ventricular Enlargement and Cortical Sulcal Prominence in Mood Disorders-Comparisons with Controls or Patients with Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 1995; 52:735–746.

Elkis, H, Kayo, M, Neto, MRL, Curatolo, E. A esquizofrenia ao longo da vida. In: Forlenza OV, Miguel E, Jr., eds. *Compendio de Clínica Psiquiatrica*. São Paulo: Manole; 2012:276–295.

Elkis, H, Louza, MR. Psicofarmacologia em Psiquiatria: Antipsicóticos. In: Miguel E, Gentil V, Gattaz W, Jr., eds. *Clinica Psiquiátrica*. São Paulo: Manole; 2011:1090–1176.

Elkis, H. Esquizofrenia. In: Elkis H & Abdo- CHN in Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, Wen CL, Jr., eds. *Clinica Médica*. São Paulo: Manole; 2009:660–669.

Hegarty, JD, Baldessarini, RJ, Tohen, M, Waternaux, C, Oepen, G. One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *Am J Psychiatry*. 1994 Oct; 151(10):1409–1416.

Henquet, C, Di Forti, M, Morrison, P, Kuepper, R, Murray, RM. Gene-environment interplay between cannabis and psychosis. *Schizophr Bull*. 2008 Nov; 34(6):1111–1121.

Howes, OD, Kapur, S. The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III–the final common pathway. *Schizophr Bull*. 2009 May; 35(3):549–562.

Isohanni, M, Jones, PB, Moilanen, K, Rantakallio, P, Veijola, J, Oja, H, et al. Early developmental milestones in adult schizophrenia and other psychoses. A 31-year follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Schizophr Res*. 2001 Oct 1; 52(1-2):1–19.

Jarskog, L, Gilmore, J. Neuroprogressive Theories. In: Lieberman J, Stroup TS, Perkins D, Jr., eds. *Textbook of Schizophrenia*. Washington DC: The American Psychiatric Publishing; 2006:137–149.

Jones, P, Buckley, PSchizophrenia. Skodsborg: Lundbeck Institute, 2006.

McGrath, J, Saha, S, Chan, D, Welham, J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev*. 2008; 30:67–76.

Murray, RM, Lappin, J, Di Forti, M. Schizophrenia: from developmental deviance to dopamine dysregulation. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2008 Aug; 18 Suppl 3:S129–S134.

Palmer, BA, Pankratz, VS, Bostwick, JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Mar; 62(3):247–253.

Sa, AR, Hounie, AG, Sampaio, AS, Arrais, J, Miguel, EC, Elkis, H. Obsessive-compulsive symptoms and disorder in patients with schizophrenia treated with clozapine or haloperidol. *Compr Psychiatry*. 2009 Sep-Oct; 50(5):437–442.

Saúde, Md. Portaria nº 364, de 9 de abril de 2013 – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Esquizofrenia. In: Saúde SdAà, ed. . Brasilia: Ministério da Saude, 2013.

Singh, JP, Grann, M, Lichtenstein, P, Langstrom, N, Fazel, S. A novel approach to determining violence risk in schizophrenia: developing a stepped strategy in 13,806 discharged patients. *PLoS One*. 2012; 7(2):e31727.

Takahashi, T, Yucel, M, Lorenzetti, V, Nakamura, K, Whittle, S, Walterfang, M, et al. Midline brain structures in patients with current and remitted major depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2009 Aug 31; 33(6):1058–1063.

Torrey, EF. Stigma and violence: isn't it time to connect the dots? *Schizophr Bull*. 2011 Sep; 37(5):892–896.

Trzesniak, C, Oliveira, IR, Kempton, MJ, Galvao-de Almeida, A, Chagas, MH, Ferrari, MC, et al. Are cavum septum pellucidum abnormalities more common in schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-

analysis. *Schizophr Res*. 2011 Jan; 125(1):1–12.

Witt, K, van Dorn, R, Fazel, S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One*. 2013; 8(2):e55942.

Wright, IC, Rabe-Hesketh, S, Woodruff, PW, David, AS, Murray, RM, Bullmore, ET. Meta-analysis of regional brain volumes in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2000 Jan; 157(1):16–25.

CAPÍTULO 25

Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias

André Malbergier, Hermes Marcel de Oliveira and Alcântara

INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas é um fenômeno disseminado em todo o mundo e presente em diferentes países, culturas, classes sociais, gêneros e faixas etárias. O uso de substâncias é claramente associado à ocorrência de transtornos e agravos à saúde que podem variar de acordo com o indivíduo, o padrão de utilização e o tipo de droga consumida.

Além do impacto nas saúdes mental e física dos usuários, o consumo de substâncias pode produzir graves consequências nas áreas social, familiar e legal.

Pela limitação de espaço, este capítulo abordará essencialmente o consumo de álcool, cocaína e maconha.

EPIDEMIOLOGIA

O álcool é a substância lícita mais consumida em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a cada ano, cerca de dois bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas, o que corresponde a 40% da população mundial acima de 15 anos de idade, e cerca de dois milhões de pessoas morrem em decorrência das consequências negativas desse uso.

Em relação às drogas ilícitas, o órgão das Nações Unidas para controle de drogas estima que 5,2% da população mundial seja usuária de drogas, havendo uma tendência, nos últimos 2 anos analisados pelo órgão, de aumento do consumo de maconha e declínio do consumo de cocaína.

No Brasil, segundo o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (2012), 50% da população brasileira (62% dos homens e 39% das mulheres) usou álcool no ano anterior à pesquisa. Quase 11% dos homens e 4% das mulheres são dependentes dessa substância em nosso país. Ainda segundo esta pesquisa, 5% dos brasileiros tentaram suicídio e, destes, 24% referiram que a tentativa estava relacionada ao uso de álcool. Quanto à maconha, 7% das pessoas usaram-na na vida; destas, 42% no último ano, e entre estas, 37% são dependentes, o que equivale a 1,3 milhão de brasileiros. No Brasil, 1,4% e 4% dos adultos referiram ter usado na vida *crack* e cocaína, respectivamente, e 2% e 1% no último ano.

Outro levantamento importante realizado entre estudantes universitários no Brasil

observou que 86% deles tinham usado álcool na vida, 48,7% alguma droga ilícita, 26% maconha, 7,7% cocaína, 12% tranquilizantes sem orientação médica, 13,8% anfetamínicos e 20% inalantes. Nos últimos 30 dias, 60,5% relataram ter usado álcool, 26% alguma droga ilícita, 9% maconha, 3% inalantes, 6% ansiolíticos e 8,7% anfetamínicos.

Populações específicas, como encarcerados, adolescentes e adultos com problemas com a lei, apresentam taxas maiores de consumo.

Um estudo com jovens infratores internos na Fundação Casa observou que a maioria dos adolescentes entrevistados já havia experimentado álcool. Na amostra, 146 (97,3%) adolescentes já haviam usado álcool na vida, 145 (96,7%) maconha e 135 (90%) cigarro, iniciados concomitantemente aos 12 anos de idade. Com relação ao uso da cocaína, 98 (65,3%) já haviam experimentado, e a idade média de início foi 14,1 anos.

Entre adultos encarcerados no Brasil, um estudo revelou que 90% da amostra já havia utilizado alguma droga antes de serem presos: 52% já haviam usado cocaína, 74% álcool e 62% maconha. Estas taxas são maiores do que as encontradas na população geral. Quase metade deles continuou usando dentro da prisão.

A direção de automóveis sob efeito de substâncias é um dos riscos legais associados ao consumo de álcool e drogas. Dados norte-americanos mostram que 32% de todas as mortes no trânsito ocorrem em indivíduos sob efeito de substâncias. Ainda nos EUA, em 2011, mais de 1,2 milhão de motoristas foram presos por dirigir sob influência de álcool ou drogas.

No Brasil, em torno de 35% de uma amostra populacional usou álcool 2 horas antes de dirigir. No estudo entre estudantes universitários, 18% dirigiram sob efeito de álcool no ano anterior à pesquisa, e 27% pegaram carona com motoristas embriagados.

QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

A apresentação do paciente dependente pode variar de acordo com o momento em que ele é abordado pelo profissional de saúde (intoxicação, síndrome de abstinência, abstinente).

O quadro de intoxicação varia de acordo com a substância utilizada. Para o álcool, há relação entre os níveis plasmáticos de etanol e os efeitos clínicos observados. Na concentração de 0,5 g/L de álcool no sangue, a capacidade de julgamento e de crítica diminuem. Com concentração de 1,0 g/L, a coordenação motora de movimentos voluntários torna-se visivelmente prejudicada e são frequentes as quedas, algumas vezes com hematomas ou cortes (um indicador de episódios crônicos de intoxicação pode ser a presença de hematomas na face, sobretudo na área dos olhos). Em 2,0 g/L, o controle motor do Sistema Nervoso Central (SNC) é atingido, além de o controle emocional ficar prejudicado. Algumas pessoas tornam-se loquazes e expansivas, enquanto outras se retraem, ficam mal-humoradas, irritáveis ou introspectivas, podendo um mesmo indivíduo apresentar episódios de choro e riso intermitentes. O álcool pode causar perda do autocontrole, liberando impulsos agressivos, o que, em alguns casos, pode trazer risco para a integridade física do paciente e para pessoas próximas. Com 3,0 g/L, o indivíduo na maioria das vezes está confuso, e com 4,0 g/L pode encontrar-se em coma, ocorrendo a morte por depressão respiratória em níveis

próximos a 5,0 g/L. Clinicamente, a intoxicação é caracterizada por comportamento mal-adaptativo após recente ingestão de álcool, cujos sinais mais marcantes são ataxia, nistagmo, fala pastosa ou indistinta, rubor facial, irritabilidade e atenção prejudicada.

Na intoxicação por cocaína, os efeitos aparecem imediatamente após uma única dose e desaparecem em poucos minutos ou em até 1 hora. As vias endovenosas e pulmonares produzem efeito imediato com duração de 5 a 10 min, e a via nasal apresenta efeito mais lento com duração de 15 a 30 min. Pequenas doses de cocaína propiciam aos usuários sensação de euforia, energia, poder, fluência verbal, maior sensibilidade para visão, tato e audição e podem diminuir temporariamente a necessidade de comer e dormir.

Doses maiores podem intensificar o efeito e também produzir comportamentos bizarros, agitado e violento. Alguns usuários relatam inquietação, irritabilidade, ansiedade, tremores, vertigens, contrações musculares e paranoia.

As respostas fisiológicas incluem dilatação das pupilas, vasoconstrição e aumentos da pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, temperatura corporal e atividade motora. A cocaína é quase sempre utilizada em episódios conhecidos como "binge" (uso compulsivo) seguidos por períodos de abstinência.

Hipertensão, taquicardia, convulsões e delírios persecutórios podem ocorrer na intoxicação por cocaína e, quando presentes, exigem tratamento específico.

A intoxicação por maconha promove euforia leve, sensação de bem-estar, relaxamento e redução de estresse, letargia, introspecção, aumento da percepção sensorial tátil e risos imotivados.

Apesar do quadro de intoxicação variar de acordo com a substância utilizada, os sintomas de dependência são comuns a todas elas.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças da OMS, em sua 10ª edição, o diagnóstico de dependência deve ser feito se três ou mais dos seguintes critérios foram apresentados pelo indivíduo durante o ano anterior:

- Desejo forte ou senso de compulsão para consumir a substância.
- Dificuldade de controlar o comportamento de consumir a substância em seu início, término ou níveis de consumo.
- Síndrome de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou ou foi reduzido. Os sintomas da síndrome de abstinência são característicos para cada substância.
- Evidência de tolerância de tal modo que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas.
- Abandono progressivo de outros prazeres em função do uso da substância.

Além da CID 10, outra classificação amplamente utilizada é a do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, editado pela Associação Psiquiátrica Americana, hoje em sua 5ª edição (DSM 5). Os critérios são:

Padrão são um padrão mal-adaptado de uso de drogas levando a prejuízos ou sofrimento significativo, manifestado por dois (ou mais) dos seguintes critérios (eles devem estar presentes em um período de 12 meses):

- Uso em maiores quantidades ou por um período maior do que o desejado.

- Desejo de diminuir ou interromper o uso da substância sem sucesso.
- Muito tempo gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da ou na recuperação de seus efeitos.
- Fissura ou Craving – um forte desejo ou urgência para usar a substância.
- Prejuízos importantes nas atividades ocupacionais, domésticas ou acadêmicas em virtude do uso da substância.
- Permanência do uso apesar dele provocar problemas nas relações pessoais.
- Abandono de atividades sociais, ocupacionais ou recreativas pelo uso do álcool.
- Manter o uso apesar dos riscos associados.
- Manter o uso da substância apesar de ter um problema físico ou psicológico sabidamente causado ou exacerbado pela substância.
- Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
  - necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado;
  - acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade.
- Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
  - síndrome de abstinência característica para a substância;
  - a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.

Acima de dois critérios, o indivíduo apresenta transtorno associado ao uso da substância. Quanto mais critérios preencher, maior será a gravidade do quadro.

A maior parte dos critérios diagnósticos requer certo nível de crítica do paciente quanto a sua doença. Esta crítica muitas vezes não está presente, e a família é responsável por trazê-lo para avaliação médica. Diante disso, o diagnóstico do quadro pode ficar prejudicado sobretudo em casos leves ou moderados.

Não há exames laboratoriais específicos e definitivos para diagnóstico de dependência. Etilômetros (bafômetros) e testes de detecção de drogas na urina, sangue ou cabelo apenas revelam uso recente. Exames laboratoriais podem ajudar, mas também não são determinantes no diagnóstico da dependência de álcool. Os mais comuns são: Gama GT, volume corpuscular médio das hemácias, transaminases (TGO e TGP), função hepática (tempo de protrombina, albumina e proteínas totais) e amilase. Ultrassom de abdome pode mostrar infiltração gordurosa ou cirrose hepática.

TRATAMENTO

O tratamento da dependência de álcool e drogas começa com o estabelecimento de um bom vínculo médico-paciente. Posturas preconceituosas, moralistas e de enfrentamento tendem a prejudicar o estabelecimento do vínculo e em geral produzem abandono precoce do tratamento.

Na primeira avaliação, o médico deve ser empático e receptivo. A entrevista motivacional é uma das maneiras mais efetivas para estimular o paciente a fazer as mudanças necessárias para seu tratamento.

As estratégias terapêuticas vão depender do estágio motivacional do paciente. Há muitos anos, Prochaska e DiClemente elaboraram um modelo de avaliação do estágio motivacional das pessoas que chegam ao tratamento. (Tabela 25-1).

TABELA 25-1
Estágios de Motivação

Estágio motivacional	Apresentação do paciente	Melhor postura adotada
Pré-contemplação	Sem ideia sobre o problema e sem planos de mudar. Acha que seu consumo de drogas não lhe faz mal e está sob controle.	Evitar o confronto, mas sem perder a sinceridade. Flexibilizar sobre a evidência de dependência e buscar outros motivos para o paciente buscar ajuda.
Contemplação	Percebe um problema, mas está ambivalente para promover mudança.	O indivíduo deve ser sensibilizado objetivamente, dentro de um ambiente reflexivo. Pode-se levantar os prós e os contras da abstinência e do consumo e as discrepâncias entre o consumo e os planos do indivíduo para o futuro.
Determinação	Percebe que tem um problema e que precisa promover mudanças. O indivíduo pede ajuda.	Ofereça soluções e retire barreiras. Negocie um plano de abordagem. Tudo deve ser muito rápido, porque é comum o indivíduo trocar de ideia sobre a mudança.
Ação	Pronto para começar a mudança.	Prover o suporte; definir a assistência; a família deve mostrar-se disposta a participar do tratamento sempre que solicitada.
Manutenção	Incorporação da mudança ao estilo de vida.	Reforçar o sucesso; reavaliar a farmacoterapia; aplicar a prevenção de recaída e avaliação de situações de risco; avaliação bioquímica.
Recaída	Volta para a contemplação ou pré-contemplação	Menos de 5% dos pacientes nunca recaem após iniciarem o processo de mudança e mais de 70% recaem antes do terceiro mês de abstinência. Retornam a algum dos estágios anteriores para novamente evoluírem rumo à mudança. Não é o retorno à estaca zero tampouco motivo para repreensões ou culpa. É um momento de aprendizado, visando a evitar ou dificultar recaídas futuras.

Fonte: Hospital Israelita Albert Einstein. Acessado em: http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/dependencia_motivacao.htm.

Pacientes dependentes de álcool e drogas, por não acharem que têm o problema, na maioria das vezes recusam o tratamento. Em alguns casos, diante de riscos para si e para outrem, o médico pode discutir com os familiares/responsáveis a possibilidade de uma internação involuntária. Em alguma situações, alguns pacientes são internados ou encaminhados para tratamento ambulatorial ou em grupos de autoajuda (Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos) por ordem judicial.

Para tratamento das dependências em geral, os modelos terapêuticos mais estudados são a entrevista motivacional e o cognitivo-comportamental.

Ao iniciar o tratamento, o profissional, de maneira empática e suportiva, realiza junto com seu paciente uma planilha que retrata o consumo da substância. Essa planilha deve conter os dias da semana e as rotinas associadas ao uso de drogas e os fatores externos (situações, locais, pessoas) e internos (sentimentos de tristeza, angústia, raiva, alegria, frustração) que desencadeiam a fissura (vontade intensa de usar drogas).

Cada um dos fatores levantados como desencadeadores da fissura e consequentemente do uso devem ser discutidos. Estratégias devem ser elaboradas para evitar as situações de risco que podem ser evitáveis. Quando diante de sentimentos ou situações que nem sempre podem ser evitadas, o paciente é estimulado a desenvolver habilidades e estratégias para não usar drogas.

A família muitas vezes traz o paciente ao tratamento e quer participar ativamente dele. Se o paciente permitir, a presença dela em algumas situações específicas pode ser benéfica. Todavia, o profissional deve sempre ter em mente que o seu paciente é o dependente. Recaídas, situações de agressividade, comportamentos antissociais muitas vezes desafiam o vínculo médico-paciente e tendem a "empurrar" o médico para uma aliança com a família. Essa atitude pode prejudicar o tratamento e até inviabilizá-lo já que na maior parte das vezes a relação entre paciente e família está desgastada e conflituosa. A aproximação do profissional com a família pode ser vista pelo paciente como traição. Em casos graves, sugere-se montar uma equipe e destacar outro profissional que mantenha contato com o médico assistente para acompanhar a família.

A quebra de sigilo pode ocorrer, sempre a critério médico, em situações nas quais o profissional considera a existência de risco para o paciente (como *overdoses*, direção sob efeito de álcool, doenças clínicas graves associadas ao consumo, risco de suicídio) ou para outros (agressividade, delírios paranoides induzidos por droga, dentre outros).

Além da abordagem terapêutica, alguns medicamentos são utilizados no tratamento da dependência de álcool:

Dissulfiram

O mecanismo de ação do dissulfiram (DSF) se dá pela inibição da enzima aldeído-desidrogenase (ALDH). Uma vez que o indivíduo ingere álcool e há inibição desta enzima, ocorre acúmulo de acetaldeído que produz uma série de sinais e sintomas desagradáveis, como ansiedade, taquicardia, rubor facial, sudorese e hipotensão. Dentre as contraindicações para seu uso, destacam-se cirrose hepática com hipertensão portal, mulheres grávidas devido ao risco de anomalias congênitas, doenças cardiovasculares e síndrome mental orgânica. Os pacientes não devem consumir qualquer dose de álcool e ter completo conhecimento sobre os riscos. A medicação tem boa tolerabilidade. A hepatite é um efeito adverso raro que ocorre sobretudo nos primeiros meses de tratamento. Há recomendação de monitorização da função hepática a cada 3 meses na fase de manutenção. No primeiro mês de tratamento, esses exames laboratoriais podem ser realizados a cada 2 semanas.

A dose recomendada é de 250 mg por dia, mas pode ser adequada de acordo com a estratégia do tratamento. A administração supervisionada da medicação apresenta maior eficácia terapêutica. A supervisão muitas vezes inclui a diluição do medicamento para assegurar a adesão do paciente. Neste caso, o paciente deve saber como age e os riscos que corre ao beber. Alguns familiares tentam tratar os pacientes escondendo a medicação na comida ou em sucos, mas tal procedimento, em geral, não é eficaz, pois o paciente irá passar mal quando beber e poderá correr riscos sérios de

saúde.

Naltrexona

O mecanismo de ação da naltrexona baseia-se no antagonismo do receptor μ-opioide. Essa medicação é utilizada no tratamento do alcoolismo devido a sua ação como atenuante dos efeitos prazerosos do álcool pela modulação da secreção de dopamina no núcleo *accumbens*. As principais contraindicações ao uso da naltrexona são doenças hepáticas agudas e crônicas. A posologia recomendada da naltrexona no tratamento do alcoolismo é de 50 mg por dia embora estudos mais recentes já utilizem doses de 100 mg. A naltrexona reduz as taxas de recaída e a quantidade ingerida de álcool nos dias que o paciente bebe. Recomenda-se a realização de monitorização das transaminases séricas nos 3 primeiros meses. A naltrexona deve ser suspensa se houver elevação das transaminases de maneira persistente. O principal efeito adverso desse medicamento é a náusea, que quase sempre coincide com os níveis plasmáticos atingidos em um período de até 90 min após a ingestão do medicamento.

Topiramato

O mecanismo de ação do topiramato no sistema nervoso central é complexo. O fármaco liga-se a um sítio não benzodiazepínico do receptor $GABA_A$ estimulando este receptor, além de atuar como antagonista dos receptores glutamatérgicos AMPA (alfa-amino-3-hidroxi-metilisoxazole-propionato) e de cainato. O aumento do tônus GABA diminui a liberação de dopamina induzida pelo álcool no núcleo *accumbens*, rompendo o aumento do tônus glutamatérgico excitatório característico da dependência alcoólica. Este mecanismo de ação atenuaria os efeitos do álcool e levaria à estabilização da atividade aumentada do glutamato causado pelo uso crônico.

O topiramato, em geral, é bem tolerado, sendo os efeitos colaterais mais comuns: parestesias, alterações do paladar, anorexia, dificuldade de concentração e alterações cognitivas. O topiramato deve ser evitado em indivíduos com história pessoal ou familiar de nefrolitíase. As doses recomendadas são em torno de 200 mg por dia. O topiramato ainda não é aprovado pelas agências reguladoras para tratamento da dependência do álcool.

Ondansetron

O ondansetron tem como mecanismo de ação o antagonismo de receptores $5\text{-}HT_3$ que exerce seus efeitos sobre o sistema mesolímbico-mesocortical dopaminérgico. Uma condição particular para a prescrição do ondansetron são os pacientes com casos de dependência precoce, sobretudo em pacientes com histórico familiar significativo. Os efeitos adversos são leves (geralmente constipação, dores de cabeça e sedação), e a dose inicial é de 4 mg/kg, duas vezes por dia, que deve ser mantida durante o tratamento. O ondansetron ainda não é aprovado pelas agências reguladoras para tratamento da dependência do álcool.

Bacofleno

O baclofeno, agonista de receptores $GABA_{B,}$ é uma substância conhecida há décadas e tem aplicação principal no tratamento de doenças neurológicas. Há evidências de que o baclofeno pode reduzir o consumo de álcool pela ativação de receptores $GABA_B$ que neutralizaria a resposta dopaminérgica induzida pelo álcool no núcleo *accumbens* e na área tegmental ventral.

O baclofeno deve ser introduzido e retirado com cautela, pois há descrição na literatura de efeitos, como confusão, alucinações, ansiedade, distúrbios de percepção e rigidez muscular extrema. Dentre outros efeitos adversos associados ao baclofeno, podem ser incluídos: dores de cabeça, insônia, náusea, hipotensão arterial e aumento da frequência urinária. Embora os ensaios clínicos tenham mostrado a eficácia do baclofeno no tratamento da dependência alcoólica, outro estudo recente não encontrou evidências de eficácia quando comparado ao placebo. Esse medicamento ainda não é aprovado para tratamento da dependência de álcool.

É importante ressaltar que todos os tratamentos farmacológicos são estudados e avaliados em associação com algum tipo de abordagem terapêutica (aconselhamento, terapia cognitiva comportamental, dentre outras).

Não há medicações aprovadas para o tratamento da dependência da maconha. Alguns medicamentos foram testados (atomoxetina, bupropiona, buspirona, clonidina, divalproato, naltrexona, nefazodona e rimonabanto), porém não se mostraram eficazes no tratamento da abstinência e da dependência de *cannabis*.

Até o momento não há medicações aprovadas para o tratamento da dependência de cocaína. Algumas medicações têm sido estudadas com resultados promissores.

Dissulfiram

Estudos que avaliaram o dissulfiram no tratamento da dependência de cocaína em associação com a dependência do álcool e também na dependência de cocaína isolada obtiveram resultados positivos. De maneira diferenciada em relação à dependência do álcool, na qual a ação é em princípio hepática, o mecanismo de ação na dependência de cocaína seria devido à inibição da b-hidroxilase, enzima que converte a dopamina em noradrenalina.

Modafinila

A modafinila é uma medicação aprovada para o tratamento da narcolepsia e pode ser útil reduzindo a fissura, os sintomas de abstinência e a euforia em dependentes de cocaína. A modafinila age produzindo aumento do tônus da neurotransmissão de glutamato, causando assim efeito excitatório. Essa substância pode ser utilizada como promotora da abstinência, sobretudo por reduzir os efeitos reforçadores no caso de consumo da droga. Estudos apontam que pacientes tratados com a modafinila apresentaram maior número de amostras de urina negativas e passaram mais tempo abstinentes quando comparados aos pacientes tratados com placebo. As doses utilizadas variam de 200 a 400 mg por dia.

Vacina

Uma nova perspectiva para o tratamento farmacológico da dependência da cocaína é a produção de uma vacina. O seu princípio consiste na união da cocaína com anticorpos impedindo sua entrada no cérebro e bloqueando assim os efeitos da substância. Os primeiros estudos utilizando a vacina como tratamento da dependência têm se mostrado promissores.

ASPECTOS JURÍDICOS, ÉTICOS E SOCIOLÓGICOS

A dependência química deve ser encarada pelo ponto de vista de saúde diante das deteriorações que podem causar ao indivíduo, mas também pelo seu impacto social perante seu envolvimento com a violência, seja em pequenos grupos, seja na formação de organizações criminosas.

As relações entre uso de álcool e drogas, violência e crime são complexas. Embora muitas vezes associados, a maioria dos usuários não é criminosa, e a maioria dos crimes que cometem pode ser denominada "crimes aquisitivos" (para obtenção da droga). A relação entre álcool e violência é mais comum do que a relação entre drogas (exceto cocaína) e violência. Há indícios de que a estimulação do comportamento violento ocorra somente em usuários de cocaína/*crack*. O comportamento violento pode resultar de interações entre dependência, características psicológicas, sociais e neurobiológicas individuais, fatores situacionais e expectativas em relação aos efeitos psicofarmacológicos de uma determinada substância.

As questões relacionadas às substâncias entorpecentes devem ser entendidas e discutidas sob o contexto de saúde pública, isentas de valores morais ou mesmo tabus. Ainda, como questão social, cabe também ao Direito – instrumento do Estado – se apropriar dessa matéria e oferecer respostas e alternativas para a problemática. Desse modo, torna-se corriqueiro no seguimento dos pacientes com dependência química o contato com assuntos jurídicos e mesmo questionamentos éticos.

A seguir, discutem-se os principais temas relacionados ao acompanhamento de usuários de substâncias em relação a tais aspectos:

Aspectos Criminais

Após diversos dispositivos legais, o ordenamento jurídico brasileiro trata o assunto em questão por meio da Lei 11.343/2006, que "se destina à prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como à repressão à produção e ao seu tráfico ilícito."

A definição de droga passa a ser toda substância capaz de causar dependência e que esteja prevista por Lei ou em listas emitidas pelo Poder Executivo da União, com regulação da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

O usuário é entendido como aquele que adquire, guarda, traz consigo, tem em depósito e transporta drogas. Também é crime equiparado ao uso semear, cultivar (pequena quantidade) e colher, desde que não esteja estimulando o crime e tenha como intenção apenas o seu consumo pessoal. No caso de tal prática visar posterior

distribuição, configura crime equiparado a tráfico.

A principal inovação da atual Lei está na distinção da abordagem ao usuário e ao traficante. Ao primeiro destinam-se soluções terapêuticas e para o segundo a pena corporal. Não se contempla a sanção privativa da liberdade para quem faz consumo pessoal, mas sim, advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade e medida educativa de comparecimento a programa ou curso. Se continuar o descumprimento: admoestação verbal e multa.

Ainda, entende-se que está isento de pena o dependente químico que em razão da dependência pratique uma infração penal, quando no momento do ato estivesse incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de se determinar de acordo com este entendimento. Discorre a argumentação acerca do dependente químico – incapaz de se determinar até mesmo na sua preservação – ser considerado inimputável ou semi-imputável dentro das disposições do Direito Penal, cabendo ao juiz, na sentença [absolutória], o seu encaminhamento para tratamento médico adequado. Neste sentido, a avaliação médica é de importância central para a definição da imputabilidade.

Muitas críticas são feitas em relação ao texto desta Lei, especialmente em relação ao abrandamento das punições que eram aplicadas anteriormente. Com efeito, entende-se que o usuário de drogas é vítima de uma problemática social e de saúde, com dificuldades para equacionar os problemas advindos do uso de drogas, motivo pelo qual se propõe o tratamento terapêutico trazido no texto da Lei. Ainda que acusada de essencialmente promover a discriminalização das drogas, tal lei trata do assunto como matéria criminal.

Implicações Sociais e Trabalhistas

Indivíduos sob efeito de álcool e drogas estão muitas vezes com sua capacidade de discernimento e juízo alterados. Vários estudos apontam há muitos anos os riscos de beber e dirigir. Indivíduos intoxicados pelo álcool julgam de forma inadequada sua capacidade de condução de veículos, e mesmo quando não estão ao volante muitas vezes também julgam mal a capacidade de seu(sua) amigo(a) dirigir e pegam carona com pessoas também embriagadas. No Brasil, as leis de controle do uso de álcool e direção vêm se tornando cada vez mais restritivas, havendo tolerância zero para o consumo antes de dirigir.

Além da questão com o álcool, vários países começam também a discutir métodos de detecção de outras substancias como maconha e cocaína em motoristas.

Outro possível local de aparecimento do problema é o ambiente de trabalho. Devido à alta prevalência dos transtornos associados ao uso de álcool e drogas, muitas empresas desenvolvem programas de prevenção e tratamento nos locais de trabalho. Muitas exigem testes objetivos de detecção de drogas para evitar que indivíduos trabalhem sob efeito de substâncias. As matrizes mais utilizadas para tal fim são urina e cabelo. Aspectos legais quanto ao direito das empresas de avaliar o consumo de seus funcionários fora do horário do expediente tem gerado discussões jurídicas sobre o assunto. Algumas profissões como pilotos de avião, motoristas profissionais e pessoas que trabalham em locais de risco como andaimes, plataformas de petróleo e fábricas

de aviões são sistematicamente testadas.

Políticas Públicas de Tratamento de Dependentes Químicos

No Brasil, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad – não visa somente ao combate e à repressão da produção e tráfico de drogas, mas também prevê medidas de prevenção ao uso e também de atenção e reinserção social do usuário.

A atenção aos usuários e dependentes químicos segue a lógica dos princípios do SUS, entre elas a organização e a articulação entre as diversas instituições e níveis de assistência que compõem a rede de atendimento ao indivíduo. Inserem-se neste contexto as unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as unidades de pronto atendimento e os hospitais secundários e terciários com leitos de internação.

Entre estes equipamentos destaca-se o CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas), um serviço específico para o cuidado à população de usuários de substâncias. Tal dispositivo contempla a participação de uma equipe multidisciplinar para prover atendimento integral, acompanhamento clínico e reinserção social do usuário. Possibilita também a prestação de serviço 24 horas, permitindo o acesso inclusive em momentos de crises, além da permanência pelo período de alguns dias.

Em janeiro de 2013, a cidade de São Paulo promove a criação do Anexo Judiciário ao Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas (CRATOD), localizado na região central da capital. A partir de uma cooperação técnica entre Governo do Estado de São Paulo, Ministério Público e OAB/SP, o Tribunal de Justiça de São Paulo mantém atendimento ao público em regime de plantão com o intuito de maior agilidade e eficiência na atenção, proteção e internação compulsória de dependentes químicos em situação de vulnerabilidade importante e comprometimento de saúde física e/ou mental.

O objetivo é unir ao atendimento multidisciplinar que já é prestado à população da região. O indivíduo que chega ao serviço é avaliado pela equipe médica e também pela assistência social. Aquele que não tem habitação pode receber abrigo em uma das instituições conveniadas. A partir da avaliação multidisciplinar, ele é destinado ao tratamento ambulatorial ou hospitalar, ou seja, em regime de internação, destinado a um dos leitos da rede pública disponíveis para este fim. A internação hospitalar pode ser voluntária, involuntária e compulsória. Neste último caso, o plantão judiciário presta auxílio na condução dos aspectos jurídicos inerentes.

Os dados sobre resultados do tratamento por ordem judicial não são ainda consensuais. Parece que indivíduos que já cometeram crimes, mesmo com ordem judicial tendem a evoluir de forma pior do que os que buscaram tratamento voluntariamente. Todavia, se a ordem judicial é somente para tratamento, e o paciente não tem outros problemas com a lei, sua evolução tende a ser mais satisfatória. Vários estudos têm mostrado que tratamentos involuntários ou compulsórios podem ser eficazes.

Internações Psiquiátricas Involuntárias e Compulsórias

O tema das internações anda bastante em voga no Brasil, devido a diversos programas de governo que permitem a internação dos dependentes químicos – sobretudo os dependentes de *crack* – mesmo contra sua vontade. Vale lembra, contudo, que tal modalidade de internação não é nova – nem tampouco restrita ao Brasil. Em nosso país a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais são regulamentados pela Lei 10.216/01, na qual são previstos os diferentes modelos de internação hospitalares em psiquiatria.

As internações psiquiátricas podem ser voluntárias, involuntárias e compulsórias.

A internação voluntária é aquela que ocorre com a plena concordância do paciente. Esta é a opção mais desejada, uma vez que valoriza a autonomia do paciente e fortalece o vínculo terapêutico. Nesta situação deve ser obtido o consentimento informado do paciente. A duração da internação é determinada pela alta médica ou porventura pela discordância em manter tal regime.

A internação involuntária ocorre sem o consentimento expresso do paciente, na maioria das vezes a partir da solicitação de um terceiro. Para se efetivar é necessário haver um transtorno mental e a presença de riscos de danos imediatos ou iminentes à pessoa ou a outros. No caso de pacientes dependentes químicos é sempre mais complicado determinar quanto o seu comportamento já escapou do controle a ponto de desrespeitarmos sua vontade expressa, internando-o involuntariamente. É evidente que há casos graves em que a dúvida não surge, bem como casos leves em que nem se cogita internar. Na zona intermediária, contudo, há muita margem para dúvida, uma vez que avaliar o grau de preservação do autocontrole pode ser bastante complicado. Cada caso deve ser avaliado individualmente, pesando os prós de preservar a saúde do sujeito *versus* os contras de ferir sua autonomia.

A internação psiquiátrica compulsória é aquela proveniente de uma determinação judicial. Originalmente criada para possibilitar as medidas de segurança, por vezes tem sido usada também no contexto das políticas públicas de combate às drogas, com juízes determinando internações em conjunto com a equipe de saúde.

PERSPECTIVAS FUTURAS

A dependência de drogas e álcool transcende a área da saúde e apresenta aspectos sociais e legais. Nesse momento, intensas mudanças vêm ocorrendo no mundo nestes aspectos. Alguns países começam a legalizar o consumo de maconha (como Uruguai e alguns estados dos EUA) e vários outros descriminalizaram o porte de pequenas quantidades de droga consideradas para consumo próprio.

Por outro lado, alguns desafios também vêm surgindo devido à rapidez com que as drogas vêm sendo sintetizadas ou disponibilizadas, tentando manter-se à frente das leis que as regulamenta. Soma-se a isso um grande número de lojas de Internet que começou a oferecer essas substâncias para venda *on-line*. Em geral, estas drogas tentam imitar os efeitos de drogas controladas. Essas substâncias incluem substâncias sintéticas e à base de plantas e rapidamente se espalharam pelos países europeus e EUA. As novas drogas mais comuns são os canabinoides sintéticos. Outras

substâncias incluídas nesse grupo são fenetilaminas e catinonas sintéticas, triptaminas, substâncias à base de plantas e piperazinas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bastos, FI. Structural Violence in the Context of Drug Policy and Initiatives Aiming to Reduce Drug. Related Harm in Contemporary Brazil: A Review. *Subst Use Mis*. 2012; (47):13-14:1603–1610.

Emergencias Psiquiatricas. Quevedo J, Carvalho Andre F. Artmed 2014.

Favretto, D, Pascali, JP, Tagliaro FJ Chromatogr, A. New challenges and innovation in forensic toxicology: focus on the "New Psychoactive Sibstamces". *J Chromatogr A*. 2013 Apr 26; 1287:84–95.

Franck, J, Jayaram, Lindstrom, N. Pharmacotherapy for alcohol dependence: status of current treatments. *Curr Opin Neurobiol*. 2013; 23(4):692–699.

I Levantamento Nacional sobre uso de alcool, tabaco e outras drogas entre universitarios das 27 capitais brasileiras. Secretaria Nacional de Politica Sobre Drogas. Brasilia 2010.

II Levantamento Nacional de Alcool e Drogas. Acessado em: http://inpad.org.br/lenad/.

Junqueira, GOD, Fuller PHA. Legislacao Penal Especial. Premier Maxima. 2005

Kraanen, FL, Vedel, E, Scholing, A, Emmelkamp, PM. Prediction of intimate partner violence by type of substance use disorder. *J Subst Abuse Treat*. 2014; 46(4):532–539.

Martins, MC, Pillon, SC. A relacao entre a iniciacao do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. *Cad. Saude Publica*. 2008; 24(5):1112–1120.

Observatorio do Crack. Acessado em http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html.

Orson, FM, Kinsey, BM, Singh, RA, Wu, Y, Kosten, TR. Vaccines for cocaine abuse. *Hum Vaccin*. 2009; 5(4):194–199.

Pechansky, F, De Boni, R, Diemen, LV, Bumaguin, D, Pinsky, I, Zaleski, M, et al. Highly reported prevalence of drinking and driving in Brazil: data from the first representative household study. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009; Jun;31(2):125–130.

Rollnick S, Miller WR, Buttler, CC. Entrevista motivacional no cuidado da saude. Ajudando pacientes a mudar o comportamento. Artmed. 2009.

UNODCP. World Drug Report. 2013. Acesso em: http://www.unodc.org/wdr/, 2013.

CAPÍTULO 26

Transtornos da Infância e da Adolescência

Sandra Scivoletto, Tais Moriyama and Miguel Angelo Boarati

INTRODUÇÃO

No atendimento de crianças e adolescentes com diferentes transtornos mentais e emocionais muitas peculiaridades precisam ser observadas, não sendo possível somente uma adaptação de critérios diagnósticos ou de abordagens terapêuticas desenvolvidas para adultos. Isso porque essa fase da vida é marcada por transformações profundas e constantes que estão intimamente relacionadas ao processo de desenvolvimento e amadurecimento físico, psíquico (emocional e cognitivo) e social.

Além disso, do ponto de vista civil, crianças e adolescentes possuem restrições de direitos e deveres, sendo transferida aos responsáveis legais diversos cuidados e responsabilidades para com esses jovens. O Código Civil define em seu artigo 3º que:

São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:
I – os menores de 16 anos;
II – os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;
III – os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

Já o artigo 4º define a idade entre 16 e 18 anos com uma fase transitória na qual o indivíduo é considerado relativamente incapaz para certos atos, cessando a incapacidade aos 18 anos (art. 5º do Código Civil).

Questões legais estão intimamente relacionadas ao processo de desenvolvimento e maturação. O sistema nervoso da criança, em especial do adolescente, apresenta modificações em áreas responsáveis pela construção de julgamento crítico, controle inibitório, modulação afetiva. Além disso, vários fatores intrínsecos e extrínsecos podem influenciar no processo de maturação cerebral dos jovens (como os hormônios sexuais, uso de medicações e substâncias psicoativas, condições genéticas e ambientais etc.), sendo de certo modo importante que haja leis que garantam a proteção de uma fase tão vulnerável da vida. Por isso, o direito de escolha e também a responsabilidade de responder por seus atos é algo que é restrito à criança e ao adolescente.

Esses aspectos particulares precisam estar presentes no momento em que se avalia uma criança ou adolescente, considerando-se também o contexto psicossocial que ela se encontra. Isso porque a criança e o adolescente, por não terem autonomia na tomada de grande parte das suas decisões, serão representados por seus pais ou responsáveis tanto no momento da consulta médica, psicológica etc. como no fornecimento de dados referentes à indicação dessa avaliação.

No que tange ao atendimento clínico nessa área, outra particularidade importante a ser ressaltada é que a busca por atendimento é sempre definida por outra pessoa, sejam os pais ou responsáveis que levam a criança ou adolescente para o atendimento psiquiátrico ou pela solicitação da escola, Conselho Tutelar, Vara da Infância e Adolescência, ou outros órgãos e serviços de proteção à criança e ao adolescente. A depender da fase do desenvolvimento em que a criança ou o adolescente se encontra, os dados referentes a queixas, em especial as emocionais ou chamados sintomas internalizantes, são de difícil obtenção. Isso porque a criança não consegue verbalizar de modo claro e objetivo sentimentos, sensações, pensamentos ou dificuldades. No caso dos adolescentes esses dados requerem muitas vezes um vínculo terapêutico que precisa ser construído com tempo, mesmo nos casos em que haja claro sofrimento e um desejo, às vezes pouco objetivo, de se receber ajuda.

Outro ponto característico no atendimento psiquiátrico de crianças e adolescentes é que eles apresentam limitações para participar do planejamento terapêutico, ainda que seja fundamental o envolvimento desses pacientes em todas as intervenções terapêuticas, sendo importante tentar motivá-los e engajá-los em todas as etapas. Eles não podem ser responsabilizados pelo cuidado com as medicações, frequências às consultas ou atendimentos multidisciplinares e por definirem quais as abordagens serão necessárias. Essa decisão ficará a cargo do responsável legal aceitar ou não, desde que não implique situações de risco pela não aceitação do tratamento. Em casos em que os pais ou responsáveis se recusem a aceitar a abordagem terapêutica proposta e essa se mostra fundamental para a estabilização clínica, prevenção de recaídas ou de piora, faz-se necessário a comunicação à Vara da Infância e Juventude para que se garanta o tratamento integral, caso seja o melhor para o paciente considerado incapaz como previsto no art. 129 do ECA, incisos III e VI:

Art. 129. São medidas aplicáveis aos pais ou responsável:
III – encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico;
VI – obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado.

Isso torna o tratamento de crianças e adolescentes particularmente complexo uma vez que eles não possuem capacidade legal e mental para decidirem sozinhos, mas devem ser envolvidos no tratamento. Em algumas situações, há a necessidade de intervenção, muitas vezes arbitrária, por parte do profissional de saúde, em especial o médico responsável pelo caso, acionando órgãos competentes a fim de garantir o atendimento necessário, como já citado.

Esse capítulo considerará as particularidades referentes à infância e à adolescência e os principais dilemas éticos e legais presentes em diferentes quadros clínicos e situações da prática clínica, ressaltando as medidas que precisam ser realizadas em cada caso.

ASPECTOS ÉTICOS NA PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Divergências do Relato entre Diferentes Fontes

Uma das características do atendimento clínico em psiquiatria da infância e da adolescência é o fato de que a avaliação de comportamentos e emoções é subjetiva e o clínico embasa suas conclusões na conjunção do relato e na observação de diferentes fontes. A concordância entre esses relatos varia de acordo com o tipo de sintoma investigado e com a idade do paciente, mas tende a ser moderada a baixa. Por exemplo, entre adolescentes a concordância entre o autorrelato e o relato dos pais é baixa para depressão, ansiedade, abuso e dependência de álcool e sintomas-chave de transtorno bipolar e transtorno obsessivo compulsivo. Nessa mesma faixa etária, no entanto, transtornos externalizantes, como hiperatividade, oposição e desafio, conduta, anorexia e bulimia, têm concordância entre boa e excelente. A baixa concordância entre relato de pais e adolescentes é um fenômeno transcultural; um estudo que incluiu 27.861 adolescentes de 25 sociedades diferentes mostrou que a magnitude do efeito do informante (pais *versus* adolescente) no escore total de uma escala de psicopatologia geral varia de sociedade para sociedade entre 5% e 22%. Uma série de fatores pode explicar como um mesmo evento ou situação pode ser observado por dois observadores de modo muito diferente. Um exemplo disso é o relato de exposição a eventos traumáticos: estudos epidemiológicos mostram que a frequência de exposição de jovens a eventos traumáticos é muito superior quando o relato é colhido com os próprios adolescentes do que quando os pais são questionados sobre essa exposição; apenas para dar um exemplo, em um estudo em que 42% dos jovens relataram já ter testemunhado um evento traumático, apenas 15% dos pais declarou que seus filhos haviam presenciado algum evento dessa natureza. Quando os pais são coniventes ou responsáveis por violência contra a criança e adolescente essas discordâncias são ainda mais comuns e surge ainda uma segunda díade fonte de discordância, a diferença do relato entre os dois pais, ou seja, parte dos eventos relatados pelo agressor não são endossados pelo esposo e vice-versa. Contraditoriamente, no entanto, há estudos que mostram que é mais comum que o agressor relate os episódios de violência que o seu cônjuge. Outro fenômeno que pode levar a discordância de relatos em psiquiatria da infância e da adolescência é o que tem sido chamado de "atenuação": é comum que sintomas relatados em uma primeira avaliação sejam omitidos em avaliações subsequentes: se reentrevistados poucos dias após uma primeira entrevista os pais falham em confirmar 42% das respostas que deram e as crianças até 58%. Isso faz com que histórias colhidas em momentos diferentes, ainda que perguntando sobre um mesmo período da vida, possam fornecer relatos muito diferentes.

As baixas taxas de concordância não são exclusivas ao relato de díades de pais e filhos e pais entre si, a concordância entre pais e professores também é relativamente baixa. Embora os professores tenham uma série de vantagens para uma avaliação mais objetiva, como a facilidade em comparar o comportamento da criança com a base normativa da faixa etária (o grupo escolar) e o menor envolvimento emocional na questão, há evidências de que o relato dos professores é igualmente suscetível a vieses. Em um estudo recente, pais e professores foram solicitados a avaliar o comportamento social de crianças com síndrome de deleção 22q11.2; essa síndrome é conhecida por causar prejuízos de sociabilidade e, no entanto, os professores perceberam poucas diferenças no comportamento social das crianças afetadas e dos controles saudáveis.

Alguns princípios gerais que podem ajudar a lidar com divergências e incoerências de relato estão a seguir:

- Discordâncias de relato é a regra e não a exceção em psiquiatria da infância e da adolescência, por isso elas devem ser entendidas como naturais, tendo-se cautela para atribuir-lhes intencionalidade.
- Sempre que possível a coleta de informação deve ser feita com múltiplas pessoas, e caberá ao clínico valorizar mais um ou outro informante, a depender de uma série de fatores, como:
  - idade da criança (p. ex., pré-escolares quase nunca relatam sintomas internalizantes e o relato dos pais a respeito do humor da criança pode ser muito útil, já adolescentes comumente descrevem sentimentos de tristeza que não foram notados pelos pais);
  - estágio de desenvolvimento da criança (p. ex., crianças com reduzida capacidade de expressão verbal, seja pela idade, por apresentar um desenvolvimento autístico ou por deficiência intelectual, terão que ser avaliadas tendo-se como base a observação direta de seus comportamentos e o relato dos pais);
  - escolaridade dos pais e da criança (o relato de alterações de comportamentos e emoções depende de padrões culturais e de expectativas; p. ex., um pai analfabeto pode mostrar-se satisfeito com o desempenho escolar de uma criança que não consegue aprender a multiplicar, mas já sabe ler e escrever, nesse caso o relato do professor ou da própria criança pode propiciar dados mais informativos);
  - contexto sociocultural (pessoas que receberam educação mais punitiva serão mais complacentes com atitudes de violência em relação a criança);
  - potenciais conflitos de interesse e ganhos secundários (p. ex., uma mãe que não queira se separar do atual companheiro pode omitir uma situação de abuso desse companheiro contra seu filho);
  - vínculo da criança/adolescente com a pessoa que provê a informação (p. ex., um pai que conversa pouco com o filho, ou passa pouco tempo do dia com ele, terá dificuldade para descrever seu comportamento);
  - tipo de fenômeno investigado (p. ex., sintomas externalizantes como hiperatividade são facilmente observáveis na escola, enquanto sintomas emocionais, como tristeza, podem passar despercebidos pela professora).
- Caso seja impossível ter acesso a muitas fontes de informação o autorrelato deve ser preferido para crianças maiores e adolescentes, enquanto para os menores o relato do principal cuidador deve ser mais valorizado.

Autonomia de Decisão

Uma questão já citada anteriormente nesse capítulo é a que trata da autonomia do paciente pediátrico quanto à sua capacidade de decidir e opinar a respeito do seu tratamento. Sendo assim, cabe aos seus guardiões ou tutores representá-los ou assistir-lhes nos atos da vida civil de modo a defender seus interesses, como as decisões sobre tratamento médico. De modo geral, salvo em situações de risco, a criança será assistida no sistema de saúde somente mediante consentimento dos pais

e assentimento do menor. Conforme se tornam mais velhos esses pacientes passam a adquirir progressiva liberdade para consentir com exames e procedimentos, mesmo à revelia dos seus pais, cabendo ao profissional de saúde decidir sobre o limite dessa relativa liberdade.

No entanto, ao mesmo tempo em que temos que considerar o grau de desenvolvimento da criança e do adolescente limitando sua capacidade de decisão, é também verdade que temos que nos preocupar em assegurar que as crianças e adolescente gozem de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, o que inclui o direito de opinar e decidir sobre questões que tenham implicação direta em suas vidas. Além de ser um direito da criança e adolescente, evidências crescentes mostram que o envolvimento dos pacientes pediátricos nas decisões sobre seu tratamento é um instrumento terapêutico na promoção de saúde. Crianças, mesmo muito pequenas, são capazes de dar opiniões apropriadas sobre seu tratamento e se interessam e querem participar dessas decisões, no entanto, sua participação é quase sempre negligenciada.

Para lidar com as potenciais dúvidas que possam surgir de situação tão peculiar, seguem orientações úteis:

- Salvo em situações de excepcional risco, nenhuma criança ou adolescente deve ser examinado ou tratado por médico, psicólogo, enfermeiro ou dentista sem o prévio consentimento do tutor ou guardião.
- Adolescentes e jovens progressivamente adquirem capacidade de consentir no próprio exame e tratamento se os profissionais de saúde julgarem que se encontram capacitados para tal. Sempre que possível, no entanto, devem ser estimulados e incluir os pais ou tutores no tratamento. Por exemplo, uma adolescente de 17 anos pode ser considerada capaz de consentir no exame ginecológico e de receber a prescrição de anticoncepcionais, no entanto, provavelmente nenhum médico realizaria uma cirurgia de grande porte sem o conhecimento e a autorização dos pais.
- É importante notar que cabe ao profissional de saúde que atende a criança ou o adolescente se certificar a respeito de quem é o tutor ou guardião legal da criança, bem como verificar se ele está de acordo com o atendimento que está sendo proporcionado. Para tanto, é imprescindível saber da situação de guarda da criança. Se a criança vive com ambos os pais a guarda quase sempre é compartilhada; se os pais são separados deve-se inquirir sobre o acordo de guarda e, em caso de qualquer dúvida, pedir uma cópia dele; crianças em acolhimento institucional terão um tutor designado pela vara da infância. Cabe ainda ao profissional de saúde certificar-se sobre a identidade daqueles que se apresentam como responsáveis pelo tratamento da criança, solicitando-lhes documentos que comprovem a identidade, bem como a situação de guarda da criança.
- Todas as crianças e adolescentes, independentemente da idade, devem ser incluídas no planejamento de seu tratamento e encorajadas a ter uma atitude ativa em relação a ele. Deverão ser ouvidas sobre suas preferências e esclarecidas a respeito de todos os aspectos relacionados a sua saúde e tratamento, de acordo com seu grau de desenvolvimento. Deve-se permitir que exerçam o direito de escolha,

ponderando-se sua idade e nível de desenvolvimento.

- O consentimento para tratamento não necessariamente precisará ser feito por escrito, o ato de consentir pode ser exercido pela simples conivência à solicitação do profissional de saúde, desde que o profissional tenha informado adequadamente ao paciente e responsáveis sobre o procedimento e isso seja registrado em prontuário. Por exemplo, ao responder as perguntas sobre seu comportamento, a criança está consentindo na avaliação psiquiátrica, desde que tenha sido informada sobre o propósito das perguntas e da avaliação.
- O consentimento só é considerado válido se o profissional de saúde prover ao paciente e seu responsável condições de decidir. Isso será feito pelo pedido do consentimento bem como pelo esclarecimento a respeito dos procedimentos que serão realizados, vantagens, alternativas, riscos envolvidos. Caso o profissional não tenha condições de esclarecer qualquer desses aspectos, ele deve encaminhar o paciente a um profissional que possa fazê-lo e esperar pelo consentimento (p. ex., um técnico de enfermagem que entregue um comprimido ao paciente deverá informá-lo sobre o que ele está recebendo; caso o paciente peça esclarecimentos sobre os riscos implicados no uso do medicamento ou sobre opções de tratamentos alternativos; caso o técnico não tenha conhecimento para responder as perguntas, será solicitada a presença de outro profissional que possa fazê-lo antes que o paciente aceite o comprimido).
- O paciente e seu responsável legal devem ser informados com relação ao tempo que terão para decidir se consentem ou não com determinado procedimento. O prazo para decisão deve ser estipulado tendo por base o potencial prejuízo ao paciente de um eventual atraso no tratamento ou diagnósticos. Fatores relacionados à conveniência do serviço de saúde não devem ser usados para estipulação desse tipo de prazo. Caso uma decisão não seja tomada dentro do prazo saudável ao paciente, os profissionais de saúde devem comunicar o responsável a respeito da necessidade de decisão e instituir as devidas medidas de proteção à criança, como acionar o Conselho Tutelar (CT) ou Vara da Infância e Juventude (VIJ).
- O profissional de saúde poderá decidir sobre tratamentos independentemente da opinião dos pais ou do paciente quando a espera por um consentimento, ou a falta do mesmo, implicar riscos de integridade física ou mental ao paciente. Nesse caso as autoridades competentes devem ser notificadas. Semelhante procedimento se encontra amparado no ECA por meio do § 2º, do art. 33, da Lei nº 8.069, que descreve que "excepcionalmente, deferir-se-á a guarda, fora dos casos de tutela e adoção, para atender a situações peculiares ou suprir a falta eventual dos pais ou responsável, podendo ser deferido o direito de representação para a prática de atos determinados" e dos artigos 4º e 7º, que garantem direito prioritário à saúde, seguindo-se os princípios gerais que regem os direitos dos cidadãos a tratamento em saúde com eficácia plena e aplicabilidade imediata.
- Caso a criança ou o adolescente recuse um tratamento que seus pais gostariam que fizesse, apesar de o médico poder intervir sob o consentimento dos pais, deve-se considerar o direito da criança de opinar e, a depender do prejuízo implicado no atraso do tratamento, é recomendável procurar entender as causas da recusa e

abordá-las, em vez de impor de imediato a vontade dos pais.

Confidencialidade

A confidencialidade é um dos princípios éticos da profissão médica e uma preocupação ainda maior para psiquiatras, para os quais o sigilo é um dos pilares fundamentais da prática clínica. As crianças e os adolescentes devem receber a garantia de que poderão expressar seus pensamentos e sentimentos e que o conteúdo de suas conversas com o clínico só será revelado a outrem, quem quer que seja, mediante prévio consentimento seu e de seus responsáveis, o que deve ocorrer apenas em situações imprescindíveis ao bem-estar do paciente.

A revelação de conteúdo sigiloso poderá acontecer sem o consentimento da criança/adolescente ou sua família em situações especiais, como, por exemplo, quando é prevista uma situação de risco iminente ao paciente ou outrem. Sempre que se estabelece uma relação médico-paciente, a criança e o adolescente passam a ter direito de sigilo, não sendo necessário que isso seja acordado. No entanto, recomenda-se explicar as regras do acordo de sigilo desde o início do tratamento, deixando claro ao paciente e a seus guardiões quais situações podem levar à necessidade de quebra de sigilo. É importante notar que a garantia de sigilo médico do paciente implica que o médico não poderá compartilhar dados clínicos do paciente com outros profissionais, mesmo da área da saúde, sem o prévio consentimento do paciente ou seus representantes. Em atenção a esse princípio, deve-se ter cuidado com relação aos conteúdos transcritos no prontuário médico. Na maioria das instituições o prontuário institucional é de livre acesso aos membros da equipe de saúde, por esse motivo deve-se evitar registrar no prontuário institucional informações que o paciente não autorize compartilhar com outros profissionais de saúde.

Para semelhantes registros é necessário que haja um prontuário psiquiátrico que fique protegido do acesso de outros membros do serviço. Deve-se evitar registrar em prontuário médico informações sigilosas que as crianças e os adolescente não queiram dividir com seus pais, visto que é um direito dos pais obter uma cópia do prontuário médico de seus filhos menores de 18 anos.

CRIANÇAS VÍTIMAS DE MAUS-TRATOS

Definições e Epidemiologia

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como maus-tratos infantis todas os tipos de tratamento cruel físico e/ou emocional, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou qualquer outro modo de exploração, que ocorrem em uma relação de responsabilidade, confiança e poder, e que resultem em danos verdadeiros ou potenciais para a saúde da criança, sua sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade. Embora o sofrimento por maus-tratos infantis não seja um diagnóstico psiquiátrico, é um importante fenômeno que afeta os jovens e constitui grande fator de risco ambiental para o desenvolvimento físico e psicológico. A OMS classifica os maus-tratos infantis em: abuso físico, abuso sexual, abuso

emocional/psicológico, negligência e exploração infantil. A exploração infantil refere-se a situações de prostituição e trabalho infantil (como serviços militares). Entretanto, este tema não será abordado neste capítulo que focalizará situações de violência doméstica.

O Mapa da Violência 2012 – Crianças e Adolescentes do Brasil mostra que a violência física representara 40,5% do total de atendimentos, sobretudo entre 15 e 19 anos. Os principais agressores são os pais até os 14 anos de idade. A violência sexual foi registrada em 19,9% dos atendimentos, sendo 83,2% no sexo feminino, ocorrendo principalmente entre 10 e 14 anos de idade. Sua forma mais frequente foi o estupro (7.155 casos, sendo responsável por 59% do total de atendimentos por violência sexual). Assédio sexual e atentado violento ao pudor compreendem 15% e 20% dos atendimentos.

O abuso emocional/psicológico é definido pela OMS como a incapacidade de proporcionar um ambiente que seja favorável à criança e adequado para seu estágio de desenvolvimento, como a presença de uma figura de apego primária, de modo que a criança possa desenvolver de maneira estável todo seu espectro de capacidades emocionais e sociais, compatível com o potencial pessoal e com a sociedade na qual a criança cresce. Essa situação pode se manifestar de várias maneiras, como rejeição, depreciação, agressões verbais, cobranças exageradas, discriminação, desrespeito, culpabilização, indiferença, punições humilhantes e uso da criança ou adolescente para atender às necessidades psíquicas de um adulto. Não obstante a importância do tema, as publicações têm sido escassas nos últimos anos, provavelmente devido ao interesse dos pesquisadores em outros tipos de maus-tratos infantis, à discordância sobre definições e à falta de integração dos dados das pesquisas realizadas sobre esse tipo de abuso. Além disso, cabe ressaltar que é uma situação clinicamente difícil de ser avaliada, pois as vítimas na maioria das vezes não referem a ocorrência, e os sintomas são inespecíficos.

A negligência é definida como a incapacidade de proporcionar condições adequadas para o desenvolvimento infantil em todas as esferas: saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e condições seguras para se viver, considerando os recursos disponíveis para a família ou os cuidadores, o que causa – ou tem grande probabilidade de causar – danos ao desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social da criança. O diagnóstico nem sempre é fácil, sobretudo quando a equipe de saúde se depara com o questionamento da existência de intencionalidade, já que não há limite nítido entre a pobreza extrema aliada à ignorância e esse modo de violência. A comparação dos tratos dispensados a cada filho, buscando identificar algum tratamento especialmente desigual, pode auxiliar na identificação desse tipo de abuso.

Consequências dos Maus-Tratos na Infância

Não só a vitimização da criança traz consequências para seu desenvolvimento, mas também a exposição e o testemunho da violência intrafamiliar têm implicações no desenvolvimento infantil. Os termos “exposição” e “testemunha” denominam a conscientização das crianças quanto à agressão e à violência dos adultos, não só por

ver ou ouvir os atos violentos, mas também ouvindo relatos sobre a violência e vendo as evidências do abuso e as consequências da agressão física ou sexual que ocorrem entre seus cuidadores. A violência intrafamiliar aumenta a vulnerabilidade das crianças aos riscos de desenvolvimento de transtornos mentais, promove dificuldades de ajustamento social e emocional, sentimentos de desamparo, medo, raiva e excitação elevada. A família perde a sua função de propiciar segurança e proteção para as crianças.

Os resultados das pesquisas mostram que a violência intrafamiliar está relacionada a problemas de comportamento nas crianças: comportamentos maternos de hostilidade e afastamento dos filhos estão associados a sintomas de internalização (depressão, retraimento, inibição, ansiedade) e sintomas de externalização (comportamentos agressivos e dificuldades de atenção). O estresse provocado pela exposição à violência acarreta diferentes consequências na saúde mental, como sintomas depressivos, ansiedade, preocupação excessiva, suicídio e efeitos acadêmicos, como repetência e abandono escolar. Devido às alterações comportamentais, podem ocorrer também dificuldades sociais como rejeição pelos colegas e propensão à agressão física. Episódios de violência e abuso entre os membros da família podem levar a criança a se esforçar para acomodar tais eventos e desenvolver um comportamento hipervigilante, insegurança nos relacionamentos, além de manifestar emoções como frustração, decepção, medo, hostilidade. A exposição à violência intrafamiliar pode ter efeitos traumáticos, como a repetição da experiência do trauma em pesadelos, *flashback*, hipervigilância, sobressaltos, distanciamento emocional, muitas vezes atingindo intensidade suficiente para o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-traumático. São essas alterações de comportamento da criança que quase sempre levam à procura de atendimento psiquiátrico.

Avaliação Diagnóstica

Na maioria das vezes, o diagnóstico de maus-tratos na infância ou na adolescência é difícil, necessitando de experiência profissional e de atenção diferenciada do psiquiatra e de toda a equipe de saúde.

As situações de maus-tratos na infância e adolescência estão entre as que mais mobilizam a equipe de atendimento. As situações mais graves (como abuso físico ou sexual) – mais fáceis de serem identificadas – na maioria das vezes provocam reações contratransferenciais em relação aos pais/cuidadores – que são os agressores –, o que pode dificultar muito a condução do caso. Já as situações menos graves, que geralmente envolvem negligência e abuso emocional, são mais difíceis de ser identificadas, mas nem por isso trazem menos consequências às crianças vitimizadas. O papel do psiquiatra diante da violência envolve auxiliar na identificação ou levantar suspeita sobre os casos trazidos a seu conhecimento, prestar atendimento emergencial e interagir com os demais membros da equipe multidisciplinar. Deparar-se com esses casos pode estar entre as experiências mais perturbadoras da clínica com crianças, algumas vezes evocando desejo de "resgatar" a criança imediatamente. No entanto, é importante manter o objetivo de verificar o quão confiável é a evidência de que ocorre abuso. Em caso de dúvida, deve-se proteger a vítima até esclarecimento da situação.

Esses casos têm implicação legal, de modo que o médico é obrigado a relatar o fato ou mesmo as suspeitas às entidades legais de proteção à criança.

Na grande maioria dos casos, há progressão na gravidade dos maus-tratos. Na maioria das vezes, é possível identificar retrogradamente relatos de negligência emocional e física, passando para abuso emocional e posteriormente chegando às agressões físicas. Com alguma frequência, nos casos de violência sexual perpetrados por pessoas muito próximas, é possível identificar situações compatíveis com abuso emocional e físico, que inclusive auxiliam na manutenção do segredo. O que deve ficar claro é que as diferentes apresentações de maus-tratos tendem a ocorrer de modo conjunto nos indivíduos, já as formas "puras" constituem a exceção. Portanto, é fundamental que se obtenha um perfil completo de vitimização dos indivíduos, não se concentrando apenas na investigação de algum tipo específico de violência. Além dos casos com lesões físicas graves, muitas vezes com risco de morte, há aquelas condições nas quais a agressão física é menor ou ausente, mas o comprometimento do estado emocional é muito importante, o que pode produzir sequelas graves de modo permanente. Com frequência, as crianças vitimizadas desenvolvem alterações de comportamento que muitas vezes são apontadas pelos pais/cuidados como as causas das agressões físicas. Por exemplo, é comum a criança que se sente negligenciada, rejeitada emocionalmente, se tornar agressiva e desafiar os cuidadores – como se estivesse testando os vínculos e a atenção dos seus responsáveis. Nestes casos, o relato mais comum é dos pais se queixarem do comportamento do filho, que os leva a condutas extremas para colocar limite, chegando à agressão física. Quando a criança é avaliada com mais calma, e depois de estabelecido vínculo de confiança com a equipe, começam a descrever situações de negligência e abuso emocional, abuso físico e situações nas quais se sentem rejeitados. Ou seja, as queixas da família são completamente diferentes do relato da criança/adolescente; os pais/cuidadores descrevem uma criança agressiva, desafiadora, transgressora, por sua vez a criança descreve pais/cuidadores ausentes e agressivos. Em qualquer situação há necessidade de avaliação diagnóstica cuidadosa da criança, dos responsáveis e com frequência a entrevista com outros familiares, sobretudo quando existem outras crianças vivendo no mesmo contexto, como de modo obrigatório a avaliação social da família.

Na quase totalidade dos casos, as crianças não são trazidas para avaliação psiquiátrica pela ocorrência de maus-tratos. Estas são condições que são verificadas no processo de avaliação diagnóstica da criança. Via de regra, é baixa a concordância entre os relatos de pais e filhos sobre a ocorrência de maus-tratos ou mesmo quanto ao testemunho da criança à violência intrafamiliar, pois os pais tendem a subestimar o grau de exposição de seus filhos. As crianças, amedrontadas, podem tentar tornar-se invisíveis, observando a violência; já os pais que não desejam que seus filhos fiquem expostos à agressão podem ficar relutantes em reconhecer a exposição. Quando as crianças são mais velhas, são mais propensas a relatar níveis mais elevados de sua exposição do que os relatados pelos seus pais. Portanto, a caracterização precisa da dinâmica familiar e do contexto de desenvolvimento da criança não é tarefa fácil e pode ser muito desgastante, exigindo já nessa fase um trabalho em equipe, envolvendo psiquiatra, assistente social e psicólogo. O profissional deve se mostrar

acolhedor, compreensivo e isento de julgamento moral sobre o que está sendo exposto. Um bom contato é fundamental ao se investigar estes eventos, para que se proporcione conforto e segurança, diminuindo a apreensão e as reações defensivas que a criança/adolescente pode manifestar. É importante observar a reação da criança na presença de diferentes familiares, com objetivo de se avaliar reações mais intensas de ansiedade, medo, agressividade com uma pessoa específica, o que sugere que alguma agressão possa estar ocorrendo na relação com esse adulto. Com frequência a criança sente que precisa manter segredo sobre a ocorrência de abusos ou negligência, pois pode temer ser repreendida posteriormente ou mesmo que seus pais venham a ter problemas com a polícia. É comum que crianças mais novas não entendam o significado dos maus-tratos que sofreram, podendo desenvolver sentimentos de culpa, medo e ansiedade. Desse modo, os profissionais precisam indagar com naturalidade sobre a forma como a criança é punida quando faz algo errado em casa, se alguém já a machucou, se já a tocaram de modo que se sentisse incomodada ou mesmo se teve que tocar alguém de uma maneira que não gostaria. Quanto mais natural for a pergunta, maior a probabilidade de a criança relatar. É importante também que essa conversa ocorra longe de adultos ou responsáveis, se possível usando bonecos para que a criança possa mostrar neles o que acontece com ela. É dever dos profissionais de saúde indagar ativamente quando há suspeita e não esperar que ocorra o relato.

Com relação ao abuso sexual por pessoa do círculo familiar, este tende a ser crônico, porém algumas características da dinâmica familiar podem auxiliar na identificação. As famílias tendem a ser mais reservadas e isoladas, evitando contato com outras pessoas e mantendo assim o segredo. Podem ocorrer alterações de papéis e funções dentro da família, desequilíbrio de poder entre os pais, difícil internalização de leis e limites. Portanto, a confiança na relação de proteção entre pais e filhos fica comprometida, podendo aparecer comportamento hipersexualizado. Por sua vez, o abusador tende a ser extremamente rígido, possessivo, protetor e zelosos com as crianças ou adolescentes abusados, trazendo estranheza e colocando em dúvida a credibilidade quando o relato do abuso é feito. Podem ter comportamento insinuante e sedutor com crianças e adolescentes da mesma faixa etária da sua vítima. Algumas vezes podem desqualificar os acusadores, mesmo fora de casa, podendo acusar suas próprias vítimas de promiscuidade ou comportamento sexual inadequado. Não é incomum ameaçarem a integridade física e a estabilidade econômica da família. Com frequência, o abusador também foi abusado na infância.

Um modo mais raro de abuso infantil que merece ser lembrado pelos profissionais da saúde é o transtorno factício por procuração (Síndrome de Munchausen por procuração), caracterizada pela produção ou simulação intencional de sinais/sintomas físicos ou psicológicos em um terceiro que está sob os cuidados do indivíduo, cujo objetivo é assumir indiretamente o papel de doente. Em mais de 90% dos casos a mãe é a responsável pela situação. O prognóstico é ruim: a taxa de mortalidade nesses casos está em torno de 8% e cerca da metade das crianças que sobrevivem apresenta danos emocionais e físicos graves. Indicadores clínicos sugestivos dessa síndrome são: múltiplas hospitalizações e investigações por numerosos profissionais que não conseguem revelar um diagnóstico ou a causa conclusiva; o paciente não responde aos

tratamentos adequados; a vitalidade do paciente é inconsistente com os achados laboratoriais; a mãe teve formação em medicina ou enfermagem ou foi exposta a modelos das doenças que afetam a criança; a mãe é a única testemunha do início dos sinais ou sintomas; a mãe aceita bem testes invasivos e dolorosos, e os sinais e sintomas desaparecem quando a mãe não tem acesso à criança. Esta é uma das situações nas quais é necessário suspender o acompanhamento na internação para que o diagnóstico possa ser estabelecido de modo adequado.

Abordagem e Encaminhamentos

O manejo de casos de crianças vitimizadas deve ser norteado por três objetivos: prevenir abusos subsequentes, aliviar os efeitos do que já aconteceu e avaliar as necessidades emocional, social e educacional posteriores ao evento.

O primeiro aspecto a ser considerado é aliviar o sofrimento da criança/adolescente, seja por meio do emprego de medicações para diminuir a ansiedade ou agitação psicomotora, seja pela adoção das medidas para garantir a integridade física e mental da criança/adolescente. A adoção dessas medidas por si só podem, em muitos casos, já trazer bastante alívio para a vítima. Após o embasamento da suspeita diagnóstica de violência pela avaliação de médicos de diferentes especialidades e assistente social, serão efetuados relatórios médico, psicológico e social que devem ser encaminhados com urgência para o Conselho Tutelar e para a Vara da Infância e Juventude, como estabelece o ECA, em seu *artigo 13*. A não comunicação de tais eventos pelos médicos, professores ou responsáveis por estabelecimentos de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche à autoridade competente é considerada infração administrativa, cabível de multa. A Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, estabelece que "Violência doméstica, sexual e/ou outras violências" são de notificação compulsória e em seu artigo 7 esclarece que "*a notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975*". Na própria ficha de notificação está definido que considera-se caso a ser notificado "*a suspeita ou confirmação de violência*" e salienta que "*Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade)*". Isto porque, para envolver as instâncias necessárias para avaliação e cuidado adequado de cada caso é necessário o acionamento dos serviços de proteção à criança e ao adolescente. Nas locais onde o Conselho Tutelar é inoperante, a comunicação pode ser feita diretamente à Vara da Infância e da Juventude da localidade de moradia do paciente. Quando as lesões forem graves ou se o retorno do paciente para sua moradia puder resultar em novas agressões e até mesmo risco de morte, deve-se interná-lo, o qual ficará sob proteção da instituição hospitalar. Nesse caso, o paciente receberá alta hospitalar somente após a decisão judicial, mesmo que isso implique manter a criança/adolescente internado contra a vontade dos pais/responsáveis. Deve-se considerar risco de morte quando o agressor

não é controlável ou as circunstâncias, a família ou os cuidadores do paciente não parecerem competentes e capazes de proteger a vítima, com risco de revitimização.

É importante salientar que o papel do psiquiatra e da equipe que cuida da criança é **identificar a possibilidade da ocorrência de cuidados inadequados para o desenvolvimento infantil**. Não é função da equipe de saúde identificar os agressores nem tampouco avaliar em detalhes a situação de maus-tratos – o que caberá aos serviços de proteção da criança e do adolescente. Portanto, os profissionais devem estar atentos e relatar a possibilidade de ocorrência de situações de maus-tratos – de qualquer intensidade – não devendo aguardar a comprovação destas. O foco da avaliação é a criança e seu estado atual, com ênfase nas consequências dos maus-tratos no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança. Nem todas as alterações encontradas podem ser atribuídas exclusivamente à ocorrência de maus-tratos, daí a necessidade da avaliação mais abrangente da família e do contexto de vida da criança. Vale ressaltar que múltiplas consequências podem se originar de uma mesma adversidade, e diferentes adversidades podem resultar em consequências semelhantes. Além disso, estudos mostram relação de dose-resposta, ou seja, quanto maior for o número de situações adversas enfrentadas por uma criança e/ou quanto maior o período de exposição, maior será o número de problemas físicos e psicológicos em sua vida adulta.

Os maus-tratos podem ocorrer independentes do nível socioeconômico da família. Em famílias de maior poder aquisitivo essas situações na maioria das vezes ocorrem de modo mais velado, sendo mais difíceis de serem caracterizadas. Nestes casos, não é infrequente os pais ameaçarem os profissionais envolvidos ou mesmo deixarem de comparecer quando a equipe tenta abordar essas ocorrências de modo mais explícito. Daí a necessidade de muito cuidado na abordagem dos pais/cuidadores, pois a prioridade é garantir a segurança e dar seguimento ao acompanhamento da criança.

Nas famílias de baixo nível socioeconômico, é frequente os pais/cuidadores terem sofrido maus-tratos em sua infância e, portanto, desconhecem outras maneiras de cuidar dos filhos. Nessas situações, tão importante quanto notificar os órgãos competentes a ocorrência de maus-tratos é dar suporte e orientar esses pais/cuidadores, acionando as instâncias necessárias para que eles recebam o suporte e a orientação necessários.

A maioria dos profissionais de saúde evita relatar a ocorrência de maus-tratos leves, fazendo a notificação apenas quando a sua ocorrência é inegável. Entretanto, é importante pensarmos no papel primordial da prevenção das situações mais graves e estas só poderão ser evitadas se os tipos mais leves e iniciais de maus-tratos são precocemente identificados e abordados.

Para facilitar a abordagem dessas situações iniciais, recomendamos que a equipe que cuida da criança evite julgar ou avaliar a intensão dos agressores. Na avaliação, as informações devem ser registradas de modo mais fidedigno possível, evitando-se resumos, sínteses ou abreviações. Deve-se anotar qual é a relação entre o informante e a vítima e manter o vocabulário utilizado pelo informante. A privacidade dos pacientes deve ser preservada, evitando-se expor a situação de violência à curiosidade de outros pacientes ou mesmo da própria equipe de saúde. Depois de avaliada a criança, suas

necessidades e as condições de seu desenvolvimento, deve-se avaliar se os cuidadores conseguem atender essas necessidades. Caso os cuidados dispensados à criança sejam inadequados, a equipe deve considerar se não há falta de recursos ou preparo adequado dos pais/cuidadores. Se esta for a situação, é fundamental auxiliar a família na obtenção das condições necessárias para atender às necessidades da criança. Em muitos casos, a orientação parental, o encaminhamento dos pais para tratamento médico ou psiquiátrico pode resolver as situações mais leves de negligência e abuso emocional. Orientar os pais/cuidadores com as técnicas adequadas para colocar limites e mudar condutas no ambiente familiar (orientação parental) também diminui muito a ocorrência de episódios futuros de agressão emocional e física. Algumas situações mais complexas requerem a intervenção de outras instâncias de apoio à família (CRAS, CREAS), daí a necessidade da atuação do assistente social na condução desses casos.

Independentemente da situação, os pais/responsáveis devem ser informados que a equipe fará a notificação da situação. Importante frisar que isso não significa necessariamente que a equipe está certa em sua avaliação e os pais são "culpados" pela ocorrência de maus-tratos. Deve-se salientar para todos os envolvidos que a equipe de saúde é obrigada a notificar **a suspeita** da ocorrência de maus-tratos; a constatação ou não desta será feita pelo serviço de proteção à criança. Desse modo, é possível preservar o vínculo da equipe com a criança e com a família, cuja participação é fundamental no tratamento. Evitar julgamentos é muito importante, pois com frequência a criança tem sentimentos contraditórios em relação a seus cuidadores/agressores. Encarar a situação sem atribuir intenção ou culpa aos envolvidos facilita muito o manejo da família e auxilia no encaminhamento de todos os envolvidos para que possam receber as abordagens necessárias para a solução da situação.

Portanto, profissionais de saúde, familiares, professores ou vizinhos, ao entrar em contato com uma criança que apresente suspeita de maus-tratos, devem fazer uma denúncia institucional, pessoal ou anônima, já que esta pode ser uma oportunidade única para que ela saia de um ciclo de violência que pode afetá-la ou mesmo aos outros membros da família. Cabe ao psiquiatra da infância e da adolescência constatar as consequências para a criança de seu crescimento em um contexto adverso. O passo seguinte é relatar essas consequências e atuar em conjunto com outros profissionais, evitando-se assim resolver esses casos de modo isolado tanto em prontos-socorros quanto em hospitais e consultórios. Os órgãos competentes e outras instâncias devem ser acionados para mobilizar os recursos necessários a fim de proporcionar a solução adequada dessa situação, garantindo a segurança da criança. A prioridade é sempre o bem-estar da criança, não a denúncia dos agressores. Enfrentar a violência doméstica requer o empenho de uma equipe multiprofissional. Com isso, garante-se maior segurança no atendimento e nas decisões tomadas, levando-se em conta que todas as denúncias e notificações devem ser realizadas de modo institucional.

ASPECTOS JURÍDICOS: ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Crianças e adolescentes podem, por diversas razões, apresentar situações de conflitos com a lei. Fatores psicossociais e também individuais contribuem para a ocorrência de comportamentos de risco que favorecem o envolvimento de crianças e adolescentes com práticas delitivas.

A presença dos diagnósticos de transtornos do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), de oposição desafiante (TOD), de conduta (TC) e de uso e abuso de substância (TUS) apresentam forte relação entre si, quanto a causa e efeito, além de serem importantes fatores de risco para o envolvimento em práticas delitivas. A associação desses quadros com atividades ilícitas é ainda maior, sobretudo quando associados a ambientes desestruturados, com ausência de modelos parentais adequados e de regras e limites bem instituídos, pobreza e falta de perspectivas de futuro, baixa escolaridade, deficiência intelectual e proximidade com o crime.

O ECA define no Título III – ***"Da Prática de Ato Infracional"*** *(nos artigos 103 e 104) os parâmetros gerais do que são Atos Infracionais e a quem eles se aplicam:*

Art. 103*. Considera-se ato infracional a conduta descrita como crime ou contravenção penal.*

Art. 104*. São penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às medidas previstas nesta lei.*

Parágrafo único*. Para os efeitos desta lei, deve ser considerada a idade do adolescente à data do fato.*

No capítulo IV do ECA, a partir do artigo 112, são descritas as chamadas **"Medidas Socioeducativas"**, e sua aplicação levará em conta a gravidade do ato infracional cometido, não sendo permitido abusos, como, por exemplo, a prestação de trabalhos forçados.

Atendimentos de Adolescentes com Transtornos Mentais em Medida Socioeducativa

O adolescente que se encontra em medida socioeducativa está em uma situação considerada de exceção, na qual os pais e responsáveis perdem temporariamente a guarda do adolescente e todo o cuidado relacionado a sua saúde passa a ser responsabilidade do Estado. O ECA, no artigo 112, parágrafo 3, determina que adolescentes portadores de doença e deficiência mental deverão receber tratamento individual e especializado em local adequado às suas condições, quando determinado o cumprimento de medida socioeducativa. Nesse caso, adolescentes portadores de transtornos mentais e que necessitem de atendimento especializado (psiquiátrico ou psicológico) com avaliações e terapêuticas específicas (avaliação clínica/psicológica, tratamento psicofarmacológico e psicoterápico) deverão necessariamente realizá-los sob a responsabilidade da instituição governamental que o acolheu, que deverá criar mecanismo que garanta o acesso e a continuidade a esses tratamentos.

Não é incomum, tendo em vista os fatores de risco que levam o adolescente a se envolver em situações de conflito com a lei, que haja adolescentes com diferentes transtornos mentais e que necessitem tratamento especializado. Por outro lado, os adolescentes tendem a princípio a apresentar grande resistência a esses tratamentos, temendo prolongar a sua progressão na medida socioeducativa. Eles podem ficar

desconfiados do papel do psiquiatra na situação de atendimento não permitindo que se desenvolva o vínculo de confiança necessário. Nesse caso, antes mesmo de se iniciar a avaliação clínica, é necessário um trabalho de esclarecimento do papel do profissional de saúde mental, de que este estará a serviço de cuidar da saúde psíquica do jovem e não como alguém que estaria a serviço do judiciário com o intuito apenas de levantar dados referentes ao seu processo (esse é o papel do perito e não do médico). Esse trabalho de sensibilização da necessidade de tratamento como modo de garantir a melhora clínica e estabilização sintomática precisará contar também com o auxílio dos profissionais que lidam diariamente com o adolescente, como técnicos e outros funcionários, uma vez que esse trabalho em condições normais seria feito pelos pais ou responsáveis.

O psiquiatra poderá, em determinado momento, se reportar ao juiz fornecendo informações que tão somente determinarão a necessidade de continuidade desse tratamento quando o adolescente houver concluído a medida socioeducativa e for posto novamente em meio aberto, garantindo o rápido acesso ao serviço de saúde. Isso é fundamental para se garantir o sucesso do tratamento já iniciado e evitando abandono no tratamento ou recaídas na prática delitiva. Essa afirmação é particularmente verdadeira nos casos de TUS, quando o uso de drogas está intimamente relacionado ao envolvimento com o crime (em especial pequenos furtos e envolvimento com tráfico). Um jovem que tenha iniciado a prática de atos infracionais para obter drogas e manter o vício e não receba tratamento adequado ainda durante a medida socioeducativa provavelmente voltará à prática delitiva, bem como ao uso de substâncias tão logo seja desinternado, mesmo que ele tenha ficado vários meses em abstinência forçada devido à internação.

Atendimentos de Casos Complexos

Uma situação de significativa dificuldade de manejo é quando se está diante de um jovem que necessite de tratamento em serviços externos especializados (p. ex., clínicas para dependentes químicos ou hospital psiquiátrico devido a transtornos psicóticos, risco de suicídio ou alterações comportamentais graves secundários ao uso de drogas) e que apresentem maior probabilidade de comportamentos antissociais graves ou risco de fuga.

Nesse caso, a instituição socioeducativa não contempla recursos médicos, equipe multidisciplinar e terapêuticos necessários para o tratamento adequado desses casos e a instituição de saúde não apresenta adequadas condições de garantir a segurança dos outros pacientes/equipe ou evitar a fuga desse jovem, uma vez que não há os chamados agentes de segurança. Em situações como essa, pode ser necessária a transferência para a instituição de saúde (hospital ou clínica), sempre tentando manter o tempo de internação o mais breve possível, restringindo-se à estabilização do quadro clínico, de maneira que o jovem seja reencaminhado à instituição de medida socioeducativa com orientações à equipe técnica responsável quanto ao manejo de eventuais crises.

Considerando que as instituições de medida socioeducativa têm equipe médica, de enfermagem e da área de psicologia, esses ajustes podem ser tentados, mesmo que

haja a necessidade de treinamento ou supervisão.

Atendimentos de Menor Complexidade

O atendimento de casos menos graves de transtornos mentais, como quadros de ansiedade, depressão, comportamentos externalizantes (hiperatividade, impulsividade, agressividade), ou sintomas leves de abstinência às drogas é bastante comum. Também é frequente, em especial naqueles que estão internados, que haja resistência ao tratamento clínico ou psicoterápico. Nesses casos, pode-se iniciar um trabalho de psicoeducação junto aos monitores e profissionais técnicos que atendem o adolescente, sensibilizando-os à necessidade e aos benefícios do tratamento psiquiátrico para que se obtenha a remissão sintomática, melhora clínica e consequentemente maior engajamento no processo da medida socioeducativa, reduzindo o tempo de permanência. Quando o jovem está deprimido, ansioso ou apresentando qualquer outra alteração comportamental é comum a recusa em participar das atividades, pior rendimento escolar, envolvimento em situações conflituosas com outros adolescentes e com funcionários, não aceitação do atendimento técnico. Isso pode ser visto pelo juiz como recusa no processo de mudança, prolongando o tempo de internação.

É importante frisar que, quando o psiquiatra responsável pelo tratamento do adolescente necessitar entrar em contato com o juiz, ou mesmo quando o juiz solicitar informações acerca do tratamento, o psiquiatra **não pode** relatar fatos que possam prejudicar o adolescente em seu processo. Esse aspecto é fundamental e deve ser esclarecido aos adolescentes. Por outro lado, o psiquiatra responsável não pode mentir ao juiz e, se não há fatos que possam ajudar o adolescente em seu processo a serem relatados, o psiquiatra pode recorrer ao sigilo profissional e não relatar detalhadamente o quadro de seu paciente. Os adolescentes podem muitas vezes iniciar o tratamento compulsoriamente, porém, quando percebem que o seguimento adequado do tratamento pode trazer benefícios em seu processo, muitos passam a cooperar, e os resultados são positivos.

Portanto, trabalhar a resistência ao atendimento e às abordagens terapêuticas sejam psicofarmacológicas, sejam psicoterápicas, também é papel da equipe de saúde que atende o jovem que cumpre medida socioeducativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aebi, M, Giger, J, Plattner, B, Metzke, CW, Steinhausen, HC. Problem coping skills, psychosocial adversities and mental health problems in children and adolescents as predictors of criminal outcomes in young adulthood. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. , 2013 Aug 15. [[Epub ahead of print]].

Anda, RF, Felitti, VJ, Bremner, JD, Walker, JD, Whitfield, C, Perry, BD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006 Apr; 256(3):174–186.

Arain, M, Haque, M, Johal, L, Mathur, P, Nel, W, Rais, A, et al. Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013; 9:449–461.

Barbirato F, Dias G. A mente do seu filho: como estimular crianças e identificar os distúrbios psicológicos na infância – Rio de Janeiro: Agir, 2009.

Brunelle, N, Bertrand, K, Beaudoin, I, Ledoux, C, Gendron, A, Arseneault, C. Drug trajectories among youth undergoing treatment: the influence of psychological problems and delinquency. *J Adolesc*. 2013 Aug; 36(4):705–716.

Butchart, A, Kahane, T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. *World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect*. , 2006.

Cantwell, DP, et al. Correspondence between adolescent report and parent report of psychiatric diagnostic data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(5):610–619.

Cicchetti, D, Blender, JA. A multiple-levels-of-analysis approach to the study of developmental processes in maltreated children. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2004 Dec 14; 101(50):17325–17326.

Código Civil. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm.

Coyne, I. Children's participation in consultations and decision-making at health service level: a review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2008; 45(11):1682–1689.

Emerson, E, Halpin, S. Anti-social behaviour and police contact among 13- to 15-year-old English adolescents with and without mild/moderate intellectual disability. *J Appl Res Intellect Disabil*. 26(5), 2013 Sep.

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei no 8.069 de 13 de julho de 1990, e legislação correlata – 7ª edição; Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.

Evans, SE, Davies, C, DiLillo, D. Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior*. 2008; 13:131–140.

Foster, H, Brooks-Gunn, J. Toward a Stress Process Model of Children's Exposure to Physical Family and Community Violence. *Clinical Child Family Psychology Rev*. 2009; 12(2):71–94.

Groenman, AP, Oosterlaan, J, Rommelse, N, Franke, B, Roeyers, H, Oades, RD, et al. Substance use disorders in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a 4-year follow-up study. *Addiction*. 2013 Aug; 108(8):1503–1511.

Hemphälä, M, Hodgins, S. Do psychopathic traits assessed in mid-adolescence predict mental health, psychosocial, and antisocial, including criminal outcomes, over the subsequent 5 years? *Can J Psychiatry*. 2014 Jan; 59(1):40–49.

Herman, SP. Practice parameters for child custody evaluation. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(10 Suppl):57S–68S.

Houston, M. The psychiatric medical record, HIPAA, and the use of electronic medical records. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2010; 19(1):107–114. [table of contents.].

Jellen, LK, McCarroll, JE, Thayer, LE. Child emotional maltreatment: a 2-year study of US Army cases. *Child Abuse & Neglect*. 2001 May; 25(5):623–639.

Kitzmann, KM, Gaylord, NK, Holt, AR, Kenny, ED. Child Witnesses to Domestic Violence: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003; 71, No. 2:339–352.

Krug, EG, Dahlberg, LL, Mercy, JA, Zwi, AB, Lozano, RWorld report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.

Lee, SJ, et al. Parental agreement of reporting parent to child aggression using the Conflict Tactics Scales. *Child Abuse Negl*. 2012; 36(6):510–518.

Levendosky, AA, Graham-Bermann, SA. Parenting in Battered Women: The Effects of Domestic Violence on Women and Their Children. *Journal of Family Violence*. 16, No. 2, 2001.

Lewis, T, et al. Correlates of parent-youth discordance about youth-witnessed violence: a brief report. *Violence Vict*. 2013; 28(5):865–874.

Mapa da Violência. http://mapadaviolencia.org.br/MapaViolencia2012_Criancas_e_Adolescentes.pdf, 2013. [(a cesso em: 31.08.2013)].

Oliveira, PA, Scivoletto, S, Cunha, PJ. Estudos neuropsicológicos e de neuroimagem associados ao estresse emocional na infância e adolescência: revisão da literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica (USP. Impresso)*. 2010; 37:270–279.

Osofsky, JD. Children Who Witness Domestic Violence: The Invisible Victims. Social Policy Report. *Society for Research in Child Development*. Volume IX Number 3, 1995.

Papalia, DFDesenvolvimento Humano – 12. Ed-Porto Alegre: AMGH, 2013.

Piacentini, J, et al. Informant-based determinants of symptom attenuation in structured child psychiatric interviews. *J Abnorm Child Psychol*. 1999; 27(6):417–428.

Rescorla, L. A., et al. Cross-informant agreement between parent-reported and adolescent self-reported problems in 25 societies. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013; 42(2):262–273.

Rutter, SM, Bishop, D, Pine, D, Scott, S, Stevenson, JS, Taylor, EA, et al Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. 5 ed, : Wiley-Blackwell; 2008.

Shashi, V, et al. Discrepancies in parent and teacher ratings of social-behavioral functioning of children with chromosome 22q11.2 deletion syndrome: implications for assessment. *Am J Intellect Dev Disabil*. 2013; 118(5):339–352.

Sirotnak, AP, Krugman, RD. Physical abuse of children: an update. *Del Med J*. 1997; 69(73):35–43.

Skuse, D, Bentovin, A. Physical and emotional maltreatment, in Child and adolescent psychiatry: modern approaches, M. Rutter, E. Taylor, and L. Hersov, Editors. Oxford: Blackwell Science, 1994; 209–229.

Sternberg, KJ, Baradaran, LP, Abbott, CB, Lamb, ME, Guterman, E. Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children's behavior problems: A mega-analysis. *Developmental Review*. 2006; 26:89–112.

Stirling, J, the Committee on Child Abuse and Neglect. Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and Treatment of Child Abuse in a Medical Setting. *Pediatrics*. 2007 May 1; 119(5):1026–1030.

Sturge-Apple, M, Davies, P. Mother's parenting practices as explanatory mechanisms in associative between interparental violence and child adjustment. *Partner Abuse*. 2010 Jan 1; 1:45–60.

Thompson, AE, Kaplan, CA. Childhood emotional abuse. *Br J Psychiatry*. 1996 Feb; 168(2):143–148.

Valadres GC, Lippi JRS, Renno Jr. J, Cavalsan JP, Demarque R, Lobo HR et al. O Cuidado Às Vitimas de Ofensa Sexual – Características Epidemiológicas, Repercussões na Saúde Mental e a Notificação Obrigatória. Debates em Psiquiatria, ano 3, numero 6-15, 2013.

Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012: Crianças e Adolescentes do Brasil. 1a Edição – Rio de Janeiro, 2012.

WHOReport on the Consultation on Child Abuse Prevention. Geneva: World Health Organization, 1999.

Wolfe, DA, Crooks, CV, Lee, V, McIntyre-Smith, A, Jaffe, PG. The Effects of Children's Exposure to Domestic Violence: A Meta-Analysis and Critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*. Vol. 6, No. 3, 2003.

CAPÍTULO 27

Transtornos de Personalidade

Fernanda Martins Sassi and Erlei Sassi, Junior

INTRODUÇÃO

Os transtornos de personalidade e o estudo da personalidade sempre intrigaram as pessoas. Entender por que fazemos algo ou por que preferimos alguma coisa suscita muita discussão e uma infinidade de suposições. De modo prático, entender o que é personalidade, o que a constitui, torna-se extremamente importante para compreender os transtornos da personalidade.

Por muito tempo não foram entendidos como transtornos ou mesmo doenças, portanto não era cogitado um possível tratamento. Hoje, a personalidade é entendida de modo menos estático, em decorrência de traços de temperamento interagindo com traços de caráter que os modulam. Portanto, o conceito passa a ser mais dinâmico – pois há possibilidade de transformação – e com características dimensionais. Os traços, por exemplo, podem, com o passar do tempo e com experiências de aprendizagem, se tornarem mais ou menos disruptivos. Com isso, transtornos de personalidade podem ser diagnosticados em um momento da vida de um determinado indivíduo e, depois de um tratamento, não o serem mais. É também dimensional em função das macrocaracterísticas do comportamento que configuram determinado transtorno. Importa muito hoje na prática o quanto "transtornado" o indivíduo em questão se apresenta, não só se ele ser ou não transtornado.

A Palavra Personalidade

A palavra "persona" com seu sentido de "máscara", parece ainda no momento a mais adequada alegoria para entender o termo. No teatro antigo (italiano, grego e chinês) a máscara que cobria o rosto dos atores era muito importante para explicar o "funcionamento" de determinado personagem. A pintura da máscara adequava-se ao papel: uma máscara em branco representava um indivíduo "sem caráter"; uma colorida ou alegre representava uma pessoa boa; e as que predominavam cores escuras ou com desenhos sugestivos, um vilão, uma pessoas muito má. Portanto o modo de perceber, sentir e se relacionar podiam ser reconhecidos pela plateia pelos traços na máscara.

De modo análogo, chamamos de personalidade a maneira que um indivíduo em determinada época, em uma determinada população, pensa, sente, percebe e se relaciona.

O Estudo dos Transtornos de Personalidade

Historicamente, o estudo dos transtornos da personalidade se confunde com o estudo de crimes e violências extremas e inexplicáveis. Uma das primeiras descrições de alterações da personalidade foi feita por Pinel, por volta de 1800, ao avaliar um homem da nobreza que durante um acesso de raiva jogou uma mulher em um poço. O termo "personalidade psicopática" surge menos de cem anos depois, cunhado por Koch. O transtorno de personalidade era visto então como uma condição apenas de prejuízo afetivo com comportamento dissocial, sem comprometimento intelectual e ausência de psicose. Termos para definir tais funcionamentos que foram produzidos naquela época são usados ainda hoje, resultando em confusão e preconceito: "psicopata", "insanidade moral", "sociopatia", "degeneração moral" e "delinquente nato".

No início, esses estudiosos descreveram tipos de personalidades. As classificações modernas, por sua vez, se baseiam em protótipos de características (categorial) ou de traços de funcionamento (dimensional).

Teorias modernas misturam componentes biológicos, psicológicos e sociais para explicar a personalidade. Basicamente esses aspectos são resumidos em dois termos: "temperamento" e "caráter".

O temperamento, algo herdado, pouco mutável pelas influências do meio, porém muito suscetível a transformações pelo uso recorrente e constante de substâncias psicoativas, medicamentos ou lesões cerebrais. Por sua vez, o caráter é resultante do aprendizado e das experiências pessoais que são armazenados nas áreas de memória. Nisso está clara a necessidade da integridade do sistema nervoso central do indivíduo. Portanto, a personalidade inicia sua construção e transformação no início da vida e para de se modificar apenas quando o indivíduo morre. A transformação e a possibilidade de mudança é algo novo percebido no conceito de personalidade. O que era considerado imutável, hoje é percebido como algo dinâmico. Se a personalidade pode mudar com o tempo, os transtornos também. Temos, então, a possibilidade de tratamento para os antes considerados "intratáveis".

O entendimento da personalidade "normal" é algo bastante curioso: em uma determinada população, observa-se o funcionamento de seus integrantes; a partir daí podemos estabelecer um funcionamento "médio", ou seja, mediante um determinado estímulo ou situação, um grupo de indivíduos de uma determinada faixa etária pensaria, agiria ou sentiria algo próximo ou parecido. Estar fora da média não necessariamente configura um estado patológico, apenas anormal, como sair do comportamento esperado. O patológico é caracterizado pela desadaptação persistente e invasiva trazendo sofrimento para o indivíduo e/ou para os que o cercam. Então uma pessoa pode ter uma personalidade "fora da norma" em algum aspecto, sem necessariamente esta ser patológica. O transtorno de personalidade é a representação do estado patológico de sentir, perceber, se relacionar.

Modelos Atuais de Personalidade

Os modelos de personalidade mais usados hoje são os que incluem aspectos biológicos, psíquicos e sociais. Pode-se citar, como exemplos, o modelo tridimensional

de Cloninger e o "Big five" (cinco grandes fatores). Em ambos, a personalidade é composta por traços que podem ser herdados e aprendidos. Esses traços podem ser mensurados por meio de instrumentos de avaliação e depois analisados estatisticamente. Traços fora da média associados a comportamentos desadaptados são característicos dos transtornos de personalidade.

Por definição, transtorno de personalidade é uma condição que se inicia no final da adolescência ou início da vida adulta, condição persistente, presente em várias áreas da vida. Altera a relação do indivíduo consigo, com os outros e com o mundo produzindo desadaptação e sofrimento com prejuízo social evidente. Importante salientar que esse comportamento não pode ser explicado por outra doença mental (uso de drogas, induzido por medicações, quadros de humor etc.). É observado por alguns autores em idades muito precoces. Na prática clínica, o diagnóstico de um transtorno de personalidade pode ser feito na infância e na adolescência quando os traços já se apresentam exacerbados produzindo comportamento disruptivo grave por pelo menos 2 anos (DSM IV), com uma única ressalva, o transtorno de personalidade antissocial, que só pode ser feito após os 18 anos (DSM IV – CID 10').

A criação de classificações mundiais e homogêneas sobre os transtornos psiquiátricos nos últimos 40 anos colaborou muito para facilitar os estudos e trabalhos científicos. O objetivo dessas classificações seria atingir uma uniformidade universal. Em relação aos transtornos de personalidade, esse benefício também ocorreu, embora ainda estejamos longe do modelo ideal. Há dois tipos possíveis: as classificações categoriais e as dimensionais. Em um modelo categorial (CID 10 e DSM IV-TR) há tipos com características bem definidas. Então, para um diagnóstico, tentamos encaixar o paciente em um tipo. A falha desse sistema aparece quando o indivíduo não tem todas as características necessárias ou apresenta características de mais de um transtorno de personalidade.

Em um modelo em que se considerem as características dimensionais e categoriais, como no atual DSM V, a personalidade é avaliada em relação a uma referência para quantificar os normais, os anormais e os patológicos. A dificuldade desse modelo é sua complexidade e a necessidade de produzir referenciais universais; sua vantagem é um entendimento mais amplo da personalidade com a possibilidade de quantificar níveis de disfunção do indivíduo.

A Prática Clínica e os Transtornos de Personalidade

A prevalência dos transtornos de personalidade não está determinada com exatidão em todas as culturas. Estimativas na população geral são cogitadas, como será discutido mais tarde. Entretanto, nos serviços psiquiátricos o diagnóstico dos transtornos de personalidade é cada vez mais frequente. Por tempos os profissionais possivelmente subdiagnosticavam tais transtornos ou mesmo o evitavam: provocava muitos preconceitos e possivelmente era pouco prático para os pacientes, que eram vistos com prognóstico muito ruim e acabavam sem o tratamento. Não é raro nos depararmos com prontuário de pacientes com três, quatro diagnósticos diferentes de eixo I, que sobrepostos constituem um funcionamento que pode ser atribuído a um diagnóstico único, de transtorno da personalidade.

Grande parte dos pacientes considerados “difíceis” em um serviço de saúde podem ter transtorno de personalidade ou comorbidade com transtorno de personalidade. São assim considerados difíceis por requisitarem mais dos profissionais, apresentarem histórico de várias tentativas de suicídio, comportamentos paradoxais que levam praticamente a um boicote ao tratamento. Quando muito graves, passam grande tempo internados. Apresentam dificuldades para aceitarem medicações, ou quando as tomam têm pouca tolerância a efeitos colaterais. Nos atendimentos psicoterápicos, faltam muito, quando atendidos em grupo assumem posturas na maioria das vezes inconvenientes para com os outros pacientes ou terapeutas. Quebram rotineiramente regras e tentam privilégios em relação a outros pacientes, para se reassegurarem que são aceitos e de certa maneira amados. Os profissionais são com frequência desvalorizados pelos atos desses pacientes e, muitas vezes, por seus familiares. Tentam rotineiramente brigar com os integrantes da equipe de saúde mental ou colocam uns contra os outros. O envolvimento com questões legais em decorrência de seus comportamentos impulsivos ou mesmo atuações é visto com certa frequência e leva o profissional a muitas dúvidas em relação a conduta mais adequada a ser adotada.

Os Transtornos de Personalidade nos Centros de Atendimento

Na prática clínica, o transtorno emocionalmente instável, conhecido como *borderline* ou “limítrofe” é o mais prevalente entre os transtornos, em torno de 75% dos diagnosticados. Poucos profissionais estão dispostos e são treinados para atendê-los.

De modo curioso, os pacientes com esse transtorno parecem funcionar pior, mais atuadores e requisitantes em ambientes terapêuticos não exclusivos para o atendimento deles. Em torno de 20% dos pacientes ambulatoriais têm transtorno de personalidade. Quase 70% destes são do subtipo emocionalmente instável. Esses dados podem se expandir mais ainda, pois hoje temos a tendência a agrupar em um único diagnóstico os transtornos de personalidade histriônico e *borderline*, sendo o primeiro uma expressão mais branda do emocionalmente instável, como hoje é visto inclusive no DSM V.

Não obstante a prevalência dos transtornos de personalidade no Brasil e de modo mais específico os transtornos histriônico/*borderline* ou antissocial, poucos centros têm se dedicado sistematicamente à abordagem dos transtornos de personalidade. São pacientes com um custo social muito alto, passam muito tempo internados, se afastam do trabalho por muito tempo.

Grupos que prestem atendimento a pacientes, estudem esses transtornos e promovam treinamento de profissionais da área da saúde são muito importantes.

Embora o transtorno seja identificado pela equipe, em alguns pacientes, dificuldades técnicas ocorrem por causa dos sentimentos que eles despertam nos profissionais envolvidos no seu atendimento. Sentimentos de impotência, envolvimento emocional intenso e inadequação. Não raro esses atos provocam na equipe algo que é muito temido: o abandono. Por isso entre todo o aparato necessário

para abordagem dos pacientes, a questão da transferência e da contratransferência é primordial para um trabalho de qualidade. Contratransferências são sentimentos e sensações conflitantes pessoais do médico ou do terapeuta que no contato com o paciente são despertados, ou seja, vêm à tona.

No caso dos transtornos de personalidade, quase sempre a contratransferência é muito ruim, pois é um paciente desafiador, ambíguo quanto à cooperação, às vezes manipulador e mentiroso; que com frequência ataca seu cuidador ou tenta seduzi-lo. Isso acontece porque a transferência do paciente em relação a quem o está atendendo geralmente muda muito rápido e acontece como uma avalanche, maciça e caótica. Então, um treinamento meticuloso para identificar e neutralizar a transferência e a contratransferência é essencial para o tratamento, sem isso corremos o risco de sermos mais iatrogênicos do que benéficos. Na nossa prática clínica, uma das maneiras de diluir e administrar essas dificuldades está no atendimento multidisciplinar integrado. Abordagens coordenadas de medicação, psicoterapia individual e ou em grupo e terapia familiar têm demonstrado bons resultados tanto para a melhora do paciente, como método de contenção e vigilância de atuações do paciente, de familiares e de membros da equipe.

TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DA PERSONALIDADE

Transtorno de Personalidade Paranoide

Esse transtorno é caracterizado por um sentimento constante de que as pessoas estão mal-intencionadas e prejudicam o paciente de propósito. Ele não fala de seus pensamentos por um medo injustificado disso ser usado contra ele. Tem dúvidas sobre a lealdade de familiares e cônjuges. Interpreta de maneira ameaçadora eventos comuns. Não consegue perdoar desentendimentos e injúrias. Reage de modo agressivo e às vezes exacerbado a supostos ataques a sua reputação.

Sua prevalência é de 2% na população em geral, sendo mais frequente no sexo masculino. Parentes de pacientes esquizofrênicos têm mais chance de apresentar essa doença.

Essas pessoas com frequência processam vizinhos ou prestadores de serviço por se sentirem ameaçadas ou prejudicadas. Envolvem-se com a polícia por várias queixas que depois se revelam infundadas. Podem agredir outros para se "defender", podendo também ser levadas à justiça por isso.

Quase nunca procuram tratamento espontaneamente, geralmente vêm trazidas por familiares, cônjuges ou por orientação da justiça.

Na literatura não há relato de tratamento efetivo dessa condição. O uso de neurolépticos para a agressividade e psicoterapia a fim de melhorar as habilidades sociais pode trazer algum benefício.

Transtorno de Personalidade Esquizoide

Esses pacientes são reclusos, não gostam de estar com outras pessoas, não apresentam interesse sexual, têm prazer em poucas atividades (na maioria das vezes abstratas ou

mecânicas). Afeto distante, com dificuldade de expressar sentimentos ternos ou raivosos, indiferentes a críticas ou elogios; sem interesse em normas de convívio social.

Sua prevalência é de 3% a 4% na população em geral, mais frequente no sexo masculino. Parentes de pacientes com esquizofrenia e transtorno esquizotípico têm mais chance de desenvolver esse transtorno.

Esses pacientes só procuram tratamento em manifestações graves e muito limitantes; em casos leves, o pacientes tem prejuízo social, mas consegue trabalhar e se manter. Também não há descrição na literatura de tratamentos efetivos. Em nosso ambulatório temos desenvolvido estratégias de treinamento de habilidades sociais. O uso de medicações se limita a sintomas mais evidentes, como ansiedade e agressividade.

O diagnóstico diferencial mais frequente para os dois transtornos descritos é esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar com sintomas paranoides ou depressão com sintomas paranoides. Nesses casos alucinações e delírios estarão presentes. Breves surtos psicóticos podem ocorrer em pacientes com esses transtornos; no entanto, antes e depois do surto as características descritas permanecem. Por isso sempre é importante colher dados com familiares e outras pessoas da convivência do paciente.

Transtorno de Personalidade Antissocial

Esse diagnóstico só deve ser feito após os 18 anos, respeitando o pensamento que traços do caráter já estarão formados nessa idade. Há grande chance de envolvimento com a justiça e sua característica disruptiva é preocupante mesmo em manifestações leves.

O indivíduo com essa condição apresenta um padrão recorrente de desrespeito por regras e pela hierarquia. Mente e manipula para obter vantagens pessoais. Impulsivo, irritável e agressivo de modo desproporcional ao estímulo. Não se preocupa com sua segurança e de outros. Tem dificuldade de aceitar obrigações. Mostra-se com baixa persistência, dificultando o trabalho, estudo e relações pessoais. Repete experiências que não deram certo, tendo dificuldade de aprender com as suas experiências ou com as dos outros.

Sua prevalência é de 0,2% a 3% da população em geral e maior do que 70% entre usuários de drogas e presidiários, sendo mais frequente entre homens.

Esse transtorno tem altos índices de comorbidade com dependência e abuso de substâncias.

Por conta das características descritas, esses pacientes têm grandes dificuldades em estudar, manter relacionamentos afetivos e trabalhar. O uso de drogas e álcool piora sua impulsividade, deixando-os propensos a se envolver em brigas e cometer outros delitos.

Em geral, não percebem o quanto são disruptivos, adotam uma postura vitimizada em relação ao mundo como se as pessoas e as circunstâncias o tivessem empurrado para uma situação, pouco se responsabilizando por seus atos. Seus sentimentos e percepções são voltados para si (prazer e sofrimento), sem preocupação com os outros.

O tratamento se concentra em diminuir sintomas como agressividade e

impulsividade e, se ocorrer o uso de drogas, promover a abstinência.

A impulsividade pode ser controlada com a utilização de inibidores seletivos da recaptação da serotonina, em altas doses ou com neurolépticos, e a agressividade, com neurolépticos. Esse paciente vem trazido por familiares e pela justiça, e costuma aceitar o tratamento apenas para evitar problemas para si mesmos.

Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável

Tipo Impulsivo

Apresenta falta de controle dos impulsos, instabilidade emocional e reações exacerbadas a frustrações. Tem visão parcial dos acontecimentos, mas se arrepende, na maioria das vezes depois de consumado o ato.

Tipo Borderline

É o transtorno de personalidade mais frequente nos ambulatórios psiquiátricos. O paciente apresenta instabilidade do humor, com baixa tolerância a frustração. Suas reações são exacerbadas, tenta evitar a todo custo o abandono e apresenta um sentimento crônico de vazio. As relações são intensas e instáveis, apresenta pensamentos de tudo ou nada. A impulsividade está presente em várias áreas da vida (alimentação, sexo, roupas, direção). Episódios de automutilação são comuns, assim como ideação suicida. Tem uma postura vitimizada e um olhar parcial sobre as pessoas e as situações, o *self* é partido e pulverizado.

A prevalência desse transtorno é de 1,6% a 6% na população mundial. Está presente em 20% dos pacientes psiquiátricos internados e em 10% dos ambulatoriais. Setenta e cinco por cento dos pacientes são mulheres; 3% a 10% tentarão suicídio em algum momento da doença (entre 10 e 30 anos).

As pacientes costumam se envolver em situações de risco como agressões e destruição de patrimônio privado ou público. Dificilmente conseguem manter empregos convencionais, tendo altos índices de afastamento. Adaptam-se melhor a trabalhos manuais e como autônomas.

O tratamento primário do transtorno é psicoterapia, sendo uma das mais estudadas a de orientação psicodinâmica focada na transferência.

O uso de fármacos se faz necessário para controlar as oscilações de humor (estabilizadores de humor), a impulsividade e quadros depressivos (antidepressivos, sobretudo os inibidores seletivos de recaptação de serotonina) e a agressividade (neurolépticos).

As comorbidades mais frequentes são: transtorno depressivo, transtornos ansiosos, transtornos alimentares e uso e dependência de drogas.

O diagnóstico diferencial principal é o transtorno afetivo bipolar (TAB). Para diferenciá-los, deve-se prestar atenção nos ciclos bem marcados e na oscilação do humor independente de fatores externos presentes no TAB. Nos pacientes *borderline*, as oscilações do humor são motivadas sobretudo por fatores externos, e a ciclagem é muito rápida sem seguir um padrão específico.

Transtorno de Personalidade Histriônica

Esse transtorno se caracteriza por teatralidade, exagero em demonstrar as emoções e sugestionabilidade. O afeto é superficial e lábil, há uma busca constante por novas emoções, e intolerância à rotina. A sedução aparece de modo inapropriado e como método de relacionamento com todo tipo de pessoa. Há preocupação exacerbada com a aparência e com a opinião das pessoas. Acredita que as relações são mais íntimas do que realmente são.

A prevalência dessa condição é de 1% a 2% na população em geral. Nota-se mais diagnósticos em mulheres, mas estudos controlados revelam incidência igual em ambos os sexos.

O tratamento visa melhorar a expressão das emoções tornando-as mais adequadas geralmente com o uso de psicoterapia. Na presença de sintomas isolados como ansiedade ou quadros depressivos, trata-se essa condição em específico.

As comorbidades mais frequentes são abuso e dependência de substâncias, transtornos ansiosos e de humor.

Diagnóstico diferencial deve ser feito com transtorno emocionalmente instável tipo *borderline*.

Transtorno de Personalidade Dependente

Nesses casos o paciente apresenta extrema ânsia de ser cuidado, não consegue fazer escolhas simples do dia a dia. Delega a responsabilidade de assuntos íntimos e pessoais para outros. Não expressa raiva ou insatisfação por medo do abandono. Sente-se incapaz e desamparado se está sozinho, ficando até paralisado. Tão logo termina uma relação inicia outra pela certeza de não conseguir se cuidar. Abre mão de desejos e necessidades em prol de seu cuidador, submetendo-se a humilhações e prejuízos pessoais.

A prevalência desse transtorno é de 0,4% na população mundial, sendo mais frequente no sexo feminino.

O tratamento consiste em psicoterapia para fortalecimento de funções egoicas. O uso de medicações pode ser necessário para tratar comorbidades.

As principais comorbidades são: transtornos ansiosos e de humor.

Não obstante a submissão, o paciente tem entendimento de sua vida e autonomia para tomar decisões, pois entende as suas consequências.

Esses pacientes são frágeis manipuláveis e candidatos a relações de abuso físico ou mental.

Transtorno de Personalidade Evitativo

Nesse transtorno o paciente apresenta inibição social por constante sentimento de inadequação e inferioridade. Há hipersensibilidade a avaliações negativas ou rejeição. Em relações afetivas só aceita envolvimento com a certeza de que será apreciado, e restringe muito a vida para assegurar integridade física.

A prevalência na população em geral é de 2%, com igual frequência entre homens e

mulheres.

O tratamento consiste em psicoterapia para melhorar a autoestima e as habilidades sociais. O uso de medicações fica indicado para tratar comorbidades, em especial transtornos ansiosos.

Transtorno de Personalidade Anancástico

O indivíduo com essa manifestação apresenta comportamentos excessivamente perfeccionistas, controladores e inflexíveis. Preocupa-se com listas e detalhes a ponto de não concluir o objetivo principal. Guarda objetos inúteis por valor afetivo e não consegue delegar tarefas e responsabilidades. Poupa dinheiro para possíveis catástrofes que sempre estão a sua espreita. Muito escrupuloso, insiste que as pessoas devem fazer tudo como ele acredita ser certo; o que não corresponde às suas ideias está errado.

A prevalência desse transtorno é de 2% a 8% na população em geral, e é duas vezes mais frequente no sexo masculino.

Em manifestações leves, passa desapercebido e até como qualidade ou excentricidade. Em manifestações mais graves, pode dificultar a convivência pessoal e no trabalho, diminuindo a capacidade produtiva.

O tratamento consiste em medicações antidepressivas que reduzam a ansiedade e a psicoterapia para melhorar a necessidade de controle.

O diagnóstico diferencial mais importante é com o transtorno obsessivo-compulsivo em que o diferencial são os pensamentos obsessivo-intrusivos com a necessidade de rituais para atenuá-los.

IMPLICAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS DOS TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE

Alterações de Crítica e suas Implicações

A crítica nos transtornos de personalidade pode ficar parcialmente prejudicada porque os pacientes apresentam na maioria das vezes uma visão parcial dos acontecimentos com tendência a atribuir consequências e responsabilidades aos outros. Isso acaba provocando situações que necessitam de avaliação caso a caso. Em geral as atividades de vida diária ficam preservadas, com necessidade de atenção especial do médico e familiares para decisões maiores (vendas de imóveis, casamentos etc.).

A guarda dos filhos pode ser requisitada por cônjuges ou familiares, alegando incapacidade do genitor portador de transtorno de personalidade. Isso ocorre quase sempre em divórcios ou em rompimentos familiares. Como são vários transtornos devemos avaliar caso a caso. Aspectos a serem considerados são a capacidade de autocuidado, a gravidade da manifestação da doença, adaptação social, capacidade laboral, histórico de agressividade e a existência de suporte familiar e/ou de amigos. Quando o tratamento está indicado, devemos avaliar também a capacidade de adesão do paciente, visto que um acompanhamento próximo facilita um controle mais

constante das condições do paciente e consequentemente de seu bem-estar e do bem-estar de filhos aos seus cuidados. Deve-se considerar que a existência do transtorno de personalidade em si não justifica a retirada automática da guarda dos filhos.

Alterações de Autocontrole

A relação entre impulsividade e transtornos de personalidade é muito importante, sobretudo nos transtornos *borderline*, histriônico e antissocial. De modo simples, a impulsividade está presente quando os mecanismos de freio aos atos estão em menor atuação que os de propulsão. Algumas situações propiciam o aumento da discrepância propulsão/freio, entre elas podemos citar o uso de drogas, álcool, descompensação de doenças primárias (p. ex., transtornos ansiosos, de humor) e condições clínicas (p. ex., hipertireoidismo).

A Agressividade Possível nos Transtornos de Personalidade

A agressividade é um componente natural do ser humano, quando bem utilizada preserva a vida e produz energia para buscar novos desafios. Quando mal utilizada pode produzir atritos e lesões físicas ou contra o próprio indivíduo (autoagressividade) ou contra outros (heteroagressividade). Nos transtornos de personalidade, os mecanismos controladores da impulsividade podem estar comprometidos, facilitando comportamentos violentos ou expressão inapropriada da raiva.

Necessidade de Afastamento do Trabalho e Entendimento dos Peritos

Embora alguns transtornos de personalidade funcionem como "doenças" com características incapacitantes, os pacientes portadores de tal condição encontram grande dificuldade para serem afastados dos seus empregos mesmo que temporariamente. Um diagnóstico, por exemplo de transtorno *borderline*, visto apenas de modo categorial, desperta no examinador a ideia de uma condição preexistente. É necessário lembrar da condição flutuante desse transtorno. Períodos de piora importante e períodos nos quais o paciente apresenta condições favoráveis ao trabalho na clínica são comumente observados. Às vezes um desentendimento com o cônjuge pode fazer um funcionário muito dedicado de uma loja não ver sentido algum em trabalhar, não consegue sair da cama, não se alimenta, apresenta muitas vezes desejo de morrer. Esse quadro pode remitir em poucos dias. O médico assistente do caso se vê em um dilema importante no momento de preencher os papéis visando o afastamento do trabalho ou mesmo a justificativa para o não comparecimento. No caso de uma cefaleia em salva ou uma neuralgia aguda de um nervo facial seria muito mais fácil. O perito passa pelo mesmo problema. É justificável o afastamento de um paciente com transtorno de personalidade? Dependendo do caso, tanto quanto o

paciente portador de uma cefaleia em salva. Procuramos dizer que o paciente com transtorno *borderline* "ESTÁ" e não o paciente *borderline* "É".

Como exemplo, algumas situações da vida cotidiana que podem descompensar pacientes com transtornos de personalidade:

- Rompimentos afetivos.
- Perda de emprego ou, às vezes, mudança de emprego.
- Mudança de residência, sobretudo de cidade.
- Nascimento ou falecimento de parentes ou amigos próximos.
- Início ou fim de um curso.
- Mudanças bruscas no curso da vida de qualquer tipo.

Esses fatos podem influir de modo direto no humor e deteriorar a capacidade laboral do paciente por determinado tempo. Em algumas situações, quadros paranoides, persecutórios ou mesmo quadros reativos afetivos podem deixar um paciente, até então em atividade, sem condições de realizar seu trabalho. Esses quadros podem durar dias ou semanas, e remitem na maioria dos casos de modo completo. Em geral, esses relatórios que indicam transtorno de personalidade como a causa do afastamento têm grande chance de serem rejeitados e os benefícios, negados, talvez pelas ideias de manipulação e preexistência já descritas anteriormente.

INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA E INVOLUNTÁRIA

A Necessidade de Internação

A internação de um paciente com transtorno de personalidade segue basicamente as mesmas indicações das internações de outras patologias, devendo o clínico estar atento e, caso necessário, recorrer à internação.

- Risco para o próprio indivíduo – ideias e tentativas de suicídio com alto risco de letalidade ou intencionalidade. Automutilação grave e frequente. Embora difundidas entre as pessoas a teatralidade e a manipulação que os pacientes com transtorno de personalidade apresentam, o suicídio é a causa de morte em uma porcentagem grande de pacientes com transtorno de personalidade antissocial, *borderline* e histriônica.
- Risco para outras pessoas.
- Falha na abordagem ambulatorial – seja ela no ajuste de medicações, ou em qualquer parte do planejamento clínico.
- Comorbidades – outras doenças como dependência química, quadros depressivos, maniformes, quadros psicóticos agudos induzidos ou não por substâncias psicoativas, transtornos alimentares com baixo peso.

O atendimento psicoterápico e abordagens familiares devem ser mantidos mesmo durante o período de internação, de preferência na mesma frequência que no regime ambulatorial.

Uma internação pode ser integral ou parcial (regime hospital-dia), dependendo da disponibilidade do serviço e da gravidade do quadro. Infelizmente quase sempre a internação é integral pela dificuldade de acesso dos pacientes ou devido à resistência dos profissionais de saúde. Internações involuntárias podem ser feitas quando a

capacidade crítica é parcial, sobretudo em momentos de descompensação, quando pode estar muito prejudicada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (1995). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4 a Ed.

Boyette, LL, Korver-Nieberg, N, Verweij, K, Meijer, C, Dingemans, P, Cahn W et al;, GROUP. Associations between the Five-Factor Model personality traits and psychotic experiences in patients with psychotic disorders, their siblings and controls. *Psychiatry Res*. 2013 Dec 15; 210(2):491–497.

Kerridge, BT, Saha, TD, Hasin, DS. DSM-IV Antisocial Personality Disorder and Conduct Disorder: Evidence for Taxonic Structures Among Individuals With and Without Substance Use Disorders in the General Population. *J Stud Alcohol Drugs*. 2014 May; 75(3):496–509.

Laricchiuta, D, Petrosini, L, Piras, F, Macci, E, Cutuli, D, Chiapponi, C, et al. Linking novelty seeking and harm avoidance personality traits to cerebellar volumes. *Hum Brain Mapp*. 2014 Jan; 35(1):285–296.

Livesley, JW, Jackson, DN. Construct validity and classification of personality disorders. Em Personality Disorders: New Perspectives on Diagnostic Validity, ed. Oldham, J.M. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc, 1991; 3–22.

Milivojevic, D, Milovanovic, SD, Jovanovic, M, Svrakic, DM, Svrakic, NM, Svrakic, SM, et al. Temperament and character modify risk of drug addiction and influence choice of drugs. *Am J Addict*. 2012 Sep-Oct; 21(5):462–467.

Müller, KW, Beutel, ME, Egloff, B, Wölfling, K. Investigating Risk Factors for Internet Gaming Disorder: A Comparison of Patients with Addictive Gaming, Pathological Gamblers and Healthy Controls regarding the Big Five Personality Traits. *Eur Addict Res*. 2014; 20(3):129–136.

Saunders, EF, et al. Personality trait dimensions and the pharmacological treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychopharmacol*. , 2009.

Schwerthöffer, D, et al. Pharmacological treatment for patients with borderline personality disorder: practice and study results. *Fortschr Neurol Psychiatr*. , 2013.

Tuominen, L, Salo, J, Hirvonen, J, Någren, K, Laine, P, Melartin, T, et al. Temperament, character and serotonin activity in the human brain: a positron emission tomography study based on a general population cohort. *Psychol Med*. 2013 Apr; 43(4):881–894.

Westen, D, Defife, JA, Malone, JC, Dilallo, J. An empirically derived classification of adolescent personality disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry May*. 2014; 53(5):528–549.

World Health OrganizationCID-10 Classificação Internacional de Doenças. Geneva: World Health Organization, 2012.

CAPÍTULO 28

Transtornos Sexuais

Mariana Saadeh and Alexandre Saadeh

INTRODUÇÃO

Poucos temas relacionados ao comportamento humano são mais fascinantes, excitantes, ou talvez mais contenciosos e controversos que a sexualidade. Ela se revela tópico profundo e abrangente.

O desenvolvimento global do indivíduo está ligado à sexualidade, o que a torna fator fundamental de nossa existência. Sua evolução ao longo da vida engloba mudanças físicas e psicológicas. Os aspectos físicos envolvem fatores genéticos, neurológicos e hormonais no estabelecimento do sexo anatômico do indivíduo. Após o estabelecimento dessa base biológica, tem início o desenvolvimento sexual psicológico, que envolve aspectos afetivos, morais e socioculturais vivenciados junto à família e à sociedade, influenciando elementos da identidade, orientação e desempenho sexual do indivíduo.

A sexualidade humana considerada saudável é aquela que conduz a um relacionamento consensual entre dois ou mais seres humanos adultos e vivos, com satisfação de prazeres físicos e/ou satisfação psicofisiológica, sem produzir constrangimento ou envolver atos de infligir dor e/ou humilhação, contemplando as fases do ciclo de resposta sexual.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), os transtornos da sexualidade são divididos em três grandes grupos e apresentados separadamente: disfunções sexuais, transtornos parafílicos e disforia de gênero. As disfunções sexuais são definidas como perturbações nos processos que caracterizam o ciclo de resposta sexual ou por dor associada ao coito. Os transtornos parafílicos, antes chamados de perversões, ou genericamente parafilias, são caracterizados por pensamentos, fantasias, urgências ou comportamentos sexuais recorrentes envolvendo objetos ou atividades que não são parte do padrão normal das atividades sexuais, causando sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo e sem ser consensual ou de mútuo acordo entre os participantes. A disforia de gênero é caracterizada pela identificação distinta e contínua com indivíduos do sexo anatômico oposto e desconforto persistente com seu próprio sexo.

É importante ressaltar que tais categorias não são totalmente abrangentes na captação da complexidade dos comportamentos anômalos nem excludentes entre si. No entanto, na ausência de melhores classificações é inevitável a manutenção do uso delas.

A associação entre Transtornos da Sexualidade e Psiquiatria Forense, apesar de tentadora, deve ser levada adiante com cuidado. Elas podem vir juntas, sobretudo em relação aos transtornos parafílicos, mas mesmo assim a associação nem sempre é direta ou clara. Por se tratar de tema social e culturalmente tabu, leis e atos ilegais envolvendo ato ou comportamento sexual merecem atenção antes de serem tomados como verdades absolutas. Mudanças ocorrem, culturas se modificam e leis e crimes podem mudar de critério quando se fala em sexo. Não há evidências que justifiquem incapacidade laborativa, deficiências ou impedimentos sociais ou civis. Porém, muitos crimes podem estar relacionados à consequência de disfunções sexuais, disforia de gênero ou prejuízo da autodeterminação relacionada aos transtornos parafílicos.

DISFUNÇÕES SEXUAIS

Disfunção sexual é definida como a incapacidade de o indivíduo participar do ato sexual com satisfação e de maneira plena. Tal alteração pode ser persistente ou recorrente, e deve ser vivenciada de modo indesejável, desconfortável e incontrolável. Tais disfunções são caracterizadas por bloqueios, inibições ou exacerbações das alterações psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual. São os transtornos sexuais mais comuns.

O ciclo de resposta sexual, adotado hoje, é caracterizado por quatro fases sucessivas: desejo (fantasias sexuais e interesse em praticar a atividade sexual), excitação (prazer e mudanças fisiológicas associadas), orgasmo (clímax do prazer) e resolução (bem-estar, relaxamento e retorno às condições fisiológicas anteriores ao início da atividade sexual).

As disfunções sexuais caracterizam-se por falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento desse ciclo, o que afeta uma ou mais fases. Quanto mais precocemente incidir o comprometimento desse ciclo, mais prejuízo acarretará à resposta sexual e mais complexos serão o quadro clínico e respectivos prognóstico e tratamento.

A Associação Psiquiátrica Americana classifica no DSM cinco as disfunções sexuais em: Ejaculação Atrasada, Transtorno da Ereção, Transtorno Orgástico Feminino, Transtorno Feminino do Interesse/Excitação Sexual, Transtorno da Penetração Pélvico-Genital Dolorosa, Transtorno Masculino do Desejo Sexual Hipoativo, Ejaculação Precoce, Disfunção Sexual Induzida por Substância/Medicação, Outras Disfunções Sexuais Especificadas e Disfunção Sexual Sem Outra Especificação. Porém, para fins legais, a classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde para as disfunções sexuais de base psiquiátrica (Quadro 28-1) é adotada no Brasil.

QUADRO 28-1 Classificação das Disfunções Sexuais da OMS Contida no Capítulo "Síndromes Comportamentais Associadas a Perturbações Fisiológicas e Fatores Físicos" (F50-F59), da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)

- F52. Disfunção sexual não causada por transtorno ou doença orgânica.
- F52.0. Falta ou perda do desejo sexual (frigidez, transtorno hipoativo do desejo sexual).
- F52.1. Aversão sexual e falta de prazer sexual (anedonia sexual).
- F52.2. Falta de resposta genital (disfunção de ereção, no homem).
- F52.3. Disfunção orgásmica (anorgasmia psicogênica – inibição do orgasmo (na mulher e no homem).
- F52.4. Ejaculação precoce.
- F52.5. Vaginismo não orgânico (vaginismo psicogênico).
- F52.6. Dispareunia não orgânica (dispareunia psicogênica).
- F52.7. Impulso sexual excessivo (ninfomania, satiríase).
- F52.8. Outras disfunções sexuais não decorrentes de transtorno ou de doença orgânica (dismenorreia psicogênica).
- F52.9. Disfunção sexual não decorrente de transtorno ou de doença orgânica, não especificada.

As disfunções sexuais são ainda classificadas em primária, quando a resposta sexual não alcança eêxito ao longo da vida; e secundária, quando é adquirida e situacional, quando a mulher apresenta disfunção somente na presença do parceiro ou em circunstaências específicas.

Epidemiologia

As disfunções sexuais são os transtornos sexuais mais comuns. Estima-se que entre 40% e 45% das mulheres e de 20% a 30% dos homens teêm alguma queixa de disfunção sexual.

Entre mulheres com queixas, a prevaleência de DSH (desejo sexual hipoativo) varia de 32% a 58% e a disfunção de excitação e anorgasmia giram em torno de 30%. Em estudo feito no Brasil, avaliando 1.219 mulheres em São Paulo, identificaram 49% delas com pelo menos uma disfunção sexual. Os autores observaram, ainda, que 26,7% apresentaram disfunção do desejo, 23% dispareunia e 21% referiram disfunção do orgasmo.

Já nos homens, estudos que procuram determinar a prevaleência de tais disfunções apontam que as disfunções sexuais de maior importância clínica no sexo masculino são o transtorno erétil masculino e a ejaculação precoce. Cerca de 36% a 53% dos homens recorrem a clínicas especializadas por conta do transtorno erétil masculino. Já a ejaculação precoce pode ocorrer em 36% a 38% dos homens. Além disso, estudos constataram que esse transtorno aparece em 20% dos homens que procuram atendimento clínico especializado. Com relação ao DSH, cerca de 16% dos homens apresentam baixo desejo sexual.

Quadro Clínico e Diagnóstico

A avaliação das disfunções sexuais é eminentemente clínica. Portanto, uma anamnese completa, com detalhamento das queixas do paciente e de seu parceiro, duração dos sintomas e caracterização de sofrimento ou dificuldade interpessoal é essencial.

Na elaboração de uma boa anamnese é importante lembrar que há características específicas que diferenciam a resposta sexual feminina da masculina. A expressão da sexualidade masculina é mais centrada na conquista e posse e o ato sexual visa o orgasmo, enquanto a expressão da sexualidade feminina se caracteriza pela sedução e entrega, sendo o desejo sexual o ponto principal da resposta sexual.

Tratamento

A exclusão de etiologia orgânica será o primeiro passo para a indicação de tratamento psiquiátrico e psicoterapêutico. Embora a associação de tratamento medicamentoso e psicoterapia seja mandatória para as disfunções sexuais de causa não orgânica, os pacientes com disfunção sexual de etiologia orgânica também poderão se beneficiar desse acompanhamento em função do impacto emocional do problema.

Nas disfunções da fase apetitiva, além da exclusão de doenças orgânicas, deve-se investigar a presença de outros transtornos psiquiátricos que justifiquem os sintomas, como quadros depressivos ou ansiosos, para melhor avaliação e instituição da terapêutica apropriada. No caso de decisão por instituição de tratamento medicamentoso, vale lembrar que a disfunção sexual é um efeito comum dos antidepressivos, em especial daqueles com predominância de ação serotoninérgica (p. ex., fluoxetina, citalopram, sertralina, venlafaxina), pois são responsáveis por diversos efeitos sexuais, como ejaculação retardada, ejaculação retrógrada, perda de libido e anorgasmia. Menores taxas são relatadas com uso de bupropiona e reboxetina. Alguns estudos sugerem a troca por bupropiona ou nefazodona; no entanto, a substituição não mostra eficácia clara em estudos controlados. Deve-se ponderar, sempre individualmente, o ganho com o uso da medicação e seus possíveis efeitos colaterais antagônicos.

Na disfunção erétil não orgânica ou quando induzida por uso de antidepressivos, pode ser uma estratégia eficaz o uso de medicamentos pró-eréteis, como sildenafila (Viagra®), tadalafina (Cialis®) e valdenafila (Levitra®). Esse tipo de medicamento só é útil quando há desejo, ou seja, quando a disfunção erétil decorre de alteração da fase de excitação ou orgasmo. É importante o cuidado com o uso concomitante de medicamentos cardiológicos à base de nitratos.

Nos casos de ejaculação rápida, deve-se a princípio investigar se ela é secundária a disfunção erétil ou outra disfunção sexual; nesses casos, deve-se manejar a causa primária. Caso a ejaculação rápida seja de fato a causa primária, deve-se estabelecer se foi adquirida ao longo da vida sexual ou se o paciente apresenta tal quadro desde a primeira relação sexual. No primeiro caso, pode-se tentar terapia comportamental antes da introdução do tratamento medicamentoso. No caso de ejaculação rápida presente ao longo de toda a vida sexual, o tratamento medicamentoso será provavelmente necessário. Ressaltamos que o uso de antidepressivos não é a cura do problema, mas apenas um tratamento paliativo coadjuvante ao processo de psicoterapia. Os antidepressivos com eficácia comprovada são clomipramina (25 a 50

mg/dia ou 25 mg/4 a 24 h pré-coito), fluoxetina (5 a 20 mg/dia ou 20 mg pré-coito) e sertralina (50 a 100 mg/dia ou 50 mg/4 a 8 h pré-coito). Terapias locais, como lidocaína 2,5% gel 20 a 30 min pré-coito, também são sugeridas na literatura, com eficácia limitada quando em uso de preservativo.

As mulheres podem se beneficiar de técnicas específicas de terapia comportamental: para disfunção orgásmica, exercícios sexuais progressivos com um parceiro, visando ao relaxamento e à integração das sensações sexuais até culminar no orgasmo; para dispareunia, exercícios de relaxamento e sexuais com parceiro ou utilizando vibrador; para vaginismo, proporcionar relaxamento suficiente para explorar sua genitália e permitir que seu companheiro faça o mesmo. O uso de dilatadores vaginais também pode ser indicado.

Psicoterapia

Concomitantemente a tratamento medicamentoso e/ou terapia comportamental, indica-se psicoterapia de orientação psciodinâmica. Em alguns casos, quando a disfunção sexual é claramente a "ponta do *icœberg*" de questões mais profundas (como conflitos no relacionamento conjugal, na sexualidade ou transtornos de personalidade), há indicação de processo individualizado e de longa duração. A indicação da terapia mais adequada, tanto quanto à duração quanto ao formato grupal ou individual, é personalizada e compete ao profissional capacitado, psiquiatra ou psicólogo com experiência nessa área. É notório que uma composição das diferentes possibilidades (terapia de apoio, de esclarecimento, de casal, psicoterapia individual), utilizadas de acordo com a origem da dificuldade, pode ser muito proveitosa para o paciente.

TRANSTORNO DE IDENTIDADE SEXUAL OU DE GÊNERO/DISFORIA DE GÊNERO

Nesta categoria estão incluídos os casos nos quais um indivíduo nasce com um sexo anatômico determinado, sem nenhuma malformação, mas em seu desenvolvimento, desde a infância, passa a se sentir como pertencente ao gênero diferente do seu. Dizemos que o indivíduo tem uma *identidade de gênero* masculina quando se reconhece como homem, e feminina quando se reconhece como mulher, independentemente do sexo anatômico. O *papel de gênero* diz respeito à expressão social da identidade de gênero do indivíduo, por meio de roupas, acessórios, corte de cabelo etc. É importante ressaltar que nem todo comportamento transvéstico indica transtorno de identidade de gênero. Muitos *cross-dressers*, *drag-queens* e transformistas são heterossexuais que, em situações específicas, se transvestem e adotam o gênero diferente do seu.

Epidemiologia

Desde a pesquisa original de Pauly, na qual a prevalência estimada seria de 1:100.000 em homens e 1:400.000 em mulheres, adultos, ela teria aumentado nos últimos anos:

- Bélgica: 1:12.900 homens e 1:33.800 mulheres.
- Espanha: 1:21.031 homens e 1: 48.096 mulheres.
- Nova Zelândia: 1:3.639 homens e 1:22.714 mulheres.

Na grande maioria dos estudos, transexualismo é mais comum em homens do que em mulheres na proporção de 3:1, com exceção da Polônia e Japão onde seriam na proporção de cinco mulheres para cada homem.

Classificação e Quadro Clínico

Transexualismo

O transtorno mais conhecido é o transexualismo, antes denominado disforia de gênero (termo recuperado em 2013 pela APA em seu DSM-5) e popularmente de transgênero. Os transexuais masculinos (masculino para feminino) ocorrem na proporção de 1:30.000 indivíduos, e os transexuais femininos (feminino para masculino), na proporção de 1:100.000 indivíduos. A etiologia não é clara, mas há hipóteses psicológicas levando em conta as relações com os pais e as mais modernas, biológicas, relacionando a influência de andrógenos no desenvolvimento cerebral de fetos, com posterior repercussão na identidade sexual ou de gênero.

O início do transexualismo se dá na infância. Em adultos, quase sempre, há intenso desejo e busca por viver socialmente como membro do sexo oposto e em adotar atitudes típicas e atributos físicos do gênero desejado (p. ex., por meio de hormônios e cirurgias). A inadequação com o gênero anatômico provoca intenso sofrimento e busca, muitas vezes desesperada, de resolução. Esses indivíduos costumam ser vítimas de discriminação e preconceito, o que, associado à angústia específica pela situação, pode levar a comportamentos inadequados e até mesmo limites, como tentativas de suicídio.

Vale a pena ressaltar que é possível observar comportamentos do sexo oposto em muitas crianças, como fase de seu desenvolvimento, como uso de roupas, brincadeiras, adoção de nome, gestos e fantasias. A grande maioria desses comportamentos é transitória e sem maiores repercussões em termos de identidade de gênero ou no estabelecimento de anormalidades, cabendo, em alguns casos, quando o comportamento perdura, avaliação por especialista. O diagnóstico é clínico: não há exames laboratoriais que auxiliem. O diagnóstico diferencial deve ser feito com intersexos, transformistas em estresse, travestis, homossexuais homofóbicos e sintomas de transtorno de identidade de gênero que podem acontecer nos quadros psicóticos de esquizofrenia, depressão, mania e outros.

Tratamento

O tratamento do transexualismo no Brasil está regulamentado desde 1997 pelo Conselho Federal de Medicina, tendo sido atualizado em 2010 para todos os casos de transexualismo masculino ou feminino, acima de 21 anos de idade e sem ocorrência de outros transtornos mentais, como transtorno afetivo bipolar ou esquizofrenia. Consiste em acompanhamento psicoterápico e diagnóstico por, no mínimo, 2 anos,

introdução de hormônios, acompanhamento e orientação familiar, tratamentos cirúrgicos específicos (orquiectomia, construção de neovagina utilizando pele peniana, plástica de períneo, colocação de próteses mamárias, correção de cartilagem tireoide, mastectomia, histerectomia, ooforectomia, vaginectomia etc.) e outras intervenções que se fizerem necessárias. Os laudos médicos e psicológicos são de fundamental importância para a mudança de nome e sexo civil. O tratamento cirúrgico dos transexuais femininos visando à neofaloplastia ainda é considerado experimental no Brasil. Além disso, desde 2008 o Ministério da Saúde, por meio do Sistema Único de Saúde, reembolsa esse tipo de intervenção em centros referenciados.

TRANSTORNOS DE PREFERÊNCIA SEXUAL (PARAFILIAS, TRANSTORNOS PARAFÍLICOS)

Comportamentos sexuais aberrantes foram estudados pela primeira vez por Von Krafft-Ebing, em 1886, quando catalogou uma série de comportamentos sexuais considerados aberrantes para a época. Krafft-Ebing compartilhava da crença médica e eclesiástica de que o propósito do desejo sexual era a procriação, e que qualquer forma de desejo sexual que não tivesse esse objetivo era considerado uma perversão. Assim, diversas atividades sexuais, como, por exemplo, o sexo oral e a homossexualidade eram consideradas perversões. Por outro lado, o estupro, mesmo visto como um ato aberrante, não era considerado uma perversão, já que poderia resultar em gravidez. Muitos desses comportamentos foram revistos e alguns considerados uma variação da normalidade e não uma anormalidade. A verdade é que sempre foi muito difícil, se não impossível, formular uma definição de comportamento sexual normal e anormal aceita universalmente.

O termo parafilia foi usado pela primeira vez pelo psicoterapeuta vienense Wihelm Stekel (1868-1940) em 1924 e foi traduzido como interesse em perversão ou amor da perversão. Etimologicamente a palavra vem do grego (*para* = desvio, anormalidade + *philos* = atraído por). Assim parafilia se refere literalmente ao amor por algo fora do normal, no entanto, como já mencionado anteriormente, nunca foi possível uma definição satisfatória de comportamento sexual normal.

Epidemiologia

A prevalência e a incidência das parafilias na sociedade são provavelmente maiores do que o imaginado.

Esses transtornos iniciam-se na adolescência e são predominantes em homens (cerca de 20 homens para cada mulher), mas é difícil determinar a prevalência e incidência já que há baixa procura por tratamento. A maioria o faz por questões policiais ou jurídicas, e uma pequena parcela procura ajuda por iniciativa própria em virtude de sofrimento emocional intenso. De qualquer modo, o amplo mercado sexual voltado para parafílicos sugerem alta prevalência desse transtorno. Em 1986 foi feito um levantamento de 3.050 revistas e livros pornográficos em diversas cidades norte-americanas. Destes, 746 títulos poderiam ser enquadrados em alguma categoria de

parafilia do DSM III-R na época. As parafilias têm grande comorbidade com outras patologias do eixo I, como transtornos do humor, abuso de substâncias, em especial o álcool, e trantornos de anxiedade, em especial a fobia social.

Quadro Clínico e Classificação

De acordo com o DSM 5, parafilias são caracterizadas por intenso e persistente interesse sexual com estimulação genital ou para o ato sexual com parceiros humanos não fenotipicamente normais, fisicamente imaturos, ou que não seja consentido, bem como qualquer interesse sexual maior ou igual ao interesse sexual normofílico. Podendo se expressar por atividades (espancamento etc) ou alvos eróticos (crianças, amputados, animais, objetos).

Já os transtornos parafílicos são parafilias que causam sofrimento intenso, perdas ou penalidades para o indivíduo ou a sociedade. Ou seja, a Parafilia é necessária, mas não suficiente para o diagnóstico de Transtorno Parafílico. Nem toda parafilia requer intervenção clínica. É necessário qualificar a natureza da parafilia e o sofrimento e perdas causados por ela para se ter o diagnóstico de Transtorno Parafílico.

É comum associação entre parafilias (existir mais de uma no mesmo indivíduo). Deve-se levar em conta se está sob custódia (restrição contextual, situacional do comportamento) ou em remissão (5 anos).

Os transtornos parafílicos são divididos em dois grupos: os das preferências por atividades anormais, nos quais estão: transtorno voyeurístico, exibicionista, frotteurístico, masoquismo e sadismo sexual; e o grupo das preferências por alvos anormais: transtorno pedofílico, fetichista e transvéstico. Havendo ainda o transtorno parafílico inespecífico e os transtornos parafílicos sem outra especificação que incluem escatologia telefônica (ligações telefônicas obscenas), necrofilia (atração sexual por cadáveres), parcialismo (atração por uma parte específica do corpo), zoofilia (atração sexual por animais), coprofilia (atração sexual por fezes), clismafilia (enemas) e urofilia (urina), dentre outros.

A OMS inclui os transtornos de preferência sexual entre os transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60-F69) na CID-10 e especifica seis tipos de parafilias, além de codificar transtornos múltiplos da preferência sexual, outros transtornos da preferência sexual e transtorno de preferência sexual não especificado (Quadro 28-2).

QUADRO 28-2 Classificação dos Transtornos de Preferência Sexual Segundo CID-10

- F65. Transtornos de preferência sexual:
- F65.0. Fetichismo
- F65.1. Travestismo fetichista
- F65.2. Exibicionismo
- F65.3. Voyeurismo
- F65.4. Pedofilia

- F65.5. Sadomasoquismo
- F65.6. Transtornos múltiplos de preferência sexual
- F65.8. Outros transtornos de preferência sexual
- F65.9. Transtorno de preferência sexual não especificado

Em geral, a fixação e a exclusividade de determinado comportamento sexual podem orientar a investigação. Deve-se pormenorizar a experiência subjetiva do indivíduo, suas fantasias sexuais e suas atividades direcionadas à excitação ou ao orgasmo.

Um tempo mínimo de 6 meses é requerido para o diagnóstico. São situações recorrentes que produzem sofrimento clinicamente significativo e, além de prejudicar o envolvimento social e sexual com outras pessoas, ocasionam diversos sintomas psicológicos, como culpa, vergonha e asco.

É importante considerar a ocorrência desses sintomas em outros transtornos psiquiátricos, como síndromes demenciais, esquizofrenia, transtornos de humor, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos de personalidade.

Tipos de Parafilias

Exibicionismo

O prazer e a gratificação sexual advêm da exposição da genitália a pessoas estranhas com intenção de surpreender, chocar ou insultar o observador. Há tendência à repetição do comportamento. Essa parafilia é bastante associada a outros transtornos psiquiátricos. Em estudo, Grant observou que 92% dos indivíduos apresentam comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, sobretudo depressão, compulsão sexual e uso de substâncias. De acordo com a maioria dos estudos é a parafilia mais comum e a mais frequentemente vista pelos clínicos. Os exibicionistas são em geral homens até os 40 anos de idade, que obtém alto grau de prazer sexual ao expor suas genitálias para mulheres, na maioria das vezes desconhecidas, podendo frequentemente se masturbar.

Fetichismo

A palavra fetichismo provém de fetiche, um termo da língua portuguesa, usado na antropologia para um objeto que, acreditava-se, tinha poderes sobrenaturais.

O fetichismo, ou fetichismo sexual, é um tipo de parafilia na qual o objeto de interesse erótico e afetivo foi patologicamente alterado e quase sempre é um objeto inanimado específico ou uma parte do corpo. Essa alteração pode persistir durante toda a vida do indivíduo. Entre os objetos de fetiches mais comuns estão roupas íntimas femininas, sapatos, botas e outros itens de vestimenta.

Mais raros são os casos chamados de parcialismo, nos quais o indivíduo tem fantasias recorrentes ou desejo a ser realizado com partes específicas do corpo humano. Existe a proposta de inclusão, nos critérios diagnósticos de fetichismo do DSM-5, de item referente ao parcialismo: impulsos sexuais e comportamentos que envolvam objetos inanimados e/ou foco altamente específico em parte do corpo não

genital.

A prevalência do fetichismo é desconhecida, normalmente aparece com outras parafilias. As parafilias mais frequentemente associadas ao fetichismo são a pedofilia e o travestismo.

Frotteurismo

O nome deriva de uma palavra francesa de origem desconhecida, Frotter, que significa acariciar, esfregar, atritar. O frotteusismo refere-se ao ato de tocar e esfregar o corpo de outra pessoa, sobretudo as partes íntimas, sem a anuência dessa pessoa. Esse comportamento normalmente acontece em locais cheios, como *shoppings*, elevadores, transportes públicos, calçadas movimentadas e eventos. Tais locais oferecem a oportunidade única ao froutterista, não só por conseguir facilmente disfarçar seu comportamento fingindo estar apenas tentando passar pela pessoa, como também por que tem uma chance menor de ser pego. Tal comportamento é normalmente praticado por jovens do sexo masculino e direcionados a uma mulher. A carícia pode ser direcionada especificamente a uma parte do corpo ou ser mais generalizada. No geral, o frotteurista esfrega sua genitália contra as nádegas e coxas da vítima, ou acaricia a genitália ou os seios da vítima com as mãos. Há ainda um comportamento comumente observado mas raramente reportado, *compello contactus connubialis*: o indivíduo agarra as mãos da vítima e as guia forçosamente para tocar seu órgão sexual.

Pedofilia

A pedofilia é a parafilia mais estudada e provavelmente a mais discutida na literatura forense. Caracteriza-se pela presença de fantasias, desejos ou práticas sexuais com crianças, em geral menores de 13 anos. No entanto há opiniões divergentes com relação à idade abaixo da qual uma pessoa deve ser vista como criança. Freund *et al*. acreditam que o interesse sexual por menores de 11 anos deve ser considerado pedofilia verdadeira, já o interesse por meninas de 11 a 14 anos e/ou por meninos de 11 a 16 anos deve ser chamado de hebefilia. O DSM-5, de qualquer modo, recomenda a idade de 13 anos. Para o diagnóstico, é necessário que o indivíduo pedófilo tenha no mínimo 16 anos e seja pelo menos 5 anos mais velho que a criança. Deve-se considerar que um ato isolado praticado por adolescente não é necessariamente suficiente para o diagnóstico. A maioria dos pedófilos são homens adultos jovens. Carícias genitais e sexo oral são as práticas mais frequentes. Observou-se que, em geral, os homens pedófilos são tímidos, impulsivos, com pouca capacidade de socialização e dificuldade de atrair parceiros da mesma idade. Há pedófilos heterossexuais, homossexuais e bissexuais.

Masoquismo Sexual

O masoquismo sexual é uma parafilia na qual excitação sexual e/ou orgasmo são obtidos ao ter dor infligida por alguém, ou ao experimentar humilhação ou constrangimento, ou ao ser controlado por amarras, ordens e comandos.

É a erotização da submissão. Atos masoquistas que podem ser propostos ao parceiro

incluem espancamentos, chicotadas, pancadas, cortes, amarras, vendas, choques elétricos, alfinetadas, perfurações e humilhações. O masoquismo algumas vezes pode ser visto misturado à urofilia (humilhação ao ser urinado) ou à coprofillia (humilhação ao ser defecado), *cross-dressing* forçado também pode ocorrer. No infantilismo, uma variação do masoquismo, o indivíduo deseja ser tratado como uma criança indefesa e vestido de fraldas.

As atividades envolvendo o masoquismo sexual podem ser muito perigosas. Uma particularmente perigosa é chamada hipoxifilia ou asfixiofilia, que envolve excitação sexual pela privação de oxigênio, obtida de diversas maneiras que incluem a colocação de laços ou cordas ao redor do pescoço com suspensão parcial do corpo, uso de saco plástico ou máscara no rosto, compressão torácica e uso de medicamentos. Tais práticas podem ser realizadas com ou sem parceiro.

Sadismo Sexual

O sadismo sexual é difinido como um comportamento sexual no qual o indivíduo obtém excitação sexual ao infligir dor, física e/ou psíquica, em seu parceiro. As fantasias e os atos sádicos podem envolver comportamentos que envolvem dominação sobre a vítima (como, por exemplo, deixar o parceiro em uma gaiola ou fazê-lo rastejar) e também choques elétricos, espancamentos, estupros, restrição física, vendas, queimaduras, corte, mutilações, beliscões e até assassinato. É a erotização da dominação e do controle. É o sofrimento da vítima e não o ato de infringir dor que é estimulante.

Há tipos de sadismos que são direcionados a grupos, populações ou partes do corpo específicas. Há na literatura descrição de casos curiosos, como, por exemplo, de sadismo gerontofílico, sadismo pedofílico, zoosadismo.

Sadomasoquismo

Muitas vezes o sadismo e o masoquismo ocorrem no mesmo indivíduo, muitos sadomasoquistas são capazes de alterar conscientemente sua orientação sexual para se ajustar às necessidades de um potencial parceiro. Também é bastante comum que as pessoas que assumem o papel dominante na interação sadomasoquista tenham se iniciado no papel de submissas. O CID 10 conceitualiza tanto o sadismo como o masoquismo como um só transtorno chamado sadomasoquismo. O DSM 5, no entanto, diferencia as duas desordens.

Travestismo Fetichista

O travestismo fetichista se refere a um comportamento sexual incomum no qual a gratificação sexual provém do uso de roupas, quase sempre usadas pelo sexo oposto. Na terminologia leiga, é chamado de *cross-dressing*. Os pacientes são tipicamente homens heterossexuais e casados.

Voyeurismo

O voyeurismo é um comportamento sexual no qual o indivíduo tem uma tendência

recorrente a observar pessoas envolvidas em atividades sexuais ou em comportamentos íntimos, como se despir. A pessoa observada desconhece o fato. O indivíduo desenvolve fantasias e obtém excitação sexual. Quase nunca recorre à atividade sexual com a pessoa observada.

É importante a diferenciação entre um verdadeiro *voyeur* e um *voyeur* de ocasião. O verdadeiro tem o comportamento de observar recorrente e necessidade intensa de fazê-lo, de modo que pode suscitar desconforto e dificuldades interpessoais para o indivíduo.

Além das citadas anteriormente, é vasta a lista de variedades de parafilias já descritas.

Manejo e Tratamento

A maioria dos portadores de parafilias não procura tratamento por conta própria. A procura por tratamento é geralmente decorrente de pressões interpessoais ou legais. O parafílico obrigado a procurar tratamento enfrenta fortes sentimentos conflitantes sobre a perspectiva de "perder" sua parafilia. Ele pode perceber que sua vida seria mais fácil, diminuindo a ameaça de ser descoberto ou acusado, mas ao mesmo tempo enxerga a "perda da parafilia" como a perda de sua sexualidade.

O tratamento consiste em psicoterapia psicodinâmica ou comportamental, indicada para todos os pacientes. Medicamentos que diminuam o desejo sexual, como antidepressivos tricíclicos ou inibidores seletivos da recaptação de serotonina, são utilizados em casos leves nos quais geralmente coexistem outros sintomas psiquiátricos, como ansiedade, fobia social, depressão e transtorno obsessivo-compulsivo. Em alguns países europeus, utiliza-se acetato de ciproterona ou medoxiprogesterona, que inibem diretamente o efeito da testosterona, agindo nos receptores hormonais periféricos. Essas drogas estão associadas a diversos efeitos colaterais, como ginecomastia, ganho de peso, tromboembolia, depressão e hepatopatia. Agonistas do hormônio luteinizante (LH) e do hormônio regulador da liberação do LH que regulam o mecanismo central de produção e liberação de testosterona são utilizados com o objetivo de promover castração química, levando à diminuição acentuada dos níveis de testosterona. É um tratamento não convencional, utilizado em casos graves e de difícil abordagem. Essas drogas provocam vários efeitos colaterais importantes, como infertilidade, osteoporose, disfunções renais e cardiovasculares. Nem a castração química, nem a cirúrgica não são reconhecidas como tratamento no Brasil, mas são empregadas em alguns países da Europa para pacientes condenados por delitos sexuais.

O cuidado a ser tomado pelos médicos é reconhecer que se trata de uma doença, não uma questão moral ou de "tara" que só a polícia e a Justiça podem resolver. Muitos se beneficiam dos tratamentos instituídos e vivem sem problemas na sociedade, apesar das dificuldades de adesão e manutenção do tratamento.

ASPECTOS LEGAIS RELEVANTES

Minorias Sexuais

Uma minoria sexual é um grupo no qual identidade, orientação ou práticas sexuais diferem da maioria da sociedade. Como as minorias étnicas, as pessoas pertencentes a essas minorias podem enfrentar discriminação e prejuízos. Em princípio, quando o termo surgiu, no final da década de 1960, se referia primariamente a *gays* e lésbicas. Hoje incluiu também bissexuais e transexuais. Os praticantes de sadomasoquismo, os fetichistas e outros engajados em práticas sexuais consentidas menos comuns como, por exemplo, o *swing* também estão entre as minorias sexuais.

Mudança de Nome e Sexo Civil para Transexuais

No Brasil ainda não há legislação específica que regulamente para essa população a mudança de nome e sexo civil. A decisão cabe a cada juiz e seu entendimento do caso em questão. O mesmo se dá em relação a aspectos específicos da adequação à nova vida do indivíduo (como certificado de reservista e aposentadoria). Embora não existam modelos de laudos psiquiátricos em relação à identidade de gênero, podemos afirmar que duas possibilidades se impõem: laudo para mudança de prenome antes da cirurgia de redesignação sexual, com o paciente inscrito em local credenciado pelo SUS para o processo transexualizador, e o laudo para a cirurgia de redesignação sexual. No primeiro caso, a indicação e a evidência do diagnóstico deve ser clara e bem fundamentada, sempre após extensa avaliação diagnóstica e psicopatológica. Deve sempre ser posto em relevância que o paciente ainda está em avaliação para a cirurgia de redesignação sexual e que seu sofrimento e constrangimento social por causa de seu nome atrapalham o bom desenvolvimento da psicoterapia e o acompanhamento psiquiátrico. Comorbidades psiquiátricas podem invalidar esse laudo, pois de que adiantaria uma mudança de prenome sem que a cirurgia possa acontecer? Isso, em vez de ajudar, só serviria para manutenção do constrangimento e exclusão social do indivíduo.

Já o laudo para cirurgia de redesignação sexual deve ressaltar que o paciente tem diagnóstico de F. 64.0 (transexualismo); não possui transtorno mental associado que possa comprometer o resultado da cirurgia e sua adaptação ao gênero desejado; que cumpriu os prazos estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina para a psicoterapia (mínimo de 2 anos) e avaliação psiquiátrica; que além do diagnóstico de transexualismo, encontra-se apto e estável psicologicamente para enfrentar possíveis acidentes, sequelas ou efeitos adversos da cirurgia e que não pode ser caracterizado como intersexo.

Muitos pacientes optam por esperar a cirurgia ocorrer para entrar com solicitação de mudança de prenome e sexo civil, pois munidos de todos os laudos (psiquiátrico, psicológico, endocrinológico, serviço social e cirúrgico) e prontuário eles podem de uma vez só conseguir as duas mudanças em uma situação já definida e sem retorno.

Depois de modificados nome e sexo civil, o indivíduo transexual passa a ser visto e aceito como pertencendo a sua nova identidade jurídica, seja ela de homem ou de mulher.

Crimes Sexuais

Não há definição universalmente aceita ou correta de crime sexual ou de criminoso sexual. A definição muda constantemente com os valores e normas socioculturais. Crimes sexuais são definidos de modo diferente pelas diferentes culturas, nações e comunidades. De qualquer modo um crime sexual pode ser definido como um comportamento ilícito perante a lei de determinado local, que é explicitamente sexual ou que foi declarado criminoso por que explora, atende a, torna possível ou depende de um comportamento sexual explícito. Uma definição útil de criminoso sexual foi feita em 1965 por Kinsey: "Um criminoso sexual é um indivíduo que foi legalmente condenado em consequência de um ato, cometido por ele para sua própria gratificação sexual imediata, o qual é contrário aos costumes sexuais da sociedade na qual ele vive e/ou é passível de punição legal".

Portanto, os crimes sexuais podem ser definidos de modo mais abrangente considerando todo ato delituoso que tenha o propósito de satisfação sexual como motivo (enfoque motivacional); ou de modo mais restrito limiando-os àqueles cuja natureza seja um relacionamento sexual em qualquer dos seus tipos (enfoque legal). Hoje o caráter delituoso se refere àqueles comportamentos que se enquadrem nos crimes contra a dignidade sexual, dos artigos de 213 a 224 e de 233 a 234 do código penal, que incluem estupro, atentado ao pudor, posse sexual mediante fraude, sedução, atentado violento ao pudor, corrupção de menores, rapto violento ou mediante fraude, rapto consensual, presunção de violência e outros.

Considera-se violência sexual o contato sexual efetivo, tentativa ou ameaça, sem que haja consentimento da pessoa, ou esta esteja impossibilitada de dar esse consentimento.

Na verdade, crimes sexuais são todos aqueles definidos como tal pela lei vigente em determinado país e cultura. De fato, não se trata de constructo médico ou psicológico; é tão-somente um constructo jurídico social, com possibilidades de variações conceituais ao longo da história e localização geográfica.

No estado de São Paulo, cerca de 4% dos presos homens estão cumprindo sentença em virtude de crimes sexuais.

Estima-se que os registros das delegacias correspondam a cerca de 10% a 20% dos casos que realmente acontecem, atribuindo-se a condição de subnotificação como possível causa para a ausência de dados.

A decisão da vítima em não registrar o crime, a ausência de traumas físicos em exames periciais, o fato de o agressor ser parente próximo da vítima ou a vítima ser menor de idade ou portadora de deficiência mental ou doença mental grave, o medo da reação do agressor e de sofrer constrangimento e humilhação, além de registros periciais incompletos, também podem contribuir para essa ausência de dados.

Há estimativas de que entre 10% e 16% dos homens e entre 20% e 27% das mulheres foram vítimas de abuso sexual na infância. A Pesquisa de Criminalidade da Inglaterra, por exemplo, fez uma estimativa de que uma em cada dez mulheres já foi sexualmente vitimizada até a idade de 16 anos e que menos de um em cada cinco incidentes de vitimização sexual de mulheres resulta em atenção policial.

Estupro e tentativa de estupro são os dois crimes sexuais violentos mais comuns.

Essa violência também é evidente em *settings* institucionais com crianças ou adultos vulneráveis, como prisões, instituições para menores e hospitais forenses.

Mais uma vez é importante ressaltar que os potadores de trantorno mental, em especial os parafílicos não são necessariamente criminosos sexuais, assim como os criminosos sexuais não são necessariamente parafílicos, apesar de algumas vezes o mesmo indivíduo apresentar uma parafilia e ser um criminoso sexual.

Os crimes sexuais podem ser cometidos por portadores de doenças mentais, mas não implicam diagnóstico psiquiátrico por si só.

A doença mental não está incluída entre os fatores de risco para o cometimento de estupro, de acordo com estudos epidemiológicos, ou abuso sexual, em estudos de revisão.

Parafilias

As parafilias não provocam turvação de conscieência ou do juízo da realidade, porém há a possibilidade de haver uma desarticulação entre a faculdade de autocontrole e a intensidade do impulso, havendo assim a possibilidade de inimputabilidade ou semi-imputabilidade. Sendo importante em uma avaliação psiquiátrico-forense nestes casos procurarmos traços de personalidade com baixa toleraência à frustração, presença de inteligeência limítrofe, intenção de não praticá-lo, caráter de luta interna entre o impulso e os escrúpulos, o respeito à lei e ao sofrimento do outro, tentativas de lidar com o impulso patológico de maneira adequada, evidenciadas por tentativas de tratamento, caráter de ato isolado, extraordinária intensidade do impulso, com frequência revelada pelo sofrimento inerente ao seu controlador e pela existeência de arrependimento. Os tribunais brasileiros, no geral, teêm mantido a concepção de que criminosos sexuais parafílicos devem ser considerados imputáveis, mas todo caso deve ser avaliado minuciosa e individualmente, pois não se deve cometer o erro de generalizar todas as parafilias, rotulando seus portadores como imputáveis penalmente ou mesmo equivocar-se pensando que toda a parafilia corresponde a um comportamento criminoso.

Idade de Consentimento Sexual

A idade de consentimento (do inglês "*age of consent*") é a idade abaixo da qual se presume legalmente que houve violência na prática de atos sexuais, independentemente se a prática foi forçada ou não. No Brasil, é absoluta *(juris et de jure*) a presunção de violência (equivalente ao estupro) em qualquer tipo de sexo, praticado com menores de 14 anos.

No Brasil, essa idade de consentimento para o sexo, está definida no novo artigo 217-A do Código Penal, modificado pela Lei nº 12.015/2009, artigo 3º. O artigo 217-A do Código Penal define como "estupro de vulnerável" o ato de "ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos", com pena de reclusão de 8 a 15 anos, independente se houve ou não violência real. Ou seja, se um adolescente menor de 14 anos praticar algum ato sexual, presume-se legalmente a violência sexual, ainda que ele tenha realizado o ato sexual por livre e espontânea vontade.

O mesmo artigo 217-A, em seu primeiro parágrafo, caracteriza como vulnerável também o portador de doença ou deficiência mental que prejudique seu discernimento para a prática do ato: "Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no *caput* com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência". Assim é comum a realização de avaliação psiquiátrica forense para diagnóstico de retardo mental em vítimas de violência sexual para que haja o adequado enquadramento legal.

No caso específico do sexo decorrente de "assédio sexual" praticado por superior hierárquico, mesmo se houver o consentimento, a pena é aumentada se a vítima for menor de 18 anos, conforme o novo § 2º do artigo 216-A do Código Penal, introduzido pela Lei nº 12.015/2009. Nesse caso, o crime de assédio se caracteriza pela existência de "constrangimento" para "obter vantagem ou favorecimento sexual", praticado em virtude da "condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função" (art. 216-A). Possíveis exemplos incluem o assédio praticado na relação professor-aluno, médico-paciente, psicólogo-paciente, chefe-subordinado etc.

Por fim, nos casos específicos de prostituição, exploração sexual e tráfico de pessoas para fins de exploração sexual, a idade mínima também é de 18 anos, conforme artigos 218-B (favorecimento da prostituição); 218-B, I (cliente de prostituição); 227 (mediação para lascívia); 230, § 1º (rufianismo); 231, § 2º, I (tráfico internacional para exploração sexual); e 231-A, § 2º, I (tráfico interno para exploração sexual); todos do Código Penal; assim como artigo 244-A do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) (exploração da prostituição).

A lei brasileira não faz qualquer distinção entre casos heterossexuais e homossexuais.

As atuais leis brasileiras não definem "idade de consentimento" mas presume que houve violência ao menor de 14 anos, sem excluir a proteção dada ao adolescente (12 a 17 anos) contra qualquer tipo de exploração sexual, seja por terceiros, seja com autorização dos pais.

CONCLUSÃO

Questões forenses relacionadas à sexualidade sempre estiveram presentes na história da humanidade. A sexualidade, por ser um dos componentes instintivos básicos de nossa constituição e que pode ter características de satisfação imediata, necessita de adequação e certo controle para que seja aceita socialmente e faça parte integrante de fenômenos culturais. Suas variações, anormalidades ou alterações demandam entendimento e muitas vezes legitimação e legislação social para que possam ser expressas e vivenciadas em sua plenitude.

Em tempos de digitalização dos relacionamentos humanos e de progressos e mudanças sociais abruptas, a sexualidade se adapta e busca alternativas para sua manifestação, produzindo novas compreensões, flexibilizando códigos, que se refletem no que a sociedade entende como legítimo, legal e aceitável.

Importante é não confundir preconceito e discriminação com aspectos legais ou

criminais. Essa distinção está cada vez mais premente e presente em nosso dia a dia e envolve mudanças conceituais e pessoais importantes. Um desafio para a Medicina e para o Direito, envolvendo a Bioética.

Não podemos nos esquecer que em termos comportamentais e de inovações, a sociedade e a Medicina caminham à frente do Direito, forçando mudanças e leis compatíveis e adequadas a esses novos tempos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdo CNH. Descobrimento sexual do Brasil. São Paulo: Summus; 2004b.

Achenbach J. The Spice of Life? Variety, Pal. The Washington Post. Washington, D. C.: Mar 27, 1992. Page. b. 05.

Amberson IJ, Dwyer SM, Tenley J. Bern Test Comparisons: Normals with Sex Offenders. Unpublished paper presented at NIMH meeting, Tampa, FL, 1986.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd ed. Washington DC, 1968.

APA (2013); Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition (DSM-5). American Psychiatric Publishing. Washington.

Baltieri, DA, Andrade, AG. Alcohol and drug consumption among sexual offenders. *Forensic Sci Int*. 2008; 175:31–35.

Basson, R, Althof, S, Davis, S, Fugl-Meyer, K, Goldstein, I, Leiblum, S, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med*. 2004; 1(1):24–34.

Baumeister RF. masochism and the self. Lawrence Erbaum Associates Hillsdale, NJ, 1989.

Bradford, J. M. The neurobiology, neuropharmacology, and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behaviour. *Can J Psychiatry*. 2001; 46(1):26–34.

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1955, de 3 de setembro de 2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM n. 1652/2002. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 3 set. 2010. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/php/pesquisa_resolucao.php>, 2012. [Acesso em: 20 abr. 2012.].

BrasilConstituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado, 1988.

Brasil. Decreto-lei n 2848 de 7 de Dezembro de 1940. Código Penal. [citado 20 ago 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm, 1940.

Brasil. Lei no 4737, de 15 de julho de 1965. Institui o Código Eleitoral. [citado 24 abr 2010]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L4737compilado.htm, 1965.

Brasil. Lei no 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 1990.

Brasil. Portaria n. 1.707/GM, de 19 de agosto de 2008. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 19 ago. 2008.

Brasil. Portaria n. 457/SAS, de 20 de agosto de 2008. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 20 ago. 2008.

BRASIL. Portaria no 2.803, de 19 de novembro de 2013.

Briken, P, Hill, A, Berner, W. Pharmacotherapy of paraphilias with long-acting agonists of luteinizing hormone-releasing hormone: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64(8):890–897.

Chiland, CTransexualism. Middletown: Wesleyan University, 2003.

Cohen-Kettenis, P, Pfäfflin, FTransgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: making choices. London: Sage, 2003.

Crowe, M. Sexual problems: introduction, description and classification. *Psychiatry*. 2007; 6(3):86–87.

De Cuypere, G, Van Hemelrijick, M, Michel, A, Carael, B, Heylens, G, Rubens, R, Hoebeke, P, et al. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *Eur Psychiatry*. 2007; 22:137–141.

DEPEN. Ministério da Justiça. Homepage: <http://portal.mj.gov.br/depen/data/Pages/MJC4D50EDBPTBRIE.htm>.

Diário Oficial da União. Brasília, DF, 19 nov. 2013.

Ellen Frank, MS, Carol Anderson, MSW, Debra Rubinstein, MS. Frequency of Sexual Dysfunction in Normal Couples. *N Engl J Med*. 1978; 299:111–115.

Ellis H. Psychology of Sex. Heinemann, London, 1933.

Finkelhor, D, Hotaling, G, Lewis, IA, Smith, C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse Negl*. 1990; 14(1):19–28.

Forlenza OP, Miguel EC. Compêndio de Clínica Psiquiátrica, Manole, 2012.

Freund, K, et al. Pedophilia and heterosexuality vs. homosexuality. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 1984; 10(3):193.

Gamman, L, Makinen, M. Female Fetishism- a new look, 1st Ed. London: Lawrence & Wishart, 1994.

Garret, T, et al. Who cares? The views of sexual offenders about the group treatment they receive. *Sex Abuse*. 2003; 15(4):323–338.

Gayford, JJ. Disorders of sexual preferences, or paraphilias: a review of the literature. *Med Sci Law*. 1997 Oct; 37(4):303–315.

Gómez, GE, Trilla, GA, Godás, ST, Halperin, RI, Puig, DM, Vidal, HA, et al. Estimation of prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism in Catalonia according to health care demand. *Acta Esp. Psiquiatr*. 2006; 34:295–302.

Gonçalves, RA, Vieira, S. A avaliação do risco de violência sexual. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 2004; 2:65–80.

Gowitt, GT. Hanzlick RL. Atypical autoerotic deaths. *AM L Forensic Med Pathol*. 1992 Jun; 13(2):115–119.

Hall, RC. A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *Mayo Clin Proc*. 2007; 82(4):457–471.

Hare, EH. Masturbatory insanity: The history of an Idea. *Journal of Mental Scienc,*. 1962; 108:2.

Hayes, RD, Dennerstein, L, Bennett, CM, Sidat, M, Gurrin, LC, Fairley, CK. Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *J Sex Med*. 2008; 5(7):1681–1693.

Hazelwood RR, Dietz PE, Warren J. The Criminal Sexual Sadist. FBI Law Enforcement Bulletin, February 1992.

Hilton, M, Mezey, G. Victims and perpetrators of child sex abuse. *Br J Psychiatry*. 1996; 169:408–415.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: resultados preliminares. Pirâmide etária. [citado 14 abr 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/censo2010/piramide_etaria/index.php, 2011.

Kafka, MP, Prentky, RA. Preliminary observations of DSM-III-R axis I comorbity in men with paraphilias and paraphilia-related disorders. *J Cin Psychiatry*. 1994; 55 (11):481–487.

Kafka, MP. The DSM diagnostic criteria for fetishism. *Arch. Sex Behav*. 2010; 39:357–362.

Kaplan, HSA nova terapia do sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1974.

Kaul, A, Duffy, S. Gerontophilia-a case report. *Med Sci Law*. 1991 Apr; 31(2):110–114.

Kloner R, A, et al. Cardiovascular safety update of Tadalafil: retrospective analysis of data fromplacebo-controlled and open-label clinical trials of Tadalafil with as needed, three times-per-week or once-a-day dosing. *Am J Cardiol*. 2006; 97(12):1778–1784.

Labbate, LA, Croft, HA, Oleshansky, MA. Antidepressant-related erectile dysfunction: management via avoidance, switching antidepressants, antidotes, and adaptation. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64, suppl10:11–19.

Lachman, M, Brzek, A, Mellan, J, Hampl, R, Starka, J, Motlik, K. Recidivous offense in sadistic homosexual pedophile with karyotype 48, XXXY after testicular pulpectomy. A case report. *Exp Clin Endorinol*. 1991; 98(2):171–174.

Lamberg, L. Gay is Okay with APA. *Journal of the American Medical Association*. 1988; 280:497.

Lewis, RW, Fugl-Meyer, KS, Bosch, R, Fugl-Meyer, AR, Laumann, EO, Lizza, E, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2004; 1(1):35–39.

MacNamara, DEJ, Sagarin, E Sex, Crime, and the Law. Free Oress, New York, 1997.

Marten, Z. Candaulesism-case report. *Psychiar Pol*. 1986 May-Jun; 20(3):235–237.

Masand, PS, Gupta, S. Long-term side effects of newer-generation antidepressants: SSRIS, venlafaxine, nefazodone, bupropion, and mirtazapine. *Ann Clin Psychiatry*. 2002; 14(3):175–182.

Metzel, JM. Voyeur nation? Changing definitions of voyeurism, 1950-2004. *Harv Rev Psychiatry*. 2004; 12(2):127–131.

Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas estratégicas. Marco Legal: Saúde um direito de adolescentes. Brasília (DF); 2005.

Organização Mundial de Saúde (OMS)Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed, 1993.

Pauly, IB. The current status of the change of sex operation. *J Nerv Ment Dis*. 1968; 147:460–471.

Persaud R. Blood-lust in the clinic. The Independente (London). 2 de fevereiro de 1993.

Reilly, DR, Delva, NJ, Hudson, RW. Protocols for the use of cyproterone, medroxyprogesterone, and leuprolide in the treatment of paraphilia. *Can J Psychiatry*. 2000; 45(6):559–563.

Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Plataforma de Cairo, 1994. [citado 11 mar 2011]. Disponível em: http://200.130.7.5/spmu/portal_pr/eventos_internacionais/onu/Relat%C3%B3rio%20Cairo.pdf,

1994.

Renshaw, DC. Profile of 2376 patients treated at Loyola Sex Clinic between 1972 and 1987. *J Sex Marital Ther*. 1988; 3:111–117.

Rudkin, L, Taylor, MJ, Hawton, K. Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. *Cochrane Database Syst Rev*. 18(4), 2002.

Saadeh, ATranstorno de identidade sexual: um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino. 2004. 266p. Tese [Doutorado em Ciências] – Departamento de Psiquiatria. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2004.

Sammet, K, Medzinhist, J. Risking more freedom? Cyproterone acetate, sexual offenders and the German "Law on voluntary castration and other methods of treatment". *Medizinhist J*. 2005; 40(1):51–78.

Schoen-Ferreira, TH, Aznar-Farias, M, Silvares, EFM. Adolescência através dos séculos. *Psicol Teor Pesq*. 2010; 26(2):227–234.

Serafim, AP, Saadeh, A, Castellana, GB, Barros, DM. Perícias Psiquiátricas em Situações Específicas. In: Euripedes Constantino Miguel, Valentim Gentil, Wagner Farid Gattaz, eds. *Clínica Psiquiátrica*. São Paulo: Manole, 2011.

Seto, MC. Pedophilia and sexual offenses against children. *Annu Rev Sex Res*. 2004; 15:321–361.

Sharlip, ID. Guidelines for the diagnosis and management of premature ejaculation. *J Sex Med*. 2006; 3(suppl. 4):309–317.

Soares GFG, (IC), LopesHR (O), Soares DFG (CO), Vieira MA (CO), Junior PCTC (CO), Da Costa FM (CO)l et a. Os aspectos psiquiátricos forenses dos transtornos sexuais. III Encontro de Pesquisa de IES do Sistema Estadual de Minas Gerais UNEC – Caratinga/MG

Spector, IP, Carey, MP. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Arch Sex Behav*. 1990; 19(4):389–408.

Spitzberg, BH. An analysis of empirical estimates of sexual aggression victimization and perpetration. *Violence Vict*. 1999; 14:241–260.

Stearns, PNHistória da Sexualidade. São Paulo: Editora Contexto, 2010.

Stekel W. Peculiarities of behavior Wandering mania, dipsomania, cleptomania, pyromania, and allied impulsive acts (2 vols). English translation of Impulshandlungen (1922) by J.S Van Teslaar. Liveright, New York.

Suprema Corte restabelece homossexualidade como crime na Índia. http://dw.de/p/1AXVkvia@dw_brasil.

Taborda JGV, Chalub M, Abdala-Filho E. Psiquiatria Forense. Artmed, 2004.

Tardif, M, Van Giiseghen, H. The gender identity of pedophiles: what does the outcome data tell us? *J. Child Sex Abus.* 2005; 14(1):57–74.

Taylor, GRSex in History. London: Thames and Hudson, 1953.

Taylor, MJ. Strategies for managing antidepressant-induced sexual dysfunction: a review. *Curr Psychiatry Rep*. 2006; (8)6:431–436.

The Indian Penal Code, (Act No. 45 of 1860) [6 de Outubro de 1860].

Veale, JF. Prevalence of transsexualism among New Zealand passport holders. *Aust NZJ Psychiatry*. 2008; 42:887–889.

Von Krafft-Ebing R. Psychopathia Sexualis, 1886.

Von Krafft-Ebing, R. Psychopathia Sexualis. Boat. Burbank. 1999.

Von Krafft-Ebing, RPsychopathia Sexualis. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

Wang, WF, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of premature ejaculation. *Clin Med*. 2007; 120(11):1000–1006.

West DJ. Sexual Crimes and Confrontations: A Study of Victims and Offenders, Gower Publisshing Company Ltd, Hants, England, 1987, page 1.

Westermarck E, Christianity and Morals, Kegal Paul. London, 1939.

Young H. Atypical copulatory behavior of a Robin. Auk 1949.

CAPÍTULO 29

Transtornos do Sono

Raphael Porto, Alexandre Pinto de Azevedo, Rosa Hasan and Stella Márcia Azevedo Tavares

INTRODUÇÃO

O sono preenche boa parte de nossas vidas e é um estado intrigante, que desperta a curiosidade de muitos desde a Antiguidade. Os estudos de neurofisiologia, a partir do advento do eletroencefalograma, deram as primeiras pistas do que poderia estar ocorrendo conosco enquanto dormimos e ainda hoje, no século XXI, especulamos muitas das possíveis funções do sono. Sabe-se que ele é um estado reversível de desligamento da percepção e de redução da responsividade ao ambiente, e também que é fisiológico, necessário, temporário e cíclico.

O sono normal é dividido em dois estados distintos. O sono dessincronizado, paradoxal ou REM (do inglês, *rapid-eye movements*) caracteriza-se pela dessincronização da atividade cerebral, ativação do sistema nervoso autônomo simpático e por ausência em geral de respostas motoras (atonia muscular), exceto pelos movimentos oculares rápidos. A denominação paradoxal se deve ao fato de haver intensa atividade cerebral, registrada pelo eletroencefalograma, com o corpo relaxado, e é nessa fase do sono em que predominantemente ocorrem os sonhos. Já o sono sincronizado, de ondas lentas ou não *REM* (NREM) caracteriza-se por atividade cerebral síncrona e é dividido em três estágios (N1, N2 e N3). Esses dois estados se alternam ao longo da noite.

Em adultos, o sono normal inicia-se com o NREM. O primeiro episódio NREM dura por volta de 90 min, então há alternância NREM e REM a cada 90 min aproximadamente. Durante o ciclo NREM há a passagem consecutiva da vigília para estágios N1, N2 e N3, chegando-se a um estado de sono profundo e com alto limiar para despertar, com atividade cerebral síncrona e ondas lentas e de grande amplitude no registro eletroencefalográfico. Terminado o primeiro ciclo NREM, surge a fase REM, que por sua vez apresenta atividade cerebral dessincronizada e mais intensa quando comparada ao NREM, com ondas de baixa amplitude. Durante essa fase ocorre a atonia muscular (exceto pela musculatura ocular) que protege o indivíduo de apresentar comportamentos motores relacionados ao conteúdo dos sonhos. O primeiro episódio de REM durante o sono tem em geral curta duração (5 a 10 min) e ao longo da noite a fase REM se torna mais longa. Já o estágio N3 se torna mais curto no segundo ciclo e pode desparecer no último, havendo então expansão do estágio N2 na porção NREM do sono. É comum também que ao longo do período de sono ocorram alguns episódios de despertar, muitos deles imperceptíveis. A distribuição das fases do sono é representada graficamente pelo hipnograma (Figura 29-1). Ao longo da vida há redução do tempo total de sono e uma redução em especial do sono de ondas lentas

(estágio N3).

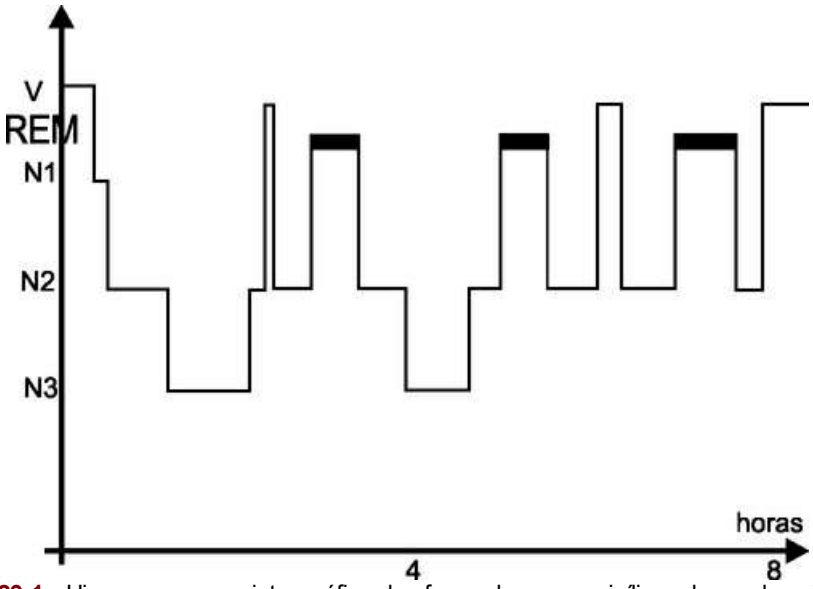

FIGURA 29-1 Hipnograma – registro gráfico das fases do sono e vigília ao longo da noite.

Estudos de neuroimagem funcional apontam alterações na fase NREM em comparação com a vigília, como redução global do metabolismo cerebral e do fluxo sanguíneo cerebral. Já na fase REM, em relação à NREM, há aumento da atividade neuronal e do metabolismo cerebral. Os sonhos (que na maioria das vezes ocorrem na fase REM) estão associados a ativação do córtex temporal em uma região conectada a áreas visuais e áreas do sistema límbico (giro do cíngulo e córtex pré-frontal órbito-medial). Comparada à vigília, há redução da atividade em áreas pré-frontais, o que pode explicar a sensação de passividade e incongruência nos sonhos.

O sono apresenta algumas funções importantes para o organismo, como a secreção de alguns hormônios (hormônio do crescimento), conservação de energia, amadurecimento do sistema nervoso (em crianças), fixação da memória e aprendizado.

AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS DO SONO

A avaliação inicial dos hábitos de sono, independentemente do transtorno pesquisado, deve incluir: história com o paciente e com terceiros, antecedentes familiares, histórico médico e psiquiátrico, medicações em uso e avaliação física, neurológica e do estado mental.

Ao se colher a história, deve-se obrigatoriamente pesquisar: se o sintoma ocorre durante o sono ou durante despertares; a duração do sintoma; os fatores precipitantes; os fatores de melhora e de piora; o número estimado de horas de sono; o horário usual de deitar-se e levantar-se; a latência de sono (tempo até adormecer); o número de despertares; o impacto durante o dia (p. ex., preocupação excessiva com a qualidade do sono, sonolência diurna, fadiga, prejuízo nas atividades cotidianas) e a presença de cochilos durante o dia (inclusive a duração deles). É importante também comparar os

hábitos de sono em dias úteis com finais de semana e/ou férias e pesquisar como são os hábitos antes de dormir (televisão, leitura, trabalho, atividade física) e o ambiente em que a pessoa dorme (luminosidade, barulho, temperatura, presença de relógios, televisores etc.).

A história de comportamentos durante o sono, como comportamentos motores complexos, deve ser colhida preferencialmente com acompanhante e deve incluir em que fase do sono ocorre (início, meio ou final), se ocorrem com o indivíduo ainda dormindo ou logo após despertar, se há alterações autonômicas, se os olhos permanecem abertos ou fechados, se há interação com o ambiente, se há lembrança ou amnésia quanto ao evento, se há relato de sonho relacionado ao comportamento apresentado e se os comportamentos apresentam um padrão estereotipado. Será importante para os possíveis diagnósticos averiguar a idade de início dos sintomas.

POLISSONOGRAFIA

O exame padrão-ouro para alguns diagnósticos é a polissonografia (PSG) que consiste no registro, análise e interpretação simultânea de diversos parâmetros biológicos durante o sono. Os parâmetros mínimos avaliados são: eletroencefalograma, eletro-oculograma, eletromiograma do mento e dos membros inferiores, eletrocardiograma, fluxo aéreo, esforço respiratório (torácico e abdominal), saturação arterial de oxigênio e posição corporal. Esse registro é realizado durante a noite, em geral em um laboratório do sono.

Os principais dados analisados são: latência de sono NREM (tempo entre o apagar das luzes e o início do sono – normal: até 30 min); latência de sono REM (tempo entre o início do sono e o primeiro episódio de REM – normal: 70-120 min); eficiência do sono (tempo total de sono em relação ao tempo total de registro – normal: maior que 85%); porcentagem e distribuição das fases de sono (normal: 20% a 25% de REM, até 8% de estágio N1, 50% a 55% de estágio N2 e 15% a 25% de estágio N3); arritmias cardíacas; alterações da saturação arterial e o hipnograma (representação gráfica da arquitetura do sono, com a distribuição dos estágios ao longo da noite).

Também são calculados alguns índices:

- Índice de eventos respiratórios (apneias e hipopneias): número de pausas respiratórias dividido pelo número de horas de sono (normal: menos que 5/hora; leve: 5 a 15/h; moderado: 15 a 30/h e grave mais de 30/h).
- Índice de movimentos periódicos dos membros inferiores (critérios de normalidade dependem da idade).
- Índice de microdespertar (despertar com duração entre 3 e 15 s): normal é de 10-15/h.

As indicações de PSG são: estabelecer o diagnóstico de distúrbios respiratórios do sono, ajustar a pressão de CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*, em inglês), avaliar os resultados do tratamento de alguns distúrbios do sono, narcolepsia, **avaliar comportamentos violentos ou potencialmente prejudiciais durante o sono** e parassonias atípicas ou incomuns. A PSG não está indicada para casos de parassonias típicas e não complicadas, diagnosticar síndrome de pernas inquietas e diagnosticar distúrbios do sono relacionados ao ritmo circadiano.

Há também o recurso da vídeo-polissonografia, que consiste no registro em vídeo da noite de sono sincronizado com o registro polissonográfico. Esse recurso é de grande importância na avaliação de comportamentos anormais durante o sono.

TRANSTORNOS DO SONO

A terceira edição da Classificação Internacional dos Transtornos do Sono (CITS-3), elaborado pela Academia Americana de Medicina do Sono, descreve diversos transtornos relacionados ao sono agrupados em seis categorias principais:

- Insônias.
- Transtornos respiratórios relacionados ao sono.
- Hipersonias de origem central.
- Transtornos do ritmo circadiano do sono/vigília.
- Parassonias.
- Transtornos do movimento relacionados ao sono.

Já na décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) os transtornos do sono estão classificados tanto no capítulo V Transtornos mentais e comportamentais (F51), quanto no capítulo VI Doenças do Sistema Nervoso (G47).

Em virtude do foco desta obra nos aspectos forenses, abordaremos neste capítulo os transtornos que levam a alterações do comportamento em um estado de consciência alterado.

PARASSONIAS

Parassonias são manifestações físicas e comportamentais indesejadas que emergem a partir da ativação do sistema nervoso central em determinadas fases do sono. As parassonias primárias são classificadas de acordo com o estágio do sono em que ocorrem (REM, NREM ou transição).

Parassonias do Sono NREM

Essas parassonias são consideradas um despertar parcial do sono NREM, com ativação parcial do sistema motor e autonômico, e ocorrem quase sempre no primeiro terço da noite. São comuns na infância e tendem a diminuir ou desaparecer com a idade. A prevalência em crianças menores de 12 anos é de 12,5%, já em adultos é de 1% a 4%.

Uma hipótese para alguns padrões comportamentais apresentados durante os episódios está relacionada aos Geradores Centrais de Padrão (GCPs) e foi formulada por Tassinari *et al*. Os GCPs são agregados neuronais determinados geneticamente e localizados no mesencéfalo, ponte e medula espinhal, que facilitam comportamentos motores inatos relacionados à sobrevivência (alimentação, locomoção, reprodução etc.). Experimentos com animais decorticados demonstram a persistência de atividade motora complexa e integrada, semelhante ao que é visto em galinhas decapitadas. Outros mostram que é possível produzir grande variedade de comportamentos complexos com o estímulo hipotalâmico, límbico e do tronco encefálico, como levantar

e caminhar, comportamento de ataque, raiva, comer ou beber e comportamento sexual. Essa hipótese segue a teoria do cérebro trino e em primatas esses GCPs estariam sob controle neocortical. Com a redução da atividade cortical durante o sono haveria a perda do controle pelo córtex superior ("cérebro racional") e isso liberaria comportamentos relacionados aos GCPs, localizados no "cérebro emocional" e no "cérebro reptiliano".

Sonambulismo

O sonambulismo está classificado dentro dos transtornos do despertar e é considerado como um despertar parcial do sono NREM. Caracteriza-se por comportamentos motores semiestruturados, estereotipados e automáticos, como sentar-se ou caminhar com os olhos abertos e expressão facial vaga. Os episódios podem durar alguns minutos e terminam com o indivíduo retornando ao leito ou permanecendo em outro local. Mais comum em crianças de 4 a 8 anos, a persistência após os 10 anos está associada à história familiar. Episódios de sonambulismo são relatados em até 30% das crianças entre 4 e 6 anos e em 17% das crianças até a puberdade. Em adultos a prevalência é de 4% e em geral os episódios ocorrem desde a infância. A prevalência em familiares de primeiro grau é 10 vezes maior do que na população geral e 25% dos pais de crianças com sonambulismo também apresentaram a parassonia na infância.

Alguns gatilhos para os episódios de sonambulismo são: estresse, privação de sono, consumo de álcool, consumo excessivo de cafeína, apneia do sono, necessidade de urinar durante o sono (bexiga cheia) e dor durante a noite. Há algumas drogas que também podem causar sonambulismo, como lítio, fenotiazina, antidepressivos, anticolinérgicos.

Na maioria dos casos não há necessidade de tratamento específico e deve-se deixar que o comportamento transcorra. Medidas ambientais para proteção podem ser necessárias em caso de história de acidente. Em alguns casos, o uso de clonazepam (0,5 mg) 30 min antes de deitar é efetivo para controle dos sintomas. Tentativas de acordar a pessoa podem fazer com que ela fique agressiva.

Terror Noturno

Despertar confusional súbito do estágio N3, acompanhado de sentar na cama, grito estridente e agudo, compatível com reação de fuga ou luta e intensa ativação autonômica. O desespero frequentemente parece ser inconsolável durante o episódio e tentativas de acalmar a criança podem até prolongar o evento. A duração é de 5 a 20 min (Quadro 29-1).

QUADRO 29-1 Parassonias NREM – Critérios Diagnósticos pelo DSM-5

A – Episódios recorrentes de despertar incompleto do sono, usualmente ocorrendo durante o primeiro terço do episódio principal de sono, acompanhado de um dos seguintes:

- **Sonambulismo**: Episódios repetitivos de levantar da cama durante o sono e andar. Durante o comportamento o

indivíduo apresenta um olhar vago; é relativamente arresponsivo aos esforços dos outros em se comunicar com ele/ela; e pode ser acordado somente com grande esforço. • **Terror noturno**: Episódios recorrentes de despertar abrupto aterrorizado, usualmente iniciado com um grito de pânico. Presença de medo intenso e sinais autonômicos, como midríase, taquicardia, respiração rápida e sudorese durante o episódio. Há relativa arresponsividade aos esforços dos outros para confortar o indivíduo durante o episódio.
B – Nenhum ou pouco (uma única imagem) sonho é relatado.
C – Amnésia para o evento.
D – Os episódios causam desconforto clinicamente significativo ou prejuízo social, ocupacional ou em outras importantes áreas do funcionamento.
E – O distúrbio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (uma droga de abuso, um medicamento).
F – Transtornos mentais coexistentes e condições médicas não explicam adequadamente os episódios de sonambulismo ou terror noturno.

Despertar com Confusão Mental

Também conhecido como embriaguez do sono, é uma forma de inércia do sono após o despertar e é caracterizado por despertar com confusão mental, fala arrastada e eventualmente sudorese como única manifestação autonômica. É comum haver gritos, choros inconsoláveis e agressividade (sobretudo se a pessoa for manipulada). Geralmente é relatada amnésia quanto ao período confusional. Os episódios em geral duram poucos minutos e raramente chegam a durar horas. Na infância o despertar com confusão mental tende a ser menos frequente com o passar da idade e pode se converter em sonambulismo. Quando persiste na idade adulta os episódios tendem a manter o mesmo padrão e não reduzem com o envelhecimento. A prevalência é de 17% em crianças de até 13 anos e de 4% em adultos.

Comportamento Sexual durante o Sono

Pode ser considerada uma variante do despertar confusional no adulto, em que ocorrem comportamentos sexuais, com amnésia do evento. O comportamento sexual durante a vigília é normal, já durante os episódios de despertar confusional podem ocorrer atos sexuais completos, assédio sexual, masturbação e vocalizações obscenas; sem recordação ou consciência do ato.

PARASSONIAS DO SONO REM

Epidemiologia e Etiologia

O transtorno é caracterizado por comportamentos motores complexos que ocorrem sobretudo durante o sono REM devido a não ocorrência da atonia muscular característica dessa fase do sono. A prevalência está em torno de 0,5%, sendo mais comum no sexo masculino (9:1) na faixa etária acima dos 50 anos, mas pode ocorrer em todas as idades.

O transtorno comportamental do sono REM (TCSREM) pode ser manifestação inicial de doenças degenerativas (doença de Parkinson, atrofia de múltiplos sistemas,

demência dos corpúsculos de Lewy). Há também o TCSREM secundário, que pode estar relacionado ao uso ou a retirada de antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos da recaptação de serotonina, inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina e inibidores da monoaminaoxidases ou à retirada de álcool.

Quadro Clínico

A principal característica é o onirismo. O paciente encena os sonhos violentos, sendo que os episódios podem ser agressivos, violentos e/ou exploratórios. Eles podem causar danos materiais e ferimentos a si ou a terceiros.

O transtorno costuma acometer homens maiores de 60 anos e quase sempre há um pródromo de mudança nítida no conteúdo dos sonhos, que passam a ser repletos de ação, havendo desaparecimento de sonhos neutros e não violentos.

Diagnóstico

A presença de onirismo em homem idoso é altamente sugestiva de TCSREM. A polissonografia mostra persistência de tônus muscular na fase REM (Quadros 29-2 e 29-3).

QUADRO 29-2 Transtorno Comportamental do Sono REM – Critérios Diagnósticos pelo DSM-5

A – Episódios repetitivos de microdespertares durante o sono associados a vocalização e/ou comportamentos motores complexos.
B – Esses comportamentos surgem durante o sono REM e, portanto, ocorrem usualmente após mais de 90 min do início do sono, são mais frequentes durante a porção final do período de sono e dificilmente ocorrem durante sonecas diurnas.
C- Após acordar do episódio o indivíduo apresenta-se completamente desperto, alerta e sem confusão ou desorientação.
D- Um dos seguintes: • Sono REM sem atonia no registro polissonográfico • História sugestiva de Transtorno Comportamental do Sono REM e um diagnóstico de sinucleinopatia estabelecida (p. ex., doença de Parkinson, atrofia de múltiplos sistemas)
E – Os comportamentos causam desconforto clinicamente significativo ou prejuízo social, ocupacional ou em outras importantes áreas do funcionamento (o que pode incluir lesão para a própria pessoa ou para parceiro de cama).
F – O distúrbio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (uma droga de abuso, um medicamento).
G- Transtornos mentais coexistentes e condições médicas não explicam adequadamente os episódios.

QUADRO 29-3 Diagnóstico Diferencial entre Sonambulismo e Transtorno Comportamental do Sono REM

Característica (em geral)	Sonambulismo	TCSREM
Idade de início	Infância (tende a diminuir com a idade)	A partir dos 50 anos
Fase do sono	NREM/despertar	REM

Olhos	Abertos	Fechados
Desvia de objetos	Sim	Não
Frequência	Esporádica	Quase todas as noites
Período da noite de sono	Primeiro terço	Segunda metade
Confusão após o episódio	Típico	Raro

Tratamento

A primeira escolha para o tratamento do TCSREM primário é o clonazepam. Mesmo com o uso contínuo durante anos, não há relato de tolerância ou redução do seu efeito.

Também são necessárias medidas de segurança no ambiente de sono.

COMPORTAMENTOS VIOLENTOS RELACIONADOS AO SONO

Embora o sono esteja relacionado a um momento de descanso e a um período de tranquilidade, diversas condições podem romper isso e levar a comportamentos violentos durante o período de sono. Não se sabe ao certo a prevalência desses comportamentos na população; um estudo feito a partir de entrevistas por telefone estimou uma prevalência de 2%. O fator de risco mais claro para os comportamentos violentos é o sexo masculino; entre as parassonias NREM o risco é 1,6 a 2,8 vezes maior, e no transtorno comportamental do sono REM 97% das lesões e 80% dos comportamentos potencialmente letais ocorrem em homens.

As principais condições que podem levar a comportamentos violentos durante o período de sono são:

1. Parassonias NREM (sonambulismo, despertar confusional e terror noturno).
2. Transtorno comportamental do sono REM.
3. Epilepsia do lobo frontal.
4. Transtornos dissociativos.
5. Simulação.

Excetuando-se a simulação, que não é um diagnóstico médico (Ver Capítulo 21, Psicopatologia Forense), em geral não há consciência por parte daquele que apresenta o comportamento violento sobre os atos, ou no máximo essa consciência é parcial. Os comportamentos violentos durante o período de sono ocorrem na maioria das vezes em um estado de dissociação das três fases básicas em que uma pessoa pode se apresentar: vigília, sono NREM e sono REM.

Ao longo do dia alternamos entre essas três fases (vigília, sono NREM e sono REM) e comportamentos não usuais podem ocorrer quando há dissociação entre essas fases durante os chamados estados dissociativos. Esses estados demonstram que o sono não é um fenômeno que ocorre em todo o cérebro ao mesmo tempo e nem um fenômeno do tipo “liga-desliga”. Algumas áreas do sistema nervoso central são ativadas ou desativadas durante o sono. A persistência, então, da ativação ou desativação de áreas característica de uma fase, quando o organismo está predominantemente em outra,

leva a esses estados. Como dito anteriormente, a presença de comportamentos motores durante o período de sono podem ocorrer a partir dos GCPs e uma grande variedade de comportamentos pode ocorrer com a persistência da inativação de áreas cerebrais relacionadas a raciocínio, julgamento e fixação da memória.

O Quadro 29-4 resume os estados em que se encontra cada condição que pode levar a comportamentos violentos durante o período de sono e as principais características deles.

QUADRO 29-4 Condições Relacionadas a Comportamentos Violentos durante o Período de Sono

Transtorno	Estado de ocorrência	Principais achados clínicos	Ocorrência preferencial do comportamento violento
Despertar confusional	Dissociação vigília/sono NREM	Despertar incompleto, redução da vigilância, cognição prejudicada e amnésia do evento	Quando forçado a acordar
Sonambulismo	Dissociação vigília/sono NREM	Semelhante ao despertar confusional, mas com perambulação	Em encontros incidentais ou com a aproximação de outra pessoa
Terror noturno	Dissociação vigília/sono NREM	Despertar incompleto com manifestação de medo	Ligado a uma imagem assustadora
TCSREM	Dissociação vigília/sono REM	Onirismo (encenação dos sonhos)	Relacionado ao sonho que está sendo encenado
Epilepsia noturna do lobo frontal	Possivelmente em todos os estágios do sono. Preferencialmente em N2	Automatismos bipedais, torções do tronco e da pelve, vocalizações, posturas distônicas da cabeça e membros	Acidental ou relacionado à apresentação hipercinética da convulsão
Confusão pós-ictal	Possivelmente em todos os estágios do sono. Preferencialmente em N2	Semelhante ao sonambulismo, com maior possibilidade de agressões diretas contra as pessoas ao redor	Acidental ou com a aproximação e contenção por outra pessoa
Estados confusionais	Vigília	Variável	Variável
Transtorno dissociativo	Vigília ou transição vigília sono	Variável, mais comum é que ocorra perambulação. Amnésia do evento	Geralmente automutilação, movimentos de se debater e ataques
Simulação	Vigília	Variável e associado a ganhos primários	Variável

Siglas utilizadas

REM – *Rapid-Eye Movements*

NREM – Não *Rapid-Eye Movements*

PSG – Polissonografia

CPAP – *Continuous Positive Airway Pressure*

CITS-3 – Classsificação Internacional dos Transtornos do Sono, terceira edição

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde, décima edição

DSM-5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth edition*

GCPs – Geradores Centrais de Padrão

TCSREM – Transtorno Comportamental do Sono REM

(Adaptada de Siclari ***et al.***, 2010)

Parassonias NREM

Algumas revisões de séries de caso apontaram que os comportamentos violentos ocorrem em diferentes situações dependendo da parassonia. No despertar confusional, a agressão geralmente ocorre quando a pessoa é acordada por outra, no sonambulismo, por outro lado, ocorre quando o episódio de perambulação já está em curso e a pessoa é abordada ou passa por outra. No terror noturno pode haver agressão relacionada a imagens aterrorizantes vivenciadas durante o episódio.

Não há achado de exame ou fator desencadeante patognomônico das parassonias NREM, porém é importante investigá-los. Um fator predisponente é genético, relacionado ao gene HLA DQB1, encontrado em 35% dos indivíduos com sonambulismo, porém, esse mesmo gene também é encontrado em 13,3% de indivíduos sem essa condição. Dois achados polissonográficos comuns em muitos indivíduos com sonambulismo são aumento de sono de ondas lentas e aumento do microdespertares, que também podem ser encontrados em pessoas sem história de sonambulismo.

Quanto aos fatores precipitantes, há relatos de que estresse, privação de sono, uso de álcool e uso de alguns medicamentos podem ocasionar episódios de sonambulismo. O álcool está mais associado à precipitação de episódios de sonambulismo quando consumido em baixas doses por indivíduos que não costumam beber regularmente, pois leva, nessas condições, a um aumento do limiar para despertar. Já quanto aos medicamentos, em geral a associação com a precipitação de episódios de sonambulismo é verificada a partir de relatos de caso. Outro ponto importante é que muitas vezes não há um único fator precipitante para os episódios, mas uma combinação deles.

Em resumo, os episódios de violência durante o período de sono estão relacionados a um estado dissociativo em que há a presença concomitante de elementos da vigília e do sono NREM, com hipoatividade do córtex pré-frontal (relacionado a planejamento, atenção e julgamento), e sua ocorrência está ligada a um balanço entre a pressão de sono de ondas lentas e fatores que levam ao despertar.

Transtorno Comportamental do Sono REM

No TCSREM, a maior parte das lesões ocasionadas pelo comportamento anormal acabam ocorrendo no próprio paciente. Investidas contra o parceiro de cama ocorrem em 69% dos casos, com lesões em 3%. Ao contrário das parassonias NREM, o indivíduo se torna rapidamente consciente do que está ocorrendo, logo após acordado.

Os comportamentos motores estão relacionados a aumento da atividade dos centros motores e com ausência da atonia muscular característica da fase REM. A agressividade deles, por sua vez, está relacionada ao conteúdo violento dos sonhos

encenados.

Epilepsia

O tipo de epilepsia mais comumente apontado como causa de um comportamento violento durante o período de sono é a epilepsia do lobo frontal. Os episódios de violência relacionados aos comportamentos motores das crises ocorrem de modo abrupto e não são dirigidos intencionalmente a alguém. Os movimentos em geral são estereotipados e há amnesia quanto ao evento. A epilepsia do lobo frontal e as parassonias NREM apresentam padrões semelhantes de ativação cerebral e fatores desencadeantes similares.

Avaliação

Ao se periciar um caso de comportamento violento relacionado ao sono, deve-se realizar uma avaliação criteriosa do paciente, ser imparcial, permitir que seu parecer seja submetido a processo de revisão e disponibilizar seu testemunho para os advogados de ambas as partes. Um exame clínico completo, além de avaliação neurológica e psiquiátrica, devem ser realizados em todos os casos. Outros instrumentos que auxiliam são vídeos noturnos caseiros e polissonografia, em especial a vídeo-polissonografia.

São necessárias também avaliação detalhada do evento e do grau de amnésia, verificação de história familiar de distúrbios do sono e idade de início dos sintomas, investigação de relato de registro médico anterior, verificação de hábitos sociais, uso de drogas, medicação ou álcool e a determinação da frequência e da natureza estereotipada da violência. É importante incluir entrevista com parceiro ou membros da família. Além disso, deve-se investigar, além do evento atual, os possíveis eventos anteriores, como o período da noite, a frequência e o grau de amnésia associado.

Durante a entrevista é importante observar a atitude e a reação do indivíduo sobre o evento quando completamente consciente. Também se deve avaliar, sobre o evento atual e anteriores, a associação do comportamento anormal com fatos diurnos, como estresse, privação de sono, ingestão de álcool e/ou drogas, febre ou ocorrência de outros eventos anormais.

IMPLICAÇÕES FORENSES

Na literatura anglo-saxã encontramos diversos casos em que distúrbios do sono foram considerados em julgamentos, muitas vezes inocentando o acusado. Especialistas em medicina do sono chegaram a fazer alguns "*guidelines*" (com características que seriam favoráveis à associação entre o comportamento violento e um distúrbio do sono) e criaram associações específicas de medicina do sono forense.

No Brasil, entretanto, praticamente não há relato de casos levados ao tribunal em que a defesa utilizou o argumento da inconsciência da natureza do evento durante o ato em virtude de um transtorno do sono. Se a prevalência de comportamentos violentos durante o sono for próxima a 2% da população, como estimado em um

estudo, então muitos casos podem não estar sendo diagnosticados. Isso pode ocorrer pelo fato da medicina do sono ser uma área relativamente nova, sobretudo em nosso país, e só recentemente aprovada pela Associação Médica Brasileira como área de atuação para neurologia, psiquiatria, pneumologia e otorrinolaringologia. A escassez de leitos para polissonografia (e ainda maior para vídeo-polissonografia) na rede pública também dificulta a elucidação diagnóstica em muitos casos. Além disso, não há no país especialistas em medicina do sono forense ou mesmo previsão legal para uma avaliação obrigatória, sistemática e científica dos padrões de sono do réu.

Considerando-se a legislação brasileira, é dito no Código Penal (Parte geral, Título III): "*Art. 26 – É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento*". No mesmo artigo é dito sobre redução da pena que: "*Parágrafo único – A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento*".

No caso das parassonias, o caráter dos episódios criminalmente condenáveis é em geral involuntário e há ausência de crítica quanto ao comportamento apresentado e sua ilicitude. As parassonias constam no DSM-5 e no Capítulo V da CID-10 (F51), podendo portanto ser consideradas transtornos mentais. Entretanto, no caso das parassonias, a ausência de entendimento sobre o caráter ilícito do ato se dá de modo temporário e em condições especiais, não influenciando a possível periculosidade do sujeito durante a vigília.

Em virtude da escassez de dados na literatura brasileira, peritos de eventuais casos forenses ligados a transtornos do sono devem basear sua avaliação em dados da literatura estrangeira. Nesse ponto, temos algumas caraterísticas que favorecem a alegação de que o comportamento ilícito pode estar relacionado a um transtorno do sono, sobretudo as parassonias NREM. No Quadro 29-5 podemos encontrar um resumo dessas características.

QUADRO 29-5 Critérios Propostos por Mahowald *et al.* (1990) para Estabelecer o Papel de um Transtorno do Sono Subjacente em um Ato Violento

Presença de um transtorno do sono subjacente: - Presença de uma evidência sólida que apoie o diagnóstico - Ocorrência prévia de episódios similares
Característica do ato: - Ocorre ao despertar ou imediatamente após adormecer - Início abrupto e duração curta - Impulsivo, sem sentido ou motivação aparentes - Falta de consciência do indivíduo durante o ato - Vítima: presente no local coincidentemente, possível causa do despertar
Ao retornar à consciência: - Perplexidade, horror, sem tentativa de escapar do local - Amnésia do evento

Presença de fatores precipitantes:
- Tentativas de acordar o sujeito
- Uso de drogas sedativas/hipnóticas
- Privação de sono
- Intoxicação por álcool ou outras drogas em geral impossibilitam o uso do transtorno do sono como argumento de defesa no tribunal

Embora essas características sejam sugestivas dos comportamentos relacionados a transtornos do sono, mesmo que sejam encontradas é recomendada a prudência na elaboração do laudo, pois mesmo que um sujeito apresente parassonia não é possível afirmar com total precisão que naquela noite específica em que o crime ocorreu esse sujeito estava em um episódio de parassonia e outros elementos do evento deverão ser considerados no tribunal. Além disso, como já foi dito, não há achado de exame patognomônico de uma parassonia NREM e quando essa for alegada em defesa do réu, o máximo que o perito poderá dizer é se esse compartilha ou não características dos outros 4% da população adulta que também apresentam parassonias NREM.

Outro ponto em aberto para discussões é o fato de o sujeito saber quais são os fatores desencadeantes de um episódio de parassonia. Ou seja, se a pessoa com um histórico de comportamento violento durante um episódio de parassonia já sabe que alguns fatores como privação de sono, ingestão de álcool ou uso de certo medicamento podem desencadear um episódio de parassonia, então, passa a ser questionável se ela deve ser considerada inimputável após novo episódio de violência ocorrido nessas circunstâncias.

CONCLUSÃO

O sono preenche boa parte de nossas vidas e os estudos sobre as ciências do sono estão em expansão na comunidade científica. O recente reconhecimento da medicina do sono como área de atuação médica por algumas especialidades pode facilitar a consideração dos transtornos do sono como possíveis causas de ausência de entendimento sobre a ilicitude de atos violentos ou de natureza sexual não consensual ocorridos durante o período de sono. Isso porque, até o momento, essa tem sido uma área pouco explorada no âmbito forense em nosso país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aloe F, Azevedo AP. Transtornos do sono. In: Clínica psiquiátrica, Barueri: Manole; 2011: v. 1: 994-1014.

American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth edition (DSM-5). Washington, DC; 2013.

Azevedo, AP, Aloe, F, Tavares, S. Transtornos do sono. In: *Psiquiatria básica*. Porto Alegre: Artmed; 2007:381–399.

Brasil. Decreto-lei 2.848, Código Penal, Parte Geral, Título III. 07121940.

Delgado-Rodrigues, RN, Allen, AN, dos Santos, LG, Schenk, CH. Sleep Forensics: a critical review of the literature and brief comments on the Brazilian legal situation. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 2014; 72(2):164–169.

Mahowald, MW, Bundlie, SR, Hurwitz, TD, Schenck, CH, Sleep violence–forensic science implications: polygraphic and video documentation. *J Forensic Sci* 1990; 35:413–432

Mahowald, MW, Cramer Bornemann, MA, Schenk, CH. State Dissociation, Human Behavior, and Consciousness. *Current Topics in Medicinal Chemistry*. 2011; 11:2392–2402.

Mahowald, MW, Schenk, CH, Cramer Bornemann, MA. Sleep-related Violence. *Current Neurology and Neuroscience Reports*. 2005; 5:153–158.

Mahowald, MW, Schenk, CH. Parasomnias: sleepwalking and the law. *Sleep Medicine Reviews*. 2000; 4 (4):321–339.

Paiva, T, Andersen, ML, Tufik, S[coordenadores]. O Sono e a medicina do sono. Barueri: Manole, 2014.

Pressman, MR. Factors that predispose, prime and precipitate NREM parasomnias in adults: Clinical and forensic implications. *Sleep Medicine Reviews*. 2007; 11:5–30.

Schenk, CH, Arnulf, I, Mahowald, MW. Sleep and Sex: What can go wrong? A review of the literature on sleep related disorders and abnormal sexual behaviors and experiences. *Sleep*. 2007; 30(6):683–702.

Siclari, F, Khatami, R, Urbaniok, F, et al. Violence in sleep. *Brain*. 2010; 133:3494–3509.

Tassinari, CA, Rubboli, G, Gardella, E, et al. Central pattern generators for a common semiology in fronto-limbic seizures and in parasomnias. A neuroethologic approach. *Neurol. Sci*. 2005; 26:s225–s232.

Tavares S, Hasan R. Avaliação do Sono. In: Clínica psiquiátrica, Barueri: Manole; 2011: v. 1: 392-399.

CAPÍTULO 30

Epilepsia e Crises não Epilépticas Psicogênicas

Renato Luiz Marchetti and José Gallucci Neto

EPILEPSIA

Epilepsia é o mais frequente transtorno neurológico sério, acometendo 50 milhões de pessoas no mundo, 80% delas em países em desenvolvimento. Na maioria dos países há entre 0,4% a 1% da população com epilepsia. Temos a chance aproximada de 1,5% a 5% de desenvolver epilepsia ao longo da vida.

Trata-se de uma manifestação clínica caracterizada por crises epilépticas recorrentes que resultam de uma descarga anormal e excessiva de um conjunto de neurônios cerebrais. O diagnóstico nem sempre é fácil, porque as manifestações das crises epilépticas são muito diversificadas. Elas vão depender da área afetada na descarga. A crise epiléptica mais conhecida é a crise tônico-clônica, ou crise convulsiva, mas está longe de ser a única ou mais frequente. Pacientes com epilepsia apresentam quase sempre crises envolvendo alterações da consciência, movimentos automáticos e outras alterações comportamentais, na maioria das vezes as chamadas crises parciais complexas. A epilepsia não é uma doença única e com manifestações uniformes. Várias condições neurológicas diferentes levam à ocorrência de crises epilépticas recorrentes.

O diagnóstico de epilepsia é eminentemente clínico. Em algumas ocasiões só a anamnese clínica, exame físico, neurológico e de estado mental são suficientes. No entanto, muitas vezes será necessário o recurso de exames subsidiários para se confirmar o diagnóstico. Nesse sentido, o eletroencefalograma (EEG) se destaca como o exame mais importante. O EEG nos dá um retrato momentâneo da atividade elétrica cortical cerebral. Pacientes com epilepsia irão apresentar um EEG positivo em pelo menos 50% dos casos ao realizarem um primeiro exame. Se forem realizados ao menos quatro exames o EEG será positivo em 90% dos pacientes com epilepsia. Mas ao menos 10% dos pacientes com epilepsia não apresentarão alterações no EEG interictal. O contrário também é verdade. Uma parcela de até 2% da população normal apresentará alterações epileptiformes no EEG. Portanto, sempre é importante lembrar que não diagnosticamos o exame, mas sim o paciente, podendo haver epilepsia mesmo na ausência de EEG com descargas epileptiformes e um EEG com descargas epileptiformes mesmo na ausência de epilepsia. Uma minoria de pacientes irá necessitar da realização de monitoração prolongada vídeo-eletroencefalográfica (vídeo-EEG) para a realização ou confirmação do diagnóstico de epilepsia. A indicação

principal do vídeo-EEG é o diagnóstico diferencial da epilepsia com as chamadas crises não epilépticas psicogênicas (CNEP) e a investigação pré-cirúrgica de pacientes com epilepsia refratária a tratamento clínico com drogas antiepilépticas (DAE). O exame principal para a investigação da etiologia da epilepsia é a ressonância magnética (RM) cerebral, na qual é visível uma parcela de 80% das lesões epileptogênicas. O mesmo afirmado para o EEG vale para a RM: uma RM sem "lesões" não afasta epilepsia, e o achado de uma "lesão" na RM não significa automaticamente que ela está relacionada à epilepsia.

Para a maioria dos pacientes, as DAE são a principal opção para o tratamento, e o objetivo é a eliminação das crises epilépticas, a redução da morbidade e da mortalidade associadas à epilepsia, assegurando-se qualidade de vida para paciente e familiares. O uso correto de uma primeira DAE em regime de monoterapia leva à remissão em pelo menos 60% a 70% dos casos. Em casos de escape terapêutico a substituição ou a adição de uma segunda ou terceira droga levará a remissão de mais 10 a 15% dos casos. Mesmo com tratamento adequado, cerca de 25% dos pacientes continuará apresentando crises.

EPILEPSIA E TRANSTORNOS MENTAIS

Os transtornos mentais ocorrem com frequência em pacientes com epilepsia, com prevalência entre 20% a 50%. Tipos de epilepsia mais graves apresentam risco aumentado para eles.

A etiologia dos transtornos mentais associados à epilepsia é multicausal e complexa, envolvendo a base orgânica (retardo mental, TCE, outros insultos ao SNC, presença de lesão cerebral), a síndrome epiléptica, a ocorrência direta ou indireta de crises epilépticas, o tratamento pelas DAE ou pela cirurgia de epilepsia e os problemas psicológicos envolvidos com a epilepsia.

Os transtornos mentais associados à epilepsia são divididos em peri-ictais e interictais. A característica principal dos transtornos mentais peri-ictais é a relação temporal estreita entre eles e as crises epilépticas, o que não ocorre com os interictais.

O transtorno mental mais frequente nos pacientes com epilepsia é a depressão. Sua frequência pode chegar a cerca de 50% nos casos de epilepsia refratária e trata-se do problema que mais prejudica a qualidade de vida desse grupo específico de pacientes. A depressão está fortemente associada ao elevado risco de suicídio (5% a 14%) observado nos pacientes com epilepsia. A principal apresentação é a depressão interictal. Há tipos clínicos com curso episódico e outros com curso crônico, e sintomas ansiosos acompanham com frequência o quadro clínico.

Em função da gravidade, a psicose é o outro transtorno mental mais importante. Sua frequência pode chegar a 25% nos pacientes com epilepsia refratária. Os delírios, alucinações, as alterações grosseiras do pensamento, da afetividade, da conação, do comportamento e da capacidade de julgamento e de adaptação à realidade trazem impacto significativo, levando à necessidade de internação psiquiátrica e tentativas de suicídio em até 40% dos casos. Podem ocorrer de maneira episódica (sobretudo nas psicoses pós-ictais) ou crônica (nas psicoses interictais). Pioram de maneira significativa o funcionamento social, aumentando os níveis de desemprego e

dependência.

Uma minoria de pacientes apresenta problemas de personalidade. Eles estão mais frequentemente descritos entre os pacientes com epilepsia mioclônica juvenil (EMJ), entre os pacientes com epilepsia do lobo temporal (ELT) medial e os pacientes com epilepsia do lobo frontal (ELF) pós-traumática. São encontrados em 14% a 23% dos pacientes com EMJ negação da doença, negligência de cuidados com o sono e outros hábitos, baixa adesão ao tratamento, imaturidade emocional, inconsequência, irresponsabilidade, indisciplina, dificuldade de aceitação de limites e regras sociais, hedonismo, impulsividade e instabilidade emocional. Há uma correspondência desses traços com os dos transtornos de personalidade do grupo B da DSM-IV. Normalmente apresentam intensidade leve a moderada e estão associados à piora da frequência de crises e mais problemas psicossociais.

Em pacientes com ELT Medial candidatos a lobectomia temporal encontramos entre 1,6% e 25% com manifestações da síndrome de Gastaut-Geshwind: os pacientes apresentam mudança permanente da personalidade, viscosidade (que se manifesta por afetos profundos e persistentes, tenacidade, repetitividade, "grude" social, discurso prolixo, detalhista e circunstancial e hipergrafia), interesse ou preocupações com assuntos religiosos, éticos ou filosóficos, hipossexualidade e hostilidade ou irritabilidade.

Nas epilepsias frontais pós-traumáticas e tumorais pode ocorrer a síndrome da transformação "orgânica" frontal orbital: impaciência, inquietação, inconstância, impulsividade, agressividade, euforia, puerilidade e labilidade afetivas, desinibição social, promiscuidade, linguagem obscena, descuido pessoal, irresponsabilidade e deterioração social marcante, julgamento social prejudicado, falta de empatia, egoísmo e perda de padrões éticos. As alterações são quase sempre relacionadas às lesões na região frontal, particularmente orbital, não havendo relação com a gravidade das crises.

EPILEPSIA E DIREÇÃO

Pacientes com epilepsia ativa e que apresentam crises durante a vigília, com alterações motoras e alterações da consciência e prejuízo da percepção subjetiva do ambiente e responsividade a ele apresentam aumento de risco de 1,84 para a ocorrência de acidentes automobilísticos quando dirigem veículos automotores. Em função do risco para si e para outras pessoas eles são legalmente impedidos de dirigir. De uma maneira geral, apenas pacientes em remissão por um período satisfatório são autorizados a dirigir, embora haja diferenças entre as legislações dos diferentes países.

De um ponto de vista puramente clínico, alguns fatores poderiam contar a favor ou contra a redução do tempo de remissão:

A favor:

- Crises parciais simples sem interferência na consciência e na atividade motora.
- Apenas crises durante o sono.
- Crises com auras consistentes e prolongadas.
- Crises por privação de sono.
- Crises iatrogênicas provocadas por modificações de medicação recomendadas pelo

médico assistente.

- Crises intercorrentes por fatores evitáveis no futuro.
- Crises sintomáticas agudas, com pouca probabilidade de recorrência.
- Crises ocasionais em pessoas não portadoras de epilepsia.
- Bom histórico de direção.

Contra:

- Presença de lesões cerebrais epileptogênicas.
- Síndromes epilépticas incuráveis (p. ex., EMJ).
- Crises parciais complexas desde o início.
- Crises frequentes após períodos livre de crises.
- Aumento da frequência de crises no último ano.
- Acidentes prévios por causa de crises.
- História de abuso de álcool, má adesão ao tratamento ou falta de credibilidade.
- Mau histórico de direção.

No Brasil, a direção por pacientes com epilepsia é regulada pela Resolução 425 de 2012 do Conselho Nacional de Trânsito (Resolução 425/2012), que dispõe que:

- Para pacientes em tratamento com medicamentos antiepilépticos, será autorizada a direção para aqueles sem crises há mais de 1 ano, com parecer favorável do médico assistente e plena adesão ao tratamento.
- Para pacientes em esquema de retirada de medicamentos antiepilépticos, será autorizada a direção quando não forem portadores de epilepsia mioclônica juvenil (em que não ocorre a cura), se estiverem ao menos 2 anos sem crises antes do início da retirada dos medicamentos, com tempo de retirada mínimo de 6 meses e com pelo menos 6 meses sem crises após a retirada completa das substâncias antiepilépticas e parecer favorável do médico do médico assistente.
- O médico assistente deve preencher formulário padronizado, disponível no Anexo IX da Resolução 425 (disponível em http://www.denatran.gov.br/download/Resolucoes/(Resolução%20425.-1.pdf), prestando as informações que irão informar a decisão do Detran.

É de responsabilidade do médico assistente informar ao paciente e a seus familiares sobre os aspectos de segurança e legais envolvidos no ato de dirigir, aconselhando-os de maneira adequada, assim como prestar as informações requeridas pelas autoridades legais quando solicitado. No entanto, é frequente pacientes com epilepsia ignorarem seus deveres legais relacionados à direção e não informarem adequadamente as autoridades quanto à sua condição médica. Alguns desses pacientes se mantém dirigindo apesar das orientações em contrário. Essa atitude levanta problemas éticos relacionados à postura que o médico assistente deve tomar, notificando ou não as autoridades à revelia do seu paciente, colocando em oposição por um lado o direito à segurança da população como um todo e por outro o direito à privacidade do paciente e a confiança do paciente em seu médico. Diferentes posições são encontradas na literatura a respeito e diferentes países tomam posturas legais diferentes a esse respeito. A Liga Internacional contra a Epilepsia e o Bureau Internacional de Epilepsia se opõe a essa obrigação legal.

EPILEPSIA, EMPREGO E APOSENTADORIA POR DOENÇA

A maioria das pessoas com epilepsia relata que seu trabalho foi afetado pela doença. Em geral, a taxa de desemprego das pessoas com epilepsia é ao menos duas vezes maior. Também são mais frequentemente empregadas em trabalhos não especializados e braçais. As dificuldades de conseguir e manter bons empregos do paciente com epilepsia são multifatoriais, envolvendo o estigma associado à epilepsia, a presença e a frequência de crises epilépticas e fatores psicossociais, como autoconfiança e suporte social. Por outro lado, pacientes com epilepsia desempregados apresentam mais problemas psicossociais que os empregados.

Há efetivamente algumas restrições objetivas ao trabalho para pacientes com epilepsia. São aquelas situações em que os expõe ou a outras pessoas a risco no caso da ocorrência de crises. Exemplos dessas profissões são bombeiro, trabalho em altura (andaimes, escadas, etc.), piloto, cirurgião, operador de máquinas industriais (prensas, serras etc.), salva-vidas e mergulhador. É obrigação do médico assistente orientar e aconselhar seu paciente a respeito dessas restrições.

Além disso, vários são os motivos alegados pelos empregadores para não contratarem pacientes com epilepsia: suposição de que eles têm menor capacidade de trabalho, crença em maior absenteísmo e maior possibilidade de acidentes. Tais crenças, o entanto, em geral não se fundamentam em dados empíricos. Experiências de discriminação no emprego são frequentes e até 22% de pacientes sofrem demissões relacionadas a epilepsia.

Em função das barreiras sociais para o trabalho, a maioria das pessoas com epilepsia se preocupa e não revela o seu problema por ocasião do processo seletivo. Infelizmente, a revelação sobre a epilepsia com alguma frequência ocorre por ocasião da primeira crise epiléptica no emprego e, não raramente, é acompanhada pela demissão do paciente.

Embora pacientes com epilepsia controlada possam desempenhar suas atividades profissionais sem dificuldades, pacientes com epilepsias refratárias, sobretudo os que apresentam comorbidades psiquiátricas e sinais de toxicidade neurológica por DAE, com frequência são incapazes de realizar atividades laborais, conseguir e manter seus empregos, em especial em uma sociedade com mercado de trabalho competitivo. Tais pacientes precisarão recorrer a benefícios com reposição de renda pela previdência social, como auxílio doença e aposentadoria por doença. Para tanto, os pacientes são submetidos à perícia a fim de diagnosticar a incapacidade temporária ou definitiva para o exercício profissional. No Brasil, pessoas com epilepsia refratária e séria incapacitação profissional enfrentam dificuldades para obter os benefícios da previdência, possivelmente porque os critérios para a decisão médico-pericial de incapacidade são predominantemente clínicos e devem ser analisados individualmente, não apenas pelo diagnóstico de epilepsia, mas sim pelo conjunto de dados que inclui a história de crises e tratamentos (presença, gravidade e refratariedade às DAE), comorbidades clínicas e psiquiátricas, desempenho e presença de problemas cognitivos, possibilidade e acesso a reabilitação, prognóstico da epilepsia e das comorbidades associadas. Não há, portanto, possibilidade de generalização. Entretanto, a maioria das perícias de pacientes com epilepsia não é

realizada por médicos neurologistas e são questionáveis o seu conhecimento e a prática clínica para estabelecer a verdadeira condição de capacidade laboral ou mesmo para atestar ou negar a realidade do diagnóstico de epilepsia, o que influenciará a sua decisão final. Portanto, assume importância capital o relatório do médico assistente, que deve ser o mais detalhado e fidedigno possível.

Ferreira e col. avaliaram 188 relatórios de médicos peritos em pacientes com epilepsia que receberam benefícios. Os relatórios eram em sua maioria incompletos em vários aspectos e 60% deles não incluíam o argumento ou evidência clínica que sustentava a concessão do benefício. Os autores concluem que a maioria das decisões periciais sobre trabalhadores com epilepsia requerendo benefícios é inconsistente, leniente e não fundamentada clinicamente e consideram necessária a revisão e criação de diretrizes específicas sobre epilepsia e trabalho pelo Sistema de Previdência Social.

EPILEPSIA E AGRESSIVIDADE

Agressividade direcionada como manifestação direta de uma crise epiléptica é bastante rara. Em 0,7% dos episódios confusionais pós-ictais imediatos podem ocorrer comportamentos violentos direcionados e 3% de comportamentos violentos não direcionados associados a resistência à restrição física. Episódios psicóticos pós-ictais podem ser acompanhados por comportamentos violentos direcionados graves em até 23%, constituindo importante exceção à natureza relativamente rara e branda da agressividade peri-ictal. Agressividade interictal é encontrada em uma frequência variável (5% a 56%) em pacientes com epilepsia, dependendo dos aspectos metodológicos envolvidos. Seu impacto é potencialmente grave. É direcionada e ocorre em um contexto variável. Ela é mais comum em populações selecionadas, como os pacientes com ELT refratária e prisioneiros com epilepsia. Fatores de risco para agressividade interictal são sexo masculino, TCE e retardo mental. Com frequência ocorrem no contexto de transtornos mentais associados à epilepsia, como hiperatividade, transtorno de conduta, transtorno explosivo intermitente, problemas de personalidade, transtorno disfórico interictal e psicose interictal. Atos violentos direcionados ocorrem em cerca de 5% dos episódios psicóticos interictais.

EPILEPSIA E CRIME

Quais evidências corroboravam a associação de epilepsia e crime? Em primeiro lugar, os achados de comportamentos agressivos em populações selecionadas de pacientes com epilepsia, como relacionado anteriormente. Em segundo, estudos de prevalência de epilepsia em populações de prisioneiros, nas décadas de 1960 a 1980 do século XX, mostrando prevalência de epilepsia nos prisioneiros de duas a quatro vezes maior que a da população geral. Ambos os tipos de evidências estão intensamente contaminados por viés amostral. No primeiro caso tratam-se de casuísticas de pacientes com tipos de epilepsia graves e com forte associação a transtornos mentais. No segundo caso, há intensa associação da população encarcerada com pobreza e com outros fatores associados à epilepsia, como TCE e retardo mental.

Os estudos iniciais de prevalência de epilepsia em prisioneiros tinham problemas

significativos envolvendo população pouco representativa, definição de epilepsia dados clínicos indiretos (como prescrição de DAE pelo médico da prisão) e informações de segunda mão (prestadas pelos médicos da prisão). Uma série de estudos mais recentes e uma meta-análise feita por Fazel em 2002 envolvendo estudos com base em entrevistas clínicas diretamente realizadas com os pacientes não confirmaram a elevação da prevalência de epilepsia na população encarcerada.

Fazel também realizou importante estudo populacional envolvendo toda a população da Suécia, num seguimento de 35 anos, e constatou que a chance de uma pessoa com epilepsia cometer um crime violento é 1,5 vezes maior do que uma pessoa não afetada. Mas essa associação desapareceu quando as pessoas com epilepsia foram comparadas aos seus irmãos não afetados, que apresentaram o mesmo risco de cometer crimes violentos. Pessoas que sofreram TCE apresentaram prevalência de crimes violentos 3,3 vezes maior que a população normal. Quando comparadas a seus irmãos não afetados, mantinham elevação de duas vezes, e quando descontados os casos de associação a abuso de substâncias mantinha elevação de 2,3 vezes .

Portanto, não há até hoje evidências empíricas que confirmem uma associação clara e direta entre epilepsia e crime, pelo menos para a maioria dos pacientes na população em geral. Há, no entanto, evidências de outro estudo populacional recente, feito por Kwon e col., de que pessoas com epilepsia tem 1,4 vezes mais chance de sofrerem agressões violentas do que as pessoas não afetadas.

EPILEPSIA, PERICULOSIDADE E IMPUTABILIDADE

Como abordado anteriormente, as pessoas com epilepsia continuam a ser percebidas por quase metade da população como perigosas e violentas .

Não há evidências para se pensar em periculosidade social de pessoas com epilepsia, pelo menos em termos gerais (diferentes tipos de epilepsia) e populacionais. Em termos práticos, o risco de um ato criminoso diretamente relacionado à ocorrência de uma crise epiléptica é muito baixo. Portanto, pessoas com epilepsia e sem transtornos mentais que cometeram crimes podem ser consideradas imputáveis quando não há evidências da associações destes com crises epilépticas. Pacientes com epilepsia e transtorno mental associado podem ser considerados inimputáveis se cometerem crimes na vigência de episódios psicóticos pós-ictais ou interictais ou quando há retardo mental, situações em que há prejuízo do entendimento do ato criminoso por comprometimento intelectivo. Pacientes com epilepsia e outros transtornos mentais associados podem ser considerados semi-imputáveis se cometerem crimes nos quais se presume a participação causal do transtorno mental no crime (p. ex., por comprometimento da capacidade de controle das emoções e impulsos, por degradação dos valores sociais etc.). A periculosidade criminal (possibilidade de reincidência) de pacientes com epilepsia que cometeram crimes não pode ser considerada de maneira geral, mas dentro do contexto de cada caso (ver Capítulo 6, Perícias em Direito Criminal).

AUTOMATISMO EPILÉPTICO E A DEFESA BASEADA NA

EPILEPSIA

Embora a conclusão geral seja de que a possibilidade de um crime violento devido à ocorrência de uma crise epiléptica é baixa, é indiscutível que comportamentos automáticos inapropriados ou bizarros podem levar um paciente com epilepsia a ser incriminado legalmente e nessas condições a defesa baseada na epilepsia deve ser considerada seriamente e estudada de acordo com as circunstâncias do caso. Uma das primeiras descrições de estado epiléptico não convulsivo (uma condição de crise epiléptica repetida ou contínua prolongada) foi um caso descrito por Charcot de um paciente que teve problemas com a lei por embarcar em um trem sem um bilhete válido durante este quadro. Na Inglaterra e País de Gales, durante o período de 1975 a 2001, houve 13 casos de pessoas acusadas que foram julgadas inocentes em função de epilepsia. Outro caso recente descrito na literatura se refere a um paciente erroneamente condenado e aprisionado por exibicionismo em função de exposição social sem roupa ocorrida durante crise epiléptica. Pacientes com epilepsia do lobo frontal e temporal podem apresentar automatismos de projeção da bacia e mesmo automatismos sexuais que podem levar a problemas variados de natureza legal.

Portanto, cada caso em que que há a alegação de que o ato criminoso foi consequência de epilepsia deverá ser avaliado em seu próprio mérito, e o especialista convocado a estabelecer a realidade dos fatos poderá se basear nos seguintes critérios gerais, baseados e modificados de diferentes autores que estudaram o tema:

- O problema clínico da epilepsia já existia previamente ao evento em questão.
- A epilepsia já era diagnosticada e tratada antes do evento.
- O diagnóstico de epilepsia pode ser confirmado por um epileptologista (neurologista ou psiquiatra especializado em epilepsia).
- A presença de automatismos durante ou imediatamente após as crises epilépticas está documentada pela anamnese.
- Os atos agressivos ou inapropriados fazem parte das crises costumeiras do paciente.
- A presença de comportamentos agressivos ou inapropriados relacionados a atividade epiléptica foi demonstrada durante o vídeo-EEG.
- Não houve premeditação.
- O ato é contrário ao comportamento habitual do acusado e descontextualizado em relação às circunstâncias do evento.
- Durante ou após o episódio, testemunhas atestam que o acusado parecia apresentar confusão mental.
- Após o evento, o acusado procurou ajuda e não escondeu as evidências do evento.
- O acusado apresenta amnésia para o evento de natureza lacunar e definitiva.

Cada um dos critérios expostos não é definitivo no estabelecimento do evento como consequência direta de crise epiléptica, mas o conjunto dos critérios deve informar o julgamento clínico do especialista. Quanto mais critérios positivos, maior será a convicção na presença desse nexo causal.

CRISES NÃO EPILÉPTICAS PSICOGÊNICAS

Definição de Crise não Epiléptica Psicogênica

O termo pseudocrise ou crise pseudoepilética foi introduzido por Liske e Forster em 1964 para nomear qualquer evento de caráter paroxístico clinicamente semelhante a uma crise epiléptica, porém não acompanhada das alterações eletrofisiopatológicas encontradas na epilepsia. Na literatura recente, esse quadro é denominado crise não epiléptica. A crise não epiléptica pode ter origem fisiogênica (CNEF) ou psicogênica (CNEP). Há várias condições médicas que podem se apresentar como CNEF, sendo a síncope a mais comum. As intoxicações agudas por cocaína, os transtornos metabólicos, do movimento (mioclonia familiar) e do sono, os episódios isquêmicos transitórios e os transtornos migranosos também são possibilidades diagnósticas.

As CNEP são mais freqüentes do que as CNEF, com prevalência estimada em 5% da população atendida em ambulatórios de epilepsia e em 20% a 40% nos centros de epilepsia de difícil controle.

As Crises não Epilépticas Psicogênicas São um Transtorno Mental?

Assim como ocorre no campo neurológico, no qual a ocorrência de crises epilépticas não provocadas recorrentes são denominadas epilepsia, na Psiquiatria a recorrência de CNEP é denominada pelos especialistas na área transtorno de crises não epilépticas psicogênicas. Diversos problemas psiquiátricos podem se apresentar sob a forma de CNEP, sendo mais comuns as crises que se apresentam com sintomas dissociativos/conversivos que ocorrem nos transtornos mentais classificados hoje dentro da categoria F44 da CID-10 de transtornos dissociativos ou conversivos, F45 de transtornos somatoformes e F43 no transtorno de estresse pós-traumático, ocorrendo em até 87,5% dos casos de CNEP .

As crises dissociativas não se encontram sob o controle consciente, diferentemente do que ocorre nos transtornos factício e de simulação. No transtorno factício essa produção tem característica compulsiva, com a necessidade psicológica de se assumir o papel de “doente”, visto que não ocorrem incentivos externos para a manutenção do quadro, normalmente crônico e incapacitante. No caso de simulação, a produção intencional de sintomas envolve incentivos externos claramente identificáveis quando as circunstâncias ambientais são conhecidas.

As CNEP levam a problemas sociais e psicológicos, ocorrendo em indivíduos jovens que se tornam incapazes de trabalhar ou estudar. Os pacientes e suas famílias sentem-se rejeitados e ignorados após o diagnóstico de CNEP, e os primeiros podem ser diagnosticados e tratados como portadores de epilepsia, passando a enfrentar os mesmos problemas com que se deparam as pessoas com epilepsia: estigma, incapacitação no trabalho e acadêmica, dificuldades nos relacionamentos familiares e exclusão social.

Fatores de Risco para CNEP

A maioria dos pacientes é de mulheres jovens, com menos de 40 anos, podendo

constituir até 80% dos casos em alguns estudos.

A prevalência elevada de abuso sexual ou físico na história dos pacientes que apresentam CNEP é conhecida. Bowman encontrou história de trauma em 88% de pacientes com CNEP, e abuso sexual foi relatado em 59% dos casos. Além disso, é comum a comorbidade psiquiátrica nessa população, em particular os transtornos de personalidade dependente, histriônico e emocionalmente instáveis, os transtornos somatomorfes, sobretudo hipocondria, o abuso de drogas ou álcool, o transtorno de estresse pós-traumático, os transtornos de ansiedade, os transtornos afetivos e os outros transtornos dissociativos.

Já foi comprovada a alta prevalência de transtornos depressivos nos pacientes portadores de CNEP. É importante lembrar que, embora a ausência de uma história com agravos neurológicos possa ser considerada como um dos fatores que reforçam evidência de CNEP, alguns estudos sugerem que pacientes portadores de CNEP, como um grupo, apresentam maior risco para desenvolverem algum tipo de disfunção cerebral de ordem neurológica.

O Diagnóstico Diferencial entre Crise Epiléptica e CNEP

O diagnóstico diferencial precoce das CNEP diminui o seu impacto psicossocial e melhora o prognóstico. Nas últimas duas décadas, o método mais eficaz para estabelecer o diagnóstico diferencial consiste no estudo das crises pela monitoração prolongada com eletroencefalografia (EEG) e vídeo. O VEEG vem revolucionando o conhecimento das CNEP, possibilitando o reconhecimento da alta prevalência e da ampla variedade de manifestações clínicas. Essa técnica revelou serem relativamente ineficazes os critérios clínicos tradicionais para estabelecer o diagnóstico diferencial ao demonstrar que não há uma única característica clínica patognomônica de CE ou de CNEP. Além disso, os fatores de risco durante anos considerados exclusivos de pacientes com CNEP, como abuso sexual e transtorno histriônico de personalidade, também foram descritos com prevalência elevada em pacientes com epilepsia, sobretudo com origem no lobo temporal

Estudos com vídeo EEG demonstraram que algumas crises consideradas psicogênicas devido a manifestações atípicas correspondem a tipos específicos de crise epiléptica. O exemplo mais característico corresponde às crises parciais complexas com origem no lobo frontal (CPCLF). As CPCLF são as mais difíceis de diferenciar das CNEP, daí já terem recebido o nome de crises pseudoepilépticas.

O eletroencefalograma de couro cabeludo no período interictal apresenta padrões bastante variáveis, o que torna sua validade e especificidade mais baixas do que as da epilepsia do lobo temporal.

Questões Éticas no Diagnóstico de CNEP

Um método considerado bastante eficaz para diagnosticar uma CNEP é a indução da crise por injeção intravenosa de solução salina (placebo) associada à sugestão. A maioria dos autores considera que uma resposta positiva, ou seja, o aparecimento da crise típica daquele paciente, à administração de solução salina é altamente sugestiva

de CNEP. Esses autores encontraram sensibilidade acima de 90% e especificidade de 100% para o diagnóstico de CNEP. Deve ser lembrado que, para afirmar que a crise induzida é típica, ela deve ser comparada às presenciadas por familiares ou observadores próximos por meio do uso do vídeo de registro para confirmação diagnóstica (validação diagnóstica).

Outra técnica de sugestão induz o aparecimento da CNEP pela colocação de um pano embebido em álcool sobre o pescoço do paciente, que recebe a informação de que aquela substância promove o surgimento da crise. Esse método foi utilizado em 93 pacientes com CNEP e apresentou sensibilidade de 77,4% e especificidade de 100%. Embora os relatos de que a sugestão possa induzir o aparecimento de crises epilépticas além das CNEP, esses métodos vêm aumentando sensivelmente a acurácia diagnóstica da monitoração com vídeo-EEG.

Devinsky e Fisher levantaram questões éticas a respeito da utilização desses procedimentos, argumentando que a necessidade de esconder do paciente a natureza do agente utilizado para a indução abala sua confiança, resultando em resistência ao tratamento. Leeman discute de maneira aprofundada os riscos de se "enganar" o paciente durante as técnicas indutoras de CNEP. Para este autor, os danos do uso de testes indutores de CNEP seriam muito mais psicológicos do que físicos. Em primeiro lugar, para Leeman, trata-se de "enganar" uma população vulnerável emocionalmente, muitas vezes vítimas de abuso e erros diagnósticos, que já possui abalada sua capacidade de estabelecer vínculos de confiança. Além disso, uma vez ameaçada a relação médico-paciente pelo uso de técnicas placebo, toda a questão da comunicação terapêutica do diagnóstico de CNEP poderia ser comprometida. Como consequência, o paciente poderia reagir de modo ambivalente ou negativo ao diagnóstico por pouca confiança no médico, levando a comportamentos que variam desde a fuga para outros serviços até comportamentos disruptivos e tentativas de suicídio. Outro risco não menos relevante seria o abandono do tratamento e a manutenção das CNEP, trazendo novamente toda a gama de problemas em consequência da história natural das CNEP não tratadas.

Questão importante levantada por alguns autores, em relação ao uso de placebo e outras técnicas indutoras de CNEP, é a da violação do princípio da autonomia, que dá aos pacientes o direito de participar de decisões diagnósticas e terapêuticas que possam ter algum tipo de consequência negativa ou que possam afetá-los emocionalmente. Realizar tais procedimentos indutores usando placebos e sem o consentimento do paciente seria uma violação desse princípio.

Em contraponto ao questionamento sobre uso de técnicas provocadoras no diagnóstico de CNEP, a maioria dos especialistas na área justifica que um "mal menor" se faz necessário para evitar outro ainda maior. Isso significa que a não realização de técnicas placebo para sugestionar CNEP diminui a chance do diagnóstico correto de CNEP e reduz a confiabilidade do mesmo. Para Benbadis, privar o paciente de obter o exato diagnóstico e tratamento adequado para as CNEP quando é possível não é aceitável sob a ótica ética. Não é justificável correr o risco de perpetuação do diagnóstico incorreto nesta situação. Entretanto, ponderam os defensores do uso de técnicas provocadores de CNEP, que o uso delas deve ser feita em situações bem

específicas: quando as CNEP no VEEG não ocorrerem espontaneamente; quando a indução reduz o tempo de internação (argumento econômico); quando o paciente tem episódios raros de CNEP; quando o diagnóstico do VEEG é inconclusivo e em casos de necessidade de obtenção do máximo de evidências de psicogenicidade das crises (para fins legais/jurídicos).

Barry *e col.* avaliaram uma técnica de hipnose para o diagnóstico diferencial entre CE e CNEP. Utilizaram um instrumento denominado *Hipnotic Indution Profile* (HIP) para medir o quanto hipnotizável se apresenta um indivíduo, assim como suas tendências à dissociação.

A sensibilidade da técnica de indução hipnótica para diagnosticar as CNEP mostrou-se de 77%, enquanto sua especificidade ficou em 95%. Os autores concluíram que a aplicação do HIP seguida de indução da crise típica representa um procedimento promissor para o diagnóstico diferencial entre crise epiléptica e CNEP.

Portanto, é possível concluir que o atual "padrão-ouro" para o diagnóstico diferencial entre CE e CNEP representa a ocorrência, durante a monitorizacão com VEEG, das manifestações típicas das crises referidas na história clínica desacompanhadas de descargas epilépticas, sobretudo quando desencadeadas e/ou encerradas por sugestão.

Crises não Epilépticas Psicogênicas e Benefícios Sociais: o Paciente com CNEP Tem Direito?

O prognóstico de pacientes portadores de transtorno de crises não epilépticas psicogênicas é variável, embora se acredite que em longo prazo a evolução do transtorno seja desfavorável. Reuber *et al.* analisaram a evolução de 164 pacientes ao longo de 11 anos na Alemanha. Seus resultados mostraram que após uma década de seguimento, 71,2% dos pacientes ainda tinham CNEP ativa e 56,4% eram dependentes do seguro social alemão. No estudo de Selkirk e col., na Escócia, que avaliou consecutivamente 176 pacientes com CNEP, 75% dos casos com antecedentes de abuso físico ou sexual recebiam benefícios do governo contra 59% dos casos com CNEP, mas sem história de abuso. Os poucos estudos que investigaram níveis de desemprego nos pacientes com CNEP mostram claramente um aumento do desemprego após o início e no transcorrer no transtorno. Por exemplo, Martin *et al*. relataram que na lacuna de tempo entre o início das CNEP até o diagnóstico definitivo 70% dos pacientes estavam empregados ao início das crises contra 20% no momento do diagnóstico final no vídeo EEG. As mudanças no *status* de empregabilidade se devem a diversas variáveis, como impossibilidade de dirigir, preocupações com segurança no trabalho, estigma e preconceito, imprevisibilidade das crises, dentre outros. Os custos indiretos oriundos do desemprego pelas CNEP são estimados em US$ 22 mil dólares ao ano por cada paciente.

É interessante notar que a abrangência de problemas e limitações que as CNEP não diagnosticadas e sem tratamento trazem aos pacientes são comparáveis e muito semelhantes as que ocorrem com os pacientes portadores de epilepsia. Há, porém, um agravante. Os pacientes com CNEP sem diagnóstico tendem a receber mais

medicamentos e se submeter a mais procedimentos médicos desnecessariamente, com muito mais frequência, correndo maior risco de iatrogenia. Ora, se o impacto das CNEP na população portadora, em termos de desemprego, dependência econômica e disfunção social é comparável ao da epilepsia e outras doenças crônicas, por que os pacientes com CNEP não teriam direito aos benefícios da previdência social? O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) garante, com base no art. 151, da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, o auxílio sem carência para doenças crônicas que incluem tuberculose ativa; hanseníase; alienação mental; neoplasia maligna; cegueira; paralisia irreversível e incapacitante; cardiopatia grave; doença de Parkinson; espondiloartrose anquilosante; nefropatia grave; estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante); síndrome da deficiência imunológica adquirida (AIDS); lúpus, epilepsia; contaminação por radiação e outras que a lei indicar, com base em conclusão da medicina especializada.

No Brasil, entretanto, não há estudos sobre a cobertura do INSS para CNEP, mas a percepção clara que temos é que esses pacientes têm enormes dificuldades em conseguir auxílio por doença e aposentadoria por invalidez, quando se justifica, na previdência social. A razão para este grave equívoco está no fato de que muitos médicos peritos confundem transtornos conversivos e dissociativos com quadros factícios e simulação. Os quadros conversivos e dissociativos estão descritos como categorias diagnósticas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) e, dessa maneira, são passíveis de provocar incapacidade laborativa como qualquer outra patologia. A confusão provável nesses casos está na percepção equivocada de que os pacientes portadores de CNEP produzem deliberadamente os sintomas ou fingem estar doentes a fim de obter benefícios ou "chamar a atenção" de terceiros. O paciente com CNEP ou qualquer outro quadro conversivo/dissociativo não produz sintoma algum. Ao contrário, ele é vítima do sintoma assim como qualquer outro doente mental, clínico ou cirúrgico.

O entendimento dos sintomas nos casos de CNEP é tarefa complexa, foge ao dualismo causa-efeito simplista de outras áreas médicas e remete à psicopatologia, isto é, à necessidade de compreensão psicológica dos sintomas, embasadas não só pelo diagnóstico nomotético, mas, sobretudo, pelo diagnóstico idiográfico. Infelizmente, essa visão preconceituosa e desmoralizante dos quadros conversivos e dissociativos permeia não só o imaginário popular, mas também é o conceito que muitos médicos não psiquiatras têm sobre a doença mental em geral e tais quadros em particular. Se considerarmos que algumas doenças mentais figuram entres as mais incapacitantes e são a terceira principal causa de anos perdidos por disfunção ou falta de saúde (disability-adjusted life year DALY) no mundo, deveríamos ter mais benefícios a esses pacientes incapacitados e não o contrário. Mais do que isso, deveríamos cada vez mais nos preocupar em treinar e preparar nossos peritos para enxergarem as CNEP como potencial condição de incapacidade laboral, já que a projeção da Organização Mundial da Saúde para 2030 é de que as doenças mentais sejam a primeira causa de anos perdidos por disfunção ou falta de saúde entre todas as doenças no mundo.

Crises não Epilépticas Psicogênicas e Direção

Clinicamente, muitos pacientes portadores de CNEP apresentam crises com fenômenos motores e alteração da consciência que, embora, não sejam decorrentes de atividade elétrica anormal do cérebro, poderiam ter o mesmo risco de morbidade que as crises epilépticas.

Não obstante a legislação de trânsito específica para pacientes com epilepsia citada anteriormente, e a semelhança clínica entre muitas crises epilépticas e CNEP, não há consenso sobre como lidar com pacientes com CNEP que querem preservar sua liberdade de dirigir. Na verdade, este não é um problema específico da legislação brasileira, mas no mundo todo não há consenso sobre se o paciente com CNEP pode ou não dirigir.

Morrison e Razvi no Reino Unido perguntaram a médicos especialistas em epilepsia e médicos generalistas qual era a recomendação deles sobre restringir ou não o uso de veículos automotores para pacientes com CNEP. Sessenta e oito por cento dos especialistas em epilepsia (contra 54% dos generalistas) que responderam o questionário, não recomendam que pacientes com CNEP dirijam. Entretanto, a média de todos os médicos avaliados mostrou que 40,7% não restringiriam a atividade de dirigir aos pacientes com CNEP. Muitos deles (94% dos generalistas *versus* 78% dos especialistas) acham que tal restrição poderia afetar o prognóstico desses casos.

O único estudo controlado na literatura médica que avaliou o risco de acidentes de automóveis em portadores de CNEP, não mostrou risco aumentado para o grupo CNEP. Esse estudo, porém, é criticado pelo pouco número de pacientes (N = 20) e pela falta de controle para a distância dirigida.

Specht e Thorbecke, na Alemanha, em questionário sobre restrição para dirigir em pacientes com CNEP feito a 34 experientes epileptologistas alemães, obtiveram como resposta por 67,6% deles que uma análise individual (caso a caso) seria a melhor maneira de se decidir sobre restringir a direção ou não em casos de CNEP. A alegação para uma decisão caso a caso foi embasada na grande variabilidade das CNEP em relação a semiologia, frequência de crises, risco de traumas, etiologia e prognóstico dos ataques.

Até hoje não há como recomendar a restrição para dirigir em pacientes com CNEP apenas a partir de estudos baseados em evidências. Entretanto, nestas situações, a ausência de evidência nos sugere que o uso da experiência clínica e do bom senso, numa análise caso a caso, em pacientes com CNEP frequentes, história de traumas e acidentes prévios, deve levar em conta que a restrição, mesmo que temporária, pode ser a melhor decisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alper, K. Nonepileptic seizures. *Neurol. Clin*. 1994; 12:153–173.

Barry JJ, Atzman O, Morrell MJ. Discriminating between epileptic and nonepileptic events: the utility of hypnotic seizure induction. Epilepsia v 41:81-84.

Benbadis, SR, Blustein, JN, Sunstad, L. Should patients with psychogenic nonepileptic seizures be allowed to drive? *Epilepsia*. 2000; 41:895–897.

Benbadis, SR. Provocative techniques should be used for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2009; 15(2):106–109.

Berkoff, M, Briellmann, RS, Radanov, BP, Donati, F, Hess, CW. Developmental background and outcome in patients with nonepileptic versus epileptic seizures: a controlled study. *EPILEPSIA*. 1998; 39:463–469.

Betts, T, Duffy, N. Treatment of non-epileptic attack disorder (pseudoseizures) in the community. In: Gram L, Johannnessen SI, Osterman PO, Sillanpaa M, Jr., eds. *Pseudo-epileptic seizures*. Briston, PA: Wrightson Biomed Pub; 1993:109–121.

Binder, L, Salinsky, M. Psychogenic nonepileptic seizures. *Neuropsychol Rev*. 2007; 17:405–412.

Bishop, ML, Allen, C. Employment Concerns of People with Epilepsy and the Question of Disclosure: Report of a Survey of the Epilepsy Foundation. *Epilepsy Behav*. 2001 Oct; 2(5):490–495.

Blumer, D. The paroxismal somatoform disorder: a series of patients with non-epileptic seizures. In: Rowan AJ, Gates JR, Jr., eds. *Non-epileptic seizures*. Boston: Butterworth-Heinemann; 1993:165–172.

Boon, PA, Williamson, PD. The diagnosis of pseudoseizures. *Clin Neurol Neurosurg*. 1993; 95:1–8.

Bowman, ES. Etiology and clinical course of pseudoseizures. Relationship to trauma, depression and dissociation. *Psychosomatics*. 1993; 34:333–342.

Callaghan, N, Crowley, M, Goggin, T. Epilepsy and employment, marital, education and social status. *Ir Med J*. 1992 Mar; 85(1):17–19.

Camfield, CS, Striano, P, Camfield, PR. Epidemiology of juvenile myoclonic epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2013 Jul; 28 Suppl 1:S15–S17.

Charcot, JM. Leçon du 31 Janvier 1888. Leçon du mardi. Paris: Progès médicale, 1888; 155–169.

Clarke, BM, Upton, AR, Castellanos, C. Work beliefs and work status in epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2006 Aug; 9(1):119–125.

Conselho Nacional de Trânsito. Resolução No 425, de 27 de novembro de 2012. http://www.denatran.gov.br/download/Resolucoes/(Resolução%20425.-1).pdf.

Dasgupta, AK, Saunders, M, Dick, DJ. Epilepsy in the British Steel Corporation: an evaluation of sickness, accident, and work records. *Br J Ind Med*. 1982 May; 39(2):145–148.

de Araújo Filho, GM, Lin, K, Lin, J, Peruchi, MM, Caboclo, LO, Guaranha, MS, et al. Are personality traits of juvenile myoclonic epilepsy related to frontal lobe dysfunctions? A proton MRS study. *Epilepsia*. 2009 May; 50(5):1201–1209.

de Araújo Filho, GM, Pascalicchio, TF, Sousa, PS, Lin, K, Ferreira Guilhoto, LM, Yacubian, EM. Psychiatric disorders in juvenile myoclonic epilepsy: a controlled study of 100 patients. *Epilepsy Behav*. 2007 May; 10(3):437–441.

de Oliveira, GNM, Kummer, A, Salgado, JV, Marchetti, RL, Teixeira, AL. Transtornos Neuropsiquiátricos da Epilepsia do Lobo Temporal. *Rev Bras Neurol*. 2009; 45(1):15–23.

Delgado-Escueta, AV, Mattson, RH, King, L, Goldensohn, ES, Spiegel, H, Madsen, J, Crandall, P, et al. Special report. The nature of aggression during epileptic seizures. *N Engl J Med*. 1981 Sep 17; 305(12):711–716.

Devinsky, O, Fisher, R. Ethical use of placebos and provocative testing in diagnosing nonepileptic seizures. *Neurology*. 1996; 47:866–870.

Devinsky, O, Thacker, K. Nonepileptic seizures. *Neurol Clin*. 1995; 3:299–319.

Devinsky, O. Nonepileptic psychogenic seizures: quagmires of pathophysiology, diagnosis and treatment. *Epilepsia*. 1998; 39:458–462.

Dobesberger, J, Walser, G, Unterberger, I, Embacher, N, Luef, G, Bauer, G, et al. Genital automatisms: a video-EEG study in patients with medically refractory seizures. *Epilepsia*. 2004 Jul; 45(7):777–780.

Fazel, S, Lichtenstein, P, Grann, M, Långström, N. Risk of violent crime in individuals with epilepsy and traumatic brain injury: a 35-year Swedish population study. *PLoS Med*. 2011 Dec; 8(12):e1001150.

Fazel, S, Vassos, E, Danesh, J. Prevalence of epilepsy in prisoners: systematic review. *BMJ*. 2002 Jun 22; 324(7352):1495.

Fenton, GW. Epilepsy and hysteria. *Brit J Psychiat*. 1986; 149:28–37.

Fenwick P, Walker MC. Epilepsy and the law. In: Sander JW, Rugg-Gunn FJ, Smalls JE, editors. Epilepsy 2009: from benchside to bedside. A practical guide to epilepsy. Lecture notes from the Twelfth Epilepsy Teaching Weekend; 18–20 Sept 2009; St Anne's College, Oxford, UK. Chalfont St Peter, Bucks: International League against Epilepsy (UK Chapter) & National Society for Epilepsy, 2009;18–20.

Fenwick PBC. Episodic dyscontrol. In: Epilepsy: The Comprehensive CD-ROM (Eds J. Engel Jr. and T. A. Pedley). Lippincott Williams & Wilkins 1999: Chapter. 266.

Ferreira, LS, Palhares, D, Gava, M, Seguti, VF, Marasciulo, AC. Epilepsy and social security: general aspects of the insured claimants and medical decisions. *Work*. 2013 Jan 1; 46(1):99–105.

Ferreira, LS, Palhares, D, Gava, M, Seguti, VF, Marasciulo, AC. Epilepsy and social security: the medical decision making on disability compensation. *Rev bras Saúde ocup*. 2012; 37(126):330–338.

Gallucci Neto, J, Marchetti, RL. Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia. *Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo*. 2005; 27(4):323–328.

Gates, JR, Erdhal, P, Classification of non-epileptic eventsGates JR, Rowan AJ, Jr., eds. Non-epileptic seizure. Butterworth-Heinemann: Boston, 1993:21–30

Gates, JR, Ramani, V, Whalen, S, loewenson, R. Ictal characteristics of pseudoseizures. *Arch Neurol*. 1985; 42:1183–1187.

Gilliam, F, Hecimovic, H, Sheline, Y. Psychiatric comorbidity, health and function in epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2003; 4:26–30.

Glosser, G, Zwil, AS, Glosser, DS, O'Connor, MJ, Sperling, MR. Psychiatric aspects of temporal lobe epilepsy before and after anterior temporal lobectomy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000 Jan; 68(1):53–58.

Gregory, RP, Oates, T, Merry, RT. Electroencephalogram epileptiform abnormalities in candidates for aircrew training. *Electromyography and Clinical Neurophysiology, Amsterdam*. 1993; 86(1):75–78.

Griffith, JL. Pseudoseizures: evaluation and treatment. Medscape Mental Health [serial online], v. 2, 1997. Disponível em URL:http://www.medscape.com/Medscape/psychiatry/journal/1997/v02.n04/mh3094.griffith/mh%203094.griffith.htr

Guarnieri, R, Walz, R, Hallak, JE, Coimbra, E, de Almeida, E, Cescato, MP, et al. Do psychiatric comorbidities predict

postoperative seizure outcome in temporal lobe epilepsy surgery? *Epilepsy Behav*. 2009 Mar; 14(3):529–534.

Gulick, TA, Spinks, IP, King, DW. Pseudoseizures: ictal phenomena. *Neurology*. 1982; 32:24–30.

Gunn, J, Fenton, G. Epilepsy in prisons: a diagnostic survey. *Br Med J*. 1969 Nov 8; 4(5679):326–328.

Hauser, WA, Annegers, JF. Epidemiology of epilepsy. In: Laidlaw J, ed. *A textbook of epileps*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1993:23–45.

Heaney, D. Epilepsy at work: evaluating the cost of epilepsy in the workplace. *Epilepsia*. 1999; 40 Suppl 8:44–47.

Jacoby, A, Buck, D, Baker, G, McNamee, P, Graham-Jones, S, Chadwick, D. Uptake and costs of care for epilepsy: findings from a U.K. regional study. *Epilepsia*. 1998 Jul; 39(7):776–786.

Jacoby, A. Impact of epilepsy on employment status: findings from a UK study of people with well-controlled epilepsy. *Epilepsy Res*. 1995 Jun; 21(2):125–132.

Kanemoto, K, Kawasaki, J, Mori, E. Violence and epilepsy: a close relation between violence and postictal psychosis. *Epilepsia*. 1999 Jan; 40(1):107–109.

Kanemoto, K, Tadokoro, Y, Oshima, T. Violence and postictal psychosis: a comparison of postictal psychosis, interictal psychosis, and postictal confusion. *Epilepsy Behav*. 2010 Oct; 19(2):162–166.

Kanner, AM, Morris, HH, Luders, H, Dinner, DS, Wyllie, E, Medendorp, SV, et al. Supplementary motor seizures mimicking pseudoseizures: some clinical differences. *Neurology*. 1990; 40:1404–1407.

Kate Collins, TB, Camfield, PR, Camfield CS Lee, K. People with epilepsy are often perceived as violent. *Epilepsy Behav*. 2007 Feb; 10(1):69–76.

King, LN, Young, QD. Increased prevalence of seizure disorders among prisoners. *JAMA*. 1978 Jun 23; 239(25):2674–2675.

Koch-Stoecker, S. Psychiatric effects of surgery for temporal lobe epilepsy. In: Trimble MR, Schmitz B, Jr., eds. *The Neuropsychiatry of Epilepsy*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001:266–282.

KURCGANT, D., MARCHETTI, R. L., MARQUES, A. H., MARCHETTI, L. B. Crises pseudepilépticas – diagnóstico diferencial. *BJECN*. 2000; 6:13–18.

Kwon, C, Liu, M, Quan, H, Thoo, V, Wiebe, S, Jetté, N. Motor vehicle accidents, suicides, and assaults in epilepsy: a population-based study. *Neurology*. 2011 Mar 1; 76(9):801–806.

Lancman, ME, Asconapé, JJ, Craven, WJ, Howard, G, Penry, JK. Predictive value of induction of psychogenic seizures by suggestion. *Ann Neurol*. 1994; 35:359–361.

Lassouw, G, Leffers, P, De Krom, M, Troost, J. Epilepsy in a Dutch working population: are employees diagnosed with epilepsy disadvantaged? *Seizure*. 1997 Apr; 6(2):95–98.

Leeman, BA. Provocative techniques should not be used for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2009; 15(2):110–114.

Lesley, M.a., Privitera, M.d. Psychopathology and trauma in epileptic and psychogenic patients. *Psychosomatics*. 1996; 37:438–443.

Leutmezer, F, Serles, W, Bacher, J, Gröppel, G, Pataraia, E, Aull, S, et al. Genital automatisms in complex partial

seizures. *Neurology*. 1999 Apr 12; 52(6):1188–1191.

Lewis, DO, Pincus, JH, Shanok, SS, Glaser, GH. Psychomotor epilepsy and violence in a group of incarcerated adolescent boys. *Am J Psychiatry*. 1982 Jul; 139(7):882–887.

Marchetti, RL, Kurcgant, D, Gallucci-Neto, J, Von Bismark, M. A, Marchetti, LB, Fiore, LA. Psychiatric diagnoses of patients with psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure*. 2008; 17(3):247–253.

Marchetti, RL. Epilepsia e periculosidade. In: Cordeiro Q, Aranha de Lima MG, eds. *Medida de segurança – uma questão de saúde e ética*. São Paulo: Conselho regional de Medicina do estado de São Paulo; 2013:199–212.

Marchetti RL. Transtornos de personalidade associados à epilepsia. In: Transtornos de Personalidade. Louzã Neto MR & Cordás TA. ARTMED Editora. São Paulo. 251-60.

Martin, R, Bell, B, Hermann, B, Mennemeyer, S. Nonepileptic seizures and their costs: the role of neuropsychology. In: Prigatano G, Plinskin N, Jr., eds. *Clinical Neuropsychology ans Cost Outcome Research*. New York: Psychology Press, Inc; 2003:235–258.

Mascia, A, Di Gennaro, G, Esposito, V, Grammaldo, LG, Meldolesi, GN, Giampà, T, et al. Genital and sexual manifestations in drug-resistant partial epilepsy. *Seizure*. 2005 Mar; 14(2):133–138.

McLin, W, Beran, G, Lehman, C, Falk-Pedersen, J, de Boer, HM, Finucane, A. Legal concerns and effective advocacy estrategies. In Epilepsy: A Comprehensive Textbook. eds Engel, Jr J & Pedley TA. Philadelphia: Lippincott-Haven Publishers, 1997; 2233–2239.

Morrison, I, Razvi, SSM. Driving regulations and psychogenic nonepileptic seizures: Perspectives from the United Kingdom. *Seizure*. 2011; 20:177–180.

Ramchandani, D, Schindler, BA. Distinguishing features of pseudocomplex partial seizures. *Bull Menn Clin*. 1992; 56:479–486.

Reuber, M, Mackay, RD. Epileptic automatisms in the criminal courts: 13 cases tried in England and Wales between 1975 and 2001. *Epilepsia*. 2008 Jan; 49(1):138–145.

Reuber, M, Pukrop, R, Bauer, J, Helmstaedter, C, Tessendorf, N, Elger, CE. Outcome in psychogenic nonepileptic seizures: 1 to 10-year follow-up in 164 patients. *Ann Neurol*. 2003; 53:305–311.

Roy, A, Barris, M. Psychiatric concepts in psychogenic non-epileptic seizures. In: Rowan AJ, Gates JR, Jr., eds. *Non-epileptic seizures*. Boston: Butterworth-Heinemann; 1993:143–151.

Roy, T, Pandit, A. Neuroimaging in epilepsy. *Ann Indian Acad Neurol*. 2011 Apr; 14(2):78–80.

Ryan, R, Kempner, K, Emlen, AC. The stigma of epilepsy as a self-concept. *Epilepsia*. 1980 Aug; 21(4):433–444.

Salinsky, M, Kanter, R, Dasheiff, RM. Effectiveness of Multiple EEGs in Supporting the Diagnosis of Epilepsy: An Operational Curve. *Epilepsia Amsterdam*. 1987; 28(4):331–334.

Sander, JWAS, Shorvon, SD. Epidemiology of the epilepsies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1996; 61:433–443.

Sarmento, MR, Minayo-Gomez, C. Epilepsy, epileptics, the work: conflicting relations. *Cad Saude Publica*. 2000 Jan-Mar; 16(1):183–193.

Schachter, SC. Aggression in epilepsy. In: Ettinger AB, Kanner AM, eds. *Psychiatric issues in epilepsy: a practical guide*

to diagnosis and treatment. Second Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:306–320.

Scott, DF. Recognition and diagnostic aspects of nonepileptic seizures. In: Riley TL, Roy A, Jr., eds. . Pseudoseizures Baltimore: Williams & Wilkins Co; 1982:21–34.

Selkirk, M, Duncan, R, Oto, M, Pelosi, A. Clinical diferences between patients with nonepleptic seizures who report antecedente sexual abuse and those who do not. *Epilepsia*. 2008; 49 (8):1446–1450.

Sigurdardottir, KR, Olafsson, E. Incidence of psychogenic seizures in adults: a population-based study in Iceland. *Epilepsia*. 1998; 39:857–862.

Slater, JD, Brown MC Jacobs, W, Ramsay, RE, Induction of pseudoseizures with intravenous saline placebo. *Epilepsia* 1995; 36:580–585

Smeets, VM, van Lierop, BA, Vanhoutvin, JP, Aldenkamp, AP, Nijhuis, FJ. Epilepsy and employment: literature review. *Epilepsy Behav*. 2007 May; 10(3):354–362.

Specht, U, Thorbecke, R. Should patients with psychogenic nonepileptic seizures be allowed to drive? Recommendations of German experts. *Epilepsy Behav,*. 2009; 16:547–550.

Thomson, LR. Nonepileptic seizures: avoid misdiagnosis and long-term morbidity. Medscape Mental Health [serial online], v. 8, 1998. Disponível em URL: http://www.medscape.com/CPG/ClinReviews/1998/v08.n03/c0./c0803.02.thom.htm.

Tittensor, P, Collins, J, Grünewald, RA, Reuber, M. Audit of healthcare provision for UK prisoners with suspected epilepsy. *Seizure*. 2008 Jan; 17(1):69–75. [Epub 2007 Aug 27.].

Toone, BK, Phil, M, Roberts, J. Status epilepticus: an uncommon hysterical conversion syndrome. *J Nerv Ment Dis*. 1979; 167:548–552.

Trinka, E, Kienpointner, G, Unterberger, I, Luef, G, Bauer, G, Doering, LB, et al. Psychiatric comorbidity in juvenile myoclonic epilepsy. *Epilepsia*. 2006 Dec; 47(12):2086–2091.

Walczake, TS, Williams, DT, Berten, W. Utility and reliability of placebo infusion in the evaluation of patients with seizures. *Neurology*. 1994; v. 44:394–399.

Whitman, S, Coleman, TE, Patmon, C, Desai, BT, Cohen, R, King, LN. Epilepsy in prison: elevated prevalence and no relationship to violence. *Neurology*. 1984 Jun; 34(6):775–782.

World Health Organizatiion (WHO)The CID-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneve: Division of Mental Health, 1993.

World Health Organizatiion (WHO): The Global Burden of Disease Report, 2004.

Wortzel, HS, Strom, LA, Anderson, AC, Maa, EH, Spitz, M. Disrobing associated with epileptic seizures and forensic implications. *J Forensic Sci*. 2012 Mar; 57(2):550–552.

Wyler, AR, Herman, BP, Blumer, D, Richey, ET. Pseudo-pseudoepileptic seizures. In: Rowan AJ, Gates JR, Jr., eds. *Non-epileptic seizures*. Boston: Butterworth-Heinemann; 1993:73–84.

Wyllie, E, Friedman, D, Luders, H. Outcome of psychogenic seizures in children and adolescents compared with adults. *Neurology*. 1991; 41:742–744.

CAPÍTULO 31

Transtornos do Impulso

Hermano Tavares

INTRODUÇÃO: IMPULSIVIDADE E A CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

A impulsividade é um traço de comportamentos caracterizado por reações rápidas, não planejadas sem avaliação das consequências, ou se presente apenas focada nas consequências imediatas. Mas a impulsividade é também um fenômeno dinâmico, resultante de um desequilíbrio entre forças inibidoras e propelentes do comportamento. A descrição das forças inibitórias do comportamento pode ser organizada em uma estrutura hierárquica de complexidade aumentada. A primeira instância moduladora é composta pelos afetos negativos básicos como o medo, a ansiedade e a tristeza. A segunda instância inibitória seriam as funções cognitivas mais básicas ligadas à atenção, que combinada à memória deve se estruturar na formulação e execução de um plano de ação que constringe e direciona a resposta comportamental. Finalmente, o reconhecimento dos próprios afetos e cognições e a suposição dos mesmos em seus semelhantes estabelece a última função regulatória do comportamento, a empatia, da qual deriva a introjeção de códigos de conduta, valores éticos e morais.

Os fatores que impelem o comportamento, ou impulsos primários, podem ser didaticamente divididos em dois grupos: os impulsos de incorporação, interação e aproximação, representados pelos desejos; e os impulsos de rechaço e destruição, representados pela agressividade. Para maior facilidade de compreensão desse modelo psicopatológico de impulsividade, nós descrevemos abaixo o acrônimo ACEDA, em que os cinco fatores descritos estão representados e respectivamente relacionados a um diagnóstico paradigmático do tipo de impulsividade envolvida:

Afetos: aqui reunimos as síndromes cujo comportamento frequentemente errático e difícil de prever é alimentado pela instabilidade afetiva. Este fator é mais bem representado pelo transtorno *borderline* de personalidade e as síndromes inclusas no chamado Espectro Bipolar.

Cognição: aqui reunimos as síndromes cuja conduta impulsiva deriva de défict de atenção e/ou disfunção executiva, em que o modelo paradigmático é o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).

Empatia: neste caso a desinibição do comportameno deriva de uma falha parcial ou total da aquisição de valores e de um código de conduta social, mais bem representada pelo Transtorno Antissocial de Personalidade.

Desejo: as síndromes incluídas neste caso são marcadas por um desejo imperioso que se impõe e subverte a escala de valores de um indivíduo, colocando-se como prioridade à frente de outros valores. São tipicamente representadas pelas dependências e quadros de abuso de sustância psicoativa como álcool, tabaco e outras drogas, ou outro comportamento gratificante como jogo, sexo, comida, compras etc.

Agressividade: esta dimensão engloba o comportamento agressivo voltado contra si mesmo ou outrem, pois ambos se associam e compartilham fatores biológicos e ambientais. Ela é representada por síndromes como automutilação, ou comportamento suicida recorrentes (autoagressividade), e pelo transtorno explosivo intermitente (heteroagressividade).

O modelo ACEDA implica que a impulsividade como fenômeno clínico é multifacetado, não existindo um tipo único de impulsividade. Além disso, ela está presente em uma multiplicidade de quadros psiquiátricos, cortando transversalmente as categorias diagnósticas. Entretanto, em um conjunto de diagnósticos designados transtornos do impulso, a impulsividade é o elemento central da estrutura psicopatológica.

CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS DO IMPULSO

A décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), especifica uma seção denominada transtornos dos hábitos e impulsos, composta por transtornos não classificados em outras seções, caracterizados por comportamento repetitivo, irracional e sem controle, que em geral conflitam com os interesses do próprio indivíduo ou das pessoas próximas a ele. O indivíduo indica claramente que o comportamento é movido por impulso. A seção inclui os diagnósticos jogo patológico, piromania, roubo patológico ou cleptomania, tricotilomania, além de duas categorias residuais – outros transtornos dos hábitos e impulsos, usada para comportamentos similares, porém sem denominação específica (p. ex., oniomania ou comprar compulsivo) e transtornos dos hábitos e impulsos não especificados, reservada para síndromes particulares que não preenchem critérios plenos para transtornos do impulso, mas que não se encaixam em outras seções (p. ex., automutilação recorrente, que não preenche critérios para transtorno *borderline* de personalidade).

A quarta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Norte-Americana de Psiquiatria (DSM-IV-TR) contém uma seção designada Transtornos do Controle do Impulso Não Classificados em Outro Lugar que engloba os mesmos diagnósticos acrescida do transtorno explosivo intermitente (TEI). Segundo o DSM-IV-TR, a característica central dos transtornos reunidos nesta seção seria a tensão experimentada antes da realização do ato impulsivo e o alívio após a execução do mesmo. Tanto o DSM-IV-TR quanto a CID-10 referem que a impulsividade é um componente da apresentação psicopatológica de outras síndromes previamente classificadas em outras seções, como a dependência de substâncias, a bulimia nervosa, o TDAH e o impulso sexual excessivo (reconhecido apenas pela CID-10). Porém, críticas apontam que os transtornos do impulso ainda são um conjunto heterogêneo de síndromes que poderia ser dividido em três subgrupos:

- Um grupo majoritário se relacionaria à prática exagerada e dependência de comportamentos de natureza hedônica como o jogo de azar, compras, sexo, comida, Internet, videogame etc.
- O segundo grupo seria formado pelo Transtorno Explosivo Intermitente e outras síndromes marcadas pela impulsividade agressiva, direcionada contra terceiros ou contra o próprio indivíduo, respectivamente hetero e autoagressividade impulsiva. A característica fundamental da impulsividade agressiva é que, diferentemente do comportamental agressivo operacional, ela não tem um objetivo primário, não visa o prevalecimento social nem o domínio das relações interpessoais, servindo mais à função de descarga de emoções negativas.
- O terceiro grupo seria representado pela tricotilomania (TTM) e outros comportamentos de natureza repetitiva com foco no corpo, como a dermatotilexomania (DTM) e a onicofagia grave.

A quinta edição do DSM renomeou a seção dos transtornos do impulso para Transtornos Disruptivos, do controle do impulso e de conduta e trouxe uma importante revisão conceitual. As síndromes reunidas sob esta nova designação têm como características centrais a deficiência na autorregulação das emoções, da conduta social e de comportamentos específicos que, em geral, incorre em ameaça ou violação de normas sociais e dos direitos de terceiros. Em relação à sua versão anterior, o DSM-5 renomeou jogo patológico para transtorno do jogo e o realocou em uma nova seção de transtornos "adictivos", juntamente com os transtornos por uso de substância, e abriu assim um precedente para o reconhecimento das dependências comportamentais, embora a classificação de outros transtornos dessa natureza permaneçam pendentes. Ao mesmo tempo, a TTM e a recém-reconhecida DTM foram alocadas em uma seção de transtornos relacionados ao transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). A retirada dessas síndromes dos transtornos do impulso se baseou na constatação empírica de que a maioria dos seus portadores não apresentava a dinâmica típica de aumento de tensão prévio e alívio posterior à execução do comportamento problemático. Contudo, indicações de presença de impulsividade motora, déficit de controle inibitório, compartilhamento apenas parcial de fatores genéticos com TOC e a existência de fatores independentes para TTM e DTM reacendem a discussão de que se estas síndromes não mereceriam uma seção própria relacionada a comportamentos repetitivos com foco no corpo.

Finalmente, consistente com o esforço do DSM-5 em estabelecer um contínuo entre as síndromes da infância e adolescência e os diagnósticos psiquiátricos típicos da vida adulta, a nova seção de transtornos do impulso passou a incluir o transtorno opositivo desafiador (TOD), transtorno de conduta (TC) e o transtorno antissocial de personalidade (TASP) que figura simultaneamente nesta seção e na de transtornos de personalidade. O objetivo dessas mudanças foi delimitar três subdivisões impulsivas dentro do contínuo do desenvolvimento psíquico:

- A primeira reúne o TOD e o TEI como transtornos marcados pela falha da autorregulação emocional e expressão exacerbada da irritação, raiva e de comportamentos provocativos e agressivos.
- A segunda reúne o TC e o TASP, enfatizando a falha na autorregulação do

comportamento e dificuldade de adequá-los às regras e códigos de conduta social.

- Finalmente a terceira subdivisão reúne a Cleptomania e a Piromania como representantes da perda de controle sobre comportamentos específicos.

Resumindo, a classificação dos transtornos do impulso continua sendo um desafio, em grande parte pela natureza multidimensional da impulsividade representada no modelo ACEDA, que corta transversalmente diversas categorias diagnósticas. Nas próximas seções deste capítulo, vamos discutir os aspectos clínicos e forenses associados à prática de comportamentos hedônicos e as dependências comportamentais relacionadas mais comuns, a hetero-agressividade impulsiva e o TEI, e a perda de controle sobre comportamentos específicos como a Cleptomania e a Piromania. A caracterização clínica e as implicações forenses dos transtornos do impulso da infância e adolescência e o TASP são discutidos nos Capítulos 26, Transtornos da Infância e Adolescência e 37, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.

DEPENDÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

Conforme exposto acima, a recente reclassificação do Transtorno do Jogo (TJ) como um transtorno "adictivo" abriu o precedente para o reconhecimento das dependências comportamentais, um conceito discutido desde 1980, porém ainda controverso. O compartilhamento de fatores genéticos, epidemiológicos, de psicopatologia, comorbidades psiquiátricas e resposta terapêutica entre TJ e dependências de substâncias formam um conjunto de evidências sólidas que justificam esta decisão. Compras Compulsivas (Oniomania), Impulso Sexual Excessivo (ISE) e dependência de tecnologias (videogame, Internet etc.) ainda não são considerados dependências comportamentais, apesar de evidências indicarem uma base fisiopatológica comum envolvendo o sistema de gratificação cerebral e as vias dopaminérgicas do circuito estriado-límbico-cortical.

Transtorno do Jogo

O termo transtorno do jogo (TJ) vem do inglês *disordered gambling*, cuja tradução mais correta seria "transtorno do jogo de azar", pois dessa forma se explicitaria a especificidade da síndrome que se refere à prática exagerada, sem controle e danosa de jogos que envolvem apostas e resultados que dependem, em parte ou na totalidade, do acaso. Os praticantes de jogos de azar podem ser classificados como jogadores sociais que jogam ocasionalmente sem que isto implique em consequência adversa; os jogadores problemáticos que vez ou outra experimentam perda de controle e algum prejuízo financeiro, psicológico pessoal ou interpessoal, mas que não preenchem critérios para TJ; e o jogador patológico que joga com frequência maior, experimenta perda de controle na maioria das vezes em que o faz e que mantém o comportamento de apostar a despeito de graves consequências financeiras, pessoais, familiares e sociais. O Quadro 31-1 apresenta os critérios diagnósticos do DSM-5 utilizados para diagnóstico de TJ. É necessária uma resposta positiva a quatro ou mais dos nove critérios estabelecidos para um diagnóstico positivo de TJ.

QUADRO 31-1 Critérios Diagnósticos Atuais para Transtorno do Jogo Segundo o DSM-5

A Comportamento de jogo problemático persistente e recorrente levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, conforme indicado pelo indivíduo exibindo quatro critérios (ou mais) num período de 12 meses:

1. Necessidades de jogar com quantidades crescentes de dinheiro, a fim de obter a excitação desqada.
2. É agitado ou irritado quando tenta diminuir ou parar de jogar.
3. Tem feito repetidos esforços infrutíferos para controlar, diminuir ou parar de jogar.
4. É muitas vezes preocupado com o jogo (p. ex., ter pensamentos persistentes de reviver experiências de jogo passadas, fragilizando-se, ou ao planejar a próxima aventura, pensando em maneiras de obter dinheiro para jogar).
5. Muitas vezes, quando joga sente-se angustiado (p. ex., impotente, culpado, ansioso, deprimido).
6. Depois de perder dinheiro no jogo, frequentemente volta outro dia para recuperar perdas.
7. Mente para esconder a extensão do envolvimento com jogos de azar.
8. Colocou em risco ou perdeu um relacionamento significativo, emprego ou oportunidade de educação ou carreira por causa do jogo.
9. Depende de outros para prover dinheiro para reviver situação financeira desesperadora causada pelo jogo.

B O comportamento de jogo não é mais bem explicado por um episódio maníaco.

Conforme indicado no quesito B do Quadro 31-1, TJ não deve ser diagnosticado se o indivíduo for portador de transtorno afetivo bipolar, e os episódios de perda de controle com apostas ocorrerem exclusivamente durante períodos de mania ou hipomania. Contudo, é possível haver comorbidade verdadeira entre as duas condições, situação em que se observa que a prática de jogos de azar pode ser potencializada pelas oscilações de humor, mas que também ocorre de forma independente nos períodos em que elas não estão presentes.

Dados sobre a prevalência do Brasil e de outros países indicam que TJ acomete cerca de 1% da população e que mais 1,3% apresentaram sintomas de jogo-problema ao longo da vida, fazendo com que entre os comportamentos de abuso o jogo de azar seja o terceiro mais comum depois do tabaco e do álcool, à frente das substâncias como cocaína e maconha. TJ tem sido tipicamente associado ao gênero masculino em uma proporção de 3:1 e com dificuldade de inserção social indicada por uma participação proporcionalmente maior de desempregados, minorias étnicas e religiosas, baixa escolaridade e baixo status socioeconômico. Os adolescentes masculinos representam um segmento de risco particularmente preocupante por estar associado ao TC e a dificuldades escolares e de ajustamento social, sendo que nestes indivíduos mais impulsivos já é descrito um quadro de evolução particularmente rápido, de alguns meses, entre o início das apostas e o surgimento dos primeiros problemas. Os idosos, por outro lado, embora sejam uma minoria entre os praticantes de apostas, são o segmento da população em que mais cresce o envolvimento com jogos de azar. Casa de jogos, legais ou ilegais, enxergam neles um mercado em potencial em virtude da maior disponibilidade financeira e de tempo. Contudo, a prática de jogos na terceira idade, quando isenta de associação com sintomas psiquiátricos, é relacionada a maior socialização e saúde melhor. Por outro lado, o jogo-problema na terceira idade é associado ao uso abusivo de álcool, depressão, ansiedade e maior incidência de doença cardiovascular.

A etiopatogenia do TJ sugere uma interação complexa entre fatores hereditários e

ambientais. Estudos apontam uma participação de 50% a 60% de fatores genéticos, sendo que estas aumentam proporcionalmente à gravidade do quadro. Vale ressaltar que a proximidade de estabelecimentos de jogos de azar foi relacionada a 30% da probabilidade de jogar no último ano, mas apenas a 13% ao longo da vida. Isso sugere que o envolvimento com jogos de azar tem importante determinação genética, porém sua ocorrência reiterada depende também do acesso.

Entre os fatores individuais predisponentes para TJ, os mais relatados são a genética e os traços impulsivos de personalidade. Algumas variações alélicas que codificam receptores pós-sinápticos menos sensíveis à ação da dopamina foram associadas ao TJ. A prática de jogos de azar, por ser um importante estimulante da atividade deste neurotransmissor, seria uma estratégia compensatória para baixa sensibilidade dos receptores dopaminérgicos. Por sua vez, a impulsividade tem sido associada em inúmeros estudos transversais, e pelo menos dois estudos longitudinais demonstraram maior risco de envolvimento com apostas ao longo da adolescência e início da vida adulta.

O TJ apresenta uma evolução variável que pode se dar em apenas alguns meses ou décadas. A progressão mais rápida tem sido associada a jogadores masculinos jovens com envolvimento precoce ou mulheres com envolvimento tardio no jogo após os 40 anos de idade, com preferência por caça-níqueis eletrônicos. A evolução natural típica é descrita em três fases: a do vencedor, a do perdedor e a do desespero. Na primeira fase, animado por alguns ganhos iniciais, o jogador aposta com entusiasmo e confiança, até que um episódio inesperado ou o simples acúmulo de perdas financeiras inevitáveis precipitam a segunda fase. Esta é marcada por certa nostalgia do período anterior de sucesso no jogo; o jogador aposta para resgatar esta autoimagem de sucesso em uma tentativa de reverter o déficit financeiro. As dívidas se aprofundam e, então, ele ou ela busca socorro financeiro, que é obtido mediante a promessa de moderação ou abandono do jogo. Contudo, esta promessa não dura, pois o jogador sente intenso desejo de retornar ao jogo, semelhante à "fissura" relatada por dependentes químicos. A recaída abre a terceira e última fase, na qual sob a pressão da promessa quebrada o indivíduo joga de forma frenética e mais arriscada, muitas vezes até a exaustão. Nesta fase, desmoralizado e abatido, restam-lhe três opções: o suicído, entregar-se completamente ao jogo, ou o tratamento. As tentativas de suicídio são cinco a sete vezes mais frequentes em portadores de TJ e cerca de três vezes mais frequentes depois de descontadas as influências de outras condições psiquiátricas como depressão, ansiedade e abuso de substâncias. Alguns indivíduos seguem em um envolvimento progressivo com o jogo que eventualmente levará a rompimento dos laços sociais. Infelizmente, menos de 10% procura tratamento devido à falta de reconhecimento do diagnóstico e da existência de tratamento, por vergonha e desejo de reverter por meio das apostas os prejuízos causados por elas.

O tratamento do TJ envolve cuidadosa avaliação psiquiátrica e psicológica, pois em 75% das vezes esta condição está associada a outras comorbidades psiquiátricas, sendo as mais comuns o tabagismo, a depressão, os transtornos ansiosos, os transtornos de personalidade, e o abuso de álcool e outras substâncias. É recomendável iniciar a abordagem do paciente com uma avaliação das suas motivações para tratamento, uma

vez que uma parcela considerável busca-o por pressão externa da família, de amigos, empregados ou mesmo ordem judicial. O tratamento farmacológico das condições psiquiátricas associadas deve ser estabelecido tão logo o paciente concorde e a psicoterapia específica para TJ seja iniciada. A intervenção psicoterápica classicamente é baseada em psicoeducação para o paciente e para seus familiares, sempre que for possível envolvê-los. Além disso, controle de contingências associadas ao jogo é recomendável. O paciente deve ser orientado a não portar talões de cheques e cartões com limites de crédito elevado, evitar a proximidade de casas de aposta e de companhias associadas ao jogo. Cognições e afetos subjacentes que vulnerabilizam o paciente devem ser abordados e, finalmente, técnicas de solução de problema e de prevenção de recaída devem ser empregadas para melhorar suas habilidades de enfrentamento dos desafios cotidianos.

O tratamento psicofarmacológico do jogo ainda é uma possibilidade incipiente, porém promissora. Várias drogas têm sido testadas, e uma delas tem mostrado potencial terapêutico claramente superior ao placebo. Trata-se da naltrexona, medicação já aprovada para o tratamento de dependência de ópio e derivados e da dependência de álcool. Em estudos duplo-cego controlados, a naltrexona mostrou uma redução da "fissura" e redução efetiva da frequência de apostas. A dose média tem oscilado entre 150 e 200 mg/dia, bem maior do que a dose preconizada para o tratamento de dependência de álcool que é habitualmente 50 mg/dia.

Oniomania

A oniomania (ou compras compulsivas) não consta nos códigos atuais de classificação, exceto como Outros Transtornos dos Hábitos e Impulsos, no CID-10, e não possui critérios diagnósticos oficialmente estabelecidos. A despeito disso, a sua prevalência na população geral oscila entre 4%, nas estimativas mais conservadoras e 8% nas mais inclusivas, o que a colocaria na lista dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes e certamente o maior dos transtornos do impulso. O gênero feminino parece prevalecer sobre o masculino em uma proporção de 4:1, porém levantamentos por telefone com garantia plena de anonimato têm descrito uma proporção próxima de 1:1.

Alguns autores questionam a classificação da Oniomania como transtorno do impulso, sugerindo que ela pertenceria ao espectro bipolar e outros ao espectro obsessivo-compulsivo. Porém, um estudo recente comparou portadores de Oniomania com portadores de TAB e TOC e verificou que seus portadores se diferenciavam dos portadores das outras duas condições por apresentarem desejo elevado de aquisição e impulsividade pronunciada, evidenciada pela dificuldade de traçar planos levando em consideração consequências de longo prazo dos seus atos e decisões. O Quadro 31-2 exibe os critérios diagnósticos propostos para pesquisa da Oniomania.

QUADRO 31-2 Critérios Diagnósticos para Oniomania (Compras Compulsivas)

A Preocupação, impulsos ou comportamentos mal adaptativos envolvendo compras, como indicado por, ao menos, um dos

seguintes critérios: 1. Preocupação frequente com compras ou impulso de comprar irresistível, intrusivo, ou sem sentido; 2. Comprar mais do que pode, comprar itens desnecessários, ou por mais tempo que o pretendido.
B A preocupação com compras, os impulsos ou o ato de comprar causam sofrimento marcante, consomem tempo significativo, interferem no funcionamento social e ocupacional, ou resulta em problemas financeiros.
C As compras compulsivas não ocorrem exclusivamente durante episódios de hipomania ou mania.

Os autores especulam sobre dois subtipos de Oniomania, um mais impulsivo cujas compras são motivadas pela busca de emoções e outro mais compulsivo que busca alívio de emoções negativas no ato de comprar. Tipicamente, estes indivíduos gastam muito tempo admirando vitrines e frequentando lojas, resultando em episódio de compras em que limites autoestabelecidos de quantidade e valor são amplamente ultrapassados. Para atenuar a culpa ou inibir admoestações dos familiares, eles compram em grande quantidade para si e para os entes queridos. O ato de aquisição em geral é seguido por um sentimento de euforia que dura poucas horas, às vezes somente minutos, e em seguida sobrevém a vergonha. Muitas vezes, as compras são mantidas escondidas no porta-malas do carro até que possam ser guardadas em segredo. Cerca de um terço desses pacientes acumulam suas compras, mantendo-as em armários, muitas vezes sem retirá-las da embalagem. Em geral, eles são muito ciosos do seu "estoque" e tentam evitar que outras pessoas, mesmos membros da família, mexam nos seus objetos. Apesar do endividamento crônico e esgarçamento dos laços afetivos, o comportamento descontrolado com compras persiste.

As comorbidades psiquiátricas são frequentes, em geral, envolvendo depressão, transtornos de ansiedade, dependências, transtornos alimentares, transtornos de personalidade e outros transtornos do impulso. Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), principalmente o citalopram, têm sido usados no tratamento da Oniomania, mas sua eficácia ainda não foi comprovada. O uso de fármacos moduladores da atividade do sistema de gratificação cerebral como o topiramato e a naltrexona tem sido especulado. A abordagem terapêutica mais estudada combina o tratamento das comorbidades psiquiátricas e tratamento cognitivo-comportamental com estrutura muito semelhante à descrita anteriormente para TJ.

Implicações Forenses das Dependências Comportamentais

De acordo com o Código Civil Brasileiro, artigo 4º, são considerados relativamente incapazes: "os maiores de 16 e menores de 18 anos; os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido; os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo; os pródigos". O Código não caracteriza em termos médicos o que vem a ser um pródigo – em termos legais, esse é o sujeito que acaba com o seu patrimônio e de sua família, correndo o risco de levar todos à míngua. Não se trata de doença mental, mas de um comportamento desviante que, embora não seja necessariamente patológico, pode levar a sua interdição para proteger o patrimônio. A prodigalidade, portanto, é um conceito jurídico e não

médico; se um perito considera que o sujeito portador de TJ ou oniomania teve prejuízo de seu autocontrole, deve apontar o diagnóstico e sua consequência, cabendo aos operadores do Direito determinarem os termos de sua incapacidade ou não (ver capítulo Perícias em Direito Civil) – nesses casos, a interdição não será por "prodigalidade" nos termos da lei, mas por uma doença que tem, entre os seus sintomas, gastos excessivos.

No caso de TJ são comuns os relatos de furto, fraude e estelionato, além dos chamados crimes do colarinhos branco como forma de levantar fundos para novas apostas. Em geral, estes pacientes justificam para si mesmo a apropriação de dinheiro alheio como um "empréstimo", fantasiando sobre uma pronta quitação da dívida, tão logo seu "investimento" no jogo tenha propiciado o retorno projetado. O envolvimento com atividade ilegais é bastante comum entre jogadores patológicos que procuram tratamento, em torno de 50%, sendo que a ampla maioria não apresentava este tipo de comportamento antes do envolvimento com jogos de azar. Este comportamento já foi inclusive considerado um critério diagnóstico em versões anteriores do DSM, porém em sua quinta e última edição foi suprimido por se considerar que se tratava mais de um indicador de gravidade do que um quesito válido para diagnóstico.

Como o código penal não se manifesta especificamente sobre estes casos, as maiores dúvidas repousam sobre a responsabilidade criminal desses indivíduos. Considerando a imputabilidade, é possível, e isto tem ocorrido no Brasil bem como em outros países de tradição jurídica semelhante ou diversa, que a presença confirmada de um diagnóstico de TJ sirva como uma atenuante da pena a ser atribuída, ou a critério do juiz e a depender das circunstâncias até mesmo de uma isenção completa de culpa. A mesma lógica poderia ser estendida para os portadores de Oniomania, embora neste caso com mais dificuldade, porque apesar do comportamento pródigo evidente como descrito no código civil, a Oniomania ainda não é uma condição psiquiátrica reconhecida nos códigos de classificação diagnósticos médicos.

Ainda assim, mais uma possibilidade interessante precisa ser considerada. Desde o começo de 2000, surgiram relatos de comportamentos de abuso e dependências comportamentais precipitadas por tratamento medicamentoso em pacientes que antes nunca tinham apresentado tais comportamentos. É o caso de pacientes em tratamento com agonistas dopaminérgicos por serem portadores de doença de Parkinson (DP), ou outro transtorno do movimento tratado com a mesma classe de medicamentos. A ocorrência de transtornos do impulso em DP oscila entre 14 e 20%, claramente acima da média da população, e está diretamente associada ao tratamento com agonistas dopaminérgicos, em especial os mais seletivos para o subgrupo de receptores D2/D3, como o pramipexol, comercializado no Brasil. Aqui e em outros países já foram julgados e arbitrados a favor de pacientes processos contra a indústria farmacêutica por omissão em bula do risco aumentado de desenvolvimento de transtornos do impulso em pacientes fazendo uso dessa medicação. Os transtornos mais comumente relatados foram TJ, Impulso Sexual Excessivo, Oniomania e Transtorno Compulsivo Alimentar Periódico. Este risco é ainda mais elevado quando há associação de diferentes classes de agonistas e uso de doses elevadas. Hoje em dia as bulas de

agonistas dopaminérgicos já contêm alertas específicos para o risco de desenvolvimento deste tipo de complicação, e os médicos são orientados a reduzir a dose ou trocar a medicação aos primeiros sinais de perda de controle sobre comportamentos hedônicos desta ordem.

Impulsividade Agressiva: O Caso do Transtorno Explosivo Intermitente

O transtorno explosivo intermitente (TEI) é caracterizado por explosões de agressividade súbitas e recorrentes, em geral desproporcionais ao estímulo que as ocasionou. O ato agressivo pode implicar em lesão corporal, ou dano à propriedade, ou então agressões verbais acompanhadas de postura corporal ameaçadora que ocorrem com frequência, implicando em prejuízo da adaptação psicossocial. O Quadro 31-3 mostra os critérios diagnósticos propostos pelo DSM-5.

QUADRO 31-3 Critérios Diagnósticos para Transtorno Explosivo Intermitente

A Comportamento recorrente de explosões que representam perda do controle de impulsos agressivos manifestados por um dos seguintes critérios. 1. Agressão verbal (p. ex., birras, discussões verbais ou brigas) ou agressão física a propriedade, animais ou outros indivíduos, ocorrendo duas vezes na semana em média, por um período de 3 meses. A agressão física não resulta em destruição de bem material e nem a danos físicos a pessoas ou animais. 2. Três episódios de explosões que resultam em danos a bens materiais e/ou ataque físico com consequente lesão a outra pessoa ou animal ocorrendo em período de 12 meses.
B O grau de agressividade expressada durante os episódios está nitidamente fora de proporção com quaisquer estressores psicossociais desencadeantes.
C Os episódios de explosão recorrentes não são premeditados (são impulsivos e/ou decorrentes de raiva) e não têm nenhum objetivo secundário como ganhar dinheiro, poder ou intimidação.
D Os episódios trazem sofrimento significativo na vida da pessoa, atrapalhando na esfera ocupacional, interpessoal ou levam a consequências legais ou financeiras.
E A idade cronológica deve ser no mínimo de 6 anos (ou nível de desenvolvimento equivalente).
F Os episódios agressivos não são melhor explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno depressivo maior, transtorno afetivo bipolar, transtorno da regulação disruptiva do humor, um transtorno psicótico, transtorno antissocial de personalidade, transtorno *borderline*), nem são atribuíveis a uma condição médica geral (p. ex., traumatismo craniano, doença de Alzheimer) ou aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento). Para crianças com idade de 6 a 18 anos, comportamento agressivo que ocorre como parte de um transtorno de ajustamento, este diagnóstico não deve ser considerado.

Nota: esse diagnóstico pode ser adicional a TDAH, TC, TOD ou a transtorno do espectro autista, quando episódios de explosão agressiva recorrentes ocorrem com mais frequência do que habitual para estes transtornos e requerem atenção clínica independente.

Às vezes sob um semblante aparentemente calmo, o indivíduo com TEI relata um sentimento de irritação latente e acessos de raiva provocados por adversidades corriqueiras como desavenças no trânsito ou pequenas discordâncias com pessoas próximas. São frequentes os fenômenos de transbordamento, em que após uma série

de pequenas frustrações mal toleradas em silêncio, o indivíduo irrompe em uma reação intempestiva a um estímulo menor, por exemplo socar o teclado do computador, porque a Internet congelou. Com frequência, após a ocorrência destes atos o indivíduo é tomado por sentimentos genuínos de culpa e remorso. Não raro, esses indivíduos relatam um histórico de abusos emocionais e ambientes familiares pregressos em que a autoridade era exercida pelos adultos com recurso frequente a agressões físicas e verbais, resultando em um sentimento de indignação e tendência a interpretar gestos alheios como falta de consideração e injustiça deliberada.

Estudos epidemiológicos mostram que TEI é um fenômeno transcultural, mais prevalente e mais frequente do que se supunha. Mesmo assim, trata-se do único transtorno do impulso que é reconhecido pelo DSM, mas não pela CID-10. As taxas de prevalência nos Estados Unidos foram cerca de 7% ao longo da vida e 4% nos últimos 12 meses. Na região metropolitana de São Paulo, a prevalência nos últimos 12 meses foi estimada em aproximadamente 3%, a segunda mais alta no mundo. No Japão, as taxas de prevalência ao longo da vida e nos últimos 12 meses foram respectivamente de 2% e 0,7%. É provável que os contextos étnico e cultural tenham um importante papel na modulação da expressão da síndrome. Interessantemente, TEI não é associado a nenhum fator sociodemográfico (gênero, educação, renda etc.), exceto idade, sendo que seu diagnóstico é infrequente acima dos 60 anos de idade.

A impulsividade agressiva, patente no TEI, representa um dos fenômenos comportamentais com mais evidências de marcadores biológicos, a maioria envolvendo indicação direta ou indireta de atividade central reduzida da serotonina. Este neurotransmissor seria responsável pela modulação de um complexo sistema córtico-límbico, envolvido na regulação de impulsos agressivos gerados em estruturas límbicas que projetam para estruturas frontoparietais, responsáveis pela regulação de emoções, e para o lobo pré-frontal, responsável pela análise do contexto socioemocional e tomada de decisão.

Consistentemente, o tratamento com agonistas serotoninérgicos como ISRS e antagonistas de receptores pré-sinápticos 5-HT2a, como a risperidona e outros neurolépticos atípicos, reduzem a expressão da agressividade em portadores. Sais de lítio também se mostraram úteis no controle da impulsividade agressiva. Contudo, o tratamento farmacológico exclusivo não garante a remissão diagnóstica em dois terços dos casos, sendo necessária a associação de intervenção psicoterápica pautada em restruturação cognitiva e treino de assertividade para profilaxia do fenômeno de transbordamento.

Implicações Forenses da Impulsividade Agressiva

A alegação de responsabilidade penal reduzida pela presença do TEI é grandemente prejudicada por sua falta de reconhecimento pela CID-10. Mesmo assim, é possível se refletir caso fosse reconhecida oficialmente. Deveria a presença de TEI ser usada como um argumento para isenção parcial, ou mesmo plena, de responsabilidade de atos violentos cometidos contra terceiros? Existe entre especialistas forenses o justificado temor de que se este argumento fosse aceito sem restrições, poderíamos de forma indevida livrar da devida punição os perpetradores de violência contra vítimas sem

chance de defesa, como mulheres e crianças rotineiramente espancadas por um cônjuge violento. Por outro lado, as evidências clínicas e de pesquisa atestam a validade do diagnóstico de TEI, e é fato de que às vezes, sob pressão, estes pacientes entram em um frenesi de agitação psicomotora e agressividade que só se detém após atingirem um estado de completa exaustão.

A questão por trás deste impasse é se conseguimos determinar se, no momento da explosão, o verdadeiro portador de TEI, assim identificado por episódios repetidos e inequívocos de perda de controle sobre o comportamento agressivo, não pôde de fato se controlar, ou se em seu íntimo serviu-se da conveniência do diagnóstico e decidiu não se conter naquela situação. A imputabilidade neste caso deve ser pautada no esclarecimento de duas circunstâncias: o indivíduo em questão tinha conhecimento da sua condição diagnóstica e, em caso afirmativo, ele procurou tratamento e seguiu-o conforme a orientação profissional buscada; poderia haver interesse ou vantagem pessoal de qualquer ordem, ou intenção clara de prevalecimento mediante o uso de força ou intimidação.

Se um indivíduo apresenta o diagnóstico com clareza e, ainda assim, por falta de acesso a informação o desconhece, obviamente sua culpa pelas consequências da violência é reduzida. Por outro lado, se ciente da sua condição não busca ou não segue o tratamento de forma apropriada, a sua responsabilidade é ampliada. Há ainda a possibilidade de o tratamento estar em seu início ou ser inefetivo para o paciente em questão.

Da mesma forma, o uso da violência para fins pessoais deve ser excluído. Em outras palavras, é preciso discernir o portador de TEI que, cego de raiva, espanca um desconhecido no trânsito, do indivíduo que, seja portador de TEI ou não, se aproveita das circunstâncias para acertar uma diferença previamente existente com sua vítima.

PERDA DE CONTROLE SOBRE COMPORTAMENTO ESPECÍFICO: CLEPTOMANIA E PIROMANIA

As fronteiras entre este grupo de transtornos com perda de controle sobre comportamentos específicos e o grupo das dependências comportamentais não são exatamente claras. Embora furtar e atear fogo a objetos não sejam ações que a maioria das pessoas se referiria como comportamentos hedônicos, a fissura e o prazer são respectivamente patentes dos portadores de Cleptomania e de Piromania logo após a execução desses atos.

Cleptomania

O portador de Cleptomania vive uma divisão sofrida entre o prazer do furto bem-sucedido e a culpa e o medo de outro lado. A excitação promovida pelo risco potencializa ambos os sentimentos. Caracteristicamente, os objetos não são furtados pelo seu valor ou por necessidade específica de quem furta. No curso da doença, furtar não se torna um meio de sustento, com estabelecimento de rotina própria, ou sociedade criminosa para aquisição, ou receptação e venda da carga furtada como

ocorre no caso de ladrões profissionais. Tampouco, esse ato é praticado como vingança ou para obter vantagem pessoal, como, por exemplo, furtar a documentação de um rival em um processo seletivo de emprego. Frequentemente, movidos por culpa que se assoma logo após o furto, o indivíduo se desfaz do objeto furtado, abandonando-o em caixas de doação ou do lado de fora da loja de onde ele foi retirado. Se for um objeto pessoal, às vezes ele pode portá-lo na frente de seu dono, em uma atitude de desafio e talvez um vago desejo de ser reconhecido. Os furtos normalmente têm início na adolescência e podem se passar anos sem que as pessoas próximas ao indivíduo desconfiem do problema. O curso é variável, podendo ser intermitente ou contínuo, mas em geral tende a ser crônico e de longa duração. Nas fases de atividade os furtos são frequentes e atingem uma média de duas a três vezes por semana, sendo que em uma tentativa de se conterem, muitos destes indivíduos passam semanas reclusos, procurando evitar ceder à tentação de furtar. A natureza secreta do comportamento e a forte reprovação social associada tornam muito difícil a sua investigação e dificultam o acesso ao tratamento. Sua prevalência na população é desconhecida, mas é comum em pacientes psiquiátricos (em torno de 15%), sendo mais frequente em mulheres e em pacientes mais graves. Uma associação frequente e não esclarecida com bulimia nervosa já foi descrita. O Quadro 31-4 descreve os critérios diagnósticos do DSM-5 para cleptomania.

QUADRO 31-4 Critérios Diagnósticos para Cleptomania

A Fracasso recorrente em resistir aos impulsos de furtar objetos que não são necessários para o uso pessoal ou por seu valor monetário.
B Sentimento aumentado de tensão imediatamente antes da realização do furto.
C Prazer, satisfação ou alívio no momento de cometer o furto.
D O furto não é cometido para expressar raiva ou vingança, nem ocorre em resposta a um delírio ou alucinação.
E O furto não é mais bem explicado por um transtorno de conduta, um episódio maníaco ou transtorno antissocial de personalidade.

O tratamento da cleptomania permanece indeterminado, diferentes modelos de abordagem psicoterápica foram descritos: terapia psicodinâmica, cognitivo-comportamental, sensibilização encoberta e dessensibilização, porém sem controle adequado. Interessantemente, a mesma naltrexona utilizada para tratamento de dependência de ópio e derivados, dependência de álcool e TJ mostrou-se eficaz em um ensaio clínico randomizado e controlado com placebo na redução da intenção e frequência de furtos em portadores de cleptomania.

Piromania

O portador típico de piromania é descrito como um indivíduo masculino adulto jovem, fascinado pelo fogo e tudo o que é relacionado a ele. Este indivíduo aprecia provocar incêndio e testemunhar o resultado do seu ato, muitas vezes se envolvendo como

voluntário em brigadas de incêndio para ajudar a controlar o fogo que ele mesmo provocou. Entretanto, esta apresentação é rara, a prevalência e epidemiologia da piromania são desconhecidas. Geralmente, a hipótese de piromania somente é aventada em contexto forense no qual se faz necessário o diagnóstico diferencial com incêndio criminoso objetivando fraude securitária, destruição de provas, vingança ou simples crueldade. O Quadro 31-5 mostra os critérios do DSM-5 para diagnóstico de piromania.

QUADRO 31-5 Critérios Diagnósticos para Piromania

A Comportamento incendiário deliberado e proposital em mais de uma ocasião.
B Tensão ou excitação afetiva antes do ato.
C Fascinação, interesse, curiosidade ou atração pelo fogo e seus contextos situacionais (p. ex., parafernália, usos, consequências).
D Prazer, gratificação ou alívio ao provocar incêndios, quando testemunha ou participa de seus resultados.
E O comportamento incendiário não ocorre visando obter ganhos monetários, expressar uma ideologia sociopolítica, encobrir uma atividade criminosa, expressar raiva ou vingança, melhorar as próprias condições de vida, em resposta a um delírio ou alucinação, ou em consequência de um prejuízo no julgamento (p. ex., em transtorno neurocognitivo maior, no retardo mental ou na intoxicação por substância).
F O comportamento incendiário não é mais bem explicado por um transtorno da conduta, um episódio maníaco ou um transtorno da personalidade antissocial.

Por outro lado, o comportamento de provocar incêndio (do inglês, *arsonism*), sem que com isso todos os critérios de Piromania sejam preenchidos, é mais comum e mais estudado. A prevalência ao longo da vida desse comportamento oscila entre 1% e 4% da população, sendo mais comum em adolescentes do sexo masculino. O comportamento incendiário tem sido associado a comportamento social disruptivo (TC e TOD), déficits específicos de aprendizagem e dificuldades acadêmicas em geral. Não há um modelo estabelecido de terapia específica, e as intervenções propostas são pautadas em tratamento das condições psiquiátricas comórbidas.

Implicações Forenses da Cleptomania e da Piromania

As considerações nestes casos se assemelham àquelas tecidas para o caso do TEI, com a facilidade adicional de que Cleptomania e Piromania são diagnósticos reconhecidos na CID-10. Em geral, excluídas as possibilidades de aquisição de vantagem pessoal pela prática de furto ou produção de incêndio, a confirmação da presença desses diagnósticos incorre em atenuação da pena e encaminhamento para tratamento compulsório.

CONCLUSÃO

Embora pouco explorados, os transtornos do impulso são uma classe importante de transtornos prevalentes com clara repercussão social. Apesar do seu desconhecimento

da maioria dos profissionais e do público em geral, eles são um grupo diagnóstico de condições que, em geral, respondem bem ao tratamento. No campo da Psiquiatria e Psicologia forenses os transtornos do impulso representam um desafio pela sua natureza multifacetada e estrutura complexa, em que a assunção de responsabilidade por eventuais danos causados por seus portadores tem que levar em conta as disposições individuais, o contexto ambiental e os efeitos tanto terapêuticos quanto eventualmente iatrogênicos do tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. text revised, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 2000.

American Psychiatric AssociationDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: DC, 2013.

Andrade, L. H., et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PloS one*. jan. 2012; v. 7, n. 2:e31879.

Burton, PR, McNiel, DE, Binder, RL. Firesetting, arson, pyromania, and the forensic mental health expert. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2012; 40(3):355–365.

Coccaro, EF, Sripada, CS, Yanowitch, RN, Phan, KL. Corticolimbic function in impulsive aggressive behavior. *Biol Psychiatry*. 2011 Jun 15; 69(12):1153–1159.

Coccaro, EF. Intermittent explosive disorder as a disorder of impulsive aggression for DSM-5. *Am J Psychiatry*. 2012 Jun; 169(6):577–588.

Filomensky, TZ, Almeida, KM, Castro Nogueira, MC, Diniz, JB, Lafer, B, Borcato, S, et al. Neither bipolar nor obsessive-compulsive disorder: compulsive buyers are impulsive acquirers. *Compr Psychiatry*. 2012 Jul; 53(5):554–561.

Galetti, C, Alarenga, PG, Andrade, AG, Tavares, H. Jogos de azar e uso de substâncias em idosos: uma revisão da literatura. *Rev. psiquiatr. clín. [online]*. 2008; vol. 35, suppl. 1:39–43.

Grant, JE, Kim, SW, Hollander, E, Potenza, MN. Predicting response to opiate antagonists and placebo in the treatment of pathological gambling. *Psychopharmacology (Berl.)*. 2008; 200:521–527.

Grant, JE, Kim, SW, Odlaug, BL. A double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist, naltrexone, in the treatment ofkleptomania. *Biol Psychiatry*. 2009 Apr 1; 65(7):600–606.

Grant, JE, Odlaug, BL, Chamberlain, SR. A cognitive comparison of pathological skin picking and trichotillomania. *J Psychiatr Res*. 2011 Dec; 45(12):1634–1638.

Grant, JE, Odlaug, BL. Kleptomania: clinical characteristics and treatment. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2008; 30, Suppl 1:11–15.

Howell Bowling, C, Merrick, J, Omar, HA. Self-reported juvenile firesetting: results from two national survey datasets. *Front Public Health*. 2013 Dec 9; 1:60.

Lobo, DS, Kennedy, JL. Genetic aspects of pathological gambling: a complex disorder with shared genetic

vulnerabilities. *Addiction*. 2009; 104(9):1454–1465.

Lochner, C, Stein, DJ, Woods, D, Pauls, DL, Franklin, ME, Loerke, EH, Keuthen, NJ. The validity of DSM-IV-TR criteria B and C of hair-pulling disorder (trichotillomania): evidence from a clinical study. *Psychiatry Res*. 2011 Sep 30; 189(2):276–280.

McCloskey, MS, Noblett, KL, Deffenbacher, JL, Gollan, JK, Coccaro, EF. Cognitive-behavioral therapy for intermittent explosive disorder: a pilot randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Oct; 76(5):876–886.

McElroy, SL, Keck, PE, Jr., Pope, HG, Smith, JM, Strakowski, SM. Compulsive buying: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry*. 1994; 55(6):242–248.

Monzani, B, Rijsdijk, F, Harris, J, Mataix-Cols, D. The structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-5obsessive-compulsive spectrum disorders. *JAMA Psychiatry*. 2014 Feb; 71(2):182–189.

Nelson, SE, Gebauer, L, Labrie, RA, Shaffer, HJ, Gambling problem symptom patterns and stability across individual and timeframe. *Psychol Addict Behav*, 2009;23(3):523–533

Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas, 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 1993.

Pagani, LS, Derevensky, JL, Japel, C. Predicting gambling behavior in sixth grade from kindergarten impulsivity: a tale of developmental continuity. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009; 163(3):238–243.

Petry, NM, Stinson, FS, Grant, BF. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66(5):564–574.

Potenza, MN. Non-substance and substance addictions. *Addiction*. 2009; 104(6):1016–1017.

Shaffer, HJ, Kidman, R. Shifting perspectives on gambling and addiction. *J Gambl Stud*. 2003; 19(1):1–6.

Spritzer, D, Rohde, LA, Benzano, DB, Laranjeira, R, IP, ZM, et al. Prevalence and Correlates of Gambling Problems Among a Nationally Representative Sample of Brazilian Adolescents. *Journal of Gambling Studies*. 2011; v. 27:649–661.

Stein, DJ, Grant, JE, Franklin, ME, Keuthen, N, Lochner, C, Singer, HS, et al. Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010 Jun; 27(6):611–626.

Tavares, H, Alarcão, G. Psicopatologia da impulsividade. In: Abreu CN, Tavares H, Cordás T, eds. *Manual clínico dos transtornos dos impulsos*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007:19–36.

Tavares, H, Carneiro, E, Sanches, S, Pinsky, Caetano, R, Zaleski, M, et al. Gambling in Brazil: Lifetime prevalences and socio-demographic correlates. *Psychiatry Research*. November 2010; v. 180. issue 1:35–41.

Tavares, H, Lobo, DS, Fuentes, D, Black, DW. Compulsive buying disorder: a review and a case vignette. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2008 May; 30 Suppl 1:S16–S23. [Epub 2008; Jan 31.].

Tavares, H, Martins, SS, Lobo, DS, Silveira, CM, Gentil, V, Hodgins, DC. Factors at play in faster progression for female pathological gamblers: an exploratory analysis. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64(4):433–438.

Tse, S., Hong, S. I., Wang, C. W., Cunningham-Williams, R. M. Gambling behavior and problems among older adults: a systematic review of empirical studies. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*.

2012; 67 (5):639–652.

Weinstock, J., Ledgerwood, D. M., Modesto-Lowe, V, Petry, N. M. Ludomania: cross-cultural examinations of gambling and its treatment. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008; 30:S3–S10.

CAPÍTULO 32

Transtornos do Envelhecimento e Demências

Cássio Machado de Campos Bottino and Debora Pastore Bassitt

Nesse capítulo, vamos discorrer sobre as demências, o transtorno mental mais comumente associado a implicações legais em sujeitos idosos. Os seguintes tópicos serão abordados: quadro clínico, diagnóstico e epidemiologia, além das características das principais doenças que causam demência e seu tratamento. Na segunda metade deste texto, comentaremos sobre as implicações legais desses quadros.

QUADRO CLÍNICO DA SÍNDROME DEMENCIAL

A demência é uma síndrome caracterizada pelo desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos e alterações da personalidade. O quadro é, geralmente, de natureza crônica e progressiva, e os sintomas interferem sensivelmente nas atividades pessoais, sociais e laborais dos pacientes. Entre as alterações consideradas essenciais incluem-se o comprometimento da memória e de, ao menos, outra função cognitiva, como, apraxia, agnosia, afasia, ou comprometimento de funções executivas. Esquecimento é o sintoma que tende a ocorrer mais precocemente, mas as alterações de memória podem ser difíceis de detectar nos estágios iniciais da doença e de distinguir das alterações observadas no envelhecimento normal. A memória para eventos recentes apresenta-se, principalmente no início, mais comprometida que a memória para acontecimentos remotos. Outras dificuldades cognitivas incluem déficits de atenção e concentração. Alterações do comportamento (agressividade, vagar a esmo) e outros sintomas e sinais psiquiátricos (apatia, anedonia, desinteresse, delírios autorreferentes, alucinações visuais e auditivas, falsos reconhecimentos) ocorrem com frequência durante a evolução da doença.

EPIDEMIOLOGIA DA DEMÊNCIA

A prevalência de demência aumenta com a idade, praticamente dobrando a cada 5 anos. Em revisão da literatura, observamos que a idade exerceu importante influência sobre os dados, com valores médios de prevalência de demência variando de 1,17%, na faixa de 65-69 anos, até 54,83%, acima de 95 anos. Alguns estudos brasileiros investigando a prevalência de demência na comunidade foram publicados nos últimos anos, ampliando nosso conhecimento sobre esse tema. Podemos citar, por exemplo, a taxa de prevalência de demência, na população acima de 65 anos, encontrada em

Catanduva, no interior do estado de São Paulo, por Herrera e col., que foi de 7,1%; e a estimativa de prevalência de demência que encontramos em estudo feito na cidade de São Paulo, que foi de 12,9% na população acima de 60 anos, números iguais ou superiores às taxas de prevalência de demência encontradas em países desenvolvidos, segundo Lopes.

Em nosso estudo feito em São Paulo, dos 107 idosos com diagnóstico de demência, 59,8% tinham doença de Alzheimer (DA); 15,9%, demência vascular (DV) ; e 8,4%, DA associada a DV. Em modelos de regressão logística *stepwise*, o aumento da Razão de Chances do diagnóstico de demência estava associado a idade superior a 70 anos, analfabetismo ou baixo nível educacional, acidente vascular cerebral (AVC), trauma craniano e diabetes (fatores de risco potenciais). Por outro lado, a diminuição da Razão de Chances do diagnóstico de demência estava associada a atividade de trabalho atual, tumor (câncer) e leitura de livros (fatores protetores potenciais).

Esses resultados, portanto, sugeriram que a prevalência de demência em nosso meio é semelhante à encontrada em estudos internacionais. Em virtude do envelhecimento populacional do Brasil que tem ocorrido nos últimos anos, a prevalência de doenças mentais como a demência tende a aumentar nos idosos brasileiros, causando grande impacto nos serviços de saúde e na sociedade de modo geral.

DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA

É importante considerar, no diagnóstico diferencial de demência, outros transtornos que podem apresentar quadro clínico semelhante. *Delirium*, síndrome amnéstica, depressão (que pode se manifestar em um paciente idoso acompanhada por déficit cognitivo), comprometimento cognitivo leve (prejuízo das funções cognitivas, porém sem comprometimento significativo das atividades ocupacionais e sociais), quadros delirante-alucinatórios de início tardio e déficits sensoriais graves devem sempre ser lembrados durante a investigação de uma síndrome demencial.

Apesar da frequência relativamente baixa de demências reversíveis em estudos diagnósticos, a investigação inicial de um quadro de demência deve conter: anamnese detalhada com o paciente e um familiar/informante; exame físico e neurológico; avaliação objetiva do estado mental; exames laboratoriais: hemograma completo, creatinina sérica, hormônio tireoestimulante, albumina, enzimas hepáticas, vitamina B12, ácido fólico, cálcio, reações sorológicas para sífilis e, em pacientes com menos de 60 anos, com apresentações clínicas atípicas ou sintomas sugestivos, sorologia para HIV; e exame de neuroimagem estrutural, tomografia computadorizada (TC) ou – preferencialmente – ressonância magnética (RM), indicada para a investigação diagnóstica de síndrome demencial e exclusão de causas secundárias. Outros testes podem ser solicitados para auxiliar no diagnóstico diferencial: exames de neuroimagem funcional (tomografia computadorizada por emissão de fóton único [SPECT] e TC por emissão de pósitrons [PET-TC]), que aumentam a confiabilidade diagnóstica e auxiliam no diagnóstico diferencial de demência; exame do líquido cefalorraquidiano – preconizado em casos de demência de início pré-senil, com apresentação ou curso clínico atípico, hidrocefalia comunicante e quando há suspeita de doença inflamatória, infecciosa ou priônica do sistema nervoso central (SNC); e

eletroencefalograma (EEG), que pode auxiliar no diagnóstico diferencial de síndrome demencial com outras condições que interferem no funcionamento.

Diversas doenças podem levar ao desenvolvimento de uma síndrome demencial no idoso. Cerca de 50%-66% dos casos de demência levados à avaliação neuropatológica são causados pela DA, de 12%-18% devido à demência vascular DV e de 8%-18% à associação de ambas. Portanto podemos notar que as demências degenerativas primárias (DA) e as demências vasculares respondem por cerca de 70% a 80% das causas de síndrome demencial, dependendo da amostra estudada e dos critérios diagnósticos utilizados.

Descreveremos a seguir o quadro clínico das principais doenças que podem causar demência.

Doença de Alzheimer (DA)

O diagnóstico de DA continua sendo feito com base nos métodos de correlação anatomoclínica utilizados há mais de 100 anos pelo psiquiatra alemão Alois Alzheimer. Como ainda não temos um marcador biológico para a DA, o diagnóstico é baseado na presença do quadro clínico de demência, estabelecido por avaliação clínica, e na exclusão de outras causas possíveis para esta síndrome. A DA é caracterizada pela deposição de proteína β-amiloide em placas extracelulares, pela formação de emaranhados neurofibrilares dentro dos neurônios e pela perda de neurônios no córtex cerebral. Essa perda de neurônios ocorre inicialmente no núcleo basal de Meynert e no córtex entorrinal, afetando principalmente neurônios colinérgicos, sendo que a diminuição destes neurônios tende a aumentar com a progressão da doença.

Em nosso país, os critérios oficiais para o diagnóstico de DA são os da 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (1993). A DA pode ser classificada, de acordo com a idade de início dos sintomas, em dois subtipos: senil (início após os 65 anos) e pré-senil (início antes dos 65 anos). A DA pré-senil, ou de instalação precoce (também chamada de DA tipo 2), parece ter um curso mais acelerado e está frequentemente associada a afasias, apraxias, mioclonias, história familiar da doença e alterações neuropatológicas mais intensas. A DA senil, ou de instalação tardia (também chamada de DA tipo 1), apresenta habitualmente uma evolução mais lenta, com menor comprometimento da linguagem e alterações neuropatológicas menos marcantes.

Há evidências de que idade, baixa escolaridade, história familiar de demência e depressão são fatores de risco associados à DA. A taxa de mortalidade em 5 anos desses pacientes varia de 24% a 30%, ocorrendo evolução para óbito geralmente num período de 5 a 8 anos, comumente como consequência de complicações respiratórias.

A sintomatologia da doença de Alzheimer pode ser descrita utilizando-se um modelo de três estágios. O primeiro, que geralmente dura de 2 a 3 anos, é caracterizado por sintomas vagos e difusos que se desenvolvem insidiosamente. O déficit de memória é habitualmente o primeiro sintoma a ser notado, além de alterações das funções visuoespaciais, da linguagem, aprendizado e concentração, o que pode fazer que o indivíduo passe a ter dificuldades para lidar com situações

complexas. O segundo estágio é caracterizado por uma deterioração mais acentuada da memória e pelo aparecimento de sintomas focais, que incluem afasia, apraxia, agnosia e alterações visuoespaciais. A capacidade para realizar cálculos, fazer julgamentos, planejar e a habilidade para abstrair ficam comprometidas com a progressão da doença. Nesta fase, o funcionamento emocional, a personalidade e o comportamento social ainda podem estar relativamente preservados. Sintomas extrapiramidais ocorrem em um terço dos pacientes, com alteração da postura e da marcha, aumento do tônus muscular e outros sinais de parkinsonismo. No terceiro estágio, ou estágio terminal, todas as funções mentais estão gravemente afetadas. O paciente se comunica por meio de sons incompreensíveis ou permanece em mutismo, permanecendo eventualmente acamado, com incontinência urinária e fecal. Podem surgir sintomas e sinais neurológicos grosseiros, como hemiparesia espástica, rigidez importante, tremor, reflexos primitivos e crises convulsivas. Nesta fase, a deterioração corporal é surpreendentemente rápida, com emagrecimento, apesar de o apetite estar, em muitos casos, preservado.

Demência Vascular (DV)

O terminologia demência vascular engloba um grande número de doenças distintas que têm em comum o fato de terem como origem o sistema cerebrovascular. Durante muitos anos o termo "demência arteriosclerótica" foi empregado, sugerindo que alterações patológicas das artérias seriam responsáveis pela diminuição do fluxo sanguíneo cerebral. Este conceito foi modificado com o destaque dado aos infartos cerebrais no surgimento da demência. Hachinski *et al.* introduziram a expressão "demência por múltiplos infartos", que se tornou sinônimo de todas as demências de origem vascular. Entretanto, em um simpósio internacional (National Institute of Neurological Disorders and Stroke and the Association Internationale pour la Recherche et l'Ènseignement en Neurosciences [NINDS-AIREN]), foi sugerida a utilização do nome demência vascular, enfatizando a heterogeneidade dos subtipos patológicos associados ao quadro clínico: infartos isquêmicos e hemorrágicos, eventos cerebrais hipóxico-isquêmicos e lesões senis leucoencefalopáticas.

De que forma a doença vascular pode causar demência? Um dos fatores envolvidos nesse processo é o volume da área cerebral infartada, sendo a localização das lesões igualmente importante – lesões envolvendo os lobos temporais, os gânglios da base e outras estruturas do sistema límbico estão mais fortemente associadas a quadros demenciais. Outra característica significativa das lesões vasculares associadas à DV parece ser a bilateralidade, observando-se com maior frequência lesões bilaterais nesses pacientes. Os principais fatores de risco associados à DV são idade avançada, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, hiperlipidemia, AVC recorrente, doença cardiovascular, tabagismo, hiper-homocisteinemia e apneia do sono. A duração média da doença é de 5 anos, e a sobrevida é menor do que a da população geral e a dos indivíduos com DA.

O quadro clínico da DV inclui aspectos relacionados à doença cerebrovascular e o declínio cognitivo. Muitos pacientes apresentam evidências clínicas de infarto cerebral (p. ex., paresias), embora em outros a etiologia vascular só se torne óbvia após

investigação clínica e laboratorial detalhada. Tipicamente, a doença apresenta um início mais agudo do que a DA, seguindo um curso de deterioração em degraus, com pioras abruptas seguidas de períodos de estabilidade. Quando o início é gradual, as mudanças emocionais e de personalidade e as queixas somáticas (p. ex., cefaleia e tonturas) podem anteceder as evidências definitivas de alteração cognitiva. A flutuação dos déficits intelectuais, comumente associada a episódios de distúrbio de consciência, ocorre com frequência. Em geral, as características clínicas da DV variam conforme a localização preferencial das lesões. Os infartos lacunares cursam frequentemente com disartria, disfagia e labilidade emocional (paralisia pseudobulbar), marcha a *petit pas* e bradicinesia. A encefalopatia arteriosclerótica subcortical, ou doença de Binswanger, caracteriza-se por uma evolução insidiosa do comprometimento cognitivo associada a déficits neurológicos focais, com história de AVCs agudos que aparece preferencialmente em indivíduos do sexo masculino com mais de 55 anos e hipertensos. Por outro lado, os pacientes com lesões vasculares no córtex cerebral apresentam principalmente afasia, apraxia e distúrbios visuoespaciais. Outras características clínicas que sugerem a presença de DV são a preservação da personalidade até estágios avançados da doença, manutenção de um grau considerável de julgamento e crítica, presença de labilidade emocional e comportamento explosivo, ansiedade e depressão graves.

A avaliação de pacientes com suspeita de DV deve incluir hemograma, velocidade de hemossedimentação (VHS), eletrólitos, glicose, testes de função renal e hepática e hormônio estimulante da tireoide (TSH). Os exames que representam fatores de risco vascular também devem ser solicitados de rotina, e aqueles mais detalhados podem frequentemente ser necessários, como dosagem de vitamina B12 e testes sorológicos para sífilis, HIV, entre outros, em casos selecionados. A neuroimagem estrutural deve ser usada na avaliação de todos os pacientes com suspeita de demência. A RM deve ser utilizada, preferencialmente, por permitir maior resolução espacial e visualização mais detalhada pela diversidade das sequências de aquisição. Na impossibilidade de utilizar a RM, a TC pode ser usada para identificar lesões vasculares variadas. A atrofia hipocampal deve ser avaliada em todos os pacientes, visando estabelecer um diagnóstico de DV pura ou associada à DA. A avaliação neurovascular pode ser útil no esclarecimento clínico e para determinadas intervenções terapêuticas. O uso de espectroscopia de prótons pode ser útil em determinados casos de DV e na diferenciação com demência mista. A SPECT e a PET-TC podem ser utilizadas em casos nos quais permanece incerteza diagnóstica após avaliação clínica e imagem estrutural, não devendo ser usadas, entretanto, como a única avaliação de neuroimagem.

O diagnóstico de DV é feito quando o paciente apresenta o quadro clínico de uma síndrome demencial, que foi supostamente causada por doença vascular. História típica de AVC seguido de déficits neurológicos focais e, especialmente, existência de uma relação temporal entre o evento vascular e o aparecimento de demência tornam o diagnóstico de DV altamente provável.

Doença Cortical Difusa dos Corpos de Lewy

Em 1912, Frederic Lewy descreveu inclusões neuronais eosinofílicas em casos de

paralysis agitants ou doença de Parkinson. Inicialmente, os corpos de Lewy (CL) foram encontrados apenas em regiões subcorticais, como a substância negra e o lócus cerúleo, mas recentemente foram também observados no neocórtex. Os CLs, estruturas intracelulares anormais compostas por um núcleo central e material filamentar disposto radialmente na corona externa, são comumente associados à doença de Parkinson, apesar de serem também encontrados no lócus cerúleo e na substância negra do cérebro de pacientes idosos normais. A partir do final da década de 1980, diversos autores descreveram amostras de pacientes demenciados que apresentavam CL não apenas em estruturas subcorticais, mas também no neocórtex (mais frequentemente nas camadas IV, V e VI de lobos temporais). A presença de CL nesses pacientes pode ou não estar associada a alterações neuropatológicas características da doença de Alzheimer. Em virtude desses achados, a doença cortical difusa dos corpos de Lewy (LBD) começou a ser reconhecida como um tipo importante de demência, estimando-se que sua prevalência entre pacientes demenciados varie entre 12% e 20%.

O quadro clínico é de uma doença progressiva que afeta homens e mulheres, podendo apresentar três estágios de evolução. O primeiro, que dura de 1 a 3 anos, é habitualmente reconhecido retrospectivamente, caracterizando-se por esquecimento leve, breves episódios de *delirium* (associado a doença física) e um declínio físico e mental que não chega a comprometer as atividades da vida diária. O segundo estágio é marcado por um comprometimento cognitivo mais acentuado (memória, linguagem e habilidade visuoespacial), com flutuações importantes no seu grau. Episódios de *delirium* com pesadelos, piora durante a noite, alucinações auditivas e visuais e delírios paranoides secundários são típicos e o paciente frequentemente apresenta quedas associadas a instabilidade postural ou distúrbios transitórios de consciência. O terceiro estágio é marcado por aumento abrupto da confusão, psicose e distúrbios comportamentais (agressividade, vagar, desinibição), geralmente levando à internação. Nos pacientes que não recebem ou não toleram baixas doses de neurolépticos, a evolução é de declínio progressivo (meses) para demência grave, com a morte ocorrendo em decorrência de doença pulmonar ou cardíaca. A utilização de neurolépticos nestes pacientes está associada a aumento da morbidade (sedação, rigidez, instabilidade postural e quedas) e da mortalidade. Os sinais extrapiramidais são observados principalmente após administração de neurolépticos.

Degeneração Lobar Frontotemporal

Arnold Pick descreveu, na virada do século XIX para o XX, o quadro clínico de alguns pacientes que apresentavam deterioração mental progressiva, caracterizada por afasia grave e distúrbios comportamentais, cujos sintomas estavam associados a atrofia temporal esquerda ou frontotemporal. Entretanto foi Carl Schneider, no final da década de 1920, que introduziu a denominação doença de Pick (DP), destacando a importância do envolvimento dos lobos frontais nessa síndrome.

A classificação da DP tem sido objeto de controvérsia nos últimos anos, com vários autores referindo-se a esses casos como “demência do tipo frontal”, “degeneração não-Alzheimer do lobo frontal” e “degeneração do lobo frontal”. Esta síndrome seria

caracterizada por alterações na personalidade e comportamento, além de déficits na abstração, planejamento e nos processos de controle mental, o que indicaria uma alteração nas funções do lobo frontal. A justificativa para a não utilização do termo DP nesses pacientes seria a ausência dos corpúsculos e das células de Pick na maioria dos casos examinados. Entretanto, as características clínicas e neuropsicológicas dos pacientes examinados aparentemente não permitem diferenciá-los de pacientes com DP. A CID-10 mantém a classificação mais tradicional de "Demência Causada pela Doença de Pick", relacionando os seguintes critérios para seu diagnóstico: demência progressiva; predominância de características frontais como euforia, embotamento afetivo e deterioração do comportamento social, desinibição, apatia ou inquietação; e distúrbios de comportamento, habitualmente precedendo o comprometimento da memória.

Os estudos mais recentes reconhecem três apresentações mais características da degeneração lobar frontotemporal (DLFT):

1. variante comportamental da demência frontotemporal: caracterizada por mudança de caráter, comprometimento do comportamento social, perda de empatia, negligência de autocuidados e responsabilidades, comportamentos repetitivos, mudança na dieta, resposta alterada à dor e julgamento comprometido;
2. demência semântica: desordem multimodal de conhecimento conceitual associada a atrofia bilateral e assimétrica dos lobos temporais;
3. afasia progressiva não fluente: distúrbio de linguagem expressivo associado à atrofia perissilviana esquerda.

Demência na Doença de Parkinson

James Parkinson publicou, em 1817, a descrição de seis casos de pacientes com "paralisia agitante" que, segundo ele, não apresentavam "nenhum prejuízo dos sentidos e do intelecto". Durante a segunda metade do século XIX foram descritas manifestações neuropsiquiátricas da doença de Parkinson (PK) e, desde a década de 1960, o declínio das funções intelectuais foi reconhecido como sendo uma complicação frequente dos estágios avançados da doença. A prevalência de demência na doença de Parkinson (DPK) é próxima de 30%, e cerca de 80% dos pacientes irão desenvolver demência antes de falecer. Os fatores de risco para demência incipiente na PK incluem idade mais avançada e idade de início, duração mais longa da doença, ausência de um tremor de repouso (subtipo acinético-rígido) e a presença de alucinações, depressão ou comprometimento cognitivo leve. Demência e delírio na PK são fatores de risco para a internação de pacientes em instituições de longa permanência. A ocorrência de demência em pacientes com menos que 65 anos idade parece ser rara (independentemente do tempo de evolução da doença), enquanto acima dessa idade a demência torna-se mais comum, especialmente nos pacientes com PK de longa duração.

O quadro clínico da PK é caracterizado pela progressão lenta de alterações neurológicas como tremor, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural. As alterações cognitivas observadas na PK podem ocorrer após um período de tratamento longo sem complicações, quando confusão, delírios paranoides, alucinações visuais e distúrbios

de memória aparecem. As alterações observadas nos testes cognitivos são lentificação do processamento de informações e comprometimento da atenção, da concentração, da memória, das habilidades visuoespaciais e da abstração. Isolamento social, desinteresse e apatia são outras características comuns. Depressão leve ocorre, como pródromo, em 25% dos pacientes com PK, enquanto depressão moderada a grave ocorre em 35%-50% dos casos durante a evolução da doença. Aparentemente, sintomas psicóticos não são comuns na PK idiopática, mas estes sintomas podem ser induzidos por drogas anticolinérgicas e dopaminérgicas, e estudos relataram sua ocorrência em 17%-57% dos pacientes com PK pós-encefalítica. Os pacientes não demenciados com PK tipicamente apresentam déficits sutis e circunscritos de atenção e de funções executivas, além de déficits visuoespaciais, que podem afetar as atividades da vida diária. Atenção complexa (p. ex., seletiva ou inibitória) e aspectos executivos do processamento visuoespacial (p. ex., memória de trabalho ou planejamento espacial) são particularmente afetados. Em pacientes com DPK, déficits de atenção, visuoespaciais e executivos são mais graves do que na PK. Pacientes com DPK apresentam déficits em atenção simples e complexa e em aspectos perceptuais do processamento visuoespacial que tornam difícil copiar figuras, além de disfunção executiva com impactos na fluência, no planejamento e na memória de trabalho. As competências linguísticas estão relativamente intactas nestes pacientes. A CID-10 estabelece como critério de diagnóstico a presença de demência em um indivíduo com PK avançada, geralmente grave.

Tratamento

A partir da hipótese colinérgica, formas de aumentar a quantidade de acetilcolina na fenda sináptica dos pacientes com DA começaram a ser investigadas. Entre estas estratégias, aquela que se mostrou mais promissora para aumentar a quantidade de acetilcolina na fenda sináptica foi a utilização dos inibidores da acetilcolinesterase (I-ChE), que foram as primeiras medicações aprovadas para tratamento da DA leve a moderada. Três medicações consideradas I-ChE de segunda geração estão disponíveis no Brasil: donepezil, rivastigmina e galantamina. A tacrina, I-ChE de primeira geração, não mais é comercializada devido à sua hepatotoxicidade.

Nos ensaios clínicos randomizados em pacientes com DA, os I-ChEs mostram-se superiores ao placebo em todos os domínios anteriormente citados (exceção feita à avaliação da qualidade de vida dos pacientes), no entanto a melhora do quadro é muito discreta e, por vezes, consiste simplesmente em uma estabilização temporária, ou mesmo em um declínio mais lento em relação aos pacientes não tratados. Os pacientes tratados com I-ChE apresentam uma curva de resposta semelhante, ou seja, três a seis meses depois do início do tratamento ocorre uma melhora de 2 a 4 pontos em média no MEEM e, posteriormente, passa a haver um declínio nos escores, semelhante ao dos indivíduos não tratados. Estudos com duração superior a um ano têm mostrado que a eficácia dos I-ChEs se mantém em relação aos pacientes tratados com placebo. Existem alguns dados mostrando que, por pelo menos 5 anos, os I-ChEs mostram algum benefício terapêutico.

Em relação à eficácia na DV, os estudos mostraram melhora dos pacientes tratados

com I-ChE quando em comparação com aqueles que receberam placebo. Existem também estudos publicados mostrando a eficácia dos I-ChEs em outros quadros demenciais, que apresentam envolvimento das vias colinérgicas, como a demência por corpos de Lewy (DCL) e a DPK. Há relatos de que os I-ChEs teriam uma resposta mais favorável em pacientes com DCL, principalmente em relação a sintomas psicóticos e agitação, o que seria explicado pelo fato de que na DCL a disfunção colinérgica é ainda maior que na DA, além de a colina-acetiltransferase apresentar um funcionamento inferior. Quanto aos efeitos adversos, observa-se um padrão semelhante ao observado nos pacientes com DA, causando efeitos adversos leves, principalmente gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia), que podem ser minimizados com o escalonamento gradual da dose.

IMPLICAÇÕES MÉDICO-LEGAIS DAS DEMÊNCIAS

A alteração na capacidade geral e específica para decidir a respeito de aspectos do tratamento e para a prática de outros atos da vida civil dependem da presença da demência e do grau de prejuízo do discernimento que esta pode causar. Deste modo compreende-se que uma pessoa pode estar totalmente inabilitada para qualquer decisão, seja no campo do tratamento e da capacidade para consenti-lo, seja na capacidade para a prática de atos da vida civil em geral no caso de demências avançadas, nos quais os pacientes têm perda total da autonomia, o que leva à necessidade de recorrer a seus representantes legais para a tomada de decisão.

No entanto, em muitos pacientes o comprometimento cognitivo não é tão grave e evidente, o que pode levar a dificuldades para determinar a capacidade de discernimento. Os pacientes com demência leve geralmente têm a capacidade de decisão preservada, principalmente quando a crítica também o está. Quando a demência é moderada, a capacidade de decidir fica comprometida, tanto em relação a aspectos de tratamento, internação e outros procedimentos, como em relação a várias decisões da vida civil.

Tendo em vista que as demências podem ter várias causas e que os déficits cognitivos podem ser heterogêneos, com acometimento maior de algumas funções cognitivas e preservação de outras (notadamente na demência vascular, mas também nas outras demências), uma breve e objetiva avaliação destes comprometimentos pode ajudar na caracterização do grau de comprometimento cognitivo global, permitindo, como consequência, verificar a capacidade de discernimento para os diversos atos. Por outro lado, a avaliação funcional é importante para a caracterização do grau de comprometimento que os déficits cognitivos causados pela demência trazem à vida do indivíduo, auxiliando na avaliação do estágio da demência.

Avaliação do Comprometimento Global/Estágio da Demência

Cognitiva

Uma verificação básica abrangente da cognição pode ser realizada pela aplicação de

algumas escalas, como Miniexame do Estado Mental (MEEM), teste do relógio, fluência verbal e abstração.

O MMSE avalia várias funções cognitivas e foi elaborado para estimar quantitativamente a gravidade do prejuízo cognitivo. Sua pontuação depende em grande parte da escolaridade, portanto o nível de corte para diagnóstico de demência varia em função desta, sendo de 19/20 para analfabetos e 23/24 para aqueles com escolaridade alta. Este teste tem sido empregado para classificar a demência em níveis de gravidade, leve, moderada e grave, e a correlação, obtida em estudo nacional de Maia *et al.* com 269 pacientes, mostrou correlação significativa entre a escala Clinical Dementia Rating (CDR) e o MEEM (Spearman r = -0,72; p = 0,001), com a maioria dos pacientes com demência questionável com pontuação superior ao ponto de corte (26), a maior parte dos pacientes com demência leve e pontuação de 26 a 15; a maioria dos pacientes com demência moderada e pontuação 10-15, e a maior parte dos pacientes com demência grave < 10. O teste do relógio, utilizado na avalição de memória, capacidade de construção visual e função executiva, consiste em solicitar desenho de mostrador de relógio com números e ponteiros marcando dez para as duas, e sua execução fica cada vez mais precária à medida que a demência avança. Por sua vez, o teste de fluência verbal semântica (p. ex., animais em 1 minuto) avalia linguagem e funções executivas. Por fim, a verificação da capacidade de abstração pode ser feita perguntando para o paciente o que há de comum entre dois seres ou objetos, visando comprovar se o mesmo consegue categorizar.

Capacidade Funcional

Uma breve verificação da capacidade funcional pode ser feita com a aplicação de duas escalas com perguntas que devem ser feitas para o paciente e cuidador a respeito da capacidade deste para realizar uma série de atividades. A primeira escala visa identificar capacidade de realizar atividades de vida diária instrumentais (AVDi), que demandam funções cognitivas mais preservadas para sua execução, como telefonar, fazer compras, preparar comida, arrumar a casa, lavar e passar roupas, ir a locais distantes, tomar remédios e cuidar das finanças. Os pacientes com demência leve têm algum comprometimento destas capacidades, que já se encontram bastante prejudicadas na demência moderada. A segunda escala identifica a capacidade para realizar atividades de vida diária básicas (AVDb), que podem ser executadas mesmo com grau moderado de comprometimento cognitivo, como tomar banho, vestir-se, usar o vaso sanitário e se higienizar, alimentar-se ter a continência urinária e fecal preservada. Quando há comprometimento destas habilidades, o déficit cognitivo é grave, e a demência se encontra no estágio mais avançado.

Implicações na Condução Clínica do Caso

Tratamento

Nos pacientes com demência moderada a grave há comprometimento da capacidade global de compreensão e da crítica em relação à doença, aos sintomas e às limitações, o que pode impedir que o paciente tome a decisão mais apropriada em relação ao seu

tratamento. Para a avaliação completa e consequente tratamento destes pacientes é imprescindível a presença de familiar ou cuidador, seja ele representante legal ou não.

Entre os pacientes em tratamento ambulatorial podemos nos deparar com aqueles que não compreendem ou não aceitam o diagnóstico ou não se dão conta dos sintomas, e por isso recusam qualquer terapêutica. A fim de contornar esta situação, é importante a aliança com o cuidador, que se torna o responsável pela administração da medicação. Para pacientes demenciados, com dificuldade de aceitação da medicação, existe a possibilidade de administração de medicação sob a forma de adesivo (rivastigmina *patch*), que pode ser colocado diariamente na pele em local fora do alcance das mãos. No caso de demências mais avançadas, quando é necessário tratamento de alterações comportamentais secundárias à demência, o uso de medicações antipsicóticas sem o conhecimento do paciente é aceitável – uma vez que sua capacidade de autonomia já foi muito afetada pela doença – e, neste caso, podem ser usadas soluções orais ou comprimidos diluídos. Também são frequentes problemas relacionados a questões pessoais, como fixação de domicílio, deliberação de morar sozinho, internação em instituições de longa permanência, capacidade de autocuidados e aptidão para dirigir veículos automotores. Devem ser decididas de acordo com o quadro clínico e a capacidade de manejo e apoio familiar, e cuja decisão pode ter ou não a participação do paciente, dependendo do seu grau de capacidade de discernimento.

No caso de internação em hospital psiquiátrico, que pode ser indicada para demências rapidamente progressivas para investigação, ou se há alteração comportamental, a internação pode ser involuntária, pois geralmente o paciente tem comprometimento cognitivo moderado a grave e não possui capacidade de decidir com o necessário discernimento. Nestes casos um familiar ou responsável legal tem que se responsabilizar pela internação involuntária. A alta depende de avaliação médica, uma vez que o paciente nestas condições geralmente não tem condições de avaliar sua melhora. No caso de pacientes incapazes em condições de ter alta hospitalar, sem tutor legal e sem familiares responsáveis, o caso deverá ser comunicado ao ministério público para providências (ver Capítulo 11, "Internações Psiquiátricas Involuntárias").

Esta situação é regida pelo Estatuto do Idoso (Brasil, 2003). Não estando o idoso em condições de proceder a opção, esta será feita:

elo curador do idoso, quando este for interditado.

pelos familiares, quando este não tiver curador ou não for contatado em tempo hábil.

pelo médico, quando ocorre iminente risco de vida e não houve tempo de consulta ao curador ou familiar.

pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que se deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

Se o paciente, **mesmo interditado, estiver em condições de decidir, a sua decisão deve prevalecer sobre a do curador** e deve ser feito, no prontuário, o registro minucioso das razões que levaram a se considerar o paciente em condições. O médico pode decidir isoladamente pelo tratamento que julgar mais apropriado no caso de iminente risco à vida (quando o idoso não puder decidir ou não houve tempo de

localizar seu curador ou familiares), ou no caso de idoso incapaz, com familiares ou curador desconhecidos, mesmo sem risco de morte, hipótese em que sua decisão deverá ser comunicada ao Ministério Público.

De maneira geral, todas as medidas terapêuticas devem ser precedidas de cuidadosa avaliação do paciente, além da manutenção de registros médicos meticulosos e permanentemente atualizados. Sempre que o caso evoluir fora do habitual, devem-se avaliar riscos e custo/benefício, com discussão do caso em reunião clínica, supervisão ou até conferência médica, sempre observando-se o código de ética médica. Nos casos de mais difícil resolução pode-se solicitar consultoria bioética e legal.

Atestados

Outra questão que pode aparecer na prática clínica é a emissão de atestados. O atestado médico é uma simples declaração escrita pelo médico sobre o estado, mórbido ou não, e as suas consequências. Dois requisitos para sua emissão são essenciais: que se haja praticado o ato profissional que o justifique e que o documento corresponda à verdade, sob pena de infração do código de ética médica. O profissional pode fazer o atestado somente a pedido do paciente ou de seu representante legal; se estiver incapacitado, mas ainda não tiver sido interditado, também pode ser feito a pedido do familiar responsável. O conteúdo não pode ser determinado pelo interessado – ainda que ele possa impor restrições ao que é revelado –, desde que tenha sido constatado diretamente pelo médico. O atestado pode conter, a depender do caso, diagnóstico, código de acordo com a CID-10, terapêutica empregada, incapacidade ou capacidade para atividades, períodos de hospitalização. É dever do médico fornecê-lo, sem majoração de honorários. Por outro lado, a solicitação judicial não será causa suficiente para emissão de atestado e sempre haverá necessidade de autorização do paciente ou representante.

Maus-Tratos

Segundo o Estatuto do Idoso, em seu art. 19, os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idosos serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais da saúde para os seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público ou conselho do idoso, em níveis municipal, estadual ou nacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, O. O Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 1998; 56(3b):605–612.

Bottino, CM, Stoppe, A, Scalco, AZ, Ferreira, RCR, et al. Validade e confiabilidade da versão brasileira do CAMDEX. *Arq Neuropsiquiatria*. 59(suppl. 3), 2001.

Bottino, CMC, Almeida, OP. Demências: quadro clínico e critérios diagnósticos. In: Almeida OP, Nitrini R, eds. *Demência*. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1995.

Bottino, CMC, Azevedo, D, Jr., Tatsch, M, Hototian, SR, Moscoso, MA, Folquitto, J, et al. Estimate of dementia prevalence in a community sample from São Paulo, Brazil. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2008; 26:291–

299.

Bottino, CMC, Perroco, TR, Folquitto, JC, Tascone, LS. Inibidores das colinesterases (I-ChE) e antagonistas dos receptores N- metil-D-aspartato (NMDA). In *Clínica psiquiátrica*, 1a ed, São Paulo – Barueri: Editora Manole Ltda; 2011:1218–1231.

Brasil. Lei 1.0741/03 (Estatuto do Idoso).

Caramelli, P, Teixeira, AL, Buchpiguel, CA, Lee, HW, Livramento, JA, Fernandez, LL, et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil. Exames complementares. *Dementia Neuropsychologia*. 2011; 5(supl. 1):11–20.

Engelhardt, E, Tocquer, C, André, C, Moreira, DM, Okamoto, IH, Cavalcanti, JLS. Demência vascular. Critérios diagnósticos e exames complementares. *Dementia Neuropsychologia*. 2011; 5(supl. 1):49–77.

Folstein, MF, Folstein, SE, Hugh, PR. Mini-mental state. A pratical method for grading cognitive sate of patients for clinicians. *Journal of Psychiatric Research*. 1975; 12:189–198.

França, GV. Atestados médicos. In França GV, ed.: *Direito médico*, 7a ed, São Paulo: BYK, 2001.

Herrera, E, Jr., Caramelli, P, Silveira, AS, Nitrini, R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2002; 16(2):103–108.

Hototian, SR, Bottino, CMC, Azevedo, D, Jr. Critérios e instrumentos para o diagnóstico da síndrome demencial. In: Bottino CMC, Laks J, Blay SL, eds. *Demência e transtornos cognitivos em idosos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006:52–67.

Lawton, MP, Brody, MH. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969; 9(3):179–183.

Lopes, MA, Bottino, CMC. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo – Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 2002; 60(1):61–69.

Lopes, MA, Hototian, SR, Reis, GC, Elkis, H, Bottino, CMC. Systematic review of dementia prevalence 1994 to 2000. *Dementia & Neuropsychologia*. 2007; 3:230–240.

Maia, ALG, Godinho, C, Ferreira, ED, Almeida, V, Schuh, A, Kaye, J, et al. Aplicação da versão brasileira da escala de avaliação clínica da demência (Clinical Dementia Rating – CDR) em amostras de pacientes com demência Arq. *Neuro-Psiquiatr*. 64(2b), 2006.

McKeith, IG, Perry, RH, Fairbairn, AF, et al. Operational criteria for senile dementia of Lewy body type (SDLT). *Psychol Medicine*. 1992; 22:911–922.

Okamoto, IH, Bustamente, SEZ. Testes de rastreio para o diagnóstico de demência. In: Bottino CM, Laks J, Blay SL, Jr., eds. *Demência e transtornos cognitivos em idosos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006:79.

Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Possin, KL, Kaufer, DI. Parkinsonian dementia. *Continuum Lifelong Learning Neurol*. 2010; 16(2):57–79.

Román, GC, Tatemichi, TK, Erkinjuntti, T, et al. Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies report of the NINDS-AIREN international wokshop. *Neurology*. 1993; 43:250–260.

Román, GC. Facts, myths, and controversies in vascular dementia. *J Neurol Sci*. 2004; 15; 226(1-2):49–52.

Snowden, JS, Thompson, JC, Stopford, CL, Richardson, AM, Gerhard, A, Neary, D, et al. The clinical diagnosis of early-onset dementias: diagnostic accuracy and clinicopathological relationships. *Brain*. 2011; 134(Pt 9):2478–2492.

Taborda, JGV, Laks, J. Demência e transtornos cognitivos em idosos. In: Bottino CM, Laks J, Blay SL, Jr., eds. . Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

Valéria, TSL, Silvia, RMP, Luiz, ABC, et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz) Cad. *Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2008; 24(1):103–112.

CAPÍTULO 33

Transtornos Decorrentes da Gestação e Puerpério

Eloy Ottoni, Vera Tess and Daniel Martins de Barros

INTRODUÇÃO

Neste capítulo abordaremos algumas situações complexas enfrentadas pelo psiquiatra no manejo de pacientes com transtornos mentais durante a gestação e o puerpério. Ambos, principalmente o puerpério, são períodos de alto risco para a ocorrência de transtornos mentais na mulher, notadamente naquelas com antecedentes psiquiátricos.

PRÁTICA PSIQUIÁTRICA: DIFICULDADES NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO

O tratamento de transtornos psiquiátricos na gestação envolve a avaliação dos riscos e benefícios do uso do tratamento medicamentoso frente aos riscos associados aos transtornos psiquiátricos sem tratamento nesse período. Transtornos psiquiátricos não tratados durante a gestação estão relacionados ao parto prematuro, atraso no desenvolvimento emocional, cognitivo e da linguagem, além de cuidados perinatais deficientes, ao passo que a remissão do transtorno mental da mãe está associada à melhora no comportamento e funcionamento da criança. Pacientes com antecedentes de transtornos mentais têm maiores chances de realizar um pré-natal inadequado, tardio e com menor aderência às orientações perinatais.

Uma dificuldade adicional — pacientes e profissionais de saúde muitas vezes associam sintomas psiquiátricos na gestação a respostas normais às mudanças psicossociais e fisiológicas vivenciadas pelas mulheres nesse período. Esta postura pode prejudicar o diagnóstico e o tratamento dos transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério. Campanhas educacionais voltadas às mulheres, familiares e profissionais da atenção primária, além de um pré-natal adequado, podem aumentar o reconhecimento dos transtornos mentais em gestantes.

Dilemas em relação ao tratamento de transtornos psiquiátricos durante a gestação e o puerpério podem diminuir a procura por cuidados médicos. O tratamento de mulheres com transtorno psiquiátrico envolve frequentemente questões éticas que afetam tanto o planejamento reprodutivo como as decisões envolvendo o próprio tratamento na gestação e no pós-parto, que podem afetar vários indivíduos da família (Quadro 33-1). Idealmente a escolha do tratamento deve envolver os interesses do feto

ou lactente, do companheiro, de membros familiares importantes e do médico.

QUADRO 33-1 Potenciais Dilemas Éticos no Tratamento Psiquiátrico na Gestação e no Puerpério

Obrigação ética de proteger as crianças. Coerção por membros da família. Conflitos entre a paciente e o seu parceiro. Informação limitada para tomar decisões. Conflitos entre o interesse da mãe e do feto.

Porém, na prática clínica, o que a paciente acha que é melhor para ela nem sempre coincide com a opinião da família ou da equipe médica. A responsabilidade deve ser sempre para com a paciente, ainda que geralmente ela leve em consideração o bem estar e a opinião da família na discussão sobre o tratamento. Para formar uma aliança terapêutica com a paciente, o médico deve levar em consideração os seus valores, as características do transtorno psiquiátrico, sua capacidade de tomar decisões e a influência dos familiares.

Pode ser difícil para as pacientes aceitar o uso de medicações com potenciais efeitos danosos no desenvolvimento fetal. É desejável uma discussão detalhada acerca dos riscos e benefícios do emprego da medicação, sempre que possível, associado a acompanhamento psicoterápico, que pode reduzir o uso ou até permitir a descontinuação da medicação em alguns casos durante a gestação. Trata-se de tema sensível sobre o qual podem ocorrer conflitos entre a paciente gestante e seu companheiro. A introdução e a continuidade da medicação após a descoberta da gestação é um dentre outros exemplos desse conflito. Além disso, para evitar conflitos, a paciente pode optar por não revelar a seu parceiro o uso de medicações psicotrópicas durante a gestação, o que pode levá-la a sentir-se sozinha e sem apoio, aumentando os riscos de piora do quadro psiquiátrico. O caso clínico abaixo ilustra esse problema:

Caso 33-1

Paciente de 40 anos, sexo feminino, casada há 1 ano, advogada. Procurou psicoterapia há 10 anos por insegurança, timidez e baixa autoestima. Desde criança sentia-se rejeitada pela família, muito medrosa e intensamente tímida. Há 5 anos, em função da ansiedade, usou paroxetina (10mg/d) e sentiu alívio importante. A autoestima melhorou progressivamente, ficou mais assertiva. Estava em um relacionamento ruim, que não conseguia romper. Com o antidepressivo sentiu-se melhor e terminou o namoro. Há 2 anos, após algumas crises de pânico, passou para 20 mg/d e manteve-se

muito bem. Namorou durante 2 anos e casou-se com o atual marido há 1 ano. Desde então vinha tentando engravidar, sem sucesso. Há 3 meses, ao iniciar processo de fertilização *in vitro*, seu psiquiatra trocou a paroxetina por fluoxetina até 40 mg/dia. Engravidou e, há dez dias, perdeu o bebê com 8 semanas de gestação. Apresentava ansiedade intensa, perda de peso, anedonia e insônia inicial, com prejuízo da concentração. O psiquiatra reintroduziu a paroxetina, encaminhando-a para psicoterapia. Dois meses depois, a paciente apresentava-se em remissão dos sintomas depressivos e ansiosos e desejava realizar uma nova tentativa de fertilização. Referia que o marido não sabia dos remédios, por ser muito preconceituoso e insensível, e acreditava que ele não aceitaria o uso da medicação durante a gestação. Após discussão sobre os riscos de malformação, foi solicitado que o marido viesse na próxima consulta para realizar uma nova discussão do planejamento terapêutico, porém a paciente não voltou mais. Alguns meses depois, soube por meio do psicoterapeuta da paciente que ela ficou grávida, manteve o uso da paroxetina prescrita por outro médico e que o marido ainda não sabia do uso da medicação. Pacientes grávidas podem ser vulneráveis à coerção, sentindo-se obrigadas a seguir os desejos do parceiro ou de membros da família em relação ao tratamento de seu transtorno psiquiátrico. Discutir os riscos e benefícios do uso da medicação durante a gestação, com atenção às preocupações específicas da paciente, pode trazer à tona esses conflitos familiares. Devem-se buscar medidas que melhorem a comunicação entre a paciente e os membros da família envolvidos e a capacidade de resolver conflitos da paciente, como aconselhamento e psicoterapia de casal ou individual.

A ocorrência de coerção de uma paciente com sintomas depressivos importantes é ilustrada no seguinte caso clínico:

Caso 33-2

F., 37 anos, casada há 8 anos, auxiliar de cozinha (afastada há 2 anos). Duas filhas de 16 e 14 anos do primeiro casamento e uma filha de 5 anos do atual.

"Sempre fui triste", com períodos piores e melhores ao longo da vida. Desde 2007, após o falecimento do seu filho com 2 dias de vida, percebeu-se mais triste e com períodos de piora intensos. Em 2011, após diagnóstico e tratamento para câncer de tireoide, ocorre piora progressiva da sintomatologia depressiva. Atualmente refere anedonia, apatia, desânimo e desesperança. Tem pensamentos de morte, mas nega ideação suicida pela religião ("tenho medo de ir para o inferno"). Diminuição de apetite e piora do sono. Nunca havia realizado tratamento psiquiátrico antes. Em 2011 realizou tireoidectomia total por câncer de tireoide, seguindo com hipotireoidismo de difícil controle. Tem filha de 16 anos com transtorno depressivo e três tentativas de suicídio (é acompanhada em um CAPS). A atual gestação não foi planejada, mas aceita. Apresenta idade gestacional de 18 semanas. Feita hipótese de distimia e depressão crônica grave (componente orgânico), tendo sido introduzido paroxetina até 30 mg/dia. Na quarta consulta a paciente veio desacompanhada do marido, sempre muito colaborativo nas consultas. Neste dia a paciente relatou como é extremamente difícil o ambiente familiar. Foi agredida no início do relacionamento pelo marido, que só deixou de fazê-lo quando ela ameaçou ir à polícia. Mas manteve-se bastante

agressivo verbalmente, ameaçando ela e suas filhas adolescentes. Apresentava certo fanatismo religioso, não acreditava em tratamento psiquiátrico e não permitia que a paciente fizesse acompanhamento psicológico. Só Deus poderia curá-la. Não deixava as adolescentes se vestirem como queriam, não podiam usar batom e fazer o cabelo, chegando a quebrar secador, maquiagens e a rasgar suas roupas. Ameaçava-as com punições divinas. As doenças dela e a morte do filho foram punições de Deus. A paciente se sentia muito triste, sem conseguir reagir. A sua família era contra o relacionamento e estava mais afastada. A filha mais velha estava em tratamento por quadro depressivo e tentativas de suicídio. Os profissionais do centro de atendimento psicossocial onde ela era tratada foram notificados dos abusos cometidos pelo padrasto. O serviço social chamou a paciente e sua mãe. Sua mãe se dispôs a ajudá-la, porém a paciente comunicou que o marido havia comprado passagens só de ida para o interior de outro estado e que procuraria tratamento por lá. Os médicos da obstetrícia orientaram que ela e o bebê corriam riscos de vida se não estivessem num centro médico adequado para tratar o hipotireoidismo refratário. A paciente não compareceu mais às consultas e o serviço social não mais conseguiu localizá-la.

Deve-se sempre monitorar se os sintomas psiquiátricos estão prejudicando a crítica ou o autocuidado; se existem situações de risco em relação à criança como abuso ou negligência. Tais situações colocam o psiquiatra em uma situação difícil, devendo cuidar dos interesses da paciente e da criança. Às vezes é necessário notificar os serviços de assistência social para assegurar o bem-estar da criança. O sigilo médico, vale lembrar, não é absoluto, podendo ser quebrado por "justa causa", segundo o Código de ética médica. Ao não explicitar o que é justa causa, deixa propositalmente para o julgamento do médico, caso a caso, quando é justificável sacrificar alguns valores – o sigilo ou a autonomia – em favor de outros – a preservação da vida ou da saúde, por exemplo.

Na escolha de um plano terapêutico adequado para determinado paciente deve-se sempre buscar um processo colaborativo de decisão entre o psiquiatra e a paciente. A atenção ao manejo da ansiedade gerada pela incerteza, devido aos dados limitados em relação ao tratamento nesse período, e a realização de um processo de consentimento informado e detalhado são essenciais. Algumas estratégias podem aumentar a eficácia do processo de decisão: estabelecer uma relação de confiança, entender os valores do paciente, evitar pressioná-lo para decidir rapidamente quando não extremamente necessário, avaliar possíveis limitações na capacidade de tomar decisões, encorajar a participação dos familiares envolvidos, criando oportunidades para o diálogo e questionamentos. O psiquiatra tem papel fundamental na ajuda aos pacientes para tomar decisões complexas em relação ao tratamento na gestação e puerpério e no planejamento familiar. Os dilemas éticos que surgem não devem ser ignorados, mas enfrentados, tendo-se em mente os pilares clássicos da bioética, resumidamente:

- Beneficência – promover ativamente ações em prol da saúde e da vida do paciente.
- Não maleficência – deixar de agir de qualquer modo que possa ser prejudicial a quem procura o profissional de saúde.
- Autonomia – respeitar sempre o desejo do paciente, sua capacidade de decisão livre, sem qualquer forma de coerção.

- Justiça – direcionar esforços e recursos de forma equânime, de acordo com as necessidades de cada um e as possibilidades dos profissionais.

Não é raro que tais valores entrem em conflito, sobretudo em situações como a gestação, na qual há uma multiplicidade de interessados envolvidos. O papel do médico será sempre avaliar como suas ações se apoiam nesses pilares, e, no caso de dilemas, nos quais não é possível preservar todos os valores, decidir com base em seu conhecimento técnico e seu melhor julgamento clínico e humano qual o menor prejuízo.

INFANTICÍDIO

O infanticídio é definido como o assassinato de crianças no primeiro ano de vida pela própria mãe; quando o assassinato ocorre nas primeiras 24 horas de vida da criança é chamado de neonaticídio. Este crime destaca-se por ir além da noção do que se espera da natureza – o cuidado da mãe para com sua cria.

Comum em nossos dias, o infanticídio também ocorreu ao longo da história em todas as culturas. Em antigas civilizações era amplamente difundido e justificado. Na Roma Antiga, a Lei das XII Tábuas permitia a morte do recém-nascido disforme; na Grécia, as crianças indesejadas eram abandonadas na natureza. No mundo ocidental, a punição, ainda que parcial, para essas práticas surge no período medieval com a disseminação da fé cristã. As penas adotadas tornaram-se cada vez mais severas e já na Idade Média não se diferenciava homicídio de infanticídio, sendo equivalentes as penas aplicadas para ambos os crimes. No século XVII, o infanticídio era comum e o ocultamento de um recém-nascido assassinado era punido com a morte. A Rússia foi o primeiro país a adotar uma legislação mais humanista em 1647. Beccaria publica na Itália, em 1764, sua obra Dos Delitos e das Penas, em que classifica o infanticídio como homicídio privilegiado e não mais como homicídio qualificado. Desde então, os legisladores vêm considerando o estado puerperal como atenuante. No final do século XIX, a maioria dos países europeus já fazia distinção entre o homicídio e o infanticídio, com penas mais brandas para este último.

As estatísticas oficiais dos casos de homicídio infantil são subestimadas em todos os países; imagina-se que o neonaticídio provavelmente seja uma das causas de morte menos notificadas tanto em países desenvolvidos como subdesenvolvidos. O risco de ser assassinado é maior em menores de 1 ano do que em crianças mais velhas; entre os homicídios de menores de 1 ano a maioria ocorre nos primeiros 4 meses de vida. No final do século XX, em um estudo de 2.776 homicídios de crianças menores de 1 ano, Overpeck e colaboradores encontraram como fatores de risco mais importantes: segunda gestação em mãe menor de 17 anos (risco relativo de 10,9 em relação ao primeiro filho de mãe com 25 anos) e ausência de pré-natal (risco relativo de 10,4 comparado com pré-natal iniciado no 1º ou 2º mês de gestação).

O neonaticídio é cometido frequentemente por mulheres jovens, geralmente com menos de 25 anos, solteiras, sem relacionamento estável com o pai da criança, desempregadas ou ainda estudantes, com baixa escolaridade, que não se sentem preparadas para lidar com as responsabilidades da maternidade. Gestantes que cometem crime de neonaticídio não costumam realizar acompanhamento médico pré-

natal, sendo que em alguns estudos apenas 15% delas chegaram a ir a alguma consulta de pré-natal. Nos casos de neonaticídio, até 95% dos partos ocorrem em ambiente extra-hospitalar, geralmente em casa, possivelmente numa tentativa das mães para esconder a gravidez. Pode ocorrer também uma negação da gravidez, sendo que sintomas dissociativos, como despersonalização, desrealização e alucinações dissociativas, são descritos em muitos casos de neonaticídio. Porém, o neonaticídio raramente é cometido por mulheres com algum transtorno psiquiátrico grave na época do crime. O motivo do crime na maioria das vezes é o fato da criança não ter sido desejada. O método mais utilizado para matar a criança é a asfixia (afogamento, sufocamento, estrangulamento), a grande maioria no próprio local de residência, principalmente no banheiro.

Já os infanticídios são geralmente cometidos por mulheres com idade acima de 25 anos, geralmente com acompanhamento médico durante a gestação e que costumam ter um parceiro estável. Há maior frequência de premeditação do crime, com múltiplas motivações, da negligência ou abuso infantil até episódios psicóticos agudos, com maior variedade de métodos para realizar o crime. Devido às características dramáticas do infanticídio, deve-se sempre considerar a possibilidade de um transtorno mental. O acometimento psiquiátrico é mais frequente em casos nos quais a vítima tem mais de 24 horas de vida. Apesar de apenas uma minoria dos crimes de infanticídio ser cometida por mulheres durante um episódio psicótico, há maior possibilidade de se realizar intervenções preventivas. Pensamentos infanticidas são comuns nesse transtorno; o risco estimado do infanticídio na psicose puerperal é de 4%. O infanticídio relacionado à psicose puerperal envolve, na maioria das vezes, uma criança desejada, e a mulher, em geral, confessa imediatamente o fato. É mandatório investigar nos quadros de psicose puerperal a presença de ideias infanticidas e de negligência nos cuidados com a criança. Porém, as pacientes podem ter receio de relatar ideias delirantes para o psiquiatra, sendo necessário explorar de modo empático suas preocupações sobre o bem-estar do bebê para que as ideações infanticidas venham à tona. Na maioria dos casos, opta-se pela internação hospitalar no início do tratamento devido à rápida instalação do quadro e ao risco de suicídio e infanticídio.

Prevenção do Infanticídio

No caso do neonaticídio, pode-se capacitar profissionais de educação para identificar adolescentes com sinais de uma possível gestação, encaminhando-as prontamente para os serviços de saúde. Apesar de a maioria dessas mulheres não procurarem acompanhamento pré-natal, elas podem ir a profissionais de outras áreas da saúde por motivos não relacionados à gestação, quando então se deve atentar para sinais de alarme como ter poucos planos para o bebê, evitar falar sobre a gestação ou negação desta.

Os fatores de risco para o infanticídio têm maior potencial de prevenção em relação aos do neonaticídio, já que o acompanhamento pré- e pós-natal fornece oportunidades de identificar casos de alto risco. Nos casos de neonaticídio, a maioria das mulheres não realizou pré-natal. Visitas domiciliares realizadas por enfermeiras durante a

gestação de adolescentes socialmente vulneráveis e nos primeiros 2 anos de vida dos filhos podem reduzir as taxas de abuso infantil e negligência. O acompanhamento pré-natal é o melhor momento para identificar fatores de risco para psicose e depressão no pós-parto. Psicoeducação e acompanhamento mais intenso daquelas com episódios prévios desses transtornos devem ser realizados, já que a chance de um novo episódio é alta, principalmente na psicose puerperal.

Devido à baixa frequência com que o infanticídio é notificado, a criação de canais de comunicação entre equipes de saúde da atenção primária, pesquisadores da área e os responsáveis pelas políticas de saúde locais é necessária para incorporar medidas efetivas de prevenção deste crime.

Implicações Legais

O psiquiatra pode ser chamado a depor ou atuar como perito nos casos de infanticídio ou neonaticídio. Sempre pode haver suspeita de transtornos mentais envolvidos nestes crimes.

Se for constatado quadro psiquiátrico que tenha impedido a mulher de entender o que estava fazendo ou a tenha considerada inimputável (ver Capítulo 6, Perícias em Direito Criminal), segundo o art. 26 do Código Penal, abaixo transcrito:

"É isento de pena o agente que por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento".

Já se a influência de uma doença não foi suficiente para abolir totalmente suas capacidades racionais, mas atrapalhou de forma significativa, a pena pode ser reduzida ou comutada em tratamento médico, numa medida de segurança:

"Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de 1 (um) a (dois terços), se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento".

Art. 98 – "Na hipótese do parágrafo único do Art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos".

Pode se dar o caso, contudo, de que não seja possível identificar um diagnóstico psiquiátrico formal e, ainda assim, ficar o psiquiatra convencido de que a gestante, pela descrição do histórico, por seu comportamento e pelo quadro clínico à época, apresentava alterações qualitativas do estado de consciência, numa aparente dissociação. Tal eventualidade é prevista em lei, sendo um "homicídio privilegiado", conforme o artigo 123 do Código Penal que traz:

"Matar, sob a influência do estado puerperal, o próprio filho, durante o parto ou logo após.
Pena: detenção, de 2 (dois) a 6 (seis) anos."

A exposição de motivos do Código Penal deixa claro que a determinação desse estado puerperal não é meramente cronológica; não basta a paciente estar no momento do parto ou nesse impreciso "logo após". Há que se verificar, por meio de perícia, que seu estado mental encontrava-se alterado. É interessante notar que,

constatado o estado puerperal, a mulher é condenada com uma pena bastante reduzida quando comparada ao homicídio. Aparentemente nesses casos, entendeu o legislador que a puérpera equivale a uma pessoa semi-imputável, como no parágrafo único do artigo 26, já que a pena de 2 a 6 anos equivale a um terço da pena de homicídio.

O psiquiatra pode ser chamado a depor como testemunha em casos em que tenha avaliado a ré ainda no hospital, para esclarecer às autoridades como ela se encontrava. Liberado do sigilo pela interessada, o médico poderá, se quiser, prestar informações pertinentes e que possam ajudar a esclarecer o caso. Já como perito, poderá ser nomeado para realizar um laudo mais detalhado. Nessa situação, deverá municiar-se de todos os documentos disponíveis, entrevistar a paciente e eventualmente a equipe que a assistiu, buscando formar convicção se a ré tinha transtorno mental e se isso interferiu em suas ações. Mesmo na ausência da doença, deve-se verificar se há elementos que indiquem alterações da consciência no momento do crime ou não.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Argo, A. The Infanticide: Some Forensic and Ethical Issues. *J Forensic SciCriminol*. 2013; 1:e102.

Kim, HG, Mandell, M, Crandall, C, et al. Antenatal psychiatric illness and adequacy of prenatal care in an ethnically diverse inner-city obstetric population. *Arch Women Ment Health*. 2006; 9(2):103–107.

O'Hara, MW. Postpartum depression: what we know. *J Clin Psychol*. 2009; 65:1258–1269.

Overpeck, MD, Brenner, RA, Trumble, AC. Risk factors for infant homicide in the United States. *N Engl J Med*. 1998 Oct 22; 339(17):1211–1216.

Roberts, LW, Geppert, CM, Bailey, R. Ethics in psychiatric practice: essential ethics skills, informed consent, the therapeutic relationship, and confidentiality. *J PsychiatrPract*. 2002; 8:290–305.

Spinelli, MG, Endicott, J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *Am J Psychiatry*. 2003; 160:555–562.

Spinelli, MG. Maternal Infanticide Associated With Mental Illness: Prevention and the Promise of Saved Lives. *Am J Psychiatry*. 2004; 161:1548–1557.

T Porter 1, and H Gavin. Infanticide and Neonaticide: A Review of 40 Years of Research Literature on Incidence and Causes. Trauma, Violence, & Abuse 11(3) 99-112.

Vesga-López, O, Blanco, C, Keyes, K, et al. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. Arch Gen Wickramaratne P, Gameroff MJ, Pilowsky DJ, et al. Children of depressed mothers 1 year after remission of maternal depression: findings from the STAR*D-Child study. *Am J Psychiatry*. 2011; 168:593–602.

CAPÍTULO 34

Transtornos Ansiosos

Francisco Lotufo Neto, Daniel Martins de Barros and Álvaro Cabral Araújo

DEFINIÇÃO E FREQUÊNCIA

Ansiedade é experiência normal do ser humano, útil para sua sobrevivência e melhor desempenho. Torna-se patológica se suas manifestações são desproporcionais ao esperado em intensidade, duração, interferência ou frequência, sendo, então, uma experiência desagradável e em geral acompanhada de alterações físicas.

Em estudo epidemiológico realizado em Brasília, São Paulo e Porto Alegre, Almeida Filho e colaboradores encontraram os transtornos ansiosos em primeiro lugar entre os mais prevalentes diagnósticos psiquiátricos, constituindo o principal problema de saúde mental das regiões urbanas brasileiras (9,6% a 17,6%).

São, também, os que mais apresentam demanda potencial para os serviços de saúde. A prevalência dos transtornos ansiosos em serviços primários de saúde está entre 26,7% e 39,6% do total dos pacientes atendidos.

Pessoas com transtorno ansioso fazem maior uso de serviços médicos, mas, apesar disso, o diagnóstico em geral não é feito e, portanto, o tratamento não é realizado. Quando o diagnóstico correto é dado, o tratamento prescrito é, comumente, um benzodiazepínico e não um antidepressivo ou terapia comportamental-cognitiva, que são os tratamentos de escolha.

As consequências da falta de diagnóstico e presença de tratamento inadequado configuram sofrimento desnecessário, comprometimento do desempenho, aumento da morbidade médica e da mortalidade.

QUADRO CLÍNICO

A ansiedade patológica apresenta sintomas *somáticos, psíquicos e comportamentais.* Os *somáticos* podem ser autonômicos (taquicardia ou batedeira, palidez, rubor, suor, urgência de urinar ou defecar, falta de ar, arrepios, pupilas dilatadas); musculares (dores, contraturas, tremores, calafrios, adormecimentos); respiratórios (sensação de afogamento ou sufocação), etc. Os sintomas *psíquicos* são tensão, nervosismo, apreensão, mal-estar indefinido, insegurança, dificuldade de concentração e memória, sensação de estranheza, percepção alterada (crença de que as coisas ao redor são irreais), etc. O comportamento da pessoa ansiosa é caracterizado por inquietação, sobressaltos e hipervigilância.

A ansiedade patológica compromete a qualidade de vida da pessoa e seu desempenho social e profissional. A ansiedade patológica pode ocorrer sobre a forma

de uma crise intensa e aguda, recebendo o nome de ataque de pânico; ser crônica e duradoura, caracterizada como ansiedade livre-flutuante; e ser situacional, remetendo às fobias.

Transtornos ansiosos são estados emocionais repetitivos ou persistentes com sofrimento e comprometimento do desempenho nos quais a ansiedade patológica é a característica principal. As classificações atuais consideram os seguintes quadros clínicos como transtornos ansiosos:

O **transtorno de pânico** é uma síndrome caracterizada pela presença de repetidos ataques de pânico, que podem ou não estar acompanhados de ansiedade antecipatória e esquiva fóbica.

Ataques de pânico são crises súbitas com as manifestações físicas da ansiedade patológica e mal-estar, atingindo seu máximo em cerca de 10 minutos. A pessoa sente falta de ar, tremor, tontura, ondas de calor ou frio e suor, sensação de morte iminente, que está enlouquecendo ou que vai desmaiar. As mãos gelam e ficam úmidas, o coração acelera e bate forte, formigam as extremidades e a boca adormece. A crise, geralmente, passa entre 20 e 40 minutos e é seguida de sensação de cansaço, fraqueza e pernas bambas. É frequente a procura de ajuda médica. Os ataques de pânico podem ocorrer em qualquer local, contexto, ou hora, até durante o sono. Na tentativa de controlar estas crises, as pessoas podem desenvolver esquivas fóbicas de situações onde elas ocorreram ou onde acham que podem ocorrer, ou, ainda, de onde acreditam que ter uma crise de pânico possa ser perigoso ou inconveniente. Podem, também, apresentar sintomas depressivos e desmoralização.

Ataques de pânico não são frequentes em indivíduos idosos. Quando ocorrem, os sintomas são parecidos com os do adulto, mas com menos sintomas e esquiva de menos situações ou atividades que possam desencadeá-los.

Deve-se sempre investigar depressão, doenças cardiovasculares, gastrointestinais ou pulmonares crônicas.

Fobias são medos persistentes e irracionais de um objeto específico, atividade, ou situação considerados sem perigo, que resultam em necessidade incontrolável de evitar este estímulo. Se isto não é possível, o confronto é precedido por ansiedade antecipatória e realizado com grande sofrimento e comprometimento do desempenho.

Fobias são os transtornos ansiosos mais comuns, com prevalências em até 16% em indivíduos com mais de 65 anos, Podem ser classificadas em:

- Agorafobia: designa medo e esquiva de diversas situações: sair ou ficar desacompanhado, entrar em lojas, mercados, ou lugares públicos abertos ou fechados, transporte coletivo, elevador, carros, andar em vias expressas e congestionamentos. Nos casos mais graves, o paciente não consegue sair de casa, ou só pode fazê-lo acompanhado e até certa distância, com grande comprometimento de sua vida pessoal e familiar.

Uma avaliação mais fina mostra que ele não teme as situações, mas tem medo de nelas sentir sensações corporais de ansiedade ou crises de pânico. Este "medo do medo" é a característica fundamental da agorafobia. Denomina-se síndrome do pânico o conjunto de manifestações englobadas pelos conceitos de transtorno de pânico e agorafobia. A agorafobia é mais comum que as outras fobias. O início da doença é

atribuído a medo de eventos traumáticos como doença física, quedas, risco de assalto. O comportamento de esquiva pode ser realista e os medos válidos, como, por exemplo, o medo real de cair. Alguns idosos podem interpretar errado os sintomas ansiosos, como um sinal de vertigem, risco de desmaio ou de uma doença mais grave:

- Fobia social: é o medo excessivo e o evitar de situações onde a pessoa possa ser observada ou avaliada pelos outros, pelo temor de se comportar de modo embaraçoso ou humilhante. Se é impossível evitar a situação, ele apresenta ansiedade patológica, podendo chegar a um ataque de pânico. As situações mais comumente descritas são: participar de festas ou reuniões, ser apresentado a alguém, iniciar ou manter conversas, falar com pessoas em posição de autoridade, receber visitas em casa, ser observado durante alguma atividade (comer, beber, falar, escrever, votar, usar o telefone), ser objeto de brincadeiras ou gozação e usar banheiro público. Outros temores são o de poder vir a vomitar, tremer, suar ou enrubescer na frente de outros. A experiência clínica sugere que comer ou tremer em público podem ser mais desconfortáveis nos idosos do que falar em público, devido ao uso de dentaduras e presença de tremores nesses pacientes. As queixas somáticas são as mesmas, mas predominam o enrubescer, o suor e o tremor.

Algumas pessoas que evitam contato social apresentam na verdade dismorfofobia. Nesta síndrome há queixa persistente de um defeito corporal específico, que não é notado por outros. Os portadores escondem-se atrás de roupas, óculos escuros e outros artifícios. As queixas mais comuns são problemas na face (cicatrizes, pintas, pelos), deformidades, defeitos no pênis ou seios, odores nas axilas, nos genitais ou no ânus e mau hálito. Ela adquire às vezes a dimensão de um delírio ou pode fazer parte da constelação de sintomas da esquizofrenia ou outras psicoses. Com muita frequência procuram cirurgiões plásticos e dermatologistas:

- Fobias específicas caracterizam-se por comportamentos de esquiva em relação a estímulos e situações determinadas, como certos animais, altura, trovão, escuridão, avião, espaços fechados, alimentos, tratamento dentário, visão de sangue ou ferimentos etc. As fobias a seguir são as mais importantes para o clínico:
  a) fobias de animais: envolvem geralmente aves, insetos (besouros, abelhas, aranhas), cobras, gatos ou cachorros;
  b) fobias de sangue e ferimentos: algum desconforto à visão de sangue, ferimentos ou grandes deformidades físicas é normal. Quando chega a níveis fóbicos, o paciente apresenta prejuízos pessoais e sofrimento importantes. Recusam procedimentos médicos e odontológicos, não conseguem fazer exames subsidiários. Essa fobia apresenta características próprias: tendência a perder a consciência diante do estímulo fóbico, caráter familiar; e a não predominância em mulheres. Em relação à perda de consciência, esses pacientes apresentam uma resposta bifásica de frequência cardíaca e pressão arterial (PA), caracterizada por uma fase inicial com aumento de frequência cardíaca e pressão arterial, seguida por queda importante de pulso e pressão, acompanhada de sudorese, palidez, náuseas e, frequentemente, síncope. Mais raramente pode haver até períodos de assistolia e convulsões;
  c) fobias de doenças: a hipocondria, caracterizada por uma percepção

ameaçadora de doença física, é um quadro relativamente comum e heterogêneo. Quando o temor de doenças refere-se a múltiplos sistemas orgânicos, falamos em hipocondria, e, se é mais específico, em fobia de doença. Muitos pacientes com essa fobia apresentam comportamentos de esquiva em relação a reportagens, conversas, hospitais ou qualquer outra situação que o confronte com a doença temida. As doenças mais classicamente temidas são as estigmatizadas pela sociedade, como a sífilis, câncer ou a AIDS;

d) fobia de crimes: essa fobia é particularmente frequente em residentes de centros urbanos.

Na **ansiedade generalizada** a pessoa apresenta-se com ansiedade patológica excessiva e preocupações, na maior parte do tempo, acerca de diversos eventos ou atividades (trabalho, escola, finanças, relacionamentos etc.) A preocupação é desagradável, desproporcional ao motivo e muito difícil de afastar por meio da distração. A pessoa sofre e tem seu desempenho comprometido.

O **estado misto ansioso e depressivo** é um dos diagnósticos mais frequentes na população geral. Sintomas de ansiedade e depressão estão presentes, sem características suficientes para um diagnóstico de episódio depressivo ou transtorno ansioso.

Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é caracterizado pela presença de pensamentos obsessivos e atos compulsivos.

Pensamentos obsessivos são ideias, imagens ou impulsos espontâneos que se repetem na mente de forma estereotipada, interferem com o fluxo normal do pensamento ou atividade do momento. Causam sofrimento ou repugnância, porque se referem a temas como dúvida, contaminação, violência ou obscenidade, ou porque são percebidos como irracionais, sem sentido e contrários à vontade. A pessoa luta inutilmente para evitá-los.

Compulsões são comportamentos repetitivos e intencionais executados numa ordem pré-estabelecida. Procuram prevenir a ocorrência de um determinado evento ou situação, neutralizando as obsessões (por exemplo, lavar mãos – evitar contaminação). A pessoa tem consciência que tais atos são irracionais, não tem prazer na sua execução, apesar do ritual diminuir sua ansiedade.

O **transtorno de estresse pós-traumático**, infelizmente, entre nós é cada vez mais frequente, e surge após a exposição a eventos traumáticos nos quais a pessoa enfrenta a possibilidade da morte ou ferimento grave de si próprio ou de pessoas próximas. Isto pode ocorrer em assaltos, estupros, inundações, incêndios, acidentes etc. A pessoa pode apresentar ausência de resposta emocional, desrealização, despersonalização, imagens, pensamentos, pesadelos recorrentes, sintomas acentuados de ansiedade e esquiva de estímulos que de alguma forma evoquem a experiência.

Em geral os sintomas diminuem com o tempo, mas podem se tornar crônicos.

DOENÇAS QUE DEVEM SER DIFERENCIADAS

Sempre lembrar que as síndromes ansiosas podem estar relacionadas a outros transtornos médicos e uso de substâncias. Muitas condições médicas podem se

manifestar como sintomas de ansiedade, o uso de medicamentos pode causar os mesmos sintomas, e a presença de uma doença física pode produzir reação ansiosa ao estresse.

Daí a necessidade de boa entrevista, exame físico e atenção a possíveis disfunções cardiológicas, pulmonares, endócrinas e neurológicas. Abuso e dependência de álcool e abstinência são grandes geradores de ansiedade patológica.

Ansiedade frequentemente coexiste com depressão e pacientes deprimidos têm sintomas menos intensos de ansiedade generalizada. Sintomas ansiosos em idosos deprimidos estão associados a maior déficit cognitivo, menor aceitação da doença e aumento do tempo de tratamento quando comparados a idosos deprimidos sem ansiedade.

Ansiedade decorrente de doenças clínicas e efeito colateral ou tóxico de medicações são possibilidades que devem sempre ser consideradas. Exemplos de medicamentos que podem produzir ansiedade são: estimulantes e inibidores de apetite, hormônios da tireoide e esteroides, antipsicóticos, antidepressivos. Além disso, é importante averiguar a possível interrupção brusca de remédios para dormir e/ou calmantes.

A ansiedade pode piorar a evolução da hipertensão arterial e de arritmias.

Tratamento

O tratamento dos sintomas agudos da Síndrome do Pânico, da Ansiedade Generalizada e do Estado Misto Ansioso e Depressivo deve ser feito com remédios "antidepressivos" tricíclicos ou Inibidores da Recaptura de Serotonina e Psicoterapias Comportamental-cognitiva ou Interpessoal. A educação do paciente e família é importante, para um bom vínculo terapêutico, tranquilidade do paciente e facilitação do encaminhamento ao especialista quando necessário.

Orientações Iniciais

Educação sobre as síndromes ansiosas, a reação de luta e fuga, visando o entendimento de que os sintomas são desconfortáveis, mas não trarão as consequências catastróficas que a pessoa imagina. Ensinar técnica de relaxamento ou meditação e principalmente a prática de respiração diafragmática. No caso de formigamentos, tonturas e sensação de irrealidade por respiração muito ofegante ensinar a respirar devagar o próprio ar num saco de supermercado (Quadros 34-1 e 34-2).

QUADRO 34-1 Orientações Iniciais

Educação sobre as síndromes ansiosas, a reação de luta e fuga, visando o entendimento de que os sintomas são desconfortáveis, mas não trarão as consequências catastróficas que a pessoa imagina. Ensinar técnica de relaxamento ou meditação e principalmente a prática de respiração diafragmática. No caso de sintomas e sinais de alcalose respiratória por hiperventilação ensinar a respirar o próprio ar num saco de supermercado.

QUADRO 34-2 Tratamento Farmacológico

Iniciar com Inibidores da recaptura de serotonina com a dose baixa e aumentar progressivamente se necessário. Por exemplo, sertralina (25 até 200 mg), fluoxetina (10 até 80 mg). Clomipramina 10 mg ou imipramina 25 mg também podem ser utilizados. Após algumas semanas a dose deve ser acertada a cada 5-7 dias até obter remissão dos ataques de pânico. Benzodiazepínicos podem ser temporariamente associados no caso de "piora inicial" ou para alívio mais imediato dos sintomas. Lembrar-se do risco de dependência.

O tratamento das fobias é feito com técnicas de exposição. Por meio delas ocorre diminuição dos sintomas ansiosos e habituação à situação fóbica.

Os três segredos dos exercícios de exposição:

- Estabelecer um objetivo prático e importante.
- Permanecer na situação até o medo passar ou diminuir muito de intensidade.
- Repetir o exercício sistematicamente.

Devem ser encaminhados para o especialista pacientes com síndrome do pânico e ansiedade generalizada que não responderam a um medicamento eficaz e pacientes com fobias que não responderam à exposição. Pacientes com fobia social, TOC ou outros quadros que apresentem também depressão, abuso de substâncias ou grande comprometimento do desempenho também devem ser tratados pelo especialista.

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NO DSM-5

O capítulo dos transtornos de ansiedade foi reformulado nesta nova edição do manual, enquanto os diagnósticos de TOC, transtorno de estresse agudo e transtorno de estresse pós-traumático foram realocados em novos capítulos.

O diagnóstico de quadros fóbicos (agorafobia, fobia específica e transtorno de ansiedade social) deixou de exigir que o indivíduo com mais de 18 anos reconheça seu medo como excessivo ou irracional, visto que muitos pacientes tendem a superestimar o perigo oferecido pelo objeto ou evento fóbico em questão. A duração mínima para o diagnóstico desses transtornos passou a ser de 6 meses para todas as idades.

O transtorno de pânico e a agorafobia foram separados como diagnósticos independentes, reconhecendo a existência de casos nos quais a agorafobia ocorre sem a presença de sintomas de pânico. Além disso, a observação de que o Ataque de Pânico pode ocorrer como comorbidade em outros transtornos mentais além da ansiedade fez com que a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) incluísse o ataque de pânico como especificador para todos os demais transtornos.

O transtorno de ansiedade de separação e o mutismo seletivo saíram do extinto capítulo dos transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência e passaram a compor os transtornos de ansiedade. Os critérios diagnósticos para o transtorno de ansiedade de separação são semelhantes aos do antigo manual, mas aceitam que os sintomas tenham início em indivíduos com mais de 18 anos. Os critérios para o diagnóstico de mutismo seletivo não foram

praticamente alterados.

Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Outros Transtornos Relacionados

O DSM-5 conta com um capítulo exclusivamente destinado ao TOC e outros transtornos relacionados, incluindo novos diagnósticos como o transtorno de acumulação e o transtorno de escoriação (*skin-picking*). Os critérios diagnósticos para o TOC não sofreram modificações significativas, mas novos especificadores foram introduzidos para melhor caracterizar os transtornos desse grupo. O DSM-IV-TR usava o especificador "com *insight* pobre" para descrever os casos em que o paciente tinha pouca crítica sobre os seus sintomas. No DSM-5 foram acrescentados "bom *insight*" para pacientes com autocrítica preservada e "ausência de *insight*/sintomas delirantes" nos casos em que o paciente não identifica os pensamentos obsessivos como sintomas de um transtorno mental, situação em que a convicção na veracidade dos sintomas pode alcançar características psicóticas. A presença ou a história de tiques também é ressaltada com um especificador.

Trauma e Transtornos Relacionados ao Estresse

O DSM-5 agrupou em um mesmo capítulo os transtornos cuja origem pode ser especificamente atribuída a situações de estresse e traumas. O capítulo Trauma e Transtornos Relacionados ao Estresse apresenta cinco diagnósticos principais e duas categorias diagnósticas para outros transtornos específicos ou inespecíficos que possam se relacionar ao estresse e ao trauma.

O diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) sofreu algumas modificações em seus critérios. A exigência de que o evento traumático fosse vivenciado ou testemunhado pelo próprio indivíduo (critério A1 do DSM-IV-TR) foi expandido, aceitando que o TEPT seja desenvolvido por quem soube que um evento traumático que aconteceu com um familiar próximo ou amigo próximo, ou por quem é frequentemente exposto a detalhes aversivos de eventos traumáticos (p. ex., socorristas recolhendo restos humanos, policiais repetidamente expostos aos detalhes de um abuso infantil). Vale ressaltar que esse critério não se aplica à exposição por mídia eletrônica, televisão, filmes ou imagens, a menos que esta exposição seja relacionada ao trabalho. A exigência de que o evento fosse vivenciado com intenso medo, impotência ou horror (critério A2 do DSM-IV-TR) também foi retirada por não implicar em diferenças quanto ao diagnóstico e evolução do caso. O DSM-5 lista 20 sintomas de TEPT dividido em quatro grupos: reexperimentação (critério B); evitação (critério C); alterações negativas persistentes em cognições e humor (critério E); excitabilidade aumentada (critério F). O manual incluiu critérios específicos para o diagnóstico de crianças com 6 anos ou menos, buscando respeitar as particularidades dessa fase da vida. O diagnóstico de TEPT pode receber o especificador como "com Sintomas Dissociativos" quando a paciente apresenta sintomas dissociativos como despersonalização e desrealização.

O diagnóstico de Transtorno de Estresse Agudo também foi revisto e o Critério A reproduziu as mesmas modificações observadas no TEPT. É necessário preencher nove dos 14 sintomas que estão divididos em intrusão, humor negativo, dissociação, evitação e excitabilidade aumentada.

Os critérios diagnósticos para o Transtorno de Adaptação foram mantidos sem alterações, preservando inclusive sua divisão nos subtipos com humor depressivo, com ansiedade, misto de ansiedade e depressão, com perturbação da conduta, com perturbação mista das emoções e conduta, e inespecificado.

Aspectos Forenses

O psiquiatra que lida com transtornos ansiosos deve estar atento aos ganhos secundários obtidos por seus pacientes. Se para o diagnóstico há necessidade de impacto real na vida do indivíduo, como prejuízo no trabalho, estudo etc., após o tratamento a maioria dos casos tende a recuperar um bom nível funcional. Até que isso ocorra, no entanto, o paciente pode ter auferido benefícios, como afastamento do trabalho, que não desejaria perder, perpetuando, conscientemente ou não, o quadro clínico por mais tempo do que o esperado. Tanto o médico assistente quanto o psiquiatra forense devem estar atentos a essas questões, levando em conta sempre o tempo de tratamento, que, se feito de forma adequada, usualmente possibilita a recuperação.

Os transtornos de ansiedade em geral estão relacionados a pedidos de licença médica ou aposentadoria por incapacitação funcional e diminuição da produtividade, e as queixas de ansiedade para obtenção de benefícios são mais comuns quando a idade é maior que 50 anos e nível educacional baixo, mas de fato a ansiedade possui pouca relação com a incapacidade de longo prazo. Quando esta acontece, em geral, há outros fatores externos envolvidos como presença de sintomas depressivos, que devem ser identificados pelo psiquiatra, ou problemas de comunicação no ambiente de trabalho – que geralmente não justificam um afastamento do ponto de vista médico *stricto sensu*. O tratamento, principalmente por meio da Exposição, reduz os desfechos adversos relacionados ao trabalho.

A área é complexa, pois há poucos estudos com evidências sobre o papel da interação entre fatores médicos, psicológicos, sociais e culturais. Não se sabe bem por que uma solicitação de licença de curta duração pode se transformar em longa duração ou aposentadoria, mas mudanças de tarefas no trabalho, desemprego, intervenções terapêuticas inadequadas ou descontínuas, e, ainda, uma possível comunicação do supervisor com o profissional de saúde podem influenciar. Já o transtorno de estresse pós-traumático tem repercussões forenses diferentes. Além da solicitação de benefícios nos EUA, é usado para defesa criminal como justificativa de insanidade, e para obtenção de compensações financeiras.

A defesa alega principalmente a presença de quadros dissociativos, mas na verdade a prática da violência em veteranos de guerra é rara: foram descritos 121 casos em uma população de 1.600.000 veteranos da guerra Iraque/Afeganistão. Em geral a violência está associada a transtornos de personalidade e lesões cerebrais com manifestações de irritabilidade e agressividade.

É frequentemente apresentado como motivo para se receber compensação por um crime ou acidente, ou como arma ideológica. Uma dificuldade para o perito é a facilidade com que seus sintomas podem ser simulados. Uma forma para resolver conflitos é o uso do critério que requer que o evento traumático seja extremamente grave, com risco para a vida. Devem ser excluído eventos meramente desagradáveis, mesmo que sejam incômodos do ponto de vista subjetivo. O perito precisa estabelecer se o examinado apresenta uma perturbação mental (TEPT, p. ex.), e o nexo de causalidade entre o dano e o evento traumático, as consequências do dano (temporário ou permanente) para a vida da pessoa e as possibilidades de recuperação. Esta avaliação envolve considerável subjetividade e a definição rigorosa dos critérios diagnósticos contribui para um resultado pericial mais seguro e rigoroso.

Outra situação não rara em *settings* periciais é a possibilidade de o psiquiatra se deparar com uma pessoa cujo quadro é, de fato, impeditivo, já se arrastando por muito tempo, mas em virtude de tratamentos incompletos ou mesmo errados. Embora não possa criticar a conduta do médico para o periciando, o perito pode, sim, fazer constar em seu laudo que tal quadro permanece incapacitante, sendo contudo recomendável que o tratamento seja otimizado de acordo com a literatura científica para que se possa avaliar melhor a resposta terapêutica.

Potencialmente tensos são os casos de fobias que tangenciam a área médica – hipocondria, fobia de doenças e mesmo a dismorfofobia. Nos dois primeiros casos a permanência de sinais corporais interpretados continuamente como doença podem levar os pacientes a desconfiar da capacidade técnica dos médicos para estabelecer seu correto diagnóstico, podendo dar margem a questionamentos e desentendimentos caso o médico não esteja atento ao quadro ansioso. Explicar que se trata, de fato, de uma doença, mas que seu manejo não é apenas clínico, além de evidenciar o adequado tratamento para o estado emocional do paciente, para que o próprio possa se sentir melhor, são atitudes recomendáveis para o melhor manejo da situação.

Num eventual processo judicial, caberá ao perito psiquiatra identificar o quadro hipocondríaco, apontando-o como o mote por trás da querela. Nos casos de dismorfofobia, são os dermatologistas, cirurgiões plásticos e dentistas os primeiros a se deparar com os pacientes. Embora o profissional geralmente não demore para identificar uma insatisfação exagerada por parte desses clientes, nem sempre fica claro de saída que não se trata apenas de implicância, mas de uma situação que na maioria das vezes será insolúvel por maiores que sejam os esforços técnicos. Questionamentos mais incisivos podem partir desses pacientes, alegando que os procedimentos foram insuficientes para corrigir seus enormes defeitos, sentindo-se moralmente lesados. Quando interpelados judicialmente, é importante que esses profissionais apresentem na sua defesa, além de seus procedimentos tecnicamente embasados, o argumento da irracionalidade das queixas, provocando uma perícia psiquiátrica. Aí então novamente será papel do psiquiatra forense atentar-se para a possibilidade desse quadro clínico, e, uma vez estabelecido o diagnóstico, esclarecer à justiça os reais problemas por trás da demanda.

Com relação às outras áreas da justiça, como o Direito Civil, Família e Sucessões, Administrativo etc., raramente os transtornos ansiosos desempenham um papel

relevante, já que é muito infrequente que eles alterem a capacidade de discernimento ou autocontrole de forma significativa. Claro é que, a depender da gravidade e da apresentação dos quadros, eles podem adquirir relevância para o Direito, mas sempre dependendo do contexto e do quadro clínico (Capítulos 2, Psiquiatria e Direito; 5, Perícias em Direito Civil e, 9, Perícias em Direito de Família).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders – DSM-5. 5th ed, Washington: American Psychiatric Association; 2013.

APA DSM-5. Developed by © 2012 American Psychiatric Association. Disponível em <http://www.dsm5.org/>. [Acesso em: 04 nov. 2013].

Berger, O, McNiel, DE, Binder, RL. PTSD as a criminal defense: a review of the law. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2012; 40(4):509–521.

Cornelius, LR, Van der Klink, JJL, Groothoff, JW, Brouwer, S. Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: A systematic review. *J Occup Rehabil*. 2011; 21(2):259–274.

Exposure-in-vivo containing interventions to improve work functioning of workers with anxiety disorder: a systematic review. Disponível em < http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-598.pdf>. Acesso em: 02 de abril de 2014. Sreenivasan S, Garrick T, McGuire J, Smee DE, Dow D, Woehl D. Critical concerns in Irak/Afghanistan war veteran. Forensic interface: combat related postdeployment criminal violence. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2013; 41(2):263–273.

Fernandes, S, Leite, E, Vieira, F, Costa Santos, J. O anunciado DSM – 5: que implicações em psiquiatria forense? *Acta Medica Portuguesa*. 2014; 27(1):126–134.

Gaughwin, P. Psychiatry's problem child: PTSD in the forensic context (part 1). *Australas Psychiatry*. 2008; 16(2):104–108.

Gaughwin, P. Psychiatry's problem child: PTSD in the forensic context (part 2). *Australas Psychiatry*. 2008; 16(2):109–113.

Gentil, V, Lotufo-Neto, F, Bernik, MA. Pânico, Fobias e Obsessões. São Paulo: EDUSP, 1997.

Henderson, M, Harvey, SB, Overland, S, Mykletun, A, Hotopf, M. Work and common psychiatric dosorders. *J R Soc Med*. 2011; 104(5):198–207.

Hetem, L. A.B, Graeff, F. G.Ansiedade e Transtornos de Ansiedade. Rio de Janeiro: Editora Científica Nacional, 1997.

Ito, L. M., colaboradoresTerapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

Noordik, E, Van der Klink, JJ, Klingen, EF, Niewenhuijsen, K, Van Dick, FJH. Exposure in vivo containing interventions to improve work functioning of workers with anxiety disorders: A systematic Review. *BMC Public Health*. 2010; 10:598.

CAPÍTULO 35

Transtornos Alimentares

Táki Athanássios Cordás, Mara Rocha Crisóstomo and Tiago Moraes Guimarães

ANOREXIA NERVOSA

A anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar (TA) que se caracteriza por perda de peso autoinduzida e distorção ou insatisfação com a imagem corporal, acompanhado de medo ou recusa em ganhar peso (p. ex., "distorção da imagem corporal). A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) incluiu aos critérios anteriores "comportamento persistente que impede o ganho de peso, mesmo apresentando um peso significativamente baixo".

Nos estágios iniciais da doença o termo anorexia não é o mais adequado para definir essa síndrome, já que não necessariamente cursa com perda do apetite. Uma busca obsessiva pelo controle do peso é o sintoma cardinal da doença.

A prevalência de AN é estimada entre 0,5% e 1% da população. Cerca de 90% dos pacientes são do sexo feminino e a faixa etária mais atingida é dos 15 aos 25 anos, embora casos tardios estejam sendo mais frequentemente descritos. Estima-se que a incidência de casos novos em mulheres jovens seja de cerca de 8 por 100 mil pessoas. Em homens, o índice é menor que 0,5 por 100 mil, mas a prevalência do transtorno nessa população está aumentando.

Algumas profissões apresentam maior chance para o desenvolvimento do quadro, em especial aquelas ligadas à estética e ao corpo, como bailarinas, atletas olímpicos, profissionais da moda, atrizes e atores, estudantes de nutrição, medicina e psicologia.

A etiologia da AN está relacionada a interações de fatores ambientais, psicológicos e biológicos. Didaticamente, os principais componentes etiológicos da AN podem ser divididos em três fatores:

Fatores predisponentes: sexo feminino, história familiar de TA; baixa autoestima; perfeccionismo e dificuldade de expressar emoções, bem como outros traços obsessivos na infância.

Fatores precipitantes: dieta, separação ou perda pessoal, alterações na dinâmica familiar, expectativas irreais na escola, no trabalho ou na vida pessoal e proximidade da menarca (mudanças hormonais), abuso físico ou sexual na infância.

Fatores mantenedores: alterações neuroendócrinas decorrentes do estado nutricional alterado, distorção da imagem corporal, distorções cognitivas, práticas purgativas, alterações neuropsicológicas.

O início de uma dieta é condição necessária, embora não suficiente. Em geral, o quadro clínico é crônico e associado a sérias complicações clínicas decorrentes da desnutrição e dos métodos compensatórios inadequados.

Apesar de ocorrida a perda de peso, o paciente continua insatisfeito com o peso ou com algumas partes de seu corpo que segundo ele ainda precisam ser reduzidas.

Diagnóstico

O DSM-5 distingue dois subtipos de AN: purgativa na presença de compulsão alimentar ou utilização de métodos como indução de vômitos, abuso de laxantes e/ou diuréticos; e restritiva diante da utilização de restrição alimentar para perder peso, o que pode ser acompanhado por atividade física excessiva e uso de anorexígenos (inibidores de apetite, hormônios sintéticos, entre outros).

Tanto o DSM-5 quanto a Classificação Estatística Internacional das Doenças Relacionadas à Saúde, em sua 10ª edição (CID-10) reconhecem o baixo peso autoinduzido e perturbações da imagem corporal como critérios necessários ao diagnóstico da AN, porém há uma diferença entre eles no que diz respeito ao critério de amenorreia, que era considerado um critério obrigatório no DSM-4 e deixou de ser no DSM-5, mas permanece na CID-10 (Quadros 35-1 e 35-2).

QUADRO 35-1 Critérios Diagnósticos para Anorexia Nervosa Segundo o DSM-5

A Restrição da ingesta alimentar em relação às necessidades diárias, levando a um peso significativamente baixo para a idade, sexo, saúde física e desenvolvimento.
B Medo intenso do ganho de peso ou de se tornar gordo, ou um comportamento persistente que impede o ganho de peso, mesmo apresentando um peso significativamente baixo.
C Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais; excessiva influência do peso ou da forma corporais na maneira de se auto avaliar; negação da gravidade do baixo peso.
Especificar Subtipo:
Restritivo: nos últimos 3 meses não houve episódio de compulsão ou prática purgativa.
Purgativo: nos últimos 3 meses houve episódios de compulsão e/ou purgação.
Especificar se:
Em remissão parcial: Depois de todos os critérios diagnósticos para AN terem sido preenchidos por um período de tempo, o critério A (baixo peso corporal) não mais se manteve, mas o critério B (medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo ou comportamento que impede o ganho de peso) ou o critério C (perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais) ainda se mantém.
Em remissão total: Depois de todos os critérios diagnósticos para AN terem sido preenchidos por um período de tempo, nenhum dos critérios se apresentam mais por um período de tempo.
Especificar gravidade atual: Leve: IMC > ou = 17 kg/m^2 Moderado: IMC entre 16 e 16,99 kg/m^2 Grave: IMC entre 15 e 15,99 kg/m^2 Extremo: IMC< 15kg/m^2

QUADRO 35-2 Critérios Diagnósticos para Anorexia Nervosa Segundo a CID-10

Há perda de peso ou, em crianças, falta de ganho de peso. O peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado (ou IMC < 17,5 kg/m^2).
A perda de peso é autoinduzida pelo ato de evitar "alimentos que engordam".
Há distorção na imagem corporal na forma de psicopatologia específica com medo de engordar ou de ter o corpo disforme por conta da gordura corporal.
Ocorre um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, sendo manifestado em mulheres como amenorreia e em homens como uma perda de interesse e de potência sexuais.
Comentários: Se o início é pré-púbere, a sequência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa; nas garotas, as mamas não se desenvolvem e há amenorreia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Os seguintes aspectos corroboram o diagnóstico, mas não são elementos essenciais: vômitos autoinduzidos, purgação autoinduzida, exercícios excessivos e uso de anorexígenos e/ou diuréticos.

A depressão é a comorbidade mais prevalente, seguida dos transtornos de ansiedade como fobia social, ansiedade generalizada, transtorno do estresse pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). A dependência de álcool e drogas atinge até 25% dos pacientes com TA, bem como transtornos do impulso como automutilação, compras compulsivas, sexo compulsivo, entre outros.

Entre os transtornos de personalidade, anoréxicos do subtipo purgativo apresentam mais frequentemente transtorno de personalidade do tipo *borderline*, ao passo que os transtornos evitativo e anancástico apresentam prevalência maior no subtipo restritivo.

Cerca de 50% dos pacientes evoluem com recuperação completa. Outros 30% apresentam alternância entre períodos de melhora e de recidiva da doença. O restante dos casos torna-se crônico e refratário, com complicações físicas e psicológicas importantes.

Dentre os transtornos psiquiátricos, a AN apresenta as maiores taxas de morbidade e mortalidade. O índice de mortalidade varia de 5% a 20%. Metade das mortes em pacientes com AN ocorre por suicídio, e o restante decorre de complicações clínicas. Estima-se que a mortalidade em portadores de AN seja 12 vezes maior que aquela observada na população de mesmo sexo e faixa etária.

O tratamento da AN requer assistência multidisciplinar. A equipe mínima deve ser composta por nutricionista, psicólogo e psiquiatra. A abordagem na AN deve compreender o tratamento de complicações clínicas e comorbidades clínicas e

psiquiátricas; promover recuperação cognitiva, volitiva e afetiva do medo mórbido de engordar e da insatisfação relativa à imagem corporal; envolver a família dos pacientes nas diversas modalidades de tratamentos oferecidos; prevenir recaída e recorrência do quadro alimentar disfuncional; promover recuperação funcional e de autoestima; e desenvolver autorresponsabilidade sobre o tratamento.

O tratamento da AN pura (cerca de 16% dos casos) é a renutrição criteriosa, preferencialmente por via oral, pois a terapia nutricional por essa via tende a ser mais bem-sucedida na recuperação a longo prazo. Em raras circunstâncias, a nutrição parenteral ou enteral é necessária. O monitoramento do peso é uma ferramenta importante, e o indicador nutricional mais utilizado em adolescentes e adultos é índice de massa corporal (IMC), calculado pela divisão do peso (kg) pela altura (m) elevada ao quadrado, expresso por kg/m.

Durante a fase realimentação, é necessário o monitoramento clínico para combater a síndrome da realimentação, que é caracterizada por hipofosfatemia, rápida diminuição do potássio e magnésio, intolerância a glicose, disfunção gastrointestinal e arritmias cardíacas. Pode acontecer em pacientes sob regime ambulatorial ou de internação, sendo mais comum neste último grupo. A retenção hídrica é possível durante a realimentação, sendo comum a ocorrência de edemas. Para evitar a síndrome da realimentação, devem ser solicitados, no início do tratamento, os exames listados e possíveis disfunções precisam ser corrigidas. Recomenda-se a aferição diária das dosagens séricas de potássio, fósforo e magnésio nos primeiros sete dias de tratamento. Após esse período, sugere-se acompanhamento das dosagens séricas três vezes por semana até que o quadro se estabilize.

Ainda há pouca evidência do uso de medicamentos na AN pura.

Quando se faz necessário o uso de antidepressivos em função das comorbidades, os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs) são os mais indicados. Entre os antipsicóticos, destacam-se olanzapina e a quetiapina. Benzodiazepínicos podem ser utilizados por seu efeito ansiolítico, em especial quando administrados antes das refeições.

O tratamento da AN depende da gravidade e da cronicidade da parte clínica e comportamental, e pode ser coordenado sob regime de internação, hospitalar ou ambulatorial.

Algumas indicações de internação são: desnutrição grave (peso menor que 75% do esperado de peso/altura); desidratação; distúrbios eletrolíticos; arritmia cardíaca; instabilidade fisiológica; bradicardia; hipotensão e hipotermia (< 36ºC); mudanças ortostáticas (pulso e pressão sanguínea); estagnação do crescimento e desenvolvimento; falha no tratamento ambulatorial; recusa alimentar aguda; descontrole de purgações e compulsões; complicações clínicas da desnutrição e de emergências psiquiátricas (p. ex., ideação suicida e sintomas psicóticos); e diagnóstico de comorbidades que podem interferir no tratamento do TA (p. ex., depressão grave, TOC e disfunção familiar grave).

A psicoterapia de fundamentação cognitivo-comportamental (TCC) aborda os pensamentos distorcidos e as crenças errôneas, além de tentar melhorar a autoestima. A psicoterapia individual de orientação psicodinâmica também tem sido utilizada. A

psicoterapia familiar em adolescentes e adultos jovens ou a terapia de casal são recursos que devem ser utilizados quando possível.

BULIMIA NERVOSA

A bulimia nervosa (BN) caracteriza-se pela compulsão alimentar, ou seja, ingestão de grande quantidade de alimentos em um curto período com a sensação de perda de controle e compensações inadequadas para o controle de peso, como vômitos autoinduzidos, dietas compensatórias, uso de medicamentos (laxantes, diuréticos, inibidores de apetite) e exercícios físicos exagerados. Observa-se excessiva preocupação com o peso e a forma corporal, que invariavelmente afeta sentimentos e atitudes do paciente.

A incidência de BN é de 13 para 100 mil habitantes por ano, com prevalência entre 0,5% e 4% da população. Esses números podem ser maiores caso TA, sem outra especificação (os chamados quadros parciais), forem considerados, e também em populações específicas, como jovens universitários.

A prevalência é maior no sexo feminino, com cerca de 90% a 95% de mulheres para 5% a 10% de homens. O início da doença é mais comum no final da adolescência ou no início da vida adulta, atingindo as diferentes classes sociais. Algumas profissões apresentam mais risco para desenvolvimento do transtorno, como modelos e outros profissionais da moda, jóqueis e atletas.

Não há uma causa única para a BN, a etiopatogenia compreende fatores biológicos, psicológicos, socioculturais, familiares e genéticos.

Fatores biológicos: alterações nos neurotransmissores cerebrais, como serotonina e noradrenalina, e também nos peptídeos YY, na leptina e na colecistoquinina, a serotonina e colecistoquinina.

Experiências traumáticas na infância, incluindo abuso sexual, estão associadas a comportamentos multi-impulsivos em pacientes com BN.

Fator cultural: crença de que um corpo atrativo facilita o sucesso social e profissional.

Fatores familiares: conflitos intrafamiliares, alterações nas relações interpessoais e sistêmicas, dificuldade de comunicação e falta de coesão no núcleo familiar. Fatores desencadeantes dos TAs são comentários negativos dos pais a respeito do peso dos filhos, comportamento alimentar restritivo dos pais e encorajamento para que seus filhos façam dieta.

Fatores genéticos: há maior prevalência de episódios depressivos e de TA em familiares de primeiro grau afetados pela doença. Alguns estudos apontam associação entre a BN e alterações no cromossomo 10p. Há uma alta taxa de concordância em gêmeos monozigóticos acometidos pelo transtorno em comparação a dizigóticos.

O paciente com BN geralmente descreve grande preocupação com seu peso e sua forma corporal previamente ao transtorno propriamente dito, embora seu peso esteja normal ou discretamente elevado. De forma geral, refere intenso medo de engordar, mas sem o desejo de emagrecer ou buscar ideais de beleza cada vez mais magros, como observado na AN. Assim sendo, inicia-se uma dieta restritiva, eliminando alimentos que julga facilitar o ganho de peso, mas sem haver a restrição desenfreada

observada em pacientes anoréxicos.

Em determinado momento o paciente sente uma vontade grande de comer e apresenta um descontrole, ingerindo uma quantidade maior de comida do que o normal em um tempo curto. Fica culpado e se sente mal fisicamente por conta da grande quantidade ingerida, induzindo o vômito para evitar engordar e aliviar-se física e psiquicamente. Esse comportamento gera ansiedade e faz com que ele se volte à dieta novamente. Estabelece-se um círculo vicioso, com o reinício da dieta, seguido de novos episódios compulsivos e vômitos.

Os mecanismos compensatórios para os episódios compulsivos da BN são o uso de laxantes ou diuréticos, hormônios tireoidianos, inibidores de apetite, orlistate, maconha e cocaína, ou abuso de exercícios físicos.

Os critérios diagnósticos, de acordo com o DSM-5 e a CID-10, são apresentados nos Quadros 35-3 e 35-4.

QUADRO 35-3 Critérios Diagnósticos da Bulimia Nervosa Segundo o DSM-5

Episódios recorrentes de consumo alimentar compulsivo, tendo as seguintes características: Ingestão em pequeno intervalo de tempo (*i. e.*, proximadamente em 2 horas) de uma quantidade de comida claramente maior do que a maioria das pessoas comeria no mesmo tempo e nas mesmas circunstâncias. Sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar durante os episódios (*i. e.*, a sensação de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto come).
Comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir ganho de peso, como vômito autoinduzido, abuso de laxantes, diuréticos ou outras drogas, dieta restrita ou jejum ou, ainda, exercícios vigorosos.
Os episódios de compulsão e os comportamentos compensatórios ocorrem pelo menos uma vez por semana, por 3 meses.
A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporais.
O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de AN.
Especificar se:
Em remissão parcial: Após todos os critérios para BN terem sido preenchidos, alguns, mas não todos, se mantiveram por um período de tempo.
Em remissão total: Após todos os critérios para BN terem sido preenchidos, nenhum é mais encontrado.
Especificar gravidade atual: Leve: uma média de 1 a 3 episódios de métodos compensatórios inapropriados por semana. Moderado: uma média de 4 a 7 episódios de métodos compensatórios inapropriados por semana. Grave: uma média de 8 a 13 episódios de métodos compensatórios inapropriados por semana. Extremo: uma média de 14 ou mais episódios de métodos compensatórios inapropriados por semana.

QUADRO 35-4 Critérios Diagnósticos da Bulimia Nervosa Segundo a CID-10

O paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimento são consumidas em curtos períodos (pelo menos duas vezes por semana durante um período de 3 meses).

Preocupação persistente com o comer e um forte desejo ou um sentimento de compulsão para comer.

O paciente tenta neutralizar os efeitos "de engordar" dos alimentos por meio de um ou mais do que segue: vômitos autoinduzidos, purgação autoinduzida, períodos de alternação de inanição e uso de drogas, como anorexígenos, preparados tireoidianos ou diuréticos. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem negligenciar seu tratamento insulínico.

Há um autojulgamento de se estar muito gordo(a), associado a um pavor intenso de engordar e a um uso de exercícios excessivos ou jejuns.

Complicações Clínicas

As complicações clínicas são mais frequentes em pacientes com BN que apresentam maior número de episódios compulsivos e práticas purgativas.

As comorbidades mais observadas na BN são depressão, uso de substâncias psicoativas, transtornos ansiosos (como o transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico e a fobia social), TOC e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT, bem como os transtornos do impulso já citados).

Da mesma forma, são frequentes os transtornos de personalidade, principalmente *borderline*.

O curso da bulimia é bastante variável, mas uma recuperação favorável é vista em cerca de 50% a 70% dos casos. Alguns autores consideram remissão mesmo quando o paciente mantém alguns vômitos ocasionais.

As taxas de mortalidade parecem não ser tão altas na bulimia. Crow e col. observaram que a mortalidade em um estudo longitudinal com 906 pacientes com BN foi de 3,9%.

O tratamento da BN, assim como o da AN, deve ser feito por uma equipe multiprofissional com, no mínimo, atendimentos psiquiátrico, nutricional e psicológico. Os objetivos incluem primeiramente a regularização do padrão alimentar, a suspensão de purgação e da restrição e a orientação nutricional.

A psicoterapia com enfoque cognitivo-comportamental é a que tem demonstrado melhores resultados, havendo também boa resposta com a psicoterapia interpessoal. A terapia familiar é importante, apesar de as evidências serem mais reduzidas do que para pacientes com AN.

A farmacoterapia tem sido amplamente pesquisada. O uso de antidepressivos, sobretudo tricíclicos, ISRS e inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN) é eficaz para o tratamento da BN, diminuindo compulsões, vômitos autoinduzidos e possíveis sintomas depressivos. O uso do topiramato vem mostrando resultados eficazes. Antagonistas narcóticos têm sido estudados como tratamento auxiliar em casos de difícil controle.

O ISRS mais utilizado é a fluoxetina, com maior benefício na dose de 60 mg/dia, não obstante seu uso exclusivo sem outros procedimentos terapêuticos decresce marcadamente com o tempo.

A melhor resposta no tratamento da BN provém da combinação de TCC com o uso dos medicamentos já citados. De acordo com a gravidade do quadro, o tratamento pode ser feito ambulatorialmente, em hospital-dia ou em regime de internação.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

A questão ética central na abordagem dos TAs orbita em torno dos casos em que o paciente recusa tratamento. A anorexia nervosa e a bulimia nervosa são caracterizadas por preocupação com a dieta e pelo medo mórbido de engordar. Portanto, o tratamento, que envolve a interrupção de dietas e práticas purgativas ou rejeição ao ganho de peso, é recebido pelos pacientes com ambivalência ou franca resistência.

Uma rápida pesquisa na internet é suficiente para encontrar *sites* de movimentos que estimulam a anorexia e a bulimia nervosa e as incentivam como um estilo de vida proveniente da escolha e da autonomia dos seus praticantes. Termos como 'ana' para anorexia nervosa e 'mia' para bulimia nervosa são utilizados pelos frequentadores dos *sites*. Tais manifestações podem ser correlacionadas aos achados clínicos de que a psicopatologia alimentar é egossintônica e de que a recusa ao tratamento é frequente.

Atualmente, cerca de 9% a 16,6% dos pacientes com anorexia nervosa são tratados sem consentimento, por exemplo. Pacientes com esse transtorno compreendem a maioria dos casos de internação involuntária dentro dos TAs.

Diante da recusa ao tratamento, o profissional de saúde se vê frente a um dilema entre dois princípios éticos: o de respeitar a autonomia do paciente e o de promover a beneficência. Além do dilema ético, existe ainda o dilema legal: o dever de proteger a vida *versus* a demanda de respeito à autonomia do paciente. Devido a esses conflitos, os fatores que envolvem o tratamento involuntário dos pacientes com TA se tornam confusos e intimidantes mesmo para profissionais experientes e especializados.

O tratamento contra a vontade dos pacientes com TA engloba diversas práticas delicadas que podem ferir profundamente a autonomia do paciente, como a internação voluntária, a alimentação forçada por via oral ou até mesmo, nos casos mais críticos, por via enteral ou parenteral, a restrição de atividade física e a possível necessidade de contenção física. Além das questões expostas, a possibilidade de prejuízos na relação terapêutica médico-paciente, a ausência de *guidelines* bem definidos e a controvérsia na literatura tornam ainda mais complexa a decisão por uma intervenção involuntária.

Competência e Capacidade

A base do tratamento involuntário em psiquiatria é a perda da autonomia do paciente em decorrência do transtorno mental, que o impede de compreender e perceber seu estado disfuncional, como ocorre com o paciente em surto psicótico, por exemplo. No TA, não há alteração evidente de consciência, pensamento ou juízo de realidade e, geralmente, o paciente mantém a capacidade de tomar decisões autônomas em relação à vida profissional, estudantil ou afetiva, porém não fica claro se a autonomia para decidir sobre seu tratamento está prejudicada. Seria a resistência ao tratamento, mesmo diante do risco de morte, parte da doença?

Há na literatura discussões sobre a competência e a capacidade dos pacientes com TA para tomar decisões autônomas. "Capacidade" estaria ligada à determinação jurídica de se o paciente possui ou não habilidade para compreender e processar as informações pertinentes para decidir de maneira autônoma. Já "competência" seria

sua contraparte clínica, mais atrelada à compreensão de que o paciente tem íntegras suas habilidades de decidir adequadamente sobre seu tratamento.

Existem diferentes hipóteses em relação aos elementos constituintes da competência, uma delas a considera a condição do paciente de: 1) entender a informação; 2) reter os fatos expostos; 3) aplicar as informações à tomada de decisões; e 4) comunicar a decisão. Avaliando dessa forma, pode-se concluir que a maioria dos pacientes com TA é competente.

Tal hipótese pode ser criticada pelo fato de que o conceito de competência transcende às questões de compreensão e raciocínio. Outra hipótese postula que a competência envolve compreensão e crítica, e que esta última seria o problema nos pacientes com TA.

A competência também pode ser avaliada conforme a consistência entre intenção e comportamento, o que está comprometido nos TA. Por exemplo, a intenção de uma paciente é a de emagrecer, mas o seu comportamento causa um distúrbio hidroeletrolítico grave com necessidade de internação, ou ainda, uma paciente não tem a intenção de se suicidar, porém seu comportamento de restrição alimentar extrema levará à morte.

O conceito de competência é fundamental na tomada de decisões, mas é necessário compreender melhor os seus componentes e perceber que sua complexidade pode ser maior que a simples soma de seus elementos.

Em suma, não há consenso sobre a competência e a capacidade dos pacientes com TA. Hipóteses de que alterações clínicas decorrentes da desnutrição assim como as de que o caráter egossintônico dos transtornos podem influenciar no julgamento do paciente ainda não foram confirmadas ou refutadas.

Paternalismo Forte e Paternalismo Fraco ou Justificado

Define-se por paternalismo forte a relação médico-paciente em que aquele decide o que é melhor para este a despeito de sua vontade. Como os profissionais não estão imunes à frustração e à raiva durante o tratamento de seus pacientes, a relação paternalista aumenta o risco de condutas impulsivas e antiéticas.

Já no caso do paternalismo fraco, a atitude do médico não é de um saber absoluto, mas pode ser justificada a discordância do paciente em situações em que o respeito à sua vontade traria quase certamente graves riscos à sua integridade, como, por exemplo, no caso de alterações clínicas graves causadas pela desnutrição consequente à anorexia nervosa.

A avaliação de alguns quesitos foi proposta para que a atitude paternalista possa ser aventada:

- Perigo significativo ao paciente.
- Evidências de que obsessões, medos irracionais e compulsões estejam diminuindo a autonomia do indivíduo.
- Risco físico iminente.
- Intervenção provavelmente protegerá contra danos.
- Paciente provavelmente ficará agradecido.
- O médico desejaria o mesmo para si.

ESTUDOS DE SEGUIMENTO PÓS-TRATAMENTO INVOLUNTÁRIO

Na literatura especializada, o único consenso existente é o de que o paciente deve ser internado se houver risco iminente de morte.

Um estudo mostrou que os principais motivos que levaram os profissionais de saúde a decidir pela internação involuntária são o número prévio de internações, o número de comorbidades psiquiátricas, o IMC e o risco de síndrome de realimentação.

Estudos de seguimento pós-tratamento involuntário dos TAs são de fundamental importância para respaldar a decisão do médico acerca do tratamento, porém são escassos. Sobre a internação involuntária, alguns evidenciam pior evolução dos pacientes que recebem tratamento involuntário, com maior morbidade e mortalidade. Há pelo menos um que mostra evolução igual ou discretamente melhor. E existem ainda os que mostram efeitos danosos mínimos, com relatos de pacientes que passaram a ter uma visão positiva em relação à internação involuntária. Outros evidenciaram benefícios em curto prazo, porém sem seguimento no longo prazo. As experiências vivenciadas pelos pacientes durante as internações são complexas e relacionam-se tanto com a efetividade do tratamento quanto com o contexto de suas relações com a equipe, o que pode, por si, influenciar o desfecho e os resultados dos estudos.

EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

Na França, o espaço de manobra do médico é limitado diante de tal dilema. O poder de convencimento é exigido do profissional médico, o qual deve convencer o paciente não somente de consentir, mas de realizar o tratamento. A atitude apropriada é simplesmente a persistência.

Na Alemanha, a internação involuntária de pacientes com TA grave é eticamente justificada e é suportada pela legislação.

No caso de Israel, a lei não prevê uma boa solução para a internação involuntária. Pesquisadores da área defendem esta última não apenas como uma solução final para uma doença crônica, mas também como uma medida para salvar vidas que deve ser respaldada pela lei.

Em discussão sobre internação involuntária de pacientes com anorexia nervosa em 1995, o Conselho Europeu de TA concluiu que a tal prática não era essencial, porém, em votação, a maioria dos presentes na conferência foi a favor dessa modalidade de internação.

No Brasil (ver Capítulo 11 – Internações Psiquiátricas Involuntárias), ainda não há relatos de experiência nacional sobre este tema, demonstrando grande carência de estudos nessa temática tão complexa tanto do ponto de vista técnico como ético.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADA. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). *J Am Diet*

Assoc. 2001; 101:810–819.

American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *Am J Psychiatry*. 2000; 157(suppl. 1):1–39.

American Psychiatry Association. Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders, 3rd ed. Washington: APA, 2005.

Appelbaum, PS, Rumpf, T. Civil commitment of the anorexic patient. Gen Hosp Psychiatry. *Jul*. 1998; 20(4):225–230.

Ayton, A, Keen, C, Lask, B. Pros and cons of using the Mental Health Act for severe eating disorders in adolescents. Eur Eat Disord Rev. *Jan*. 2009; 17(1):14–23.

Barros, DM, Serafim, AP. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. *Rev Psiq Clín*. 2009; 36(4):175–177.

Bryden, P, Steinegger, C, Jarvis, D. The Ontario experience of involuntary treatment of pediatric patients with eating disorders. *Int J Law Psychiatry*. May-Jun 2010; 33(3):138–143.

Carney, T, Tait, D, Richardson, A, et al. Why (and when) clinicians compel treatment of anorexia nervosa patients. *Eur Eat Disord Rev*. May 2008; 16(3):199–206.

Cordás, TA. Transtornos alimentares. *Rev Psiquiatr Clin*. 2004; 31(4):149.

Crow, SJ, Peterson, CB, Swanson, SA, Raymond, NC, Specker, S, Eckert, ED, et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2009; 166(12):1342–1346.

DSM-5 APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington: Arlington, 2013; 329–354.

Guarda, AS, Pinto, AM, Coughlin, JW, et al. Perceived coercion and change in perceived need for admission in patients hospitalized for eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2007; 164:108–114.

Louzã Neto, MR, Elkis, H, et al. Transtornos alimentares. In Louzã Neto MR, Elkis H, Jr., eds.: *Psiquiatria básica*, 2nd ed, Porto Alegre: Artmed, 2007.

Melamed, Y, Mester, R, Margolin, J, et al. Involuntary treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2003; 26:617–626.

Miguel, EC, Gentil, V, et al. Transtornos alimentares. In: Miguel EC, Gentil V, Gattaz WF, Jr., eds. *Clínica psiquiátrica*. Barueri: Manole, 2011.

Mitrany, E, Melamed, Y. Compulsory treatment of anorexia nervosa. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2005; 42(3):185–190.

Moreira, LAC, Oliveira, IR, Algumas questões éticas no tratamento da anorexia nervosa. *J. bras. Psiquiatr* 2008; Vol. 57, n. 3:161–165

Organização Mundial da Saúde. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993; 175–176.

Ramsay, R, Ward, A, Treasure, J, Russell, GF. Compulsory treatment in anorexia nervosa. Short-term benefits and long-term mortality. Br J Psychiatry. *Aug*. 1999; 175:147–153.

Russell, GF. Involuntary treatment in anorexia nervosa. *Psychiatr Clin NorthAm. Jun*. 2001; 24(2):337–349.

Russell, GFM. Bulimia nervosa: on ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 1979; 9:429–448.

Silber, TJ. Treatment of anorexia nervosa against the patient's will: ethical considerations. *Adolesc Med State Art Rev*. Aug 2011; 22(2):283–288.

Tan, JO, Doll, HA, Fitzpatrick, R, et al. Psychiatrists' attitudes towards autonomy, best interests and compulsory treatment in anorexia nervosa: a questionnaire survey. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. Dec, 17 2008; 2(1):40.

Tan, JO, Hope, T, Stewart, A. Competence to refuse treatment in anorexia nervosa. *Int J Law Psychiatry*. 2003; 26:697–707.

Tan, JO, Stewart, A, Fitzpatrick, R, et al. Attitudes of patients with anorexianervosa to compulsory treatment and coercion. *Int J Law Psychiatry*. Jan-Feb 2010; 33(1):13–19.

Tan, JO. The anorexia talking? *Lancet*. 2003; 362:1246.

Thiels, C. Forced treatment of patients with anorexia. *Curr Opin Psychiatry*. 2008; 21:495–498.

Watson, T. L., Bowers, W. A., Andersen, A. E.M. D. Involuntary treatment of eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2000; 157(11):1806–1810.

CAPÍTULO 36

Tiques e Síndrome de Tourette

José Carlos Ramos Castillo and Ana Regina Geciauskas Lage Castillo

INTRODUÇÃO

Os portadores de síndrome de Tourette (ST) raramente se envolvem em atividades criminosas. No entanto, caso tenham problemas com a lei, as penalidades que sofrem são muito mais severas do que aquelas aplicadas a pessoas que tenham cometido o mesmo delito sem serem portadoras da síndrome.

A ST ainda é pouco conhecida fora de um ainda restrito âmbito de especialistas. Há pouca informação a respeito entre outros profissionais da saúde, entre o público em geral e entre os especialistas em ciências jurídicas. Este capítulo pretende esclarecer os sintomas deste complexo quadro clínico e fornecer subsídios para os profissionais da área de saúde, da psiquiatria forense e da área jurídica.

ASPECTOS HISTÓRICOS

O primeiro autor a descrever pacientes com tiques e vocalizações foi o médico grego Aretaios de Capadócia, que floresceu no século II da era cristã; no entanto, sua contribuição foi logo esquecida pela poeira dos séculos até o advento do século XIX.

Há indícios sugestivos de que o genial Wolfgang Amadeus Mozart fosse portador da ST, e muitas outras personalidades de destaque no campo das artes cênicas, da ciência, da literatura, do esporte e da música são portadores deste quadro clínico, comprovando que esta condição não afeta a capacidade intelectual dos indivíduos.

A designação síndrome de Tourette ou doença de Gilles de la Tourette provém do nome do médico francês Georges Gilles de la Tourette, o qual em 1885 descreveu nove pacientes que manifestavam quadro de tiques motores de início na infância por vezes acompanhados de ruídos ou vocalizações incoercíveis. Também manifestavam características clínicas que lembravam sintomas do transtorno de hiperatividade e déficit de atenção, transtorno obsessivo-compulsivo e dificuldades de conter impulsos. Interessante observar que o pioneiro Gilles de la Tourette também notou possível componente de hereditariedade em seus pacientes.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A Síndrome de Tourette é uma condição clínica fascinante, intrigante e surpreendente por diversas razões. Inicialmente era tida como um distúrbio extremamente raro e exótico, que os médicos teriam escassas oportunidade de ver em sua carreira. Dados

atuais, no entanto, mostram uma prevalência bem mais alta, de 1% a 3,4% da população mundial.

O aspecto definidor ST, ou doença de Gilles de la Tourette, como consta na Décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (95.2), é a presença de tiques por mais de 1 ano, de um tique fônico ao menos e de pelo menos dois tiques motores com início antes dos 18 anos.

Se o transtorno de tique tiver duração de menos de 1 ano, o diagnóstico é de tique transitório – CID 95.0.

Se o paciente manifestar tão somente tiques motores, ou tão somente tiques fônicos, por mais de 1 ano, o diagnóstico será tique motor ou vocal crônico – CID 95.1.

Do ponto de vista neurobiológico considera-se que tanto o Tique motor ou vocal crônico quanto a ST compartilhem o mesmo substrato genético, sendo que a ST expressaria um fenótipo mais exuberante.

Assim exposto tem-se a impressão de que o diagnóstico do fenótipo seria de identificação relativamente fácil, o que não é verdade de forma alguma. A começar pela própria definição do que seja um tique. Eminentes especialistas afirmam que é mais fácil identificá-los do que defini-los com precisão. Uma das melhores definições de tiques é a de Leckman e col.: "são fragmentos de comportamentos normais motores ou fônicos, mas isolados e desinibidos. Afetam grupos musculares isolados, podem ser mimetizados com facilidade e frequentemente se confundem com vocalizações e movimentos coordenados".

Normalmente, quando se fala em tiques, a primeira coisa que se nos vem à mente são movimentos rápidos, bruscos, involuntários, sem propósito e sem significado. De fato existem muitos tiques que apresentam este padrão, porém também existem tiques mais lentos, que causam uma contratura muscular que fixam o corpo em posturas anômalas, como os tiques distônicos, e tiques que produzem contrações musculares isométricas, como os tiques tônicos. Tiques distônicos podem ser tomados como distonias de torsão; e os tônicos, não serem reconhecidos como tais.

Distinção entre Tiques Motores e Fônicos

Os tiques podem acometer qualquer região do corpo, sendo chamados de motores, exceto quando a musculatura envolvida pertencer ao aparelho fonador, situação em que pode ocorrer a emissão de ruídos ou vocalizações – nesta situação são denominados tiques fônicos. O termo fônico é preferível ao vocálico, pois há tiques sonoros que não são vocalizações verbais.

Distinção entre Tiques Simples e Tiques Complexos

Os tiques são manifestações involuntárias que ocorrem à revelia do livre-arbítrio de seu portador. No entanto, há tiques que dão ao observador a falsa impressão de serem executados deliberadamente. Conforme sua aparente intencionalidade, os tiques podem ser divididos em simples e complexos. Os tiques simples são aqueles que não transmitem nenhuma intenção ao observador – por exemplo, se virmos uma pessoa

piscando os olhos com força o tempo todo dificilmente alguém dirá que a mesma esteja se comunicando em código Morse; é fácil de se perceber que tal manifestação é incômoda ao seu portador e que ocorre à revelia de seu livre-arbítrio. Já os tiques complexos mimetizam atos intencionais – muito embora não o sejam – e podem ser erroneamente interpretados como tal, o que pode acarretar grande constrangimento e sofrimento ao portador devido à incompreensão por parte da sociedade. Este aspecto é importante do ponto de vista médico-legal, como será visto mais adiante.

Aspectos Fenomenológicos

Os tiques, como já se pode supor pelo que foi discorrido até aqui, não são manifestações simples do ponto de vista fenomenológico. A maioria dos tiques acontece de forma que o paciente somente se dá conta deles no momento em que acontecem.

No entanto, há alguns casos em que a vivência do tique é bem mais complexa. São os casos em que os tiques, antes de serem executados, são precedidos de sintomas sensoriais premonitórios de diversos tipos, físicos ou até estados psíquicos, que seriam os pródromos do tique, ou seja, o paciente sabe nesta situação que em instantes subsequentes à vivência em pauta ele terá inevitavelmente de executar determinado tique ou sequência de tiques. Um paciente nosso, brilhante garoto de 8 anos de idade, conta que antes de executar um tique em que levava o ombro à orelha, vinha-lhe uma nítida sensação de que uma folha de alface lhe roçava a orelha, bem no local em que o tique iria juntar as regiões envolvidas. Por vezes o paciente tenta lutar contra esta situação, ou então a vivência premonitória pode ser uma vivência muito desagradável que se alivia de forma incompleta e insatisfatória com a conclusão da execução inexorável do tique, o que para alguns autores poderia sugerir um caráter parcialmente "voluntário" em algumas situações – ou seja, o caso do tique para aliviar uma tensão psíquica imediatamente prévia. Apesar da imensa luta interna, o paciente finalmente é derrotado, pois não consegue libertar-se da incoercível necessidade de executar o tique. Analogia seria o fenômeno do espirro – sentimos que vamos espirrar, podemos às vezes por algum tempo segurar este impulso, porém no fim teremos de ceder e espirrar. Tal modalidade de tiques é mais encontradiça em pacientes com comorbidade com transtorno obsessivo-compulsivo.

Outro aspecto fenomenológico interessante é que determinados tiques complexos se assemelham muito, do ponto de vista fenomenológico, às compulsões. Até os próprios pacientes que apresentam as duas condições simultaneamente e que sabem precisar bem quando uma vivência é um tique (supostamente sem componente cognitivo elaborado) ou quando é compulsão, por vezes, não conseguem definir em qual das duas categorias se encaixam alguns de seus sintomas. Na literatura encontramos as denominações tiques "compulsivos" ou compulsões semelhantes a tiques (*tic-like compulsions* ou *compulsion-like tics*).

Comorbidades

Comorbidades psiquiátricas na síndrome de Tourette são muito comuns. É muito alta

a taxa de prevalência de TDAH, de 50% a 90%; TOC, de 11% a 80%; e de dificuldades em controlar os impulsos, até 45%.

Flutuação dos Sintomas

Uma característica marcante da ST é o curso dos sintomas ao longo do tempo, que é de caráter essencialmente flutuante, em que se alternam períodos de maior intensidade dos tiques com períodos de menor intensidade ou até períodos de remissão passageiros, ou seja, ciclos de piora e melhora. O repertório de tiques é extremamente variado; qualquer tipo de movimento ou vocalização pode eventualmente se incorporar a um tique.

Outra peculiaridade é a mutabilidade de seu padrão. Os tiques são mutáveis e tendem a ser substituídos por outros que lhe sucedem. Um determinado tique pode desaparecer por um tempo, nunca mais voltar ou retornar esporadicamente.

Em geral, situações de estresse emocional ou fadiga física tendem a exacerbar a intensidade e a frequência dos tiques, e o oposto ocorre em situações mais aprazíveis ou quando o paciente está concentrado em uma tarefa de seu agrado. No entanto, em alguns pacientes ocorre o inverso, ou seja, os tiques se exacerbam justamente quando o paciente está fazendo algo que lhe agrade.

Suprimibilidade dos Tiques

Outra característica curiosa é que alguns tiques, porém nem todos, podem por vezes ser suprimidos provisoriamente. Quando isto se dá, após certo tempo ocorre uma descarga compensatória dos tiques suprimidos, em salvas. Esta limitada capacidade de suprimibilidade dos tiques, portanto, é parcial, ocorre em grau variado nas pessoas e pode dar a falsa impressão de que o paciente poderia ter controle total sobre o sintoma caso "se esforçasse mais". Tal capacidade é tão surpreendente que leva o observador desavisado a supor erroneamente que os tiques são ou deliberados ou uma forma de "chamar a atenção". Tal característica pode ter implicações do ponto de vista forense. Apesar de por vezes suprimíveis, os tiques escapam ao controle do indivíduo, e as pessoas que os apresentam procuram, com frequência, ocultá-los dos demais. Por vezes se observa que no consultório médico, ou em uma festa, a criança não manifesta tique algum. Então surge um raciocínio *ad hoc*: "Bem, se meu filho pode ficar sem tiques na festinha ou no consultório, por que sempre que está em casa ele não para de ter tiques?". O que se ignora muitas vezes é o fato de que naquelas crianças em que existe a capacidade parcial de suprimir o tique, esta capacidade é muito limitada, e só é alcançada à custa de um tremendo esforço que por fim tem de ceder à execução do tique. E o lar, santuário inviolável de todos os seres humanos, é onde finalmente a criança teria mais chance de dar vazão a seus tiques, em um ambiente menos hostil que a sociedade extrafamiliar.

A suprimibilidade é uma característica dos tiques que não é compartilhada com outros transtornos neurológicos hipercinéticos, como coreia, distonia, atetose e mioclonia, e a ausência de suprimibilidade permite o diagnóstico diferencial.

Tiques Desencadeados por Estímulos

Também existem tiques complexos que são desencadeados por estímulos sensoriais, podendo ser determinados sons, certas palavras, o ruído de uma tosse, padrões geométricos visualizados ou tipos de cenário ou paisagem. Leckman cita o caso de um médico portador de ST, que ao escutar ruído de alarme antiaéreo, manifestava tique motor de encostar a mão em lâmpadas acesas, o que lhe acarretou por vezes queimaduras intensas. Para a infelicidade de alguns pacientes, alguns tiques de coprolalia ou copropraxia se enquadram nesta categoria, ou seja, desencadeados por estímulos sensoriais, causando intenso desgaste e constrangimento e eventualmente até enfrentamentos legais, como veremos a seguir. Nestes casos, a manifestação clínica dá ao observador desavisado a forte impressão de ter sido um ato deliberado e proposital.

Todas estas características clínicas e a gama multivariada de sintomas e de diversos graus de intensidade que os pacientes podem apresentar demonstram que a identificação deste fenótipo complexo está longe de ser uma tarefa simples.

O vasto repertório dos tiques independe aparentemente da cultura do indivíduo e é também muito semelhante em diversas culturas.

Ecolalia, Palilalia, Coprolalia, Ecopraxia, Coprografia e Copropraxia

São tiques complexos devastadores que se confundem com atos deliberados de falta de educação, atentado ao pudor, desacato à autoridade ou coisa pior. O constrangimento social, profissional, o sofrimento e a degradação da qualidade de vida que estes sintomas causam é simplesmente incalculável.

Em primeiro lugar mencionaremos os tiques em “eco”. O primeiro é a ecolalia, em que o paciente repete o final da frase ou a última frase do interlocutor. A impressão que causa é a de que o paciente está a caçoar da pessoa com quem dialoga. Pode-se imaginar quantas vezes pacientes portadores deste tique são punidos na escola e até mesmo em casa por conta disto. Uma variante deste tique é a palilalia, em que o paciente repete o final de suas próprias frases. A coprolalia é o tique fônico complexo com o maior potencial de sofrimento. Consiste na vocalização involuntária e incoercível de expressões impróprias, proibidas, condenáveis, que podem incluir expressões obscenas, ou de cunho pornográfico ou mesmo xingamentos raciais, totalmente sem propósito e fora de qualquer contexto, sem que o paciente tenha intenção alguma. Uma característica formal destes tiques é recrutar as piores expressões possíveis do cabedal linguístico e expressá-las fora de qualquer contexto. Estes tiques ocorrem em qualquer situação e, repetidas vezes, complicam a convivência social e sempre prejudicam horrivelmente a vida do paciente.

Existem também motores em eco, a saber, a ecopraxia, a coprografia e a copropraxia. Na ecopraxia, o paciente involuntariamente imita os gestos e a atitude de quem está com ele. Pode-se imaginar a que conclusões o observador incauto pode chegar sobre tal atitude. A coprografia é um tique de escrita em que, de repente, o paciente escreve uma enxurrada de obscenidades de forma incontrolável. Algumas cartas de Wolfgang

Amadeus Mozart são sugestivas de tal fenômeno.

A copropraxia é um tique complexo em que o paciente faz gestos obscenos variados, como estender o dedo do meio, ou fazer movimentos que simulam atividade sexual. Nem é necessário mencionar as consequências de que o portador deste sintoma padece, pois frequentemente esses gestos e movimentos são interpretados como atos deliberados de provocação.

Apesar de notórios, estes sintomas não são os mais frequentes na população de pacientes portadores de ST. Atualmente considera-se que cerca de 10% a 30% dos pacientes possam apresentar tiques "copro" – coprolalia ou copropraxia. Os pacientes lutam desesperadamente contra estes sintomas; alguns poucos conseguem falar sua coprolalia em tom de voz mais baixo ou tentam camuflar com expressões abreviadas do tique em questão. Às vezes, os tiques coprolálicos duram pouco tempo ou se transformam numa versão menos estigmatizada socialmente. Acompanhamos um paciente que expressava uma coprolalia que era um palavrão iniciado com a expressão "filha da". Ao longo do tempo, este tique foi substituído pela expressão "Fil! Fil!", fato que aliviou bastante a vida deste paciente. Todavia este final feliz não acontece com todos os pacientes que, além de ter de lidar com sintomas horríveis, enfrentam o estigma social da rejeição e incompreensão e, por vezes, até mesmo problemas com a justiça.

Há *sites* na internet que exemplificam este assunto. Um deles está disponível em www.ebaumsworld.com/video/watch/1012624/ e que mostra um vídeo de uma adolescente britânica de 15 anos com múltiplos tiques, entre eles a copropraxia de estender o dedo, muito frequente, e o tique fônico de falar a expressão "Nigger", que em inglês tem uma conotação horrivelmente ofensiva. Saindo à rua, a infeliz ia repetindo esta expressão, e um jovem transeunte negro ficou espantado com o que viu e ouviu. Interessante notar que o próprio jovem se deu conta da natureza patológica do fato e o relevou; porém nem sempre isto acontece.

Outro exemplo emblemático pode ser visto em http://nypost.com/2013/04/27/man-with-tourette-syndrome-not-allowed-to-board-plane-after-saying-bomb/. É a história de um paciente portador de Síndrome de Tourette que tinha um tique desencadeado por estímulo sensorial, no caso, gritar "bomba!", ao avistar o aeroporto. Não obstante haver alertado a companhia aérea e notificado a Tourette Syndrome Association de seu problema especifico, ao chegar ao aeroporto, não conseguiu suprimir o tique fônico e a companhia recusou-se a embarcá-lo. Nem mesmo o apoio da Tourette Syndrome Association, bastante atuante e aguerrida na defesa dos direitos dos pacientes, foi capaz de evitar este ato discriminatório. Este é apenas um exemplo do tipo de dificuldades que os pacientes enfrentam.

Implicações na Vida Escolar

Existe uma tecnologia que vem sendo desenvolvida nos últimos 35 anos, de como orientar as escolas a lidar com estudantes portadores de Síndrome de Tourette e suas comorbidades. É necessário informar ao corpo docente e a todo o *staff* escolar a respeito do diagnóstico e das peculiaridades do quadro clínico do estudante para que se possa proceder a adaptações escolares capazes de contornar, na imensa maioria dos

casos, as intercorrências desta condição, que ocorrem à revelia do livre arbítrio do aluno.

Neste ponto incorre-se em uma questão ética: para que se possam implementar as adaptações necessárias, é preciso compartilhar informações sigilosas, tais como o diagnóstico do paciente. É fundamental sempre solicitar a anuência do paciente e de seus familiares e jamais revelar nenhum detalhe sem a anuência e o consentimento explícitos. Nenhuma informação é compartilhada sem que a criança ou adolescente concorde após ser esclarecida a respeito. Este é um ponto sagrado que sempre deve ser respeitado.

Estudantes com ST apresentam amplas variações individuais no grau e tipo de dificuldades conforme os sintomas que apresentam. Como são crianças que, de modo geral, demonstram boa inteligência e capacidade crítica, o resultado dessas disfunções pode parecer, à primeira vista, uma falta de interesse e empenho por parte do estudante. Na realidade, são dificuldades que, se não abordadas corretamente por todos os profissionais, incluindo professores, podem levar a uma deficiência no processo de aprendizagem, não apenas escolar, mas também social, que se reflete na adequação do comportamento social.

O primeiro passo é conhecer o estudante especificamente e compreender suas forças e fraquezas. Para isso, o professor deve sempre contar com a orientação do médico, psicólogo, psicopedagogo e de outros profissionais da área que estão atendendo a criança em questão. A família deve sempre fazer parte da comunicação entre escola e profissionais. Da mesma forma que caberá ao professor boa parte do trabalho, o de ensinar o estudante, outra boa parte caberá aos familiares. O trabalho de todos deve ser harmônico. Para isso, a comunicação entre eles tem que ser clara e direta. Uma comunicação clara entre todos não exclui o direito do paciente ao sigilo, como já mencionado; como várias pessoas estarão em contato com informações pessoais do estudante e de sua família, deve ser lembrado o respeito ao desejo do estudante de manter sua integridade pessoal perante os demais.

É preciso que todos na escola estejam a par de que estão sendo aplicadas adaptações para permitir o aproveitamento escolar por crianças com determinadas dificuldades, e não dando a elas "privilégios" injustificáveis. Se alguém perguntar por que o aluno com especificidades pode ser alvo de maior tolerância, basta explicar que não é uma medida de favor ou privilégio. Tais atitudes só cabem neste contexto e visam, na verdade, suprir uma desvantagem do estudante que necessita de medidas especiais em função de seus déficits e alterações. Quando estão todos informados e envolvidos em buscar soluções para novas situações, deste esforço de colaboração de professores, colegas e funcionários por vezes surgem soluções engenhosas e surpreendentemente simples.

Duncan McKinlay, diretor nacional da Tourette Syndrome Foundation of Canada, contou aos autores um exemplo muito marcante: um aluno da oitava série passou a apresentar um tique compulsivo de acender e apagar o interruptor das luzes da sala de aula incessantemente durante as aulas, o que estava inviabilizando o andamento do curso. Professores, auxiliares de ensino, outros profissionais e os próprios colegas do rapaz uniram-se na busca de uma solução para a situação. E que solução! Um colega

teve a ideia de comprar um interruptor avulso muito semelhante ao da parede e perguntou ao amigo se ele conseguiria, em vez de apertar o botão da parede, ficar apertando o interruptor embaixo de sua carteira. O garoto com tiques fez uma acomodação com seu sintoma e conseguiu prestar atenção às aulas utilizando esse truque, os colegas não se incomodaram com esse expediente, o professor conseguiu dar as aulas com a luz acesa, e a escola concordou com essa estratégia, que não prejudicou ninguém e foi melhor para todos.

Outro caso que foi relatado aos autores refere-se a uma escola na qual os colegas caçoavam impiedosamente de um estudante que apresentava tiques e sintomas obsessivo-compulsivos intensos. A professora adotou uma atitude que reverteu completamente esse círculo vicioso. Ela teve a brilhante ideia de reunir os colegas que agiam maldosamente e de induzi-los a um exame de consciência. De uma forma que lembra a maiêutica de Sócrates, inicialmente pediu que eles se colocassem no lugar do colega com tiques e refletissem sobre o que sentiriam se fossem portadores de manifestações involuntárias, que acontecem apesar de seu esforço em contrário, e, como se isso não bastasse, sofressem agressões gratuitas por parte de seus colegas. Ela os fez ver que ninguém era exatamente perfeito; dirigiu-se a cada um dos meninos, dizendo o seu possível ponto fraco, como peso, altura, óculos espessos, excesso de sardas etc. e perguntando se eles gostariam de ser alvo de injustas e gratuitas agressões exatamente devido a essas diferenças. A professora conseguiu mexer com o brio moral das crianças, transformando-as de algozes de um colega em seus defensores, caso algum aluno mal informado de outra série resolvesse maltratar seu amigo.

Obtivemos ainda permissão de relatar um episódio ocorrido com uma paciente nossa. Esta brilhante garota de 9 anos, que apresentava Síndrome de Tourette e transtorno obsessivo-compulsivo, não conseguia, ao escrever, nem cortar a letra *t* nem colocar o pingo no *i*. Sempre que tentava cortar o *t*, vinham-lhe à mente imagens obsessivas de mortes atrozes, crucificadas, e, quando tentava pingar o *i*, vinha-lhe a impressão obsessiva de que alguém poderia terminar a vida. Inicialmente, sua atitude foi considerada ato de rebeldia por sua professora, já que a aluna era inteligente, e começaram a existir problemas nas avaliações, pois os *i*'s não pingados e os *t*'s não cortados lhe tiravam pontos da nota. Quando a professora inteirou-se da natureza do problema, tudo se resolveu. Foi feita uma acomodação de substituir o corte do *t* por um travessão acima da letra, e o *i* sem pingo foi relevado. A partir daí, a professora interessou-se bastante pela aluna, e o clima adverso foi completamente superado.

Nas últimas duas décadas desenvolveram-se diversas estratégias para o controle destes fenômenos, principalmente pelo intenso esforço de educadores do Canadá e Estados Unidos. Em nosso meio temos a grata satisfação de constatar que escolas nacionais de espírito aberto têm conseguido lidar satisfatoriamente com tais situações, e diversos alunos que passaram por tais dificuldades conseguiram superá-las e ingressar com sucesso no Ensino Superior em nosso país.

Implicações Médico-Legais

O conhecimento da variada gama de manifestações da ST e sua complexidade

infelizmente ainda não é suficientemente difundido fora de um restrito âmbito de especialistas. Há necessidade de maior divulgação destes fatos para os profissionais de saúde, para o público em geral e, muito importante ressaltar, para os profissionais da área de Direito de modo que pessoas inocentes não sejam injustamente condenadas por sintomas não deliberados que fogem a seu controle voluntário.

Várias características da ST podem dar a falsa impressão de serem atos intencionais. A parcial suprimibilidade de alguns tiques, como vimos, pode ser interpretada como se, se houvesse empenho do paciente, ele pararia em definitivo com o sintoma. O fato de alguns tiques serem desencadeados por estímulos específicos pode não ser compreendido; o fato de piorarem com o estresse, bem como a flutuação e a mutabilidade dos sintomas ao longo do tempo e a própria natureza dos tiques complexos, todas estas características contribuem para a falsa interpretação de serem manifestações voluntárias do livre-arbítrio, embora sejam fenômenos que transcendem o livre-arbítrio dos pacientes.

Os pacientes sofrem com os sintomas em si, com o isolamento social, com dificuldades em se alocar no mercado de trabalho, com a estigmatização social e podem se ver até em demandas judiciais por conta de seus sintomas. Um paciente com coprolalia que tenha a infelicidade de se manifestar sob a forma de xingamentos raciais pode ser acusado de crime de racismo; se apresentar copropraxia, este sintoma pode ser interpretado como atentado ao pudor, exibicionismo ou desacato à autoridade. Os pacientes muito sintomáticos e portadores de tiques "copro" sofrem inúmeras restrições sociais; alguns pacientes buscam o isolamento para evitar confusão que a incompreensão de sua sintomatologia acarretam. Muito embora raramente pacientes com ST se envolvam em atividades criminosas, a peculiaridade de seus sintomas pode levá-los a enfrentamentos legais e à possibilidade de penalização excessiva ou errônea.

Há uma descrição na literatura de um paciente que foi levado ao tribunal pelo fato de ter blasfemado inúmeros e impublicáveis impropérios contra uma pessoa. O tribunal solicitou exame pericial com especialistas que constataram ser o paciente em pauta portador de inúmeros tiques motores e fônicos com coprolalia e ecolalia, o que foi possível demonstrar graças aos subsídios fornecidos pela perícia forense de que o ocorrido fora uma expressão dos sintomas do paciente, sem intenção de ofensa à honra. Com isso, o paciente foi inocentado.

É fundamental que a natureza e a complexidade da ST e de transtornos neuropsiquiátricos correlatos sejam esclarecidos por meio de programas de divulgação e extensão universitária para os profissionais das áreas de saúde e de psiquiatria forense e, principalmente, para os profissionais da área de Direito, para o melhor entendimento e avaliação destes casos e para evitar penalizações injustas ou excessivas. Os autores deste capítulo têm a modesta esperança de terem contribuído neste sentido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alsobrook, JP, 2nd., Pauls, DL. A factor analysis of tic symptoms in Gilles de la Tourette's syndrome. *Am J Psychiatry*. 2002 Feb; 159(2):291–296.

Castillo, JCR, Castillo, ARGL, Souza, TF. Uma palavra aos professores. In: Hounie A, Migue C, eds. *Tiques, cacoetes e síndrome de Tourette*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Coffey, BJ, Miguel, EC, Biederman, J, et al. Tourette's disorder with and without obsessive-compulsive disorder in adults: are they different? *J Nerv Ment Dis*. 1998 Apr; 186(4):201–206.

Eddy, CM, Cavanna, AE. "It's a curse!": coprolalia in Tourette syndrome. *Eur J Neurol*. 2013 Nov; 20(11):1467–1470.

Eddy, CM, Cavanna, AE. On being your own worst enemy: An investigation of socially inappropriate symptoms in Tourette syndrome. *J Psychiatr Res*. 2013 Sep; 47(9):1259–1263.

Gullucayir, S, Asirdizer, M, Yavuz, MS, et al. Criminal and legal responsibilities in Tourette's syndrome. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2009; 46(3):221–225.

Hanna, GL, Piacentini, J, Cantwell, DP, Fischer, DJ, et al. Obsessive-compulsive disorder with and without tics in a clinical sample of children and adolescents. *Depress Anxiety*. 2002; 16(2):59–63.

Jankovic, J, Kwak, C, Frankoff, R. Tourette syndrome and the law. *J Neuropsychiatry Clin Neurosc*. 2006; 18:86–95.

Jankovic, J. Tourette's Syndrome. *N Engl J Med*. 2001; 345:1184–1192.

Leckman, JF, Cohen, DJ. Beyond the diagnosis – Darwinian perspectives on pathway to successful adaptation. In: Leckman JF, Cohen DJ, eds. *Tourette's Syndrome – Tics, Obsessions, Compulsions – Developmental Psychopatology and Clinical Care*. New York: Jonh Wiley & Sons, Inc.; 1999:140–151.

Leckman, JF. Tourette's syndrome. *Lancet*. 2002 Nov 16; 360(9345):1577–1586. [Review.].

Miranda, M. Tics, Obsesiones y Síndrome de Gilles de la Tourette: Actualización Clínic. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2000; 38(2):112–121.

Robertson, MM. Tourette syndrome, associated conditions and the complexities of treatment. *Brain*. 2000 Mar; 123 Pt 3:425–462.

Sacks, O. Tourette's syndrome and creativity. *BMJ*. 1992 Dec 19-26; 305(6868):1515–1516.

Simkin, B. Mozart's scatological disorder. *BMJ*. 1992; 305:1563.

Singer, HS. Tourette's syndrome: from behaviour to biology. *Lancet Neurol*. 2005 Mar; 4(3):149–159. [Review.].

Souza, TF, Castillo, JCR, Castillo, ARGL. Quais são os direitos de um portador de síndrome de Tourette. In: Hounie A, Miguel C, eds. *Tiques, cacoetes e síndrome de Tourette*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Spencer, T, Biederman, J, Harding, M, et al. The relationship between tic disorders and Tourette's syndrome revisited. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995 Sep; 34(9):1133–1139.

CAPÍTULO 37

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

Ênio Roberto de Andrade and Mario Louzã Neto

INTRODUÇÃO

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é um transtorno mental caracterizado pela presença de um desempenho inapropriado nos mecanismos que regulam a atenção, os reflexos e a atividade. Trata-se de um transtorno heterogêneo, que se inicia na infância (de acordo com o DSM-5, até os 12 anos; de acordo com a décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), nos primeiros 5 anos de vida), tendo como principais sintomas a desatenção, a impulsividade e a hiperatividade. Sabe-se hoje que o TDAH persiste na idade adulta em cerca de 50% dos casos. Tanto na infância, quanto na adolescência e na idade adulta, acarreta uma serie de prejuízos funcionais nas diversas esferas da vida – acadêmica, profissional, pessoal, entre outras.

Uma das primeiras descrições do TDAH foi realizada por George Still (1902), que descreveu um grupo de crianças que apresentavam comportamento hiperativo, incapacidade para se concentrar, dificuldades de aprendizado e conduta, bem como um "defeito mórbido no controle da moral". Até a década de 1970 acreditava-se se os sintomas do TDAH diminuiriam ao longo do crescimento, desaparecendo na idade adulta. A partir dessa época foi-se observando que frequentemente a síndrome persistia no adulto, eventualmente com sintomatologia menos intensa que na infância, no entanto ainda acarretando diversos prejuízos funcionais.

EPIDEMIOLOGIA DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

O TDAH é um dos diagnósticos psiquiátricos mais frequentes na infância; 3% a 5% das crianças em idade escolar apresentam esse transtorno. No Brasil, as taxas de prevalência encontradas nos estudos epidemiológicos também são semelhantes. Estudos epidemiológicos em adultos mostram uma prevalência em torno de 2,5%.

Quando a amostra é em serviço psiquiátrico, a proporção de meninos é 9:1, entretanto, quando os dados são colhidos na população em geral, esta diferença é menor: dois meninos para uma menina. Parece que a razão desta discrepância está relacionada à maior frequência da apresentação predominantemente desatenta em meninas, resultando em seu subdiagnóstico. Na idade adulta há uma tendência de que

a proporção entre homens e mulheres se aproxime de 1:1, com alguma variação entre os estudos, em geral, com proporção discretamente maior de homens.

Quadro Clínico

Os sintomas do TDAH devem surgir antes dos 5 ou 12 anos de idade (dependendo do critério utilizado), causar prejuízo significativo nas funções sociais, acadêmicas ou ocupacionais, estar presente em pelo menos dois ambientes e apresentar duração de pelo menos 6 meses. De acordo com o DSM-5, mais estruturado do que a CID-10, os principais sintomas são:

1. Sintomas de desatenção:
    a) Frequentemente o paciente deixa de prestar atenção a detalhes, ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras.
    b) Frequentemente tem dificuldade de sustentar a atenção em tarefas ou atividades lúdicas.
    c) Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra.
    d) Frequentemente não acompanha instruções, não completa os deveres escolares, domésticos ou profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções).
    e) Frequentemente tem dificuldade de organizar tarefas e atividades.
    f) Frequentemente evita, não gosta, ou reluta a envolver-se em tarefas que requerem esforço mental por longo tempo.
    g) Frequentemente perde coisas necessárias para as tarefas ou atividades.
    h) Frequentemente se distrai com estímulos alheios à tarefa.
    i) Frequentemente se esquece das atividades diárias.
2. Sintomas de hiperatividade/Impulsividade:
    a) Frequentemente o paciente agita as mãos, pernas ou remexe na cadeira.
    b) Frequentemente se levanta da carteira, ou de qualquer outro lugar em que deveria ficar sentado.
    c) Frequentemente corre ou sobe em locais ou em situações não apropriadas (em adolescentes e adultos, os sintomas podem estar limitados a sensações subjetivas de inquietação).
    d) Frequentemente apresenta dificuldade em brincar ou em se envolver silenciosamente em atividades de lazer.
    e) Frequentemente está “a mil” ou como se estivesse a “todo vapor”.
    f) Frequentemente fala em excesso.
    g) Frequentemente responde de forma precipitada às questões antes que tenham sido completadas.
    h) Frequentemente tem dificuldade de esperar a sua vez.
    i) Frequentemente interrompe ou se intromete em assunto dos outros.

De acordo com o número de sintomas teremos três apresentações:

- Apresentação predominantemente desatenta (se apresentar seis ou mais sintomas de desatenção; para maiores de 17 anos, cinco ou mais).
- Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva (se apresentar seis ou mais sintomas de hiperatividade/impulsividade; para maiores de 17 anos, cinco ou

mais).

- Apresentação combinada (quando apresentar seis ou mais sintomas de ambos; para maiores de 17 anos cinco ou mais).

Não há critérios específicos para TDAH em adultos. É adotada a mesma lista de sintomas para diagnóstico em crianças, procurando-se adequar cada sintoma ao contexto da vida adulta. No DSM-5 há a observação de que são necessários cinco sintomas de nove sintomas de desatenção e/ou cinco sintomas de nove sintomas de hiperatividade/impulsividade para o diagnóstico de TDAH no adulto. Os demais critérios (idade de início, prejuízo funcional, sintomas presentes em pelo menos dois ambientes etc.) são aplicados da mesma forma que no diagnóstico do TDAH na infância. Recentemente foi publicada em português a entrevista padronizada para o diagnóstico do TDAH no adulto, tradução e adaptação a partir da entrevista holandesa "Diagnostisch Interview Voor ADHD bij volwassenen" (DIVA). A DIVA em português, adaptada ao português do Brasil por Menezes, Gobbo e Louzã, pode ser obtida gratuitamente no site http://www.divacenter.eu/. Esta entrevista, baseada no DSM-IV, investiga os critérios de **A** a **E** do TDAH, porém não investiga comorbidades do TDAH. Para avaliar a intensidade dos sintomas, a escala ASRS de 18 itens, adaptada para nosso meio por Mattos e col., tem sido muito utilizada.

Etiopatogenia do TDAH

Mães que fumaram ou ingeriram bebida alcoólica durante a gravidez irão aumentar o risco de que o filho tenha TDAH após o nascimento. Além disto, há maior predisposição para o TDAH quanto houver toxemia durante a gestação, demora em entrar em trabalho de parto, ou este ser de longa duração.

Estudos de neuroimagem sugerem que os lobos pré-frontais, corpo caloso, núcleo caudado, globo pálido e vermis cerebelar, em geral, são menores nos indivíduos com TDAH do que nos controles. Imagens funcionais revelam um menor fluxo sanguíneo nestas mesmas regiões (ou seja, no núcleo caudado, região central do lobo frontal, estriato, região cingular anterior e córtex pré-frontal) e um aumento na perfusão sanguínea na área occipital dos indivíduos com TDAH em comparação com os normais.

Em relação aos neurotransmissores, a maioria dos estudos mostra uma grande correlação entre o TDAH e o sistema dopaminérgico e/ou noradrenérgico. A distribuição da dopamina se dá em regiões intimamente associadas ao TDAH, a saber, o colículo superior, o tálamo, o lobo parietal, o lobo frontal e o giro cingular anterior; nestas regiões observa-se um hipofuncionamento, que reflete, assim, uma provável diminuição da ação dopaminérgica.

Há uma grande concentração de vias noradrenérgicas nas conexões entre o lobo parietal posterior e o córtex frontal medial e lateral. Esta região corresponde ao centro de atenção posterior também denominado centro atencional parietal. Por outro lado, no centro de atenção anterior (que corresponde ao centro atencional frontal), há uma maior concentração de vias dopaminérgicas.

Do ponto de vista genético, observou-se que a probabilidade de sujeitos com TDAH terem filhos com este mesmo transtorno é quatro a cinco vezes maior do que em

sujeitos sem TDAH. Entretanto, não há até o momento a identificação de um único gene que seja o responsável, mas a implicação de vários deles que provavelmente se somam para que haja o surgimento do TDAH.

Há ainda a hipótese de que o déficit primário do TDAH seja devido a uma disfunção no sistema de inibição comportamental, função essencial para que o restante das atividades executivas (memória de trabalho, autorregulação do afeto, autorregulação da motivação e reconstituição) possa ser exercido.

Curso e Prognóstico

Estudos longitudinais mostram que 30% a 70% das crianças com TDAH continuam a apresentar o transtorno na fase adulta. Porém, com o crescimento, os sintomas de hiperatividade tendem a diminuir menos que os sintomas de desatenção.

Por outro lado, o risco de apresentar outros diagnósticos psiquiátricos (comorbidades) é aumentado pela presença do TDAH, dentre eles destacam-se: transtorno desafiador e de oposição, transtorno de conduta, dislexia, transtornos afetivos (depressão e transtorno bipolar), uso e abuso de substâncias psicoativas (lícitas e/ou ilícitas) e transtornos ansiosos.

Na prática, a regra é TDAH e outro quadro psiquiátrico; somente 1/3 dos indivíduos com TDAH não irão apresentar outro diagnóstico.

Embora pouco estudado, admite-se que o TDAH permanece relativamente inalterado ao longo da idade adulta. Estudos recentes mostram que idosos continuam a apresentar sintomas de TDAH em frequência e intensidade similares aos sintomas do adulto jovem.

Tratamento

A primeira escolha no tratamento do TDAH é uma medicação psicoestimulante. No Brasil temos o metilfenidato em três apresentações e a lisdexanfetamina. Para os sintomas cardinais do TDAH (desatenção, hiperatividade e impulsividade), o tratamento isolado com estimulante é superior a qualquer tipo de psicoterapia isoladamente.

No que se refere à psicoterapia, a mais indicada é a cognitivo-comportamental e/ou treino parental. Estas ajudam muito os indivíduos com TDAH na interação social e com os familiares.

Os antidepressivos, dentre estes a atomoxetina (não disponível no Brasil), são a segunda escolha no tratamento do TDAH; os mais usados são: imipramina, amitriptilina ou desipramina (não disponível no Brasil).

O tratamento de adultos com TDAH é similar ao tratamento da criança com TDAH. Os psicoestimulantes mostram os melhores resultados, sendo necessário apenas ajustar a dose das medicações para a idade adulta. Estudos mostram que os psicoestimulantes apresentam eficácia tanto nos sintomas de desatenção quanto nos de hiperatividade/impulsividade. Os principais efeitos colaterais são: diminuição de apetite, insônia (se a medicação é tomada em horário inadequado, conforme a duração de sua ação), desconforto epigástrico, cefaleia. Na criança, uma preocupação é a perda

de peso e a redução da velocidade de crescimento, o que deve ser avaliado periodicamente para verificar se a curva estato-ponderal está dentro da faixa da normalidade.

Aspectos Jurídicos, Éticos e Sociológicos

O TDAH na infância e adolescência demanda por parte dos responsáveis um aumento no pedido de atestados e relatórios. O pedido mais frequente é um relatório informando o diagnóstico e/ou o tratamento para fim escolar. Não raro há pedido da escola de um relatório informando o diagnóstico, tratamento e como ela deve se portar. Isto na maioria das vezes ocorre quando os pais preenchem a ficha médica do aluno e informam que o mesmo tem TDAH e faz uso de fármaco(s).

Outra situação muito frequente é quando o aluno recebe uma advertência, é suspenso e/ou é convidado a mudar de escola. Neste momento, os responsáveis pedem um atestado ou relatório informando que o menor apresenta o TDAH e que por isto não deveria ser punido desta ou daquela maneira.

Ultimamente está se tornando comum a solicitação de um laudo/atestado para realização de concurso ou vestibular, uma vez que os portadores de TDAH têm direito a um tempo maior e/ou à realização de prova em um local com menos estímulos ambientais.

Por fim, outra situação de demanda de laudo ou atestado médico, porém em uma proporção bem menor, é quando o jovem comete um delito, em especial quando está associado ao uso de drogas (licitas ou ilícitas). Diante disso, o responsável legal solicita um atestado e/ou laudo afirmando que o jovem tem TDAH.

Em relação às situações apresentadas, cabe ressaltar que atestado e/ou relatório é um direito do paciente, portanto, o médico deve atender a solicitação do responsável legal. Entretanto, deve-se atentar para o sigilo médico: no relatório, laudo ou atestado, o responsável legal deve ser citado e, de preferência, o documento deve ser endereçado a ele. Além disso, o atestado não necessariamente deverá dizer que o paciente tem ou não capacidade ou competência para determinado fim. Tal afirmação é prerrogativa do médico, o qual, se não estiver convencido do impacto da doença na questão específica, não tem obrigação de afirmar algo em que não acredita. Por outro lado, estando claro para si de que o transtorno traz prejuízos para o que está sendo requerido, o médico pode tranquilamente atestá-lo. Por exemplo, quando o pai pede um atestado para apresentar na escola do(a) filho(a), o documento deve ser elaborado da seguinte maneira: “Atesto, conforme preceitua a ética medica, a pedido de seu responsável legal (ou cita o nome do responsável) e para fim escolar que o jovem, menor, tem F90.0 da CID 10, faz uso de …, encontra-se apto a…, etc”. Se pertinente, pode complementar dizendo que apresenta dificuldade atencional, sintoma marcante de procrastinação, hiperatividade ou o que julgar necessário para o esclarecimento.

Deve-se tomar sempre o cuidado de não enviar o documento para a escola sem que a responsabilidade de quebrar o sigilo passe pelo responsável legal. Não podemos negligenciar que doença psiquiátrica ainda é um estigma e, portanto, passível de muito preconceito. Não raro, informar à escola que o aluno apresenta TDAH mais atrapalha do que ajuda.

TDAH não é passível de inclusão em cota de portadores de necessidades especiais para vaga em emprego. Mas, na hora de realizar o vestibular ou concurso, ele se enquadra nesta categoria.

Quando o documento é emitido em virtude de um delito, a orientação anterior sobre o sigilo continua valendo, apenas cabe ressaltar que, até o presente, TDAH não é atenuante de nenhum delito. Aqui, vale mais chamar a atenção do profissional para não ser vítima de comportamento delinquente dos responsáveis.

Projetos de lei e ações públicas relacionadas ao TDAH estão na Tabela 37-1.

TABELA 37-1

Projetos de Lei e Ações Públicas sobre TDAH (Disponível em: http://www.abda.org.br/br/sobre-tdah/legislacao.html) 04/2014)

Projeto de Lei	Proposição	Origem	Relator Atual	Situação
PL nº 7081/2010	Dispõe sobre o diagnóstico e tratamento do TDAH e Dislexia na rede pública de Educação Básica	**SENADO FEDERAL** Projeto de Lei do Senado 402/2008, de autoria do **Senador Gerson Camata** – PMDB/ES. Recebido pela Câmara dos Deputados em 07/04/10	**Deputada Mara Gabrilli** - PSDB/SP (Comissão de Educação e Cultura)	**Aprovado nas 3 comissões do Senado. Encontra-se na Câmara aguardando votação na Comissão de Educação Pronta para Pauta na Comissão de Educação e Cultura (CEC)**
PLC nº 118//2011 (Senado)	Dispõe sobre a obrigatoriedade de exames físico e mental para detectar TDAH em motociclistas (Altera a Lei nº 9503 de 23/09/1997 que institui o Código de Trânsito Brasileiro)	**Câmara dos Deputados** PL- 7483/2010 de autoria do **Deputado Osmar Terra** – PMDB- RS. Apresentado ao Senado em 08/11/2011	**Senador Luiz Henrique** (PMDB-SC) (Comissão de Constituição e Justiça – CCJ)	**Pronta para a pauta na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ)**
PL nº 909/2011 (Câmara dos Deputados)	Dispõe sobre o aperfeiçoamento da política educacional na rede pública para os alunos com Transtornos de Aprendizagem	**Câmara dos Deputados** Projeto de autoria do **Deputado Gabriel Chalita** – PSB/SP	**Deputado Eduardo Barbosa** PSDB/MG (CEC)	**Aguardando Parecer na Comissão de Educação**
Lei nº 6308/2012	Institui a Semana Estadual de Informação e Conscientização sobre o TDAH	**ALERJ** Projeto de autoria da **Deputada Claise Maria Zito**	**Deputada Claise Maria Zito** - PSD/RJ	**APROVADO** Incluída no Calendário Oficial de Eventos do Estado do RJ, na 1ª semana de agosto de cada ano

		- PSD-RJ		
PL nº 3092/2012	Dispõe sobre a obrigatoriedade de fornecimento gratuito de medicamentos p/TDAH através dos SUS	**Câmara dos Deputados** Projeto de autoria do **Deputado Dimas Fabiano** – PP/MG	**Deputado Dr. Aluizio PV-RJ**	**Aguardando Parecer na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)**
Lei Municipal nº 5416/2012	Dispõe sobre as diretrizes adotadas pelo Município para orientar pais e professores do Rio de Janeiro sobre as características do TDAH	**Câmara dos Vereadores RJ PL – 710/2010** Autor **Vereador Tio Carlos** - DEM-RJ	Autor **Vereador Tio Carlos** - DEM- RJ	**APROVADO** Em fase de regulamentação e implementação na rede Municipal de Ensino
PL nº 116/2011 Estado do Amapá	Institui a Campanha de Informação sobre TDAH em agosto de cada ano	Autor **Deputado Valdeco Vieira** - PS-AP	Autor **Deputado Valdeco Vieira** - PPS-AP	**APROVADO**

ENEM 2012 – Exame Nacional de Ensino Médio – Edital contempla pela 1ª vez os alunos com TDAH como portadores de necessidades especiais durante o exame (Edital nº 3 de 24 de maio de 2012)

TDAH NA POPULAÇÃO FORENSE (CARCERÁRIA, PRISIONAL)

O estudo da relação entre TDAH e violência tem se intensificado nos últimos anos. Estudos com população forense mostram que frequentemente não é feito o diagnostico de TDAH, chegando esse numero a 56% num estudo de população forense ambulatorial na Holanda por Buitelaar e Ferdinand. O aspecto forense e comorbidades relacionadas ao TDAH (transtorno de oposição e desafio, transtorno de conduta, transtornos por uso de substâncias psicoativas e transtorno de personalidade antissocial) são mais evidentes e fazem com que este transtorno seja subdiagnosticado nesta população.

A prevalência de TDAH em diversas populações prisionais, sejam adolescentes ou adultos, é muitas vezes superior à prevalência de TDAH na população geral (Tabela 37-2). Dados de diversos países mostram uma prevalência que varia de 4% a 53%, dependendo dos critérios diagnósticos e da população estudada.

TABELA 37-2

Prevalência de TDAH em Diferentes Tipos de Prisões

Autor, ano	País	Tipo de prisão	População	Instrumentos diagnósticos	Resultados
Ginsberg, 2010	Suécia	Alta segurança	Homens, 31 anos	WURS/ASRS-6	40%
Harzke, 2012	EUA	Sistema correcional juvenil	Ambos os sexos, 90%	Entrevista clínica –	18,3% (homens =

		(Juvenile correction system)	homens, 10-21 anos; 71,3% ≥ 16 anos	DSM-IV	18,6%; mulheres = 15,3%)
Cahill, 2012	EUA	Prisão em regime fechado (Inmates)	Ambos os sexos, 87% homens, 33,6 ± 9,5 anos. (intervalo: 17-73 anos)	CCI – DSM-IV	10,5% (homens = 9,8%, mulheres = 15,1%)
Zhou, 2012	China	Centros correcionais juvenis (Juvenile detention centers) (províncias de Hunan e Sichuan)	Homens, 15-17 anos	K-SADS-PL	Hunan: 6,6% Sichuan: 17,3%
Hazeloo, 2012	Irã	Prisão em regime fechado	Homens, 29,8±6,0 anos	ASRS-18 Entrevista clínica: DSM-IV	16,2%
Rösler, 2009	Alemanha	Prisão em regime fechado (Incarcerated)	Mulheres, 34 ± 12 anos	WURS, DSM-IV Entrevista de Wender-Reimherr	10% (lifetime: 24,5%)
Vegue-Gonzalez, 2011	Espanha	Prisão em regime fechado (Inmates)	N = 100; 87% homens, idade média > 36 anos	Wender Utah Rating Scale (WURS)	50%
Grieger, 2012	Germany	Unidades prisionais de menores e jovens adultos	n = 283, homens, 19 ± 1,9 anos (15 a 24 anos)	*Checklist* dos criterios do DSM-IV	Diagnóstico atual: 22,3% Diagnóstico retrospectivo na infância: 53,5%
Pondé, 2011	Salvador, Brazil	Prisões em regime fechado e semiaberto (Prison [closed and semi-open systems])	Homens. Regime fechado: N = 2343, idade: 33± 8,5 anos Regime aberto: n = 354, idade: 29,5 ± 7,5 anos	Mini-International europsychiatric Interview (MINI-Plus)	Regime fechado: Infância com sintomas antes dos 7 anos = 6,6% Infância, sem considerar a idade de início da doença: 10,3% Idade adulta: 4,1% Regime semiaberto: Infância com sintomas antes dos 7 anos = 16,4% Infância, sem considerar a idade de início da doença: 22,2% Idade adulta: 5,3%

O tratamento desses pacientes com psicoestimulantes ainda é alvo de estudos. É possível que a melhora clínica do TDAH possa reduzir o risco de reincidência e

auxiliar o detento em sua recuperação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5a ed. Washington, D.C.; 2013.

Buitelaar, NJ, Ferdinand, RF. ADHD Undetected in Criminal Adults. *J Atten Disord*. , 2013 Jan 25. [[Epub ahead of print]].

Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Prática e Ética, Atestado Médico, 2013. Disponível em: <www.crmsp.org.br>

Ginsberg, Y, Långström, N, Larsson, H, Lichtenstein, P. ADHD and criminality: could treatment benefit prisoners with ADHD who are at higher risk of reoffending? *Expert Rev Neurother*. 2013 Apr; 13(4):345–348.

Kaplan H, Sadock BJ, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI. 6a. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.

Lewis M, ed. Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência, 1a ed, Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

Louzan Neto, MR. TDAH ao longo da Vida, 1a ed. Porto Alegre: Artmet, 2010.

Mattos, P, Segenreich, D, Saboya, E, Louzã, M, Dias, G, Romano, M. Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. *Rev. Psiquiatric. Clín.* 2006; 33(4):188–194.

Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Artes Médicas: Porto Alegre, 1993:351.

Pondé, MP, Freire, AC, Mendonça, MS. The prevalence of mental disorders in prisoners in the city of Salvador, Bahia, Brazil. *J Forensic Sci*. 2011 May; 56(3):679–682.

Rutter M, Taylor E, Hersov L, eds. Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches. 3a ed. Osney Mead: Blackwell Science Ltd, 1994.

Simon, V, Czobor, P, Bálint, S, Mészáros, A, Bitter, I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2009; 194(3):204–211.

Índice

A

Abuso
- de drogas, 59
- de substâncias ilícitas, 86
- sexual, vítimas de, 62

Aceitação pela comunidade, 102
Achados psicopatológicos em simuladores, 137
Acidente de trabalho, 39
Adoção, 53
Adolescentes em conflito com a lei, 58, 178
Afastamento do trabalho, 187
Aferição de parâmetros psicofisiológicos, 125
Afinidade, 51
Agorafobia, 244
Agressividade, 187
Álcool, 162
Alienação
- mental, 46
- parental, 54

Alterações
- de autocontrole, 187
- de crítica, 187

Amplificação cognitiva, 87
Análise de conteúdo
- baseada em critério (ACBC), 125
- da fala (ACF), 125

Anorexia nervosa, 249
Ansiedade patológica, 243
Aprendizagem, 143
Aquisição de memória, 141
Assentimento livre e esclarecido, 80
Assistente técnico, 21
Atenção, 141

Atendimentos
de adolescentes com transtornos mentais em medida socioeducativa, 178
de casos complexos, 179
de menor complexidade, 179
Ato sexual, 63
Atos jurídicos e seus vícios, 27
Automatismo epiléptico, 213
Autonomia, 81
como liberdade, 89
como responsabilidade, 90
concepção compatibilista, 90
de decisão, 172
Avaliação
da memória, 134
de periculosidade, 35
psiquiátrica de crianças e adolescentes, 57

B

Bacofleno, 166
Bulimia nervosa, 251

C

Cabular, aulas, 59
Capacidade civil, 26, 141
Casamento, 29
Causas e efeitos, 93
Cleptomania, 227, 228
Compatibilismo *versus* incompatibilismo, 95
Comportamento(s)
sexual durante o sono, 203
violentos relacionados ao sono, 204
avaliação, 206
epilepsia, 206
parassonias NREM, 205
transtorno comportamental do sono REM, 206
Conduta antissocial, 139
Confidencialidade, 1713
Conflito de interesses, 82
Consanguinidade, 51
Consentimento livre, 80
conflito de interesses do, 82
finalidade, 81

frente à clínica psiquiátrica, 82
frente à pesquisa clínica em psiquiatria, 83
imposição paternalista, 81
limites da autonomia, 81
vulnerabilidade do paciente ou participante da pesquisa, 81
Consolidação de memória, 141
Consumo de substâncias psicoativas, 162
Contratos, 27
Coprografia, 258
Coprolalia, 258
Copropraxia, 258
Crianças vítimas de maus-tratos, 174
abordagem e encaminhamentos, 176
avaliação diagnóstica, 175
consequências dos, 174
definições e epidemiologia, 174
Crimes sexuais, 36, 194
Crises não epilépticas psicogênicas, 213-217
Crueldade, 59
Cuidador, 119
Cuidados
com o cuidador, 119
paliativos, 117
psiquiatria e, 117
Curatela, 52

D

Degeneração lobar frontotemporal, 233
Demência na doença de Parkinson, 233
Demência vascular, 232
Demências, transtornos do envelhecimento e, 230
demência na doença de Parkinson, 233
demência vascular, 232
diagnóstico, 230, 231
doença cortical difusa dos corpos de Lewy, 233
doença de Alzheimer, 231
degeneração lobar frontotemporal, 233
epidemiologia, 230
implicações médico-legais, 235
quadro clínico, 231
síndrome demencial, 230
implicações médico-legais, 235

tratamento, 234
Demências e *delirium*, 72
Dependência
comportamentais, 222
de álcool e drogas, 72
implicações forenses das, 224
Depressão, 71
Desobediência, 58
Despertar com confusão mental, 203
Destruição, 59
Detecção de mentira, 123, 124
Direito de não produzir provas contra si, 125
Disforia de gênero, 191
classificação e quadro clínico, 191
epidemiologia, 191
transexualismo, 191
tratamento, 192
Disfunções sexuais, 189
diagnóstico, 190
epidemiologia, 190
psicoterapia, 191
quadro clínico, 190
tratamento, 190
Dissimulação, 134
Dissulfiram, 165-6
Doença(s)
cortical difusa dos corpos de Lewy, 233
de Alzheimer, 231
do trabalho, 42
fases
doença avançada, 118
fase final da vida, 118
início da evolução da doença, 118
período de luto, 118
mental e incapacidade, 48
profissional, 42
Doping cognitivo, 87
Drogas ilícitas, 162

E

Ecolalia, 258
Ecopraxia, 258

Eletroconvulsoterapia, 75
acompalhamento do tratamento, 78
anestesia, 76
avaliações preliminares, 76
considerações éticas e legais, 78
contraindicações, 76
efeitos adversos, 77
histórico, 73
indicações, 76
mecanismos de ação, 77
preparo pré–ECT, 76
Eletroencefalografia, 127
comunicação de acidente de trabalho (CAT), 40
Entrevista pericial, 22
Epilepsia, 206, 209
automatismo epiléptico e a defesa baseada na, 213
crises não epilépticas psicogênicas, 213-217
e agressividade, 212
e crime, 212
e direção, 210
e transtornos mentais, 210
emprego e aposentadoria por doença, 211
periculosidade e imputabilidade, 213
Esquizofrenia, 71, 152
diagnóstico, 153
epidemiologia, 152
etiopatogenia, 154
exames complementares, 153
quadro clínico, 152
implicações éticas, 159
família e quebra de sigilo profissional, 159
internação psiquiátrica, 159
tratamento contra a vontade, 159
implicações legais, 157
direito administrativo, 158
direito civil, 158
direito penal, 157
direito trabalhista e previdenciário, 158
tratamento, 154
Estupro de vulnerável, 62
Eutanásia, 120
Evocação de memória, 141

Exame
criminológico, 35
psicopatológico, 133
Exibicionismo, 193
Experimento(s)
de Libet, 98
neurocientíficos, 97

F

Fetichismo, 193
Fim da vida, interfaces éticas no, 119
Fobia(s), 244
social, 244
Frenologia de Gall, 16
Frotteurismo
Fuga, 59
Funções executivas, 143

G

Gestação e puerpério, transtornos decorrentes da, 238
infanticídio, 240
prevenção do, 241
implicações legais, 241
prática psiquiátrica, 238
Guarda, 53
e visita, 61

H

História da psiquiatria forense, 14
no Brasil, 17

I

Idade de consentimento sexual, 197
Implicações legais, 241
Impulsividade
agressiva, 225
implicações forenses da, 226
e a clínica psiquiátrica, 220
Imputabilidade, 32, 213
Incapacidade, 45
doença mental e, 48
laborativa, 159
para a vida independente, 46

Incendiarismo, 59
Infanticídio, 240
Informações falsas, 124
Infração penal, 32
Interdição, 30
  suicídio, 111
Interfaces éticas no fim da vida, 119
Internação(ões)
  psiquiátricas involuntárias, 67, 188
    aspectos legais e administrativos, 69
    e compulsórias, 168
    e os transtornos mentais, 70
    epidemiologia, 68
    evolução da, 70
    histórico, 67
    requisitos, 69
    suicídio, 111
      parâmetros médicos para, 112
  voluntária, 188
Invalidez, 46

L

Laudo pericial, 23
  conclusão, 24
  descrição, 24
  discussão, 24
  histórico, 24
  preâmbulo, 23
  previdenciário, 49
  resposta aos quesitos, 24
Liberdade
  da vontade, 95
  de ação, 94
Linguagem, 143
Livre-arbítrio
  e direito, 93
  técnicas de monitoramento cerebral, 103
Loucura, 3

M

Manicômio judiciário, 19
Manipulação de comportamentos, psicofarmacologia e, 85

Masoquismo sexual
Maus-tratos, crianças vítimas de, 174
  abordagem e encaminhamentos, 176
  avaliação diagnóstica, 175
  consequências dos, 174
  definições e epidemiologia, 174
Medida de segurança, 34
Memória
  aquisição, 141
  consolidação, 141
  evocação das informações, 141
Mentira, 58
  detecção de, 123, 124
Metilfenidato, 85
  outros usos médicos, 86
Minorias sexuais, 195
Modafinila, 166
Modelos atuais de personalidade, 183
Monitoramento de realidade, 125
Morte como fenômeno psíquico, 116
Mudança de nome e sexo civil para transexuais, 195

N

Naltrexona, 165
Neurociência forense, 101
  novas tecnologias, 102
Neuropsicologia forense, 139
  avaliação neuropsicológica, 140
  fundamentos de, 139
Nexo técnico
  epidemiológico, 40, 41
  por doença equiparada a acidente de trabalho, 41
  profissional, 41
Normal, 9
Normalidade, 3

O

Observação de comportamento (OC), 125
Omissão de informações, 123
Ondansetron, 166
Oniomania, 224

P

Palilalia, 258
Papel do psiquiatra, 60
Parafilias, 192
  aspectos legais, 196
  tipos de, 193
Parassonias, 200
  do sono NREM, 202
    comportamento sexual durante o sono, 203
    despertar com confusão mental, 203
    sonambulismo, 202
    terror noturno, 202
  do sono REM
    diagnóstico, 203
    epidemiologia e etiologia, 203
    quadro clínico, 203
    tratamento, 203
Paternalismo e autonomianos transtornos mentais, 89
  autonomia
    como liberdade, 89
    como responsabilidade, 90
    concepção compatibilista, 90
  implicação
    epistemológica, 91
    ética, 91
Paternalismo médico, 81
Patológico, 9
Pedofilia, 10, 54, 91, 191
Percepção, 135
Perícia(s), 141
  em direito civil, 26
  em direito criminal, 32
  em direito de família, 51
  em direito do trabalho, 38
  em direito previdenciário, 45, 46
  na infância e adolescência, 57
  na justiça do trabalho, previdenciária e administrativa, 39
  psiquiátrica, 21
Periculosidade, 213
Perito, 21
Personalidade, 182
Piromania, 227, 228

Polígrafo, 126
Polissonografia, 201
Políticas públicas de tratamento de dependentes químicos, 168
Potencial intelectual, 143
Prevenção do, 241
Princípio do *nemo tenetur se detegere*, 125
Problemas para o libertarianismo, 98
Psicoestimulantes, 85
Psicofarmacologia e manipulação de comportamentos, 85
Psicofisiologia forense, 123, 126, 133
  exame psicopatológico, 133
    forense, 134
  repercussões do uso da, 128
Psiquiatria
  e a prova pericial, 11
  e cuidados paliativos, 116, 117
  e direito, 8
    interfaces éticas, 12
  e o direito administrativo, 12
  e o direito civil, 12
  e o direito penal, 11
  e o direito previdenciário, 12
  e o direito trabalhista, 12
  e o trabalho, 38
  e sociedade, 3
  forense
    como mediadora de diálogos, 3
    história da, 14
      no Brasil, 17
Publicações revistas por pares, 102

Q

Quociente intelectual (QI), 143

R

Regulamentação de visita, 53
Responsabilidade
  civil, 28
  moral, 96
  penal
    imputável, 141
    inimputável, 141

semi–imputável, 141
Ressonância magnética funcional, 128
Roubo, 59

S

Sadismo sexual, 194
Sadomasoquismo, 194
Segurança e prevenção de acidente do trabalho, 39
Simulação, 134
  achados psicopatológicos em, 137
Síndrome
  da alienação parental, 61
  de Tourette, 256
  maníaca, 149
Sonambulismo, 202
Suicídio
  aspectos jurídicos na prática médica, 108
    direito civil, 109
    direito constitucional, 108
    direito de família, 110
    direito penal, 109
    internação psiquiátrica involuntária, 111
      parâmetros médicos para, 112
    processo de interdição, 111
    repercussão nos contratos de seguro, 109
  aspectos éticos, 114
  assistido, 120
Sujeito
  como objeto de si próprio, 134
  como objeto significativo, 134
Superveniência de doença mental, 35

T

Taxa de erro, 102
Técnicas de monitoramento cerebral
  dilemas éticos atuais, 104
  implicações para o livre–arbítrio, 103
Teoria da degeneração, 17
Terminalidade da vida, 116
Terror noturno, 202
Testamento, 29
Teste empírico, 102

Tiques, 256
  complexos, 257
  desencadeados por estímulos, 258
  motores e fônicos, 257
  simples, 257
  suprimibilidade dos, 258
Topiramato, 166
Trabalho, 38
Transexualismo, 191
Transtorno bipolar, 69
Transtorno de déficit de atenção/Hiperatividade, 262
  aspectos jurídicos, éticos e sociológicos, 264
  curso e prognóstico, 264
  epidemiologia, 262
  etiopatogenia, 263
  na população forense, 266
  quadro clínico, 262
  tratamento, 264
Transtorno de hiperatividade e o déficit de atenção, 86
Transtorno do jogo, 222
Transtorno explosivo intermitente, 225
Transtornos alimentares, 72, 249
  anorexia nervosa, 249
  aspectos éticos e legais, 252
  bulimia nervosa, 251
  estudos de seguimento pós–tratamento involuntário, 254
  experiências internacionais, 254
Transtornos ansiosos, 243
  aspectos forenses, 247
  definição e frequência, 243
  quadro clínico, 243
  transtorno obsessivo–compulsivo, 246
  trauma e transtornos relacionados ao estresse, 246
Transtornos da infância e adolescência, 167
  aspectos éticos, 171
    autonomia de decisão, 172
    confidencialidade, 173
  aspectos jurídicos, 178
    adolescentes em conflito com a lei, 178
    atendimentos de adolescentes com transtornos mentais em medida socioeducativa, 178
    atendimentos de casos, 179
    atendimentos de menor complexidade, 179

crianças vítimas de maus–tratos, 174
abordagem e encaminhamentos, 176
avaliação diagnóstica, 175
consequências dos, 174
definições e epidemiologia, 174
Transtornos de conduta, 59
Transtornos de personalidade, 73, 182
estudo dos, 182
implicações éticas e legais, 187
agressividade possível nos, 187
alterações de autocontrole, 187
alterações de crítica e suas implicações, 187
necessidade de afastamento do trabalho e entendimento dos peritos, 187
internação voluntária e involuntária, 188
modelos atuais de personalidade, 183
na prática clínica, 183
nos centros de atendimento, 184
transtornos específicos, 184
anancástico, 186
antissocial
dependente, 186
emocionalmente instável
tipo *borderline*, 185
tipo impulsivo, 185
esquizoide
evitativo, 186
histriônica, 186
paranoide, 184
Transtornos decorrentes da gestação e puerpério, 238
infanticídio, 240
implicações legais, 241
prevenção do, 241
Transtornos do envelhecimento demências, 230
degeneração lobar frontotemporal, 233
demência na doença de Parkinson, 233
demência vascular, 232
diagnóstico, 230-2
doença cortical difusa dos corpos de Lewy, 233
doença de Alzheimer, 231
epidemiologia, 230
implicações médico–legais, 235
quadro clínico, 230

síndrome demencial, 230
tratamento, 234
Transtornos do humor, 145
classificação dos, 146
critérios diagnósticos, 146-7
diagnósticos diferenciais, 147
implicações legais e éticas, 148
Transtornos do impulso, 220
classificação dos, 220
cleptomania, 227-8
dependências comportamentais, 222
implicações forenses das, 224
impulsividade agressiva, 225
implicações forenses da, 226
oniomania, 224
transtorno do jogo, 222
transtorno explosivo intermitente, 225
impulsividade e a clínica psiquiátrica, 220
piromania, 227-8
Transtornos do sono, 200
avaliação dos, 201
comportamentos violentos relacionados ao sono, 204
avaliação, 206
epilepsia, 206
parassonias NREM, 205
transtorno comportamental do sono REM, 206
implicações forenses, 206
parassonias, 202
do sono NREM, 202
comportamento sexual durante o sono, 203
despertar com confusão mental, 203
sonambulismo, 202
terror noturno, 202
do sono REM
diagnóstico, 203
epidemiologia e etiologia, 203
quadro clínico, 203
tratamento, 203
polissonografia, 201
Transtornos mentais associados ao abuso sexual, 62
Transtornos parafílicos, 192
aspectos legais, 196

tipos de, 193
Transtornos relacionados ao uso de substâncias, 162
aspectos jurídicos, éticos e sociológicos, 167
aspectos criminais, 167
implicações sociais e trabalhistas, 167
internações psiquiátricas involuntárias e compulsórias, 168
políticas públicas de tratamento de dependentes químicos, 168
diagnóstico, 163
epidemiologia, 162
quadro clínico, 163
perspectivas futuras, 169
tratamento, 164
bacofleno, 166
dissulfiram, 165-6
modafinila, 166
naltrexona, 165
ondansetron, 166
topiramato, 166
vacina, 167
Transtornos sexuais, 189
aspectos legais, 195
crimes sexuais, 196
idade de consentimento sexual, 197
minorias sexuais, 195
mudança de nome e sexo civil para transexuais, 195
disforia de gênero, 191
classificação e quadro clínico, 191
epidemiologia, 191
transexualismo, 191
tratamento, 192
disfunções sexuais, 189
diagnóstico, 190
epidemiologia, 190
psicoterapia, 191
quadro clínico, 190
tratamento, 190
Travestismo fetichista, 195
Tutela, 52

U

Uso de substâncias psicoativas, 85

V

Vacina, 167
Vara criminal, cível e trabalhista, 141
Violência e conduta antissocial, 59
Visita, guarda e, 61
Vítimas de abuso sexual, 62
Voyeurismo, 195
Vulnerabilidade, 82