

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
SECRETARIA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSIQUIATRIA

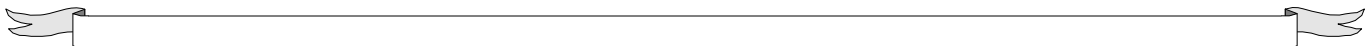


**ALGUNS ASPECTOS DA VIOLÊNCIA COMO FATOR GERATIVO
DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO**

MAURICIO ARANHA

Monografia apresentada à Comissão Julgadora do curso de Especialização em Psiquiatria do programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas da Universidade Estácio de Sá, como exigência parcial para a obtenção da aprovação como curso de especialização, sob a orientação do Prof. Dr. Miguel Chalub.

Juiz de Fora
2007



MAURICIO ARANHA

**MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DO CURSO DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PSIQUIATRIA**

RELATÓRIO SUBMETIDO AO CORPO DOCENTE DA
COORDENAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO DE
PSIQUIATRIA COMO PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS
PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE ESPECIALISTA EM
PSIQUIATRIA.

Aprovado por:

Prof. Dr. Paulo César Geraldês
(coordenador)

Prof. Dr. Miguel Chalub
(orientador)

Juiz de Fora – Minas Gerais
2007

AGRADECIMENTOS

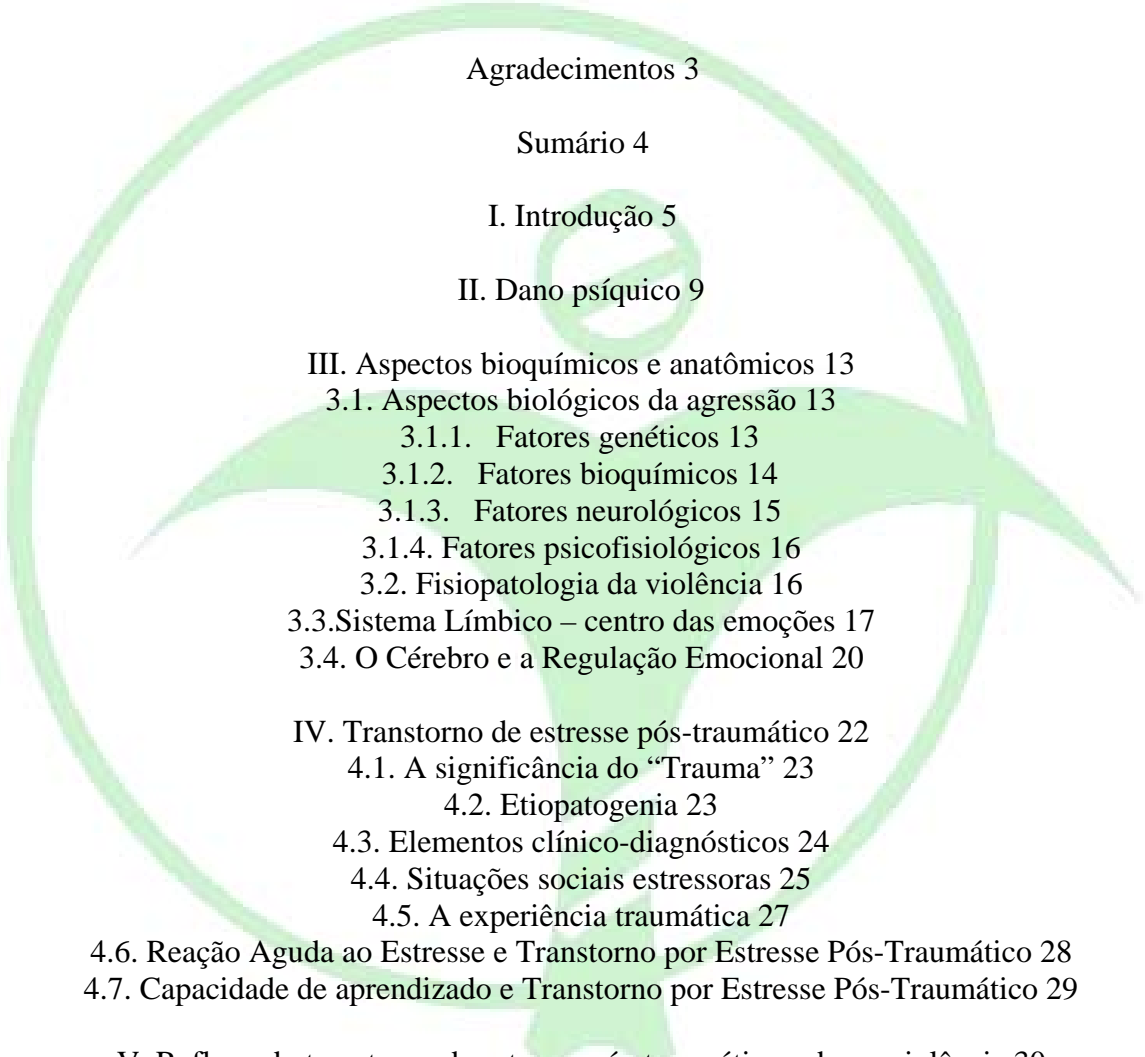
Agradecer é prestar um reconhecimento. Quero nestas poucas linhas tentar fazer isto a uma pessoa que me fez compreender a dimensão desta singela palavra e perceber que um agradecimento protocolar pode fazer verter lágrimas, mas que também pode se constituir em dádiva quando a alma humana, rendida aos encantos do conhecimento, desperta para novos conceitos instruindo-se na senda da evolução. Também a agradeço pelas orientações, sugestões quanto a este projeto e paciência para com meus conceitos, por vezes, carentes de lapidação. Este agradecimento é um tributo a alguém com quem tenho tido a oportunidade de partilhar ricos momentos da minha jornada existencial: Lúcia Helena Barbosa.

Agradeço a Marlúcia dos Anjos Santos pela paciência, interesse e boa vontade que teve revisando o texto, fazendo correções e oferecendo sugestões pertinentes e apropriadas que contribuíram para o enriquecimento e clareza da exposição.

Ao meu irmão, Gláucio Aranha Barros, um intelectual de crítica apurada e conhecimento refinado que quando tece seus comentários me remete inexoravelmente ao silêncio das reflexões.

Nesta construção do saber deixo também meu agradecimento aos mestres que conheci através dos livros que li, das palavras que ouvi e das experiências que senti até hoje na minha existência, pois certo é que seus escritos enriqueceram meu conhecimento e têm amadurecido meu saber.

SUMÁRIO



Agradecimentos	3
Sumário	4
I. Introdução	5
II. Dano psíquico	9
III. Aspectos bioquímicos e anatômicos	13
3.1. Aspectos biológicos da agressão	13
3.1.1. Fatores genéticos	13
3.1.2. Fatores bioquímicos	14
3.1.3. Fatores neurológicos	15
3.1.4. Fatores psicofisiológicos	16
3.2. Fisiopatologia da violência	16
3.3. Sistema Límbico – centro das emoções	17
3.4. O Cérebro e a Regulação Emocional	20
IV. Transtorno de estresse pós-traumático	22
4.1. A significância do “Trauma”	23
4.2. Etiopatogenia	23
4.3. Elementos clínico-diagnósticos	24
4.4. Situações sociais estressoras	25
4.5. A experiência traumática	27
4.6. Reação Aguda ao Estresse e Transtorno por Estresse Pós-Traumático	28
4.7. Capacidade de aprendizado e Transtorno por Estresse Pós-Traumático	29
V. Reflexo do transtorno de estresse pós-traumático sobre a violência	30
5.1. Controvérsias	32
Conclusão	34
Bibliografia	35

ALGUNS ASPECTOS DA VIOLÊNCIA COMO FATOR GERATIVO DO TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

I. INTRODUÇÃO:

Na realidade, os prejuízos determinados pelos acidentes da vida em sociedade ultrapassam em muito os números de mortos ou as perdas materiais. Esses outros prejuízos não aparecem nos números “oficiais” e dizem respeito à pessoa humana, ao prejuízo emocional do ser humano comum. Como a violência urbana e a agressão interpessoal constituem ameaças à vida, à integridade física e à sensação de segurança das pessoas de forma cotidiana, a resposta emocional das pessoas sob a forma de Transtorno por Estresse Pós-Traumático começa a se tornar uma ocorrência freqüente. Trata-se dos transtornos emocionais desencadeados pelo esforço adaptativo do indivíduo ao seu meio e, quanto mais hostil for esse meio, maiores as probabilidades de transtornos emocionais.

É habitual a questão da violência envolver uma série de reflexões e comentários que ultrapassam o ato delituoso em si; são questões que recaem na ética, na moral, na psicologia e na psiquiatria simultaneamente. Sempre há alguém atrelando à violência, traços e características psicopatológicas ou sociológicas. Interroga-se se um ato violento, um atentado aos direitos civis e humanos teria como gênese um indivíduo ou grupo de indivíduos perturbados psiquicamente ou se estariam socialmente desdenhados, ou se seriam pessoas simplesmente maldosas, portadoras de um caráter delituoso.

Atualmente, apesar da ciência não ter ainda um consenso definitivo sobre a questão, sabe-se, no mínimo, que qualquer abordagem isolada do ser humano corre enorme risco de errar. Assim sendo, atualmente usa-se o modelo bio-psico-social, na tentativa de compreender as pessoas e os fatores que influenciam seus comportamentos. Dentre esses três modelos (biológico, psicológico e social), sem dúvida a abordagem

biológica da pessoa é um dos aspectos mais criticados e polêmicos. A utilização do modelo biológico (da personalidade) como justificativa do comportamento violento não é recente na história da medicina, da antropologia ou da sociologia. A idéia parece ter surgido da “crença” popular de que "um criminoso já nasce assim", o que nutre uma tendência ao se procurar identificar traços de personalidade que caracterizam um comportamento psicopata, sociopata ou criminoso, ou seja, traços que tornam “os violentos” diferente dos outros seres humanos (Mannheim, 1984).

Modernamente considerando que qualquer tentativa de explicação biológica para a violência, geralmente desencadeia um juízo prévio de que seria difícil alterar o que é determinado biologicamente, foram sendo progressivamente desenvolvidas pesquisas sobre fatores psicogênicos e também sociogênicos que viessem a respaldar um comportamento dissonante. Esta rejeição ao modelo biológico se mantém muito enfática ainda atualmente. É sempre importante cultivar um bom senso suficiente para evitar que o politicamente correto interfira no cientificamente constatado. As modernas pesquisas sobre alterações genéticas associadas ao comportamento violento, ainda são capazes de estimular debates inflamados sobre a validade e o interesse das abordagens biológicas.

Para ampliar esta discussão e começar-se a formar um arcabouço teórico com o fim de melhor compreender a abrangência do tema violência e suas conseqüências psíquicas, faz-se necessário desenvolver o tema sobre “Dano Psíquico”, que por definição, seria uma Doença Psíquica nova na biografia de uma pessoa, relacionada causalmente com um evento traumático (acidente, doença, delito), que tenha resultado em um prejuízo das aptidões psíquicas prévias e que tenha caráter irreversível ou de longa duração. Outra patologia envolvida no tema e que possibilita também uma tentativa de compreender as manifestações violentas do comportamento humano é a Psicose Reativa Breve por estar associada fortemente ao Dano Psíquico. Ela caracteriza-se pelo aparecimento abrupto dos sintomas psicóticos sem a existência de sintomas pré-mórbidos e, habitualmente, seguindo-se a um estressor psicossocial. Os sinais e sintomas clínicos são similares àqueles vistos em outros distúrbios psicóticos, como na Esquizofrenia e nos Transtornos Afetivos com Sintomas Psicóticos. O prognóstico é bom e a persistência de sintomas residuais não ocorre. Durante o surto observa-se incoerência e acentuado afrouxamento das associações, delírios, alucinações e comportamento catatônico ou desorganizado. Há componentes afetivos com mudanças bruscas de um afeto para outro, perplexidade e confusão. No entanto, ênfase será dada

ao Transtorno por Estresse Pós-Traumático que é um conceito desenvolvido a partir de 1980, nas classificações internacionais (Código Internacional de Doenças - CID.10 e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM.IV, 1994), que permitiu unificar uma série de categorias de transtornos emocionais reativos a acontecimentos traumáticos anteriormente dispersos na classificação psiquiátrica. Vale ressaltar que já no século XIX diversos psiquiatras e neurologistas já reconheciam os sintomas característicos do atual Transtorno por Estresse Pós-Traumático, incluindo o quadro dentro da neurose histérica ou de conversão. Em 1920, Freud definiu o conceito de Trauma Psíquico sofrido pelos ex-combatentes como uma espécie de “ruptura da barreira aos estímulos”. Desta forma o Transtorno do Estresse Pós-traumático compreende um conjunto de sintomas físicos e emocionais ligados à ansiedade e que ocorre após um evento psicologicamente estressante (traumático). Sua importância para o tema da violência se destaca por ser atualmente um dos transtornos mentais mais comuns diagnosticado na psiquiatria, uma vez que os eventos traumáticos que podem desencadear este transtorno podem ocorrer em qualquer momento da vida de uma pessoa. Acredita-se que pelo menos 60% dos homens e 50% das mulheres experimentam pelo menos um evento traumático durante a vida, tais como: agressão (física ou sexual), assalto, seqüestro, ataque terrorista, tortura, encarceramento, acidentes automobilísticos, diagnóstico de doença que ameace a vida, combate militar, eventos que ocorreram com outras pessoas e dos quais se têm conhecimento, como presenciar agressão física ou acidente de algum parente, ser informado de que o filho apresenta uma doença séria que ameace a vida.

