



VIOLÊNCIA E DISFUNÇÃO CEREBRAL

No contexto deste tema, o diagnóstico médico sindrômico tem importância sobre dois aspectos: imprecisão do reconhecimento, ou até mesmo, desconhecimento da etiopatogenia de muitas enfermidades mentais e para elaboração do diagnóstico nosológico, uma vez que é a base sobre a qual se estrutura o diagnóstico psiquiátrico.

Nos exames periciais, a identificação etiopatogênica pode permitir a orientação futura do paciente, mais do que se prestar para responder a quesitos propostos por autoridade de direito. Conclusões de relevância judicial, tanto nas perícias cíveis quanto penais, podem ser fornecidas a partir do reconhecimento de uma síndrome somática.

No contexto pericial de tais enfermidades, o que é relevante na perícia psiquiátrica é a determinação da responsabilidade penal (imputabilidade), da capacitação civil, incluindo a confiabilidade do testemunho, e da capacidade laborativa. Para tanto, o perito forense deve lançar mão da anamnese acurada retrospectiva e atual, do exame físico e complementar, pois estes são recursos técnicos essenciais a diferenciação semiotécnica entre a psicologia e psiquiatria. Isto se dá porque inúmeras enfermidades somáticas e neurológicas se manifestam como alterações mentais do comportamento e (ou) conduta.

Cabe lembrar que o diagnóstico sindrômico levará o psiquiatra ao diagnóstico nosológico das enfermidades psiquiátricas orgânicas e que este implicará no reconhecimento de patologias orgânicas envolvidas nos sintomas e síndromes. Por sua vez, estas enfermidades podem se apresentar como *enfermidades psiquiátricas sintomáticas*: alterações da consciência ou da atenção. Ou como *enfermidades encefálicas*: transtornos cognitivos sensório-perceptivo, do pensamento intelectual, da memória, por perturbações afetivas, da conduta social, da personalidade e da regulação neurovegetativa.

Os estados psiquiátricos organo-cerebrais englobam lesões ou disfunções de áreas localizadas do encéfalo (tumores, acidentes traumáticos circunscritos, acidentes vasculares encefálicos) ou os que ocasionam os sintomas focais e síndromes localizadas.

Os acometimentos que abrangem este capítulo da psiquiatria forense irão contemplar patologias localizadas como síndrome frontal-temporal-parietal, síndrome da base do cérebro, parkinsonianas, epileptóide. Nos quadros difusos, ter-se-á: síndrome de Korsakov, demencial, contusional e comocional, aturdimento, entre outras.

Pode observar a importância pericial em situações tais como as que envolve o aspecto médico-legal da demência, uma vez que confirmado o diagnóstico de tal



enfermidade, poderá decorrer a inimizabilidade penal, a incapacidade civil ou a invalidez laboral. Em tais estados, o enfermo, pode apresentar uma tendência a delinquir devido a deterioração mental produzida pelas doenças vasculares. Tais situações acarretam um déficit de juízo crítico, impulsividade, desinibição, transtornos do comportamento e conduta, elação, inibição e excitação. Comportamentos explosivos e violentos também são evidenciados nas epilepsias, traumatismo crâneo-encefálico e processos infecciosos (sífilis, AIDS, herpes, ...).

Cabe ressaltar que no estágio inicial da sífilis cerebral, no contexto médico-legal, existe um período conhecido como *período médico-legal da paralisia geral*, o que acarreta alguns dos sintomas acima mencionados que, por sua vez, desencadeia o ato delinqüente do enfermo.

O perito também deve estar atento aos sintomas delirantes agudos ou crônicos, esparsos ou polimórficos, presentes nas paranóias senis (de ciúme ou prejuízo) e nas parafrenias senis (de grandeza ou exuberância).

O diagnóstico médico-legal de epilepsia exige acurada avaliação, investigação detalhada de antecedentes e circunstâncias do ato. Para categorizar uma conduta como epiléptica, com fim de assegurar inimizabilidade, tem sido adotado a constatação de grande parte dos critérios de Bonnet: ausência de motivo e premeditação, automatismo, crise aguda, amnésia ou reminiscência confusa e parcial dos fatos ao tempo do acometimento e logo após, comprometimento somatopsíquico global da personalidade durante a realização do ato em análise, ausência de cúmplice, presença de fenômenos vaso motores, olhar desviado, periodicidade da ação e sonolência pós conduta epiléptica.

Existem ainda condições clínicas potencialmente capazes de produzir enfermidades psiquiátricas sintomáticas. Por exemplo, no aparelho circulatório, os quadros de insuficiência cardíaca esquerda ou patologia coronariana podem desencadear condutas agressivas e ameaçadoras, invasão de domicílio, apropriação indébita, na busca desesperada de socorro por parte do enfermo. As pneumonias e enfisema pulmonar, devido a hipóxia, podem levar a endointoxicação e esta as alterações de comportamento e conduta. Também na insuficiência hepática a endointoxicação se evidencia com conseqüente diminuição dos neurotransmissores (estado confusional, torpor...).

As insuficiências renais contribuem para as encefalopatias urêmicas resultando em quadros psiquiátricos de proporções psicóticas. A cetoacidose diabética produz diversos graus de dissolução da consciência. A disfunção tireoidiana pode levar as manifestações de alucinações e delírios; a Síndrome de Cushing, a depressão suicida; o hiperparatireoidismo, ao juízo deliróide. Processos infecciosos como encefalite, hepatite viral, enterobactérias, hanseníase entre outros podem se manifestar como perseveração, impulsividade, agressividade. Infestações por *amoeba*, *giardia* ou *strongilóides* induzindo sintomas de depressão, ansiedade, irritabilidade; malária, levando a turvação da consciência e confusão mental de expressão psicótica. Por fim as neoplasias e demais processos expansivos (hematoma, abscesso) produzindo alterações transitórias ou permanentes, de intensidade psicótica ou não, com ou sem deterioração mental.

É importante mencionar que o diagnóstico da patologia de base, é fundamental não só para se estabelecer o nexos causal do comportamento delinqüente como para instituir terapêutica efetiva. Todas as patologias exógenas sintomáticas são



caracterizadas por comprometimento funcional da atenção e da consciência, porém esse tipo de alteração pode estar inaparente (transtorno discreto da atenção e quadros de astenia) ou encoberto por outros sintomas mais exuberantes como o estado crepuscular e o *delirium*. O que implica no fato de que a inadequada elaboração terapêutica, acarretando danos ao paciente, pode implicar em responsabilização legal do psiquiatra.

Dr. Maurício Aranha - **Sócio**-Fundador da ANERJ - Associação dos Neurologistas do Estado do Rio de Janeiro. Filiado da SBNeC - Sociedade Brasileira de Neurociências e Comportamento da USP. Filiado da APERJ - Associação Psiquiátrica do Estado do Rio de Janeiro (Federada da ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria e da WPA - Associação Mundial de Psiquiatria). Pesquisador do Núcleo de Ciências Médicas, Psicologia e Comportamento do Instituto de Ciências Cognitivas. **Formação:** Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil. Psiquiatria Forense pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. Psiquiatria pela Universidade Estácio de Sá, Brasil. Psicopedagogia Clínica e Institucional pelo Grupo de Ação Educacional, Brasil. Psicologia Analítica pela Universidade Hermínio da Silveira e Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação, Brasil. Neurolingüística pelo Instituto NLP in Rio & NLP Institut Berlin, Brasil/Alemanha. Neurociência e Saúde Mental pelo Instituto de Neurociências y Salud Mental da Universidade da Catalunya, Espanha. E-mail: ma@icc-br.org