



DOENÇA MENTAL E COMPORTAMENTO VIOLENTOS

O tema transtorno mental e comportamento violento suscita debate, uma vez que contrapõe correntes que advogam ser esta correlação um meio, dos contrários a reforma psiquiátrica, de tentar desmerecer os progressos da desinstitucionalização. Do outro lado, encontram-se os que alegam ser esta abordagem necessária ao bem da Ciência Psiquiátrica e dos Direitos Humanos.

Estudiosos propõem diversas abordagens ao tema tais como: estudo da prevalência de violência em portadores de transtorno mental que receberam tratamento especializado. A utilidade desta abordagem envolve os aspectos ligados a caracterização da relação entre violência e doença mental. Porém tem por limitação o fato do doente mental ter menor capacidade de evasão da cena do crime ou dos desdobramentos a ele relacionado, bem como ao fato da polícia encaminhar tais perpetradores á Instituições Médicas. Este procedimento contaminaria as estatísticas.

Outra abordagem consiste em avaliar a prevalência de violência em portadores de doença mental que foram encaminhados ás Instituições Legais. A utilidade prática seria a mesma relatada antes. Uma terceira possibilidade consistiria nos estudos epidemiológicos, o que seria mais indicado, onde se correlacionariam o portador de doença mental ao comportamento violento sem que houvesse a intervenção das variáveis legais ou médicas. Porém, algumas peculiaridades seriam necessárias a esta abordagem tais como: treinamento de policiais na identificação dos transtornos mentais, logística, organização social como nos países de primeiro mundo, o que implicaria num oneroso investimento sócio-político. Cabe ressaltar que a referida “organização social” do primeiro mundo, por vezes, pode ser traduzido como “controle”, o que fere os Direitos Individuais, portanto, os Direitos Humanos.

Os estudos têm evidenciado que, dos inúmeros transtornos mentais elencados na CID-10 e DSM-IV-TR, o transtorno de personalidade anti-social, os de dependência química e a esquizofrenia são os que parecem estar associados a um maior risco de comportamento violento. Outros transtornos como do humor (depressão, bipolar), não observados formas psicóticas, oferecem riscos pouco significativos.

Uma das formas legais, do comportamento violento de portadores de transtorno mental, que chegará ao perito forense se relaciona ao Homicídio-Suicídio. Neste tipo de crime, os estudiosos têm procurado correlacionar o relacionamento do perpetrador com a vítima e ao motivo da prática delituosa.



Assim estabeleceu-se que os parâmetros relacionais entre perpetrador e vítima podem ser condicionados de três formas: conjugal ou extraconjugal (homicida tem por vítima o cônjuge ou amante), familiar (tem por vítima os filhos e parentes) e extrafamiliar (tem por vítima pessoas ligada ao seu contexto sócio-profissional). Quanto aos motivos pesquisados destacam-se: ciúme, altruísmo, vingança, compadecimento do sofrimento alheio, dependência afetiva...

Podem ser elencadas aqui algumas práticas delituosas como o homicídio-suicídio marital relacionado ao declínio da saúde da companheira. Filicídio-suicídio que pode ter por método homicida a disparidade de força ou a negligência parental-social. Familiaricídio-suicídio que envolve dificuldades financeiras, suspeita de infidelidade ou crenças delirantes. Homicídio-suicídio extrafamiliar, normalmente praticados por portadores de transtorno grave da personalidade ou ideiação paranóide, que procuram vingar-se de humilhações, ultrajes que julgam ter sofrido.

Cabe ressaltar uma modalidade, de suma importância ao perito, que consiste nos suicídios praticados em Instituições Carcerárias, uma vez que representam um grande problema social, legal, médico e ético. Bastando, para tanto, mencionar que este tipo de privação da vida é a principal causa de morte não-natural entre prisioneiros. Com risco maior do que na população geral. Os motivos que vêm sendo estudados apontam para fatores como estresse físico e emocional, aliado a precária assistência à saúde mental dos presos e transtornos mentais graves não diagnosticados precocemente.

Porém, a melhor e mais acurada avaliação desta população carcerária fica muito comprometida em nosso meio. Isto se dá porque, no Brasil, os estudos se pautam nas produções de outros países, principalmente os anglo-saxões, que por sua vez, muito diferem da cultura brasileira. Só para citar, na Holanda cada preso tem “o direito” de uma cela individual; no Brasil, cada cela tem “o dever” de abrigar algumas dezenas de preso.

O perfil que envolve os suicidas condenados ao regime prisional fechado têm demonstrado, em sua maioria, se tratarem de pessoas do sexo masculinos, com idade média de 30 anos, brancos ou de ascendência indiana, solteiros e sem filhos, portadores de transtorno: do humor, de dependência química, de personalidade ou esquizofrênicos, com tentativas anteriores de suicídio, que foram assistidos por médicos e não tiveram o risco de suicídio observado pelo médico que o acolheu. Este último dado é de suma relevância pericial, uma vez que naqueles países, normalmente, os condenados passam por avaliação médica única ou periódica e não têm o risco de auto-extermínio avaliado antes de fazer a passagem ao ato.

Continuando o perfil, a cronologia do suicídio evidencia ser o período de zero hora até seis horas da manhã o de maior incidência para a prática do suicídio. Sobreviventes afirmam que a perspectiva de passar a noite em isolamento contribui para a auto-agressão. Não há um dia da semana que se destaca para prática do suicídio, porém o período de maior risco envolve os três dias que antecedem ou sucedem as audiências judiciais, normalmente por sentimento de vergonha e falta de perspectiva devido a duração da pena. O método mais utilizado é o enforcamento com objetos pessoais (roupa, cinto...) e normalmente se dão em celas isoladas ou ala médica dos presídios.

Neste contexto, cabe ressaltar que algumas medidas poderiam contribuir para prevenção de tais ocorrências. A mais importante, e que envolve diretamente o perito ou profissional médico especializado ou não, é o diagnóstico criterioso de



transtorno mental e risco de suicídio, com avaliação retrospectiva da vida social, familiar, relacional e clínica do avaliando. Avaliações periódicas nas Instituições de detenção, com atendimento psiquiátrico disponível integralmente aos detentos. Parcerias com hospitais psiquiátricos para transferência no momento que o profissional médico julgar necessário à preservação da integridade física do paciente/detento.

Outras medidas institucionais cabíveis: minimizar a sensação de isolamento com psicoterapia de apoio, terapia ocupacional, produções com viabilidade comercial no mercado consumidor, capacitação dos agentes penitenciários para o trato com os detentos, eliminar das celas elementos que possam oferecer possibilidade a prática suicida (melhoria arquitetônica das celas e dependências pelos quais os detentos transitam), aperfeiçoamento das vestimentas com tecidos que não possam ser rasgados, utensílios e objetos de uso pessoal confeccionados com borracha ou plástico (para não servirem de instrumentos de auto-agressão), aprimoramento do modo de administrar os medicamentos dando preferência às formulações líquidas, injetáveis ou diluídas conforme o caso (de modo a minimizar o boicote ao uso dos medicamentos prescritos).

Este conjunto de medidas não só engrandeceria o trabalho médico, em particular, como estaria em acordo com a preservação da vida e dignidade humana como preconiza a Constituição, em geral.

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. Neurolinguística 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