A importância do Transtorno de Estresse Pós-traumático para a temática da violência não pode ser negligenciada já que por definição engloba aspectos tais como perturbação psíquica decorrente e relacionada a um evento fortemente ameaçador ao próprio paciente ou sendo este apenas testemunha da tragédia, uma vez que o transtorno consiste num tipo de recordação que é melhor definido como revivescência pois é muito mais forte que uma simples recordação. E é justamente na revivescência que o paciente sente como se estivesse vivendo novamente a tragédia com todo o sofrimento que ela causou originalmente. Depois de experiências traumáticas como atentado a bomba, terrorismo, tiroteios públicos, assaltos com muita violência, etc., quando se trata de violência indiscriminada, as vítimas continuam apresentando transtornos emocionais por muito tempo, se sentindo como se alvo intencional de um destino mórbido o que leva a idéia de referência. Aparecem como parte do Transtorno por Estresse Pós-

Traumático, sentimentos de vulnerabilidade e insegurança. Não raramente, esses pacientes relatam que sentem destruídos seus sistemas de crenças e de valores, e o mundo passa a ser inseguro e ameaçador, desconfiando de tudo e de todos. Acompanha perda da auto-estima. Às vezes podem experimentar sentimentos de culpa por ter estado presentes no lugar da vivência traumática no dia e horário em que ela ocorreu. O transtorno então é a recorrência do sofrimento original de um trauma, que além do próprio sofrimento desencadeia alterações neurofisiológicas e mentais acarretando o adoecimento psíquico que pode evoluir de um isolacionismo completo a um multiplicador do ato violento através de perpetuações que assolam o equilíbrio psíquico, sendo capaz de atos desmedidos com outros indivíduos sem o controle ou a consciência de ter assim procedido para aliviar os sintomas que o aprisionam e invadem psiquicamente.

Em recente trabalho de (Amor, 2001) constatou-se que a re-exposição à situações que recordam o trauma são muito penosas às pessoas com Transtorno por Estresse Pós-Traumático. Essa situação foi relatada por 86% das vítimas, e houve reação psicofisiológica (vegetativa) na re-exposição em 79% dos casos. Essa é uma das queixas que se descrevem com mais frequência e causam maiores incômodos. Depois da experiência traumática pode ocorrer uma transformação duradoura da personalidade dos pacientes com Transtorno por Estresse Pós-Traumático, trata-se de uma seqüela caracterizada por mudanças duradouras no estilo de perceber, pensar e relacionar-se consigo mesmo e os demais, portanto, da personalidade. Esta alteração da personalidade não só produz mal estar ao paciente, mas repercute também na área familiar, social, ou ocupacional. Essa modificação costuma estar presente por pelo menos 3 anos.

Ações violentas sobre o psiquismo humano são aquelas que afetam profundamente a vida psíquica do ser humano, isto é, que prejudicam o conforto psíquico. Submetida a essas ações violentas sobre o psiquismo humano, a pessoa deixa de ser dona e senhora de seu eu, deixa de governar-se e determinar-se a si mesma, perdendo, conseqüentemente, o domínio de seu ser e de sua liberdade. Os atos de violência, em qualquer de suas formas, desde violência coletiva, como é o caso da guerra, dos atentados, das violações de direitos, vítimas de atentados, até a violência individualizada, como são os assaltos, os estupros, a tortura, terrorismo, guerra, violência pessoal, seqüestro, etc. são responsáveis por sentimentos de ansiedade, depressão, medo, etc. Sentimentos estes responsáveis por inúmeras desordens do psiquismo. As vítimas diretas ou indiretas (familiares, testemunhas, ...) da violência

correm um risco de desenvolverem algum transtorno emocional em torno de 60%, enquanto a porcentagem da população geral tem este mesmo risco reduzido a 20%.

A violência é sempre um atentado direto contra a pessoa e contra a liberdade. Deste modo a violência pode ser entendida como toda iniciativa que procura exercer coação sobre a liberdade de alguém, que tenta impedir-lhe a liberdade de reflexão, de julgamento, de decisão e, sobretudo que termina por rebaixar alguém ao nível de meio ou instrumento num projeto que o envolve e absorve, sem tratá-lo como parceiro livre e igual. Portanto, são várias e de diversas ordens às ações violentas sobre o psiquismo humano. Entre as principais, citam-se a tortura física e psíquica, a opressão política, a negligência sócio-econômica, o abandono social, o seqüestro, o terrorismo.

No entanto, cabe ressaltar que há uma corrente de opinião contrária à simplicidade, rigidez e reducionismo do conceito de Transtorno de Estresse Pós-traumático como entidade psiquiátrica mórbida que afeta pessoas e comunidades vitimadas por violência e catástrofes. A base clínica desse transtorno tem se mostrado insuficiente e pode refletir até uma postura falsamente ideológica. Há ainda uma contundente discrepância em torno da validade do conceito de Transtorno de Estresse Pós-traumático entre sua descrição acadêmica e a realidade das pessoas que trabalham no campo da saúde mental em contacto prático e concreto com as vítimas de violência ou catástrofes. Esta corrente assim argumenta com base no fato de que atendendo a pressão dos grupos de veteranos norte-americanos e de profissionais de saúde mental que identificavam uma Síndrome Pós-Vietnam, em 1982 o DSM-III incluía pela primeira vez a categoria de Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), como o reflexo de um conjunto de sintomas que constituíam uma forma de resposta psicobiológica universal do ser humano diante um fato traumático.

Com base no acima exposto, esta pesquisa se debruçará, em suas próximas páginas, sobre os aspectos psicopatológicos de alguns elementos da violência com o fim de elencar dados, investigar possibilidades, tecer reflexões e descobrir novos caminhos que possam contribuir para uma maior compreensão dos processos humanos envolvidos na gênese dos transtornos psíquicos causados pela violência para que se possam desenvolver futuras pesquisas que contribuam com a melhoria da qualidade da saúde mental do homem contemporâneo.

II. DANO PSÍQUICO:

O Dano Psíquico é uma expressão com conotação psicológica, psicopatológica e jurídica. A avaliação e a valoração do Dano Psíquico, seja de natureza penal, civil ou administrativa têm, atualmente, grande e real interesse nos dias atuais e são objeto da psiquiatria forense.

Entretanto, há uma discrepância entre o enfoque forense e médico, o primeiro pretendendo estabelecer critérios mais ou menos objetivos para esse diagnóstico, já que implicaria em indenizações, penas e punições, e o segundo, mais preocupados com a qualidade de vida, com o sofrimento e com o conforto emocional das pessoas. O problema está em pegar esse fato e transformá-lo em uma proposta com objetivos de se estabelecer quanto ou se vale alguma indenização. Evidentemente, se alguém tem que pagar por esse dano, ele estabelece critérios para tal, até para poder contestar.

Deve ficar bem claro que é sabido serem inadequados os critérios necessários para o diagnóstico de Dano Psíquico, como quer a Psiquiatria Forense, uma vez que toma por base a definição do direito penal que diz que lesões graves que resultaram em prejuízo emocional provavelmente ou certamente incurável ou, menos drasticamente, em doença que incapacita por mais de trinta dias., implica em dano. Deste modo, conclui-se que todo prejuízo emocional ocasionado por um acontecimento expressivo, seja uma doença profissional, acidente, delito, ou injúria emocional onde haja um responsável legal, pode ser susceptível de ressarcimento. Daí resulta a necessidade de critérios diagnósticos bem estabelecidos, pois caso pare alguma dúvida quanto ao “dano imposto a outrem” tem-se a possibilidade legal de questionamento de que o resultado de uma agressão não produziu nenhum prejuízo emocional ou na qualidade de vida, resultando na absolvição.

Portanto, para que um sofrimento emocional chegue a ser considerado Dano Psíquico, deverá reunir determinadas características. Em primeiro lugar deve-se fazer uma distinção bem precisa entre Dano Psíquico e Transtorno Mental.

O Dano Psíquico se caracteriza por um prejuízo emocional capaz de resultar em comprometimento das funções psíquicas, de forma súbita e inesperada, surgida após um evento traumático (ação deliberada ou culposa de alguém e que traz para a vítima um prejuízo material ou moral decorrente da limitação de suas atividades habituais ou

laborativas). Portanto, o Dano Psíquico deve, obrigatoriamente, guardar uma relação causa-efeito incontestável. No tocante aos Transtornos ou Doenças Mentais, mesmo que resultem em alteração das funções psíquicas, teriam sua origem em causas naturais e biológicas, não podendo ser atribuídos, exclusivamente, a alguma injúria emocional, embora possam ser agravados por ela.

São dois os tipos de ressarcimento que interessam ao perito: Dano Moral ou psíquico. O Dano Moral, não costuma ser objeto de avaliação da psiquiatria ou psicopatologia, exceto se concorreu para que se desenvolvesse o Dano Psíquico. Desse modo, o perito não opina sobre a existência e/ou a intensidade do Dano Moral, mas pode auxiliar o juiz sobre a existência do Dano Psíquico como causa ou consequência do Dano Moral. Considera-se Dano Moral quando há violação de algum dos direitos inerentes à personalidade. Os elementos que configuram o Dano Moral são o estético, o da intimidade, o biológico, o psíquico e o da vida de relação, tais como: a honra, a dignidade, honestidade, imagem, nome e liberdade.

Quanto ao Dano Psíquico, a psiquiatria forense deve caracterizar de forma clara sua quantificação e qualificação, em outras palavras, detectar a quantidade do dano e que tipo de transtorno psíquico dele decorreu. Nos casos de avaliação do Dano Psíquico consequente a traumatismos físicos, que são os casos mais objetivos e fáceis de se lidar, deve-se precisar com clareza o tipo de lesão, a área e as funções comprometidas que acabaram levando a pessoa a apresentar um Dano Psíquico. No caso de lesão física, que comprometeu estruturas cerebrais, esta deve ser bastante explicitada, bem como outras lesões que tenham como consequência um Dano Psíquico por quaisquer mecanismos emocionais e neurológicos envolvidos.

A perícia mais difícil continua sendo a injúria emocional que resultaram em um Dano Psíquico. Para esse diagnóstico há, pois, a necessidade imperiosa de 4 elementos: 1. um prejuízo na performance da pessoa decorrente de alteração mórbida de alguma esfera psíquica que nunca existira antes do ocorrido; 2. uma causa ou evento relevante, diretamente relacionado e a partir do qual a alteração mórbida da esfera psíquica passou a existir; 3. um diagnóstico médico preciso de qual seria essa alteração psíquica mórbida; e, 4. que o prognóstico do dano seja concretamente ruim, ou seja incapacitante e permanente.

A doença psíquica que o perito diagnostica como incapacitante deve prejudicar de maneira permanente uma ou várias funções da pessoa que a apresente, tais como: 1. incapacidade para desempenhar suas tarefas habituais; 2. para trabalhar; 3.

para prover-se; e, 4. para relacionar-se. Sobre esses critérios é que repousam críticas, uma vez que são eminentemente pragmáticos e calcados em valores da sociedade de produção, superestimando o objeto em detrimento do sujeito, como se o trabalho fosse à finalidade última do homem. Por esta perspectiva as vítimas da tortura política, de estupro, de seqüestro, ficam à margem do exercício da justiça, uma vez que por necessidade básica da vida continuam trabalhando, embora jamais voltem a ter a mesma qualidade de vida que tinham antes. Neste caso, o conceito de dano psíquico deveria levar em conta os elementos chamados de "sofrimento emocional", ou seja, aqueles que resultaram em transtornos emocionais que, embora possam ter sido transitórios e não incapacitantes podem ter deixado cicatrizes emocionais perenes. Nesse caso, tais dados devem ser informados com clareza pelo perito. Aqui se incluem os momentos emocionais devastadores, as lembranças de dores intensas, as repercussões emocionais de temores e estresses prolongados, os sofrimentos próprios da reabilitação social e ocupacional, os sofrimentos por desajuste familiar depois do trauma, a perda da auto-estima, a sensação de insegurança, o medo persistente. Estes representam o mais significativo prejuízo imposto à sociedade pela delinquência, pois o ato delinqüente se constitui num atentado à saúde psíquica das pessoas.

Ainda sobre os critérios, cabe ressaltar a importância de se estabelecer com clareza uma dimensão clínica para o problema atual, ou seja, um claro e preciso diagnóstico médico, preferentemente baseado nos critérios do CID.10 ou DSM.IV sobre o estado atual do examinado; bem como, uma elaboração psicopatológica evolutiva, seguindo os conceitos jasperianos de "fase ou razão", "processo" e "desenvolvimento" do quadro atual, pois é imprescindível saber se uma doença que se desenvolveu como consequência de um evento ou uma mera continuação de um estado mórbido prévio que se agravou; atentar para uma dimensão causal estabelecendo-se a relação entre o estado atual e o evento danoso; evidenciar-se uma dimensão práxica verificando se a vítima dispunha de qualidades, habilidades e aptidões mentais que foram irremediavelmente perdidas; estabelecer uma dimensão cronológica ou temporal do dano, atestando a transitoriedade ou permanência dos transtornos mentais avaliando de forma projetiva quais as possibilidades da doença passar a ser crônica ou temporária. Estes esforços são destinados a se constatar a existência de um fator psiquiátrico que tenha sido desencadeado pelo evento traumático.

A partir daí é possível estabelecer parâmetros que não devem considerar-se como Dano Psíquico, tais como: sintomas psíquicos isolados que não constitui uma

doença psíquica característica; doenças que não tenham aparecido por causa do evento. Isso significa que, às vezes a pessoa pode se encontrar doente, mas seu estado atual pode ser apenas um momento evolutivo de alguma doença prévia; quadros psíquicos que não tenham relação causal com o acontecimento objeto de investigação; quadros não incapacitantes; quadros transitórios ou não cronificados.

Os critérios de juristas brasileiros têm se mostrado justos e adequados exatamente por levarem em consideração o aspecto humano da questão. Conforme França (2004), a perícia para avaliação de Dano Psíquico deveria considerar os seguintes quesitos: 1. questões de natureza penal: se do dano resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias; se do dano resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; se do dano resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função; se do dano resultou aceleração do parto; se do dano resultou aborto; se do dano resultou incapacidade permanente para o trabalho; se do dano resultou uma enfermidade incurável; se do dano resultou deformidade permanente; 2. questões de natureza pessoal: se do dano resultou incapacidade temporária; se do dano resultou *quantum doloris*; se do dano resultou incapacidade permanente; se do dano resultou prejuízo de afirmação pessoal; se do dano resultou prejuízo futuro; 3. questões de natureza administrativa; e, 4. questões de natureza trabalhista.

A questão do *quantum doloris* diz respeito ao tempo de sofrimento moral traduzido pela angústia, ansiedade e abatimento, face o risco de morte, a expectativa dos resultados e os danos psicológicos ante as intervenções e o destino dos negócios da vítima. Trata-se de uma avaliação subjetiva que pode ser motivo da apreciação pericial e ser quantificada em níveis arbitrados por escala de valores de 1 a 5. Já no tocante ao prejuízo da afirmação pessoal avalia-se se a vítima foi prejudicada em suas realizações pessoais neste caso o prejuízo será mais grave quanto mais jovem é a pessoa. Também será tanto mais intensa quantas forem suas atividades de lazer, de dotes artísticos e de capacidade intelectual, também quantificada em níveis arbitrados por escala de valores de 1 a 5.

No entanto, faz necessária a consideração do diagnóstico diferencial do Dano Psíquico, uma vez que podem ocorrer situações de simulação de dano, pois circunstâncias simulativas ocorrem por diversos fatores desde perspectivas de lucros a serem auferidos até por traços culturais de se culpabilizar alguém ou alguma coisa pelas situações sócio-econômicas desfavorecidas pelas quais se está submetida, como ocorre com as pessoas afastadas ou aposentadas por Lesão de esforço repetitivo (LER), por

fibromialgia, osteopatias dolorosas, queixas neurológicas vagas como enxaqueca, psiquiátricas como fobias e transtornos adaptativos e outras doenças de difícil caracterização clínica. É nesta situação que os sinais e sintomas devem ser de pleno conhecimento do perito, pois o simulador geralmente desconhece a seqüência evolutiva dos sintomas patológicos, bem como, seu enlaçamento coerente com outras queixas comórbidas, necessários para o diagnóstico de algum transtorno mental. Deve-se, portanto, considerar as manifestações de sintomas incoerentes, de evidência de um ganho secundário, de simulacros, artifícios, discurso inadequado, solicitações “veladas” feitas pela vítima no decorrer da entrevista, postura e comportamento não verbal na sala de espera antes e depois da consulta, valorizar a existência e intensidade de transtornos prévios, principalmente os Transtornos de personalidade como o histriônico, pois poderá somatizar e converter problemas de conflitos íntimos em sintomas físicos ou mesmo emocionais, atribuindo-os a alguma vivência causadora, daí a importância de se realizar o estudo da personalidade pré-mórbida. Portanto, não se pode considerar Dano Psíquico nos casos onde o evento traumático agravou, acelerou ou evidenciou uma doença que já existia.

III. ASPECTOS BIOQUÍMICOS E ANATÔMICOS:

O diagnóstico Transtorno por Estresse Pós-Traumático é cada vez mais freqüente no campo pericial, e tem sido um diagnóstico útil na clínica, permitindo o estudo de um quadro clínico emocional causado especificamente por um acontecimento traumático. Depois da Segunda Guerra Mundial ressurgiu o interesse pelas manifestações clínicas desta síndrome, a qual passou a ser conhecida como “neurose traumática ou de guerra”. O quadro que antigamente era conhecido por Neurose de Guerra, ressurge hoje nos grandes centros urbanos como uma resposta do cidadão comum às agressões que a sociedade moderna o submete.

Certos eventos são tão estressantes que caracterizam uma situação de trauma, com inegável dano psíquico. Recentemente as ciências mentais reconheceram uma síndrome, classificada nos mecanismos internacionais de descrição de transtornos mentais (CID.10 e DSM.IV) denominada de Transtornos de Estresse Pós-Traumático. Ela ocorre com quadros agudos de angústia, grave e até invalidante, normalmente quando a vítima é exposta a situações similares, tornando a desencadear os mesmos sintomas ansiosos severos do momento do trauma, revivências constantes, medo, fobias e limitação severa da vida de relação.

3.1. Aspectos biológicos da agressão

Cientificamente, algumas correntes de pensamento, agrupam a causalidade criminosa em quatro categorias: genéticos, bioquímicos, neurológicos e psicofisiológicos (Queirós, 1997).

3.1.1. Fatores genéticos:

Os estudos incluídos nesta categoria utilizam como metodologia os estudos de gêmeos e de adoção. Nos estudos em gêmeos (Mednick & Kandel, 1988), foram encontrados o dobro da correlação para o comportamento criminoso entre estes, em oposição à menor concordância em irmãos não gêmeos. Comparando a concordância de

comportamento entre gêmeos monozigóticos e dizigóticos, os monozigóticos apresentam o dobro de correlações no comportamento criminoso, sugerindo a existência de fatores genéticos atrelados ao crime.

Para resolver a argumentação contrária de que os gêmeos geralmente teriam experiências vivenciais semelhantes, na mesma família, escola e sociedade e, por isso, tenderiam a ter o mesmo comportamento, foram estimulados os estudos de adoção utilizando pessoas que não conheceram seus pais biológicos, bem como que ignoravam serem adotivos, visando distinguir efeitos ambientais dos efeitos genéticos. Esses trabalhos (Mednick, Gabrielli & Hutchings, 1984) demonstraram que existe uma elevada concordância entre comportamento criminoso dos pais biológicos com comportamento criminoso de seus filhos adotados por outras famílias; e, também existe uma relação maior entre o comportamento criminoso da mãe biológica com o comportamento criminoso de seu filho adotado (Baker e col., 1989), do que a mesma comparação entre pai e filho. Alguns autores consideram esse fato sugestivo de uma transmissão genética associada ao cromossomo X.

Apesar da evidência dos dados apontarem para a existência de importantes fatores genéticos associados à criminalidade, o papel do ambiente parece também ter importante influência. Cadoret e col. (1990), num estudo com crianças adotadas e filhas de pais biológicos com comportamentos criminosos, verificaram que quando os pais adotivos pertenciam a meio sócio-economicamente desfavorecido, as crianças apresentavam mais comportamentos criminosos do que aquelas cujos pais adotivos pertenciam a classes de estatuto socioeconômico superior. Donde se pode inferir que apesar de existir um fator genético capaz de aumentar a suscetibilidade da criança para comportamentos criminosos, esta suscetibilidade estará sujeita às condições ambientais.

Geneticamente pode-se dizer da fisiopatologia da violência que, de fato, não se trata de um traço de personalidade invariavelmente herdado, mas os fatores de influência na violência podem ser transmitidos geneticamente. Tais fatores incluem o perfil de atividade hormonal, os limiares de ativação das estruturas cerebrais e as epilepsias geneticamente transmitidas.

A citogenética tem permitido uma identificação dos cromossomos humanos e algumas alterações relacionadas ao comportamento mais violento. Somente um, entre os 23 pares de cromossomos, difere os machos das fêmeas: a mulher tem um par igual (XX) enquanto o homem tem um cromossomo igual ao da mulher (X) e um outro diferente (Y), portanto, o XY, característico do sexo masculino, determina a distribuição

hormonal e as demais características do homem. No estudo da violência tem particular interesse uma anomalia cromossômica caracterizada por um Y a mais, ou seja, um genótipo aberrante XYY ao invés do XY normal.

Numa população de prisioneiros violentos encontrou-se uma incidência de significativa de homens XYY. A configuração XYY se constitui num fator predisponente à conduta agressiva exagerada, embora não pareça ser um elemento exclusivo como determinante da mesma. Neste sentido, poder-se-ia cogitar a hipótese de que o cérebro dos sujeitos portadores de um cromossomo Y extra estaria pré-disposto à conduta agressiva e anti-social, mas que esta só se manifestaria, em toda sua amplitude, quando se somasse uma série de elementos ambientais. Os opositores da hipótese XYY para a violência argumentam que a maior estatura e maior compleição dos portadores dessa anomalia favoreceriam, psicodinamicamente, uma tendência à agressão. Isso se daria em decorrência da maior possibilidade de êxito social através da violência, uma vez que são indivíduos mais fortes. A sociedade atribui naturalmente aos fortes um papel social de homens mais capazes fisicamente.

3.1.2. Fatores bioquímicos:

Nesta perspectiva, procura-se dosar algumas substâncias possivelmente envolvidas com o comportamento violento, como por exemplo, hormônios e neurotransmissores.

As pesquisas têm procurado demonstrar a diminuição nos níveis séricos de colesterol em pessoas com comportamento criminoso, da mesma forma como também se associava os baixos níveis de glicose.

Como o álcool é frequentemente relacionado com o comportamento violento, foi também estudada a sua associação com glicose e colesterol. Fisiologicamente se demonstra que, de fato, o álcool diminui o açúcar na corrente sanguínea por inibição da produção de glucose hepática. Deste modo, o álcool ao fazer diminuir a quantidade de açúcar no sangue pode ser apontado como um fator facilitador do crime.

As pesquisas têm mostrado que a relação entre o colesterol e o álcool pode ter uma co-relação, uma vez que ao se isolar dois grupos de pessoas envolvidas com o alcoolismo; um grupo representado por pessoas que ficam agressivas quando bebem e outro, por pessoas que bebem, mas não ficam agressivos: os primeiros mostraram menor

nível de colesterol do que os segundos e, estes, menor nível ainda do que os não delinquentes, verificando-se que a maior violência aparece associada a menor quantidade de colesterol.

No aspecto neuroendócrino, o hormônio mais relacionado à violência é a testosterona. As pesquisas têm verificado os níveis desse hormônio tomando por base três comparações; entre criminosos, entre criminosos e não criminosos (grupo controle) e entre não criminosos relacionando-se com a agressividade e não agressividade.

Nas investigações entre pessoas não criminosas os resultados são muito variáveis e até contraditórios, concluindo-se por vezes que não há correlações entre testosterona e potencial para agressividade. Entre criminosos e não criminosos os resultados dos estudos são mais consistentes, mas nem sempre são significativos. Alguns desses resultados mostram criminosos apresentando maior nível de testosterona do que os não criminosos.

Sobre as influências neuroquímicas no comportamento violento, algumas das substâncias mais estudadas são a serotonina, que existiria em menor quantidade, o ácido fenilacético e a norepinefrina, que existiriam em maior quantidade nos criminosos. Esses estudos procuram estabelecer uma correlação entre alterações bioquímicas capazes de desencadear comportamentos criminosos, bem como as associações entre tais alterações, ingestão de álcool e criminalidade.

No tocante a relação da violência com hormônios, a testosterona tem sido o hormônio sexual mais importante. Experimentos têm demonstrado que a agressividade determinada pelo isolamento prolongado pode ser diminuída com tratamento a base de estrogênio e, em menor proporção, com progesterona. A relação entre agressividade e impulso sexual tem merecido especial destaque por parte dos pesquisadores, notadamente em relação à morfologia e função do diencéfalo, área que parece controlar a secreção gonadal dos hormônios sexuais.

Outro aspecto pesquisado diz respeito às lesões tumorais produtoras de comportamento violento, o tipo mais comum de doença cerebral associada à agressão e a violência tem sido a Epilepsia do lobo temporal, nestes casos o estado de ânimo variava entre passivo e agressivo.

3.1.3. Fatores neurológicos:

Os estudos parecem apontar na identificação das disfunções neuropsicológicas relacionadas ao comportamento violento estar presente no lobo frontal e nos lobos temporais. O Lobo Frontal se relaciona à regulação e inibição de comportamentos, a formação de planos e intenções e a verificação do comportamento complexo, suas alterações teriam como consequência dificuldades de atenção, concentração e motivação, aumento da impulsividade e da desinibição, perda do autocontrole, dificuldades em reconhecer a culpa, desinibição sexual, dificuldade de avaliação das consequências das ações praticadas, aumento do comportamento agressivo e aumento da sensibilidade ao álcool (sintomas correlacionados ao comportamento criminoso), incapacidade de aprendizagem com a experiência (sintoma correlacionado à incidência de recidivas em atos criminosos).

A importância em se considerar o estudo dos Lobos Temporais se dá pelo fato de serem eles responsáveis pela regulação da vida emocional, sentimentos, instintos, comandam as respostas viscerais e as alterações ambientais. Alterações nesses lobos resultam em inúmeras consequências comportamentais, das quais destacam-se a dificuldade de experimentar algumas emoções, tais como o medo e outras emoções negativas e, conseqüentemente, uma incapacidade em desenvolver sentimentos de medo das sanções, postura esta freqüente em criminosos. Esses estudos procuram associar o crime com alterações cerebrais específicas.

3.1.4 Fatores psicofisiológicos:

O enfoque psicofisiológico se baseia na avaliação da função cerebral, como por exemplo, a atividade elétrica avaliados por exames eletrofisiológicos tais como: eletroencefalograma, eletrocardiograma, potenciais evocados, bem como os exames por imagens como: tomografia computadorizada (TC) e por emissão de fóton único (SPECT), ressonância nuclear magnética (RNM), petscan (PET).

Os estudos demonstraram que, tanto a ativação tônica (reação global do sujeito na ausência de estimulação específica) quanto a ativação fásica (reação a estimulação específica), é menor nos criminosos. Também apresentam os criminosos uma média menor do ritmo cardíaco, menor nível de condutância da pele e maior tempo de resposta na atividade elétrica da pele, bem como registros eletroencefalográficos com

maior incidência de anormalidades. Com crianças e adolescentes demonstrando que as crianças com comportamentos considerados desviantes apresentam maior ativação do sistema nervoso. No entanto estudos longitudinais demonstraram que adolescentes com comportamentos anti-sociais e que posteriormente vieram a cometer crimes apresentavam significativamente menor ativação cardiovascular e eletrodérmica, do que os que não cometeram crimes.

Cabe ressaltar que ao se levar em conta os fatores acima se estabelecem uma lógica reducionista-determinista que ao se voltar para a determinação de uma causalidade linear negligencia aspectos bio-psico-sociais que em associação estão envolvidos com o desencadeamento das atitudes violentas. Este fator ternário bio-psico-social é um capítulo fundamental para Psiquiatria Forense porque norteará a determinação da imputabilidade, culpabilidade e responsabilidade. Assim sendo, tentar explicar o comportamento e as atitudes humanas, apenas por aspectos organicistas é uma atitude pouco prudente e conscienciosa, pois o ser humano é um complexo em interação.

A perspectiva biológica utilizada pelos vários estudos descritos pode ser considerada como uma "biologia das causas" (Queirós, 1995). A alternativa a esta perspectiva mecanicista seria a "biologia dos processos", que começa a ser utilizada atualmente, através da abordagem bio-psico-social, a qual tenta articular os fatores biológicos com os restantes níveis do comportamento humano. Na avaliação da biologia do crime, mesmo reconhecendo ser necessário explorar as bases biológicas do crime, esta deverá considerar, obrigatoriamente, a interação com outros fatores envolvidos, não esquecendo que todo o indivíduo é um ser biológico em interação com o meio.

3.2. Fisiopatologia da violência:

Considerando a origem orgânica de determinados componentes comportamentais violentos, pode-se aventar a possibilidade de que haja algum domínio da vontade sobre o funcionamento orgânico. Durante um episódio de violência o cérebro (eixo hipotálamo-hipofisário) envia um sinal às glândulas supra-renais determinando a liberação de adrenalina na corrente sanguínea que contribui para um aumento da excitação fisiológica e do nível de vigilância do organismo. Simultaneamente, também procedente das supra-renais, os níveis sanguíneos de cortisol livre aumentam, numa clara demonstração da interação entre os estímulos externos e a

fisiologia interna; o inverso da seqüência também é verdadeiro. Outros experimentos demonstram que a agressividade pode ser alterada modificando-se a taxa metabólica de certos neurotransmissores do sistema nervoso central, mais precisamente da noradrenalina, serotonina e dopamina. Parece ser também de importância fundamental o papel dos hormônios sexuais no perfil da agressividade do indivíduo.

Assim posto, um estressor pode determinar um aumento na secreção de substâncias químicas do tipo adrenalina, hormônios e neurotransmissores, o que demonstra haver uma inter-relação entre o estímulo externo e a fisiologia interna, bem como entre a fisiologia interna e a resposta comportamental. Partindo-se deste conhecimento, é possível observar que os neurotransmissores alterados na agressão são fisiologicamente encontrados no sistema límbico. Por causa deste mecanismo é que a topografia anatômica da agressão ganha relevância, pois o sistema límbico é fisiologicamente relacionado ao controle e elaboração da maioria dos comportamentos motivados.

Cabe mencionar que os hormônios sexuais teriam um relevante papel no comportamento agressivo, uma vez que experimentos indicam que um garanhão selvagem castrado tornar-se muito mais dócil. Nos seres humanos a castração terapêutica pode ser realizada em criminosos sexuais visando proporcionar uma “pacificação” nos mesmos, porém trata-se de uma opção voluntária.

Psicopatologicamente, a violência e a agressão não podem ser consideradas patognomônicos de nenhum estado psicopatológico particular. Sabe-se das relações entre a epilepsia do lobo temporal e as crises de furor e agressividade extremada. O mesmo ocorrendo na embriaguez patológica, estado se caracteriza por uma mudança abrupta e profunda na personalidade motivada pela ingestão de bebida alcoólica, responsável por inúmeros crimes de agressão.

Psicodinamicamente, a agressão não pode ser apartada do seu componente sócio-cultural. Inúmeros são os estudos filosóficos, sociológicos, antropológicos que contrapõem opiniões acerca da natureza humana e seu potencial agressivo e violento. Algumas correntes afirmam a bondade natural do indivíduo que é corrompida ou não pelo meio no qual se encontra. No entanto, outros pensadores defendem que a natureza humana é vil e perversa e que o meio social, através dos elementos coercitivos e disciplinadores, é que atenua tais inclinações. Deste modo, pode-se inferir que a fisiopatologia da agressão e violência é um vasto campo de hipóteses e pesquisas.

3.3. Sistema Límbico – centro das emoções:

Organicamente, o comportamento agressivo e violento pode ser determinado tanto por fatores químicos quanto anatômicos, ou seja, tanto microscópicos, incluindo os elementos da eletrofisiologia cerebral, quanto macroscópicos, da integridade anatômica do órgão.

O sistema límbico inteiro pode ser considerado o substrato neural para o comportamento relacionado à motivação e à emoção. Desta forma, o sistema límbico inclui estruturas como o tálamo, o epitálamo, o hipocampo, o hipotálamo, as amígdalas, o cíngulo e a região do septo. Todas estas áreas têm sido aplicadas na regulação do comportamento agressivo, juntamente com os lobos temporais.

Filogeneticamente o cérebro humano pode ser dividido em 3 unidades:

1. cérebro primitivo (autopreservação, agressão): o Cérebro Primitivo é constituído pelas estruturas do tronco cerebral, ou seja, pelo bulbo, cerebelo, ponte e mesencéfalo, pelos bulbos olfatórios e pelo mais antigo núcleo da base cerebral, o chamado globo pálido. Este cérebro corresponde ao cérebro dos répteis. Esta estrutura é herança evolutiva dos répteis, e abriga os mecanismos neuronais básicos da reprodução e da autoconservação, o que inclui o ritmo cardíaco, a circulação sanguínea e respiração. Os elementos comportamentais comuns entre seres humanos e répteis, supostamente relacionados a essas estruturas primitivas, seriam a territorialidade, o envolvimento na caça, o acasalamento, o cuidado com a cria e a formação de hierarquias sociais e seleção de líderes. Tem origem aqui também a participação nos comportamentos ritualistas;

2. cérebro intermediário (emoções): aparece inicialmente nos primitivos mamíferos, já é formado pelas estruturas do sistema límbico e corresponde ao cérebro dos mamíferos inferiores; e,

3. cérebro racional (tarefas intelectuais): encontrado filogeneticamente nos atuais mamíferos, tais como nos primatas, golfinhos e seres humanos, compreende a maior parte dos hemisférios cerebrais, formado por um tipo de córtex mais recente e denominado neocórtex e por alguns grupos neuronais subcorticais.

Essas três camadas cerebrais vão aparecendo, uma após a outra, durante o desenvolvimento do embrião e do feto (ontogenia), representando cronologicamente, a evolução das espécies, do lagarto até o Homo Sapiens. Observou-se na superfície medial do cérebro dos mamíferos uma região constituída por células cinzentas (neurônios) que foi chamado de lobo límbico. Uma vez que ela forma uma espécie de borda ao redor do tronco encefálico.

Chama atenção também, para a importância do Sistema Límbico, o fato da quase totalidade dos psicofármacos atuarem exatamente nesse local. Os sistemas neuroendócrino, neuroimune, neurovegetativo e os ritmos circadianos, todos têm no Sistema Límbico sua sede e, por isso, são todos fortemente influenciados pelas emoções. É muito importante notar que as expressões da fúria são similares entre os mamíferos quando submetidos à mesma situação, o que leva a crer que esse tipo de reação não sofreu mudanças na escala filogenética evolutiva dos mamíferos. Também se acredita que a base do comportamento altruísta se encontra no sistema límbico, deste modo o instinto de vida, parece ser uma aquisição deste processo evolutivo, uma vez que pesquisadores têm mencionado que as emoções são características dos mamíferos e de algumas aves; e, justamente nestes grupos observa-se uma preocupação com a preservação das crias. Porém, vale ressaltar que as regiões cerebrais mais primitivas da agressão, notadamente da agressão predatória, têm sido estudadas e numerosas estruturas filogeneticamente mais primitivas têm sido implicadas, incluindo o hipotálamo, o tálamo, o mesencéfalo, o hipocampo e o núcleo amigdalino, no processo de “controle” dos impulsos agressivos. Pesquisas têm demonstrado que a amígdala e o hipotálamo trabalham em estreita harmonia e que o comportamento de ataque pode ser acelerado ou retardado segundo a interação entre estas duas estruturas.

As estruturas cerebrais do sistema límbico envolvidas na formação das emoções são as seguintes:

1. Amígdala: são duas, uma para cada um dos hemisférios cerebrais. A destruição experimental das amígdalas faz com que o animal se torne dócil, sexualmente indistinto, afetivamente descaracterizado e indiferente as situações de risco. O estímulo elétrico agindo nessas estruturas provoca crises de violenta agressividade. Em humanos, a lesão da amígdala faz com que o indivíduo perca o sentido afetivo da percepção de uma informação vinda de fora, como a visão de uma pessoa conhecida. Ele sabe quem está vendo, mas não sabe se gosta ou desgosta da

pessoa em questão. Localizada na profundidade de cada lobo temporal anterior, a amígdala funciona de modo íntimo com o hipotálamo. É o centro identificador de perigo, gerando medo e ansiedade e colocando o animal em situação de alerta, preparando-o para fugir ou lutar.

2. Hipocampo: responsável pelos fenômenos da memória de longa duração. Quando ambos os hipocampos (direito e esquerdo) são destruídos, nada mais é gravado na memória. Um hipocampo intacto possibilita ao animal comparar as condições de uma ameaça atual com experiências passadas similares, permitindo-lhe, assim, escolher qual a melhor opção a ser tomada para garantir sua preservação.

3. Tálamo: as lesões ou estimulações do dorso medial e dos núcleos anteriores do tálamo estão correlacionadas com a reatividade emocional do homem e dos animais. A importância dos núcleos na regulação do comportamento emocional decorre das conexões com outras estruturas do sistema límbico. O núcleo dorso-medial do tálamo conecta-se com as estruturas corticais da área pré-frontal e com o hipotálamo. Os núcleos anteriores ligam-se aos corpos mamilares no hipotálamo e, através destes, via fórnix, com o hipocampo e com o giro cingulado.

4. Hipotálamo: parte mais importante do sistema límbico. Atua no controle do comportamento além de controlar várias condições internas do corpo: temperatura, impulso alimentar, etc. Essas funções internas são, em conjunto, denominadas funções vegetativas do encéfalo, e seu controle estão relacionados com o comportamento e mantém vias de comunicação com todos os níveis do sistema límbico; desempenha, ainda, um papel nas emoções, pois as partes laterais parecem envolvidas com o prazer e a raiva, enquanto que a porção mediana parece mais ligada à aversão, ao desprazer e à tendência ao riso incontrolável. No entanto, é mais importante nas expressões e manifestações sintomáticas dos estados emocionais do que na gênese destes. A via ou trajetória dos estímulos emocionais passa pelo hipotálamo, vindo do sistema límbico (amígdala) e se dirigem aos órgãos efetores (glândulas), e, retorna ao sistema límbico, vindo do próprio hipotálamo aos centros límbicos e, destes, aos núcleos pré-frontais, aumentando, por um mecanismo de feed-back negativo, a ansiedade, podendo até chegar a gerar um estado de pânico.

5. Giro Cingulado (ou Giro do Cíngulo): situado na face medial do cérebro entre o sulco cingulado e o corpo caloso, que é um feixe nervoso que liga os dois hemisférios cerebrais. Sua porção frontal coordena odores e visões com memórias

agradáveis de emoções anteriores. Esta região participa ainda, da reação emocional à dor e da regulação do comportamento agressivo. A cingulectomia em animais selvagens domestica-os; e a cingulomia – a secção de um feixe - interrompe a comunicação neural do circuito de Papez, reduzindo o nível de depressão e de ansiedade pré-existentes.

6. Tronco Cerebral: região responsável pelas reações emocionais, porém, de forma mais primitiva se compõe da formação reticular e do *locus ceruleus*, que é uma massa concentrada de neurônios secretores de noradrenalina. Essas estruturas participam dos mecanismos de alerta e da manutenção do ciclo vigília-sono.

7. Área Tegmental Ventral: grupo de neurônios localizados em uma parte do tronco cerebral que secreta dopamina. A descarga espontânea ou a estimulação elétrica dos neurônios da região dopaminérgica mesolímbica produz sensações de prazer, algumas delas similares ao orgasmo. Estudos têm demonstrado que indivíduos que apresentam, por defeito genético, redução no número de receptores das células neurais dessa área, tornam-se incapazes de se sentirem recompensados pelas satisfações comuns da vida e buscam alternativas "prazerosas" atípicas e nocivas como, por exemplo, alcoolismo, cocainomania, compulsividade por alimentos doces e pelo jogo desenfreado.

8. Septo: situado à frente do tálamo, por sobre o Hipotálamo. A estimulação de diferentes partes desse septo desencadeia efeitos comportamentais distintos. Na frente do tálamo, situa-se a área septal, onde estão localizados os centros do orgasmo. Certamente por isto, esta região se relaciona com as sensações de prazer, notadamente as associadas às experiências sexuais.

9. Área Pré-Frontal: apesar de não fazer parte do circuito límbico tradicional, suas intensas conexões com o tálamo, amígdala e outras áreas sub-corticais, explicam o importante papel que desempenha na expressão dos estados afetivos, pois quando o córtex desta área é lesado, o indivíduo perde o senso de suas responsabilidades sociais, bem como a capacidade de concentração e de abstração. Em alguns casos, a pessoa, mantém intactas a consciência e algumas funções cognitivas, como a linguagem, mas não consegue resolver problemas mais elementares. A lobotomia pré-frontal acarreta um estado de embotamento afetivo passando a não demonstrar quaisquer sinais de alegria, tristeza, esperança ou desesperança.

3.4. O Cérebro e a Regulação Emocional:

O cérebro humano possui sistemas de regulação naturais que controlam as emoções negativas e alterações nesses sistemas parecem aumentar dramaticamente o risco de comportamento impulsivo violento. Essas pesquisas têm se fundamentado nas imagens funcionais cerebrais realizadas em pessoas violentas ou predispostas à violência, em outras palavras, em pessoas que preenchem os critérios para diagnóstico de Transtorno Explosivo da Personalidade, bem como aquelas com lesões cerebrais ocorridas na infância e assassinos condenados.

As pesquisas têm mostrado a existência de elementos neurológicos comuns em pessoas consideradas com dificuldades em regular impulsos agressivos apropriadamente. Este estudo avaliou várias regiões interconectadas do córtex pré-frontal do cérebro, áreas estas relacionadas ao controle das emoções negativas. Essas relações entre violência e tais disfunções cerebrais abrem um novo caminho para a compreensão e o tratamento da violência e agressão. Uma das constatações se refere ao inter-relacionamento entre áreas distintas da região cerebral, tais como o córtex frontal orbital, o córtex cingulado anterior e a tonsila cerebelar. O córtex frontal orbital tem um papel crucial no refreamento da explosão impulsiva enquanto que o córtex cingulado anterior ativa outras regiões para responder ao conflito. A amígdala estaria envolvida na produção de uma resposta ao medo e à outras emoções negativas. As pesquisas têm demonstrado atividade anormal ou falta de atividade nas regiões orbital e anterior, enquanto que a amígdala mostra uma atividade normal ou aumentada. Também foram encontradas disfunções em regiões cerebrais comuns com base em imagens cerebrais de assassinos portadores de Distúrbio da Personalidade Impulsiva Agressiva, no CID.10 - Personalidade Borderline, e a outro grupo diagnosticado com Distúrbio da Personalidade Anti-social, no CID.10 - Dissocial e Instabilidade Emocional.

IV. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO:

Há muitos anos, situações de desespero eram mais comuns, pois as epidemias devastavam cidades, as guerras eram freqüentes, e os episódios de violência inquietavam o equilíbrio psíquico. Imaginou-se que o progresso, o conforto gerado pelas novas tecnologias e o desenvolvimento das ciências e do conhecimento viessem a proporcionar mais segurança, estabilidade e equilíbrio psíquico ao ser humano, porém, nos dias atuais não é incomum que uma pessoa passe pela vida sem enfrentar uma tragédia como a perda do emprego, dificuldade financeira, doenças em família, falecimento de pessoas próximas, entre outros. Porém, algumas pessoas são submetidas a uma experiência excepcionalmente ruim, como a perda súbita de um parente em um acidente automobilístico, um incêndio, um catástrofe climática, estupro, seqüestro, terrorismo, violência urbana, processo judicial, etc. Para algumas pessoas episódios como estes podem representar uma fragmentação da estrutura psíquica. Observa-se, portanto, que a exposição a trauma tem feito parte da condição humana. Estas situações sócio-econômicas e culturais continuam a produzir seqüelas psicológicas na sociedade.

Ao mesmo tempo em que a exposição à violência urbana tem aumentado, registra-se um aumento dos casos de Transtorno por Estresse Pós-Traumático e, concomitantemente, um aumento na incidência de Transtorno Depressivo Maior. Conquanto não esteja claro se a Depressão Maior predispõe ao desenvolvimento de Transtorno por Estresse Pós-Traumático ou se, ao contrário, o Transtorno por Estresse Pós-Traumático baixa a resistência à doença depressiva, a Depressão e o Transtorno por Estresse Pós-Traumático são, freqüentemente, encontrados juntos. Hipotetiza-se que a doença depressiva baixa a capacidade da pessoa se adaptar e suportar os efeitos de um trauma severo.

Tem-se evidenciado um aumento da prevalência do Transtorno por Estresse Pós-Traumático, com taxas mais altas ainda entre adolescentes e adultos jovens, nos últimos anos. O aumento da prevalência implica num aumento real da ocorrência de Transtorno por Estresse Pós-Traumático durante o tempo de vida. Como a violência urbana e a agressão interpessoal constituem ameaça à vida, à integridade física e à sensação de segurança das pessoas de forma cotidiana, a resposta emocional das pessoas sob a forma de Transtorno por Estresse Pós-Traumático começa a se tornar uma

ocorrência frequente. Trata-se dos transtornos emocionais desencadeados pelo esforço adaptativo do indivíduo ao seu meio e, quanto mais hostil for esse meio, maiores as probabilidades de transtornos emocionais. A idéia do Transtorno por Estresse Pós-Traumático é um conceito desenvolvido a partir de 1980, nas classificações internacionais (CID.10 e DSM.IV), que permitiu unificar uma série de categorias de transtornos emocionais reativos a acontecimentos traumáticos anteriormente dispersos na classificação psiquiátrica.

No século XIX, entretanto, diversos psiquiatras e neurologistas já reconheciam os sintomas característicos do atual Transtorno por Estresse Pós-Traumático, incluindo o quadro dentro da neurose histérica ou de conversão. Em 1920, Freud definiu o conceito de Trauma Psíquico sofrido pelos ex-combatentes como uma espécie de “ruptura da barreira aos estímulos”. Depois da Segunda Guerra Mundial ressurgiu o interesse pelas manifestações clínicas desta síndrome, a qual passou a ser conhecida como “neurose traumática ou de guerra”. Portanto, a patologia conhecida por Neurose de Guerra, ressurgiu hoje nos grandes centros urbanos como uma resposta do cidadão comum às agressões que a sociedade moderna lhe impõe. O diagnóstico Transtorno por Estresse Pós-Traumático é cada vez mais frequente no campo pericial, e tem sido um diagnóstico útil na clínica, permitindo o estudo de um quadro clínico emocional causado especificamente por um acontecimento traumático.

Em 1980, o Transtorno do Estresse Pós-Traumático foi acrescentado à terceira edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) esta atitude preencheu um importante hiato na teoria e prática da Psiquiatria, pois a mudança significativa trazida pelo conceito do Transtorno do Estresse Pós-Traumático foi estipular que o agente etiológico estivesse fora do próprio indivíduo e não fosse uma fraqueza individual inerente. Deste modo a prerrogativa para compreensão científica da expressão clínica do Transtorno do Estresse Pós-Traumático passou a recair sobre o conceito de "trauma".

4.1. A significância do “Trauma”:

No DSM-III, um evento traumático foi conceitualizado como estressor catastrófico fora do alcance da experiência habitual humana. Os estudiosos do tema - Transtorno do Estresse Pós-Traumático - tinham em mente eventos tais como guerra, tortura, estupro, o holocausto nazista, o bombardeio atômico no Japão, catástrofes

naturais, bem como catástrofes provocadas pelo homem e as enfermidades ou acidentes com grave risco de vida. Consideraram eventos traumáticos como claramente diferentes dos estressores muito dolorosos, que constituem problemas do cotidiano, como divórcio, falha, rejeição, doença grave, reveses financeiros e etc. Assim posto, as respostas psicológicas adversas lógicas a tais "estressores comuns", em termos de DSM-III, seriam caracterizadas como Transtornos de Ajustamento, e não Transtorno do Estresse Pós-Traumático. No entanto, esta dicotomia entre estressores traumáticos e não traumáticos se baseou na suposição de que, embora a maioria dos indivíduos tenha a capacidade de enfrentar estresse comum, suas capacidades adaptativas provavelmente são superadas quando confrontadas com um estressor muito traumático. Porém a relevância do Transtorno do Estresse Pós-Traumático é que, entre outros diagnósticos psiquiátricos o agente etiológico, qual seja: o estressor traumático ganha uma dimensão de destaque na moderna sociedade, uma vez que são bastante frequentes as seqüelas psico-traumáticas de pessoas vítimas de experiências traumáticas. Alguns tipos de eventos mais traumáticos que outros podem produzir taxas diferentes de Transtorno por Estresse Pós-Traumático, mas a severidade e cronicidade dos sintomas não seriam proporcionais apenas à magnitude do acontecimento, mas ao grau de risco da vítima, ou seja, seria composto pela sensibilidade afetiva da vítima e pela inclusão desta nos grupos de risco: militares, policiais, vigilantes, comerciantes, empresários, políticos, ativistas, religiosos, entre outros. Também tem sido observado uma prevalência entre adolescentes, sem que tal prevalência se modifique com o nível socioeconômico, uma vez que era similar tanto nas classes mais diferenciadas, quanto nas menos favorecidas.

4.2. Etiopatogenia:

Correntes enfatizam a influência da severidade das agressões no risco de desenvolver o Transtorno por Estresse Pós-Traumático; assinalam que a gravidade das seqüelas físicas é proporcional à importância do dano físico e que os feridos graves desenvolvem o, Transtorno por Estresse Pós-Traumático. A comorbilidade do Transtorno por Estresse Pós-Traumático com Transtorno Depressivo também é maior nessas pessoas, sobretudo quando se compara a incidência de depressão nos sujeitos severamente feridos, que é maior que nas pessoas feridas levemente ou não feridas. Contrapõe-se a esta perspectiva o fato da maior parte das vítimas de uma experiência traumática não desenvolver o transtorno. Isso torna necessário considerar outros fatores

que possam intervir na origem e manutenção do transtorno. A continuidade das pesquisas, frente às situações contraditórias acima expostas, leva a outro modelo de desenvolvimento etiológico que se baseia na teoria do processamento da informação, distinguindo-se três componentes:

A - Fatores constitucionais e de predisposição pessoal: 1. variáveis sócio-demográficas: sexo, idade, raça, nível socioeconômico, estado civil; 2. fatores de ajuste emocional pré-mórbido: depressão, ansiedade, história psiquiátrica prévia, estresse e experiências prévias, influenciando na concepção de pensamento e consciência que a pessoa tem sobre sua segurança, perigo e vulnerabilidade.

B – Fatores circunstanciais: vinculado às lembranças do acontecimento traumático, às relações entre a vítima e o agente causal, à brutalidade do ato e à percepção de risco de vida, o que produziria uma desorganização intrapsíquica caracterizada pela incapacidade de processar adequadamente as intensas emoções de medo, raiva, ansiedade e as lembranças traumáticas.

C - Fatores processuais psíquicos pós-traumático: reações imediatas: pavor, medo, depressão, desespero, ... o modo de superação do trauma que apresenta a vítima, os efeitos posteriores de evitação, as sensações de ameaças do entorno, os sentimentos de culpa, a auto-reprovação do que possa ter feito durante a experiência traumática e o suporte social que recebe depois.

4.3. Elementos clínico-diagnósticos:

O diagnóstico de Transtorno do Estresse Pós-Traumático está irremediavelmente ligado ao "critério do estressor": exposição da vítima a um evento que é considerado traumático. É, porém, importante salientar que há diferenças individuais com referência à capacidade de enfrentar estresse catastrófico, de modo que, enquanto algumas pessoas expostas a eventos traumáticos não desenvolvem Transtorno do Estresse Pós-Traumático, outras prosseguem para o desenvolvimento do transtorno; assim sendo, a dor, a experiência traumática é filtrada através de processos cognitivos e emocionais antes de poder ser avaliada como ameaça externa. Devido às diferenças individuais neste processo de avaliação, pessoas diferentes parecem ter diferentes limiares de trauma, algumas mais protegidas e outras mais vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas clínicos. Deve-se enfatizar que a exposição a eventos

como estupro, tortura, genocídio e intenso estresse de zona de guerra são experimentados como evento traumático por quase todos.

Os critérios diagnósticos do DSM-III para Transtorno do Estresse Pós-Traumático foram revisados no DSM-III-R (1987) e DSM-IV (1994). Estes critérios incluem história de exposição a "evento traumático" e sintomas de cada um destes quatro grupos: 1. evocações intrusivas: especifica que uma pessoa foi exposta a um evento catastrófico envolvendo morte ou lesão real ou ameaçada, ou ameaça à integridade física de si mesma é marcada por intenso medo, impotência ou horror; 2. sintomas de evitação/insensibilidade: sintomas refletindo estratégias comportamentais, cognitivas ou emocionais pelas quais os pacientes com Transtorno do Estresse Pós-Traumático tentam reduzir a probabilidade de que se exponham aos estímulos traumamiméticos ou, se expostos, minimizarão a intensidade de sua resposta psicológica. Estratégias comportamentais incluem evitar qualquer situação na qual percebam o risco de enfrentar tais estímulos; 3. sintomas de hiperestimulação: assemelham-se mais aos vistos no transtorno do pânico e da ansiedade generalizada. Conquanto sintomas como insônia e irritabilidade sejam genéricos na ansiedade, hipervigilância e alarme são mais peculiares. A hipervigilância no Transtorno do Estresse Pós-Traumático algumas vezes pode tornar-se tão intensa, que parece franca paranóia. A resposta do alarme tem substrato neurobiológico peculiar e realmente pode ser o sintoma mais patognomônico do Transtorno do Estresse Pós-Traumático; e, 4. o tempo de duração: os sintomas devem persistir a fim de se qualificarem para o diagnóstico de Transtorno do Estresse Pós-Traumático crônico ou tardio. No DSM-III, a duração obrigatória era de seis meses. No DSM-III-R, a duração foi abreviada para um mês, tendo aí permanecido no DSM-IV.

Para indivíduos com Transtorno do Estresse Pós-Traumático, o evento traumático permanece algumas vezes por décadas ou a vida toda. Trata-se de uma experiência psicológica dominante que retém seu poder de evocar pânico, terror, pavor, apreensão, aflição ou desespero, manifestos em fantasias diurnas, pesadelos traumáticos e reconstituições psicóticas conhecidas como flashbacks do Transtorno do Estresse Pós-Traumático. Além disso, estímulos traumamiméticos que desencadeiem evocações do evento original têm o poder de evocar imagens mentais, respostas emocionais e reações psicológicas associadas ao trauma.

Em sua manifestação mais extrema, o comportamento de evitação assemelha-se à agorafobia, porque o indivíduo com Transtorno do Estresse Pós-

Traumático tem medo de sair de casa, por temor de se confrontar com fatos que o remetam ao evento traumático. Dissociação e amnésia psicogênica estão incluídas entre os sintomas de evitação/insensibilidade pelos quais os indivíduos procuram apagar da experiência consciente as lembranças e sentimentos baseados no trauma. Geralmente, não conseguem tolerar emoções fortes, especialmente as associadas à experiência traumática, separam os aspectos cognitivos dos emocionais na experiência psicológica e percebem somente os primeiros. Esta "insensibilidade psíquica" é um tipo de anestesia emocional que torna extremamente difícil para as pessoas com Transtorno do Estresse Pós-Traumático participarem de relações interpessoais significativas.

Junto com a Depressão, o quadro clínico do Transtorno por Estresse Pós-Traumático é caracterizado pela presença de temores infundados intensos, agitação (mais freqüente em crianças) e a sensação de reviver o evento traumático ocorrido. Podem surgir imagens mentais, pensamentos recorrentes ou sonhos repetitivos, relacionados com o episódio traumático. O paciente pode agir como se o evento traumático estivesse realmente acontecendo de novo. Isto gera angústia e sofrimento psicológico intenso, trazendo como conseqüências o isolamento social, a improdutividade profissional e a deterioração da qualidade de vida.

Do ponto de vista clínico, é bem possível que os Transtornos Fóbicos dominem o quadro, apresentando medo exagerado e sofrível para sair de casa ou para freqüentar lugares públicos se a vivência foi bomba, incêndio... Também são freqüentes as Depressões persistentes com autodepreciação e sentimentos de ser uma carga para os demais.

Seja devido à comorbidade com a Depressão, seja pelo próprio Transtorno por Estresse Pós-Traumático, o paciente sente seu futuro desolador, turvo, e sem perspectivas. Depois da experiência traumática, a pessoa com Transtorno por Estresse Pós-Traumático mantém um nível de hiperatividade e hipervigilância crônica, com reação exagerada aos estímulos (sustos) e descontrole emocional, tendendo ora à irritabilidade, ora ao choro. Ainda como comorbidade é notado Transtorno Obsessivo Compulsivo e conflitos não resolvidos, além de outras múltiplas formas de apresentação emocional através de sintomas somáticos, de transtornos na relação interpessoal além de disfunções familiares. São também muito freqüentes os sintomas de perda do interesse, a sensação de um futuro abreviado, as condutas de evitação motora e o mal estar ao expor-se a estas situações. Esses sintomas são os itens mais freqüentes a afetar a quase totalidade dos indivíduos.

Lembranças intrusivas e sonhos traumáticos aparecem, sintomas estes que se atenuam com o passar do tempo. O item menos freqüente e menos intenso, apesar de relatado exuberantemente na literatura, parece ser a re-experimentação em forma de emoções, como se o fato estivesse ocorrendo de novo.

As condutas de evitação de atividades, lugares ou pessoas relacionadas com o acontecimento, também são as ocorrências comuns e intensas. Tem sido freqüente não apenas a evitação dos estímulos relacionados com o fato traumático, bem como pensamentos ou conversações que possam recordar a situação traumática.

Depois da experiência traumática pode ocorrer uma transformação duradoura da personalidade dos pacientes com Transtorno por Estresse Pós-Traumático. Trata-se de uma seqüela caracterizada por mudanças duradouras no estilo de perceber, pensar e relacionar-se consigo mesmo e com os demais. Esta alteração da personalidade não só produz mal estar ao paciente, mas repercute também na área familiar, social, ou ocupacional. Essa modificação costuma estar presente por pelo menos 3 anos.

4.4. Situações sociais estressoras:

Existem pesquisadores que analisam acontecimentos estressantes capazes de motivar o Transtorno por Estresse Pós-Traumático estudando o Transtorno em crianças que foram seqüestradas, em tais situações, encontrou-se o Transtorno por Estresse Pós-Traumático, o que demonstra que quando o agente estressante é suficientemente intenso e a vítima experimenta diretamente a experiência traumática a patologia pode ser desencadeada. Também têm sido pesquisadas as repercussões de desastres naturais no desenvolvimento do Transtorno por Estresse Pós-Traumático de variáveis intensidades, bem como os efeitos das guerras e dos refugiados que estas ocasionam. Outra situação social refere-se às vítimas da violência após a situação de agressão como: assaltos, acidentes de trânsito, seqüestros, violência sexual, presenciar uma situação violenta que ocorre com outra pessoa, pois estas situações podem ultrapassar o limiar de tolerância de uma pessoa em relação ao que ela experienciou. Por assim ser, a experiência da violência pode ser vivida como traumática, uma vez que a reação traumática não se desfazendo acarreta uma alteração do estado psíquico habitual.

Para entender este fenômeno é importante que se possa compreender os mecanismos da experiência de violência e os modos como uma pessoa pode viver a agressão durante e depois do evento. A pessoa que tem recordações com muita aflição,

incluindo imagens ou pensamentos do trauma vivenciado, sonhos amedrontadores pode reagir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente; daí advindo um intenso sofrimento psicológico que se desenvolve quando surgem lembranças de algum aspecto do trauma. Há uma intensa necessidade de se evitar sentimentos, pensamentos, conversas, pessoas ou lugares que ativem recordações do trauma. Também pode ocorrer uma incapacidade de se recordar algum aspecto importante do trauma, uma dificuldade em conciliar e manter o sono, irritabilidade ou surtos de raiva e baixa concentração. Em crianças podem ocorrer jogos repetitivos com expressão de temas ou aspectos do trauma, sonhos amedrontadores sem um conteúdo identificável e encenação específica do trauma. Há de se considerar que o transtorno de estresse pós-traumático pode se desenvolver algum tempo após o trauma. O intervalo pode ser breve como uma semana, ou longo como anos. Os sintomas podem variar ao longo do tempo e se intensificar durante períodos de estresse. As crianças e os idosos têm mais possibilidade de desenvolver estresse pós-traumático do que as pessoas na meia idade. Crianças que sofrem queimadura extensa mostram sintomas de transtorno de estresse pós-traumático um a dois anos após o ferimento.

4.5. A experiência traumática:

Considerando o desenvolvimento de Transtorno por Estresse Pós-Traumático e a natureza do trauma experimentado, a violência interpessoal é tida como um forte fator causal. Em alguns estudos, no cenário urbano o estupro tem um evento fortemente associado ao Transtorno por Estresse Pós-Traumático, tanto em homens como em mulheres. Outras formas de agressão à pessoa conferem um alto risco de Transtorno por Estresse Pós-Traumático subsequente, e não apenas para a vítima como, muitas vezes, às testemunhas. As crianças testemunhas da violência doméstica, mas que não foram elas próprias vítimas, também têm probabilidade de desenvolver Transtorno por Estresse Pós-Traumático quando comparadas as crianças que não testemunhavam tal. O transtorno também pode ocorrer após catástrofes naturais, como terremotos, furacões e acidentes, bem como guerra. Pesquisas sobre as conseqüências de catástrofes naturais e acidentes sugerem que, na fase inicial, podem haver consideráveis sintomas relacionados ao trauma, mas os efeitos tendem a diminuir mais rápido que no caso de violência interpessoal.

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático é o único dentro dos transtornos mentais que seu agente causal tem de ser perfeitamente conhecido, o que torna seu estudo altamente relevante. O conceito de estresse inclui quatro elementos: 1. um acontecimento “estressor”; 2. uma modificação do equilíbrio psicológico e fisiológico do organismo depois do acontecimento; 3. um desequilíbrio que se manifesta por um estado de ativação marcada por conseqüências neuropsicológicas, cognitivas e emocionais para o indivíduo; e, 4. mudanças que dificultam a adaptação do indivíduo. Vale salientar que a resposta individual vai depender de como a pessoa percebe a ameaça. Por isso tem sido cada vez maior o interesse pelas estratégias cognitivas de enfrentamento, já que esse tipo de terapia atua na valorização da realidade percebida. Portanto, o trauma estressor é a causa exclusiva do Transtorno por Estresse Pós-Traumático e, esse estado mórbido pode ocorrer facilmente a qualquer pessoa, pois, de acordo com o conceito do CID-10, para que um paciente seja classificado como portador de transtorno de estresse pós-traumático, deve ter vivenciado um estresse de tal magnitude que seria traumático para qualquer pessoa.

Existe uma grande divergência quanto à terminologia: vivência traumática-transtorno, e as pesquisas atuais estão dando maior importância ao aspecto subjetivo do estresse do que ao estresse em si mesmo. Isso porque, em muitas ocasiões, a maioria dos indivíduos expostos ao trauma não desenvolve nenhum transtorno, pelo que se poderia afirmar que o acontecimento traumático é necessário, mas não suficiente para o desenvolvimento do Transtorno por Estresse Pós-Traumático. Embora o estressor seja sempre um fator associado ao desenvolvimento do Transtorno por Estresse Pós-Traumático ele pode não ser o único, pois nem todos os indivíduos expostos ao estressor manifestam o Transtorno por Estresse Pós-Traumático. A atual literatura tem sugerido que o desenvolvimento do Transtorno por Estresse Pós-Traumático não depende somente da gravidade do trauma em si, parecendo evidente que as experiências subjetivas são tão importantes como as características objetivas do trauma.

O significado emocional do estressor para o paciente engloba todo um universo simbólico subjetivo de cada pessoa e já se apontam alguns fatores predisponentes de vulnerabilidade que parecem ter papéis fundamentais: a existência de traumas de infância; traços prévios de Transtorno da Personalidade (borderline, paranóide, dependente, ou anti-social); inadequado apoio sócio-familiar; antecedentes genético-constitucionais de patologias psiquiátricas; mudança de vida recente e estressante; e, consumo excessivo de substâncias psicoativas. Cabe ressaltar que os

idosos, devido à tendência de terem mecanismos mais rígidos de enfrentamento e de serem menos capazes de colocar em ação um enfoque flexível para lidarem com as experiências traumáticas, teriam também maior probabilidade de desenvolver o Transtorno por Estresse Pós-Traumático. E as crianças pequenas também, devido ao fato de ainda não possuírem um mecanismo de enfrentamento adequado para lidarem com os insultos físicos e emocionais do trauma.

Conclui-se que há evidências suficientes que corroboram para que o Transtorno por Estresse Pós-Traumático se trate de uma “reação vivencial anormal” diante de um acontecimento notadamente anormal, o qual inclui uma complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, portanto: objetivos e subjetivos.

4.6. Reação Aguda ao Estresse e Transtorno por Estresse Pós-Traumático:

Os trabalhos sobre o tema têm demonstrado que, em média, os pacientes reconhecem haver sofrido alterações psíquicas entre as primeiras horas e 3 dias depois do impacto do acontecimento traumático. Nesse espaço de tempo os sintomas mais frequentes tem sido a ansiedade, estado de aturdimento, desorientação parcial em relação ao entorno e alterações vegetativas. Os outros sintomas se descrevem menos frequentemente tais como as alterações dissociativas. Nesse caso, o diagnóstico mais provável será Reação Aguda ao Estresse e não o verdadeiro Transtorno por Estresse Pós-Traumático que, segundo o DSM-IV, a duração mínima dos sintomas seria de um mês. O DSM-IV também contem o conceito de transtorno de estresse agudo, Reação Aguda ao Estresse, que é aplicado a pacientes cujos sintomas ocorrem dentro de quatro semanas após o evento traumático e duram de dois dias a quatro semanas.

No tocante á Reação Aguda ao Estresse, conforme o CID.10, este se caracteriza por ser um transtorno transitório que ocorre na pessoa que não apresenta nenhum outro transtorno mental manifesto, em seguida a um estresse físico e/ou psíquico excepcional, e que desaparece habitualmente em algumas horas ou em alguns dias. A ocorrência e a gravidade de uma Reação Aguda ao Estresse são influenciadas por fatores de vulnerabilidade individuais e pela capacidade do sujeito de superar o traumatismo.

A sintomatologia é tipicamente mista e variável e comporta de início um estado de aturdimento, caracterizado por certo estreitamento do campo da consciência e

dificuldades de manter a atenção ou de integrar estímulos, e uma desorientação. Este estado pode ser seguido por um distanciamento do ambiente, podendo tomar a forma de um estupor dissociativo ou de uma agitação com hiperatividade (reação de fuga); apresentam também sintomas neurovegetativos, de uma ansiedade de pânico com taquicardia, transpiração, ondas de calor. Os sintomas se manifestam, habitualmente, nos minutos que seguem a ocorrência do estímulo ou do acontecimento estressante e desaparecem no espaço de dois a três dias, freqüentemente, algumas horas depois os sintomas já se aliviaram.

O Transtorno por Estresse Pós-Traumático, por sua vez, em conformidade com o CID-10, constitui uma resposta retardada ou protraída a uma situação ou evento estressante, de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, e que seria capaz de provocar perturbação emocional na maioria das pessoas. Fatores predisponentes tais como certos traços de personalidade ou antecedentes emocionais, podem diminuir a tolerância individual para a ocorrência da síndrome ou agravar sua evolução, no entanto, esses antecedentes não são suficientes para explicar a ocorrência do transtorno. Para o diagnóstico de Transtorno por Estresse Pós-Traumático é necessário um tempo de latência entre o trauma e o aparecimento da sintomatologia. Esse período de latência médio corresponde a 4,5 meses, aproximadamente.

Em resumo, pode-se afirmar que a Reação Aguda ao Estresse é uma reação emocional aguda e exuberante que se segue imediata ou mediamente ao evento traumático, durando por um período de dois dias à quatro semanas. Já o Transtorno por Estresse Pós-Traumático seria, igualmente, uma reação emocional a algum evento traumático que surge algum tempo depois deste e que dura no mínimo um mês.

4.7. Capacidade de aprendizado e Transtorno por Estresse Pós-Traumático:

Algumas pesquisas têm revelado que pacientes com Transtorno por Estresse Pós-Traumático podem apresentar limitação da memória e do aprendizado como os que acomete pacientes vítima de estupro, pois nesta situação apresentam uma incidência significativa de depressão severa que comprometem a cognição.

V. REFLEXO DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO SOBRE A VIOLÊNCIA:

Apesar das constatações sobre os efeitos da violência na saúde mental e de que a história da humanidade está marcada por crimes, os especialistas continuam buscando as fórmulas mais eficazes para evitar que as pessoas que sofrem este tipo de catástrofe acabem desenvolvendo algum transtorno psíquico. A importância da intervenção imediata depois do atentado, por meio de uma informação adequada, ouvindo e lidando com a ansiedade da vítima e respaldando de forma prática suas necessidades emocionais. Os trabalhos demonstram o valor do pronto diagnóstico para evitar problemas mentais no futuro. Muitas das alterações psíquicas que envolvem os soldados, consideradas como crises emocionais, também podem ocorrer na população civil. E estas crises podem evoluir para um problema psiquiátrico crônico. Mas atrelado a isso surge uma preocupação, qual seja: a possibilidade de uma supervalorização diagnóstica para esse transtorno, pois estar angustiado, ansioso ou “nervoso”, estar reagindo emocionalmente de uma maneira a algo estranho por alguns dias não significa ter Transtorno de Estresse Pós-traumático”. Algumas observações têm constatado que só um terço das pessoas expostas a estas situações traumáticas, não apenas às situações que envolvam terroristas, mas também as catástrofes naturais, acidentes viários e, inclusive, a violência doméstica, tem probabilidades de apresentar o Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Apesar disso, estudos psiquiátricos, particularmente dirigidos à questão terrorista, têm demonstrado que suas vítimas apresentam o dobro da porcentagem de risco que tem a população geral de padecer algum transtorno mental. É fato que a psicopatologia vinha negligenciando o Transtorno de Estresse Pós-Traumático porque os profissionais da área de saúde mental têm cogitado tal diagnóstico com mais flexibilidade e porque a periculosidade e a expectativa insegura têm aumentado muito no ser humano dos grandes centros. Corroboram com o aqui exposto à pesquisa de Amor (2001), que realizou uma pesquisa com pacientes que apresentavam sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático relacionado com o terrorismo urbano, envolvidos em atentados terroristas. Há de se destacar que o terrorismo, por sua vez, é uma das manifestações da violência que, nos últimos anos e junto com grandes

catástrofes naturais, tem contribuído para sensibilizar a opinião médica e pública sobre a patologia Pós-Traumática, pois se sabe hoje, serem freqüentes as seqüelas psico-traumáticas nas pessoas afetadas por atentados terroristas.

É provável que as vítimas de atentados terroristas tenham a gravidade de seu quadro de Transtorno de Estresse Pós-Traumático influenciado tanto pela severidade dos eventuais ferimentos recebidos, pela magnitude do atentado e, sobretudo, pela sensibilidade emocional de cada um. As pesquisas têm demonstrado que as vítimas mais afetadas por atentados ou outras formas de violência, ou seja, aquelas que desenvolvem e continuam mantendo um Transtorno de Estresse Pós-Traumático, podem vir a sofrer uma série de mutações em suas personalidades. Entre as características observadas nas Alterações de Personalidade decorrentes de experiências traumáticas, como atentados, guerras e catástrofes se destacariam: 1. aumento dos sentimentos de ira ou vingança; 2. diminuição da capacidade de concentração; 3. aumento da agressividade e irritabilidade; 4. diminuição do interesse pelas coisas; 5. dores psicogênicas e psicossomáticas; 6. depressão e ansiedade; 7. diminuição da capacidade de comunicação com os outros; 8. diminuição da capacidade de externar sentimentos; e, 9. sentimentos de culpa. Vale ressaltar que algumas dessas respostas emocionais pessoais podem ser consideradas normais, entretanto, se não tratadas adequadamente, podem transformar-se em reações patológicas ou crônicas. Pelo exposto, é que em países mais desenvolvidos, grandes esforços têm sido dirigidos para a prevenção de transtornos emocionais em vítimas da violência. Em relação ao terrorismo, há certo consenso sobre os benefícios de uma intervenção psicológica e psiquiátrica imediatamente após o atentado. Esse atendimento imediato objetiva proporcionar informação adequada, ouvir o paciente, manejar sua ansiedade.

A “violência cega” que é um tipo de agressão ao psiquismo humano muito freqüente atualmente, resultando de atentados terroristas aos grandes centros urbanos, indiscriminados e aleatórios nos quais as vítimas se sentem alvos intencionais, ocasionando uma ilusão ou sensação de referência e centralidade, aparecem sentimentos de vulnerabilidade e insegurança. Nesta situação as vítimas sentem terem sido destruídos seus sistemas de crenças e de valores levando a uma caracterização do mundo como um lugar inseguro e ameaçante. Essas vítimas se sentem profundamente inseguras e vulneráveis, com prejuízo severo da auto-estima, desconfiando de tudo e de todos e desencadeando sensações persecutórias. Clinicamente, os Transtornos Fóbicos dominam o quadro inicial depois do contato com a violência cega, havendo temor

exagerado e impulsos de sair de lugares públicos. Seguem-se quadros de depressões persistentes com autodepreciação e sentimentos de ser um fardo para as pessoas e a sociedade, deste modo, o futuro se torna desolador, pois o tempo se detém no momento do atentado. A resposta afetiva dessas pessoas se mantém num nível de hiperatividade crônica, com freqüentes sobressaltos (maior reatividade) e irritabilidade (descontrole emocional). A evolução do Transtorno de Estresse Pós-Traumático nesses casos costuma ser muito prolongada e, finalmente, poderá ocorrer uma progressiva alteração da personalidade cujos sintomas mais freqüentes são a restrição afetiva e relacional, isolacionismo e ostracismo, e alguns transtornos psicossomáticos, tais como a hipertensão, alterações de tireóide, diabetes, úlcera digestiva, eczemas, urticária, asma brônquica, etc.

A pesquisa de Amor (2001), sobre o Transtorno por Estresse Pós-traumático relacionado com o terrorismo urbano, mostra ainda que as vítimas de agressão por arma de fogo foram em porcentagem de 19% e 12% dos pacientes se distribuíram em outros acontecimentos relacionados com as atividades terroristas mais difíceis de sistematizar, tais como seqüestro e outras agressões físicas e ameaças. Ainda aparece um grupo de 15% de pacientes com Transtorno por Estresse Pós-traumático representado por pessoas que haviam participado de tarefas de salvamento, reconhecimento de cadáveres, sugerindo que as lesões físicas nem sempre acompanham o Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

De acordo com o modelo biomédico, é possível interpretar os sintomas do Estresse Pós-Traumático como uma adaptação normal do corpo humano ante uma agressão externa. Considerar essa ocorrência como uma maneira de adoecer e propor uma terapêutica pode constituir um erro até porque há de se considerar que a reivindicação do trauma e suas conseqüências psicopatológicas por alguns setores sociais poderiam resultar em importantes ganhos psicológicos, ocupacionais e até econômicos tais como: a difusão de livros de auto-ajuda, a exploração profissional de centros e programas específicos de tratamento e treinamento preventivo, mudanças nos hábitos cotidianos das pessoas, necessidade de proteção continuada, afastamento da vida profissional e aposentadoria precoce. Isso pode fazer pensar no Transtorno de Estresse Pós-traumático como uma doença ligada à cultura, principalmente no tocante ao “benefício secundário da doença”.

Os “benefícios secundários da doença” são expressos na cultura onde a possibilidade de agressão justifica que as crianças recebam proteção continuada, que se

invista em equipamentos e mão de obra especializada em segurança, alimentando-se a indústria das seguradoras, que se promova o isolacionismo, que se exerça uma nova forma de controle social, por meio do pretense controle sobre o direito de ir e vir e da privacidade. Porém, é óbvio que existem pessoas que sofram, de fato, um conjunto de sintomas profundamente graves e invalidantes depois de uma experiência traumática. Mas isso não implica numa “epidemia” que requeira a mobilização de toda uma infraestrutura sócio-cultural e dos sistemas de saúde.

5.1. Controvérsias:

Um dos grandes contestadores da incidência ficticiamente alta do Transtorno de Estresse Pós-traumático é o antropólogo da escola de Psiquiatria Transcultural da Universidade McGill em Canadá, Allam Young. Young (1995) é radical, talvez exageradamente radical, ao considerar que o Transtorno de Estresse Pós-traumático simplesmente não existe. No livro *The Harmony of Illusions*, repassa todos os processos e transações que levariam ao surgimento do conceito do Transtorno de Estresse Pós-traumático, bem como as razões culturais e sociológicas que o justificariam. Para Summerfiel (2001), autor de *The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category*, o grande negócio da indústria do trauma é o seu “desejável” potencial iatrogênico. Summerfiel, psiquiatra da Medical Foundation for the Care of Victims of Torture de Londres acha que o calor do conceito de Transtorno de Estresse Pós-traumático se desenvolveu dentro da florescente indústria do trauma: “... uma estrutura médica que consegue abundantes fundos públicos, livros, manuais, centros monográficos de tratamento, especialistas, assessores e gurus... Toda uma estrutura que move milhões de dólares, que dá prestígio...”. Ele cita como exemplo de suas suspeitas que, só na guerra de Bósnia, a União Européia financiou mais de uma centena de programas psicossociais que teriam como denominador comum, não o fortalecimento comunitário, mas a detecção e tratamento de quadros de Estresse Pós-Traumático.

Pelo enfoque latino-americano, com larga tradição no trabalho com vítimas e sobreviventes de violência política e catástrofes, Martín-Baró (1995), do departamento de Psicologia Social da Universidade Centroamérica (UCA) de Salvador. Martín-Baró sua obra *Psicología Social de la guerra: trauma y terapia* tem sido um manual da psicologia e psiquiatria latino-americanas relacionados com as situações de guerra e

repressão. Para este pesquisador a saúde mental não deve ser entendida a partir de uma dimensão exclusivamente individual, onde se analisariam as conseqüências sobre cada indivíduo isolado do processo da guerra. A saúde mental se constituiria, sobretudo, numa dimensão das relações entre as pessoas e grupos, ainda que essa dimensão produza em cada pessoa diversas manifestações (sintomas) e estados (síndromes). O trauma psíquico será uma ferida ou cicatriz particular que uma experiência difícil ou excepcional deixa numa pessoa bastante concreta. Quando se fala em trauma social, estaríamos nos referindo à maneira como os processos históricos podem deixar afetada toda uma população. Seu viés é centrado na perspectiva ampla de reconhecimento das dificuldades emocionais ligadas ao medo, ao abandono social, ao temor maciço, à perspectiva de realidade do exílio e aos conflitos traumáticos.

Silove (2000), estudando os solicitantes de asilo político na Austrália, evidenciou a necessidade de adoção de estrutura suficiente para as condições sociais desejáveis por parte dos países acolhedores, minimizando os casos de estresse de imigração. O autor ressalta que a profissão médica tem um papel relevante, no sentido de educar o público sobre os riscos potenciais do Estresse Pós-traumático na imigração não planejada e, junto aos governos, alertando as autoridades para os riscos emocionais de políticas excessivamente ásperas. Por outro lado, representando a tendência européia, Summerfield é muito mais radical. Para ele, não se trata da psiquiatria saber se existe ou não, se deve existir ou não alguma perspectiva psicossocial. Acredita que os médicos, os psiquiatras e os psicólogos não têm nada que dizer diante de um problema essencialmente social e político. E, para Summerfield, cada vez que a psiquiatria se envolve nessa questão estaria tentando patologizar a realidade e assumir compromissos indevidos e pretensiosamente onipotentes.

CONCLUSÃO

O trabalho procurou evidenciar a existência de uma crescente preocupação com o estudo da violência e de seus efeitos, bem como, a volta do interesse do trauma na gênese das doenças mentais. É importante salientar que o ambiente pode levar a inúmeras alterações biológicas e comportamentais que contribuem como fatores de risco ao desenvolvimento das psicopatologias.

O funcionamento do cérebro é indissociável do meio ambiente. O trauma em indivíduos suscetíveis provoca alterações no seu funcionamento que podem levar aos sintomas de TEPT. Por assim ser, constituem-se em fatores de risco que estão sendo pesquisados dentro de variadas vertentes.

O tratamento medicamentoso deve ser longo, pois a resposta é mais lenta, porém contínua. A associação com psicoterapia e também combinações medicamentosas deve ser a regra, devido aos baixos índices de remissão.

Por fim, uma vez que os eventos traumáticos fazem parte do nosso cotidiano, a TEPT encontra-se no centro das atenções e dos avanços da psiquiatria atual. Tendo em vista que no Brasil há poucas vítimas de catástrofes naturais e terrorísticas, o que constituem fatores que preponderam em outros países, no Brasil convivesse com a violência doméstica e urbana e pouco se sabe sobre o impacto dessa violência na saúde mental da população brasileira. Este fato por si só já se constitui num elemento de relevância para que se invista ainda mais em pesquisas desta natureza.

BIBLIOGRAFIA

Amor, José Luis Medina; Pérez, José Luis e Gancedo, Inigo. *Estudio clínico del trastorno por estrés postraumático relacionado con el terrorismo urbano*. 2001. Disponível em www.psiquiatria.com/articulos/estres/2455

Baker, L., Mack, W., Moffitt, T. & Mednick, S. *Sex differences in property crime in a Danish adoption cohort*. *Behavior Genetics*. Vol. 19, n.º 3, p. 355-370, 1989. Disponível em www.springerlink.com/content/j6130111u5x21wm7

Cadoret, R., Troughton, E., Bagford, J. & Woodworth, G. *Genetic and environmental factors in adoptee antisocial personality*. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*. Vol. 239, n.º 4, p. 231-240, 1990. Disponível em www.springerlink.com/content/h5u0325114n5j825

França, Gernival Veloso de. *Fundamentos de Medicina Legal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. *Avaliação e Valoração do Dano Psíquico*, in. Jurifran - Página Jurídica, Internet. Disponível em www.orbita.starmedia.com/~jurifran/ajpsiq.html

Martín-Baró, Ignacio. *Psicología Social de la guerra: trauma y terapia*. El Salvador: UCA EDITORES, 1990. Disponível em www.copmadrid.org/pspolitica/introguerra.htm

Mannheim, H. *Criminologia Comparada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1984. Vol. I. Disponível em grandelocadoqueijolimiano.blogspot.com/2004/06/criminologia-comparada.html e www.dgsi.pt/bisp2.nsf/0/aff8defb3539c5a68025676200651fec?OpenDocument

Mednick, S. & Kandel, E. *Genetic and perinatal factors in violence*. In T. Moffitt & S. Mednick (Eds.) *Biological contributions to crime causation*, p. 121-131. Netherlands: NATO ASI Series, 1988. Disponível em www.ncjrs.gov/html/ojjdp/jjbul2000_04_5/pag3.html

Mednick, S., Gabrielli, W. & Hutchings, B. *Genetic influences in criminal convictions: evidence from an adoption cohort*. *Science*. n.º 224, 891-894. 1984. Disponível em www.sciencemag.org/cgi/content/abstract/224/4651/891

Queirós, Cristina. *A importância das abordagens biológicas no estudo do crime*. Revista do ministério público, Lisboa, a.18, n.69 (Jan.-Mar), p.37-53, 1997. Disponível em www.dgsi.pt/bgpl/bgpl.nsf/0/8df15697a946a01b802570c9003f675f?OpenDocument

Silove, D., Z. Steel, and C. Watters. *Policies of Deterrence and the Mental Health of Asylum Seekers*. Revista JAMA, n.º 284, p. 604-611, 2000. Disponível em jama.ama-assn.org/cgi/reprint/284/5/604.pdf

Summerfield, Derek. *The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category*. 2001. Disponível em www.bmj.com/cgi/content/full/322/7278/95

Young A. *The Harmony of Illusions*. New York: Plenum Press, 1995. Disponível em press.princeton.edu/titles/5802.html

OBRAS CONSULTADAS

Chalub, Miguel; Taborda, José G. V.; e, Abdlla-Filho, Elias. *Psiquiatria Forense*. São Paulo: Artmed, 2004.

Kaplan, Harold I.; Ggrebb, Jack A.; e Ssadock, Benjamin James. *Compêndio de Psiquiatria*. São Paulo: Artmed, 1997.

Mednick, S. *Biological factors in crime causation: the reactions of social scientists*. In S. Mednick, T. Moffitt & S. Stack (Eds.). *The causes of crime, new biological approaches*, pp. 1-6, 1987. Cambridge: Cambridge University Press. Disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=6642820&dopt=Citation

Pérez, Sales P. *Importancia del concepto de trauma y sus implicaciones para el trabajo en salud mental en violencia política y catástrofes – Conferência no Interpsiquis 2001*. 2º. Congresso On-Line de Psiquiatria, 1 Fevereiro a 7 Março 2001. Disponível em www.psiquiatria.com/congreso e <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2230>

Risso, R. E. *Daño psíquico, Delimitación y diagnóstico. Fundamento teórico y clínico del dictamen pericial*. In. AAP, Internet. S/d. Disponível em www.aap.org.ar/publicaciones/forense/forense-12/tema2.htm

SITES CONSULTADOS

Buscasalud - www.buscasalud.com/

Instituto de Victimologia - www.institutodevictimologia.com/Publica2.htm

Jornal Brasileiro de Psiquiatria - acd.ufrj.br/ipub/jbp.htm

Medical Service - www.medicalservices.com.br/

Psicosite - www.psicosite.com.br/index.htm

Revista Arquivo Brasileiro de Psiquiatria - www.scielo.br

Revista Brasileira de Psiquiatria - www.scielo.br

Revista Ciências & Cognição - www.cienciasecognicao.org/

Revista da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Instituto de Psiquiatria – www.neurociencias.org.br/Home.php

Revista de Neurociência - www.unifesp.br/dneuro/neurociencias/index.htm

Revista de Psiquiatria Clínica - www.scielo.br

Revista do Centro de Psiquiatria da UNIFESP - www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/index.htm

Revista Psiquiatria Biológica - db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/home.home

Revista The New England Journal of Medicine - content.nejm.org/

Serviço Brasileiro de Informação Médica - www.neuropsiconews.org/jornal/

Universidad Nacional de Educacion a Distancia - www.psiquiatria.com/index.ats

Dr. Maurício Aranha - Médico pela Universidade Federal de Juiz de Fora; Especialista em Neurociência e Saúde Mental pelo Instituto de Neurociências y Salud Mental da Universidade da Catalunya; Pesquisador do Núcleo de Psicologia e Comportamento do Instituto de Ciências Cognitivas. E-mail: dr_mauricioaranha@yahoo.com.br