



JAÉLLYA RODRIGUES DE SOUZA

**ESQUIZOFRENIA E PARRICÍDIO: ESTUDO DE FATORES
PREDITIVOS EM PACIENTES HOMICIDAS E PARRICIDAS
DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO
PSIQUIÁTRICO DE PERNAMBUCO**

**RECIFE
2009**

JAÉLLYA RODRIGUES DE SOUZA

**ESQUIZOFRENIA E PARRICÍDIO: ESTUDO DE FATORES
PREDITIVOS EM PACIENTES HOMICIDAS E PARRICIDAS
DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO
PSIQUIÁTRICO DE PERNAMBUCO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), área de concentração em Psiquiatria, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Orientador:

Prof. Dr. Adelson Santos

Co-orientador:

Prof. Dr. Othon Bastos

**RECIFE
2009**

Souza, Jaélly Rodrigues de

Esquizofrenia e parricídio: estudo de fatores preditivos em pacientes homicidas e parricidas do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco / Jaélly Rodrigues de Souza. – Recife : O Autor, 2009.

197 folhas; il., fig., tab.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2009.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Esquizofrenia. 2. Parricídio. 3. Homicídio. 4. Psiquiatria forense. I. Título.

616.89
616.898

CDU (2.ed.)
CDD (20.ed.)

UFPE
CCS2010-089

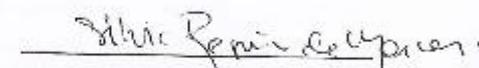
RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DA
DOUTORANDA JAÉLLYA RODRIGUES DE SOUZA

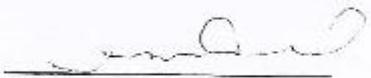
No dia 17 de dezembro de 2009, às 9h, no Auditório Professor Murilo La Grega do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os Professores: Ivanor Velloso Meira Lima, Doutor Professor do Departamento de Medicina Clínica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Sílvia Regina Arruda de Moraes, Doutora Professora do Departamento de Anatomia Patológica da Universidade Federal de Pernambuco; Adonis Reis Lira de Carvalho, Doutor Professor do Departamento de Patologia da Universidade Federal de Pernambuco; Othon Coelho Bastos Filho, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco e Adelson Antonio da Silva Santos, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram a Doutoranda JAÉLLYA RODRIGUES DE SOUZA, sobre a sua Tese intitulada "ESQUIZOFRENIA E PARRICÍDIO: ESTUDO DE FATORES PREDITIVOS EM PACIENTES DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE PERNAMBUCO", orientada pelo Professor Adelson Antonio da Silva Santos. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da Doutoranda, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

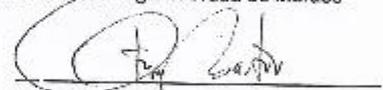
- Prof. Dr. Ivanor Velloso Meira Lima
- Prof.ª Dr.ª Sílvia Regina Arruda de Moraes
- Prof. Dr. Adonis Reis Lira de Carvalho
- Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho
- Prof. Dr. Adelson Antonio da Silva Santos

APROVADA
APROVADA
APROVADA
APROVADA
APROVADA


Prof. Dr. Ivanor Velloso Meira Lima


Prof.ª Dr.ª Sílvia Regina Arruda de Moraes


Prof. Dr. Adonis Reis Lira de Carvalho


Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho


Prof. Dr. Adelson Antonio da Silva Santos
Presidente da Banca

Ao Prof. Adelson Santos, Orientador, que me proporcionou uma grande experiência de conhecimento acadêmico, porque foi através dele que tive a oportunidade de vê-lo como um exemplo de vida. Um ser humano inigualável, cuja humanidade toca até os mais céticos. Médico admirável, de profissionalismo invejável, de princípios éticos, morais e de uma simplicidade inabaláveis e com um conhecimento profundo das vicissitudes da ciência e da vida, que encantam e estimulam a todos que têm a oportunidade de com ele conviver. É, portanto, um exemplo a ser imitado e admirado sempre.

Um pai na arte de cuidar,

Um mestre na arte de ensinar

Um deus na arte de viver.

Ao meu Pai, Jackson Rodrigues de Souza

Gerador biológico e espiritual

Em cujas pegadas quando criança me inspirei

Cuja memória, quando adulta

Me acompanha indene e recorrente.

Ao Pórtico incomensurável e profundo

Acrescentarei sempre a sua Presença

Que me guia e conforta.

À minha Mãe, Aliete Rodrigues de Souza.

Aos meus Irmãos Jaélison Rodrigues de Souza e Jaéllyka Rodrigues de Souza.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Othon Bastos, Orientador, que se dispôs a enriquecer este trabalho, com seu conhecimento e experiência de meio século de Psiquiatria.

Ao Prof. Adonis Carvalho, Mestre insigne, que norteou o meu gosto e interesse pela Medicina. Incentivador, formador, orientador de gerações de médicos, agradeço o privilégio de ter sido sua aluna.

À Profa. Sílvia Regina Arruda de Moraes, Mestre dedicada e atenciosa, exemplo de competência acadêmica e dedicação à formação científica.

Ao Prof. Ivanor Velloso Meira Lima, profissional dedicado e sempre integrado aos interesses do ensino e da pesquisa. Agradeço a aceitação para participar como examinador deste trabalho.

Ao Prof. Everton Sougey, cujo interesse e dedicação ao Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento facilitaram a execução desta tese.

Aos docentes do Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, pela transmissão de suas experiências e conhecimentos.

À Profa. Vânia Pinheiro, colega do Programa de Pós-graduação, pela ajuda inestimável e oportuna.

À Profa. Ladjane Araújo, colega do Programa de Pós-graduação, pela disposição, cooperação e disponibilidade com que sempre me distinguiu.

Aos colegas do Doutorado, pela oportunidade da boa convivência.

À Solange Martins, pela colaboração e atenção.

À Profa. Maria Izabel Santos, pela inestimável contribuição na escrita do texto.

À Profa. Denise Guerra de Almeida Teixeira, pelo acompanhamento e orientação técnica da elaboração da tese.

À Dra. Ivone França, Diretora do HCTP, meus agradecimentos pelo apoio a mim dispensado para a elaboração deste trabalho. Ressalto o interesse e a dedicação da Dra. Ivone na defesa dos internos do HCTP.

À equipe de enfermagem do HCTP, pelos préstimos e colaboração na atenção psiquiátrica aos pacientes.

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi comparar o quadro clínico dos esquizofrênicos homicidas considerando as suas vítimas e seu grau parental, como genitora e genitor, caracterizando o crime de parricídio cometido pelos pacientes estudados. O método utilizado consistiu em analisar os prontuários médicos de esquizofrênicos homicidas com os prontuários médicos de esquizofrênicos parricidas visando comparar através do estudo de sintomas e comportamento descrito apresentados pelos dois grupos de pacientes, o potencial preditor de periculosidade parricida em esquizofrênicos. Foram examinados os prontuários de sete pacientes autores de homicídio e seis pacientes autores de parricídio, todos com diagnóstico de esquizofrenia de acordo com os critérios diagnósticos do CID 10, internados no Hospital de Custódia e Tratamento psiquiátrico, cumprindo medida de segurança. Para a padronização do processo de avaliação foram usadas duas grades, uma no nível psicopatológico (GP) e outra no nível sintomatológico-comportamental (GSC) construídas para aumentar a confiabilidade do diagnóstico e aumentar a validade da confirmação do diagnóstico já firmado nos prontuários médicos examinados. A aplicação dos procedimentos permitiu avaliar a consistência do modelo clínico-sintomatológico da nosologia proposta por Henri Ey, indicando a viabilidade prática do uso de fatores preditivos de homicídio e parricídio em esquizofrênicos, através da sua utilização nas formas clínicas da doença, visando ao diagnóstico psiquiátrico. Os resultados mostraram que não há uma relação entre os fatores preditivos e os crimes de homicídio e parricídio praticados por esquizofrênicos. As formas clínicas da esquizofrenia parecem indicar a predominância deste tipo clínico na ocorrência de homicídios e parricídios nos casos de esquizofrenia estudados.

Descritores: esquizofrenia. Parricídio. Homicídio. Psiquiatria forense.

ABSTRACT

The objective of this research was to compare the clinical features of homicidal schizophrenics considering their victims and their degree level, as father and mother, characterizing the crime of parricide committed by studied patients. The method used consisted in analyze the medical records of homicidal schizophrenics with medical records of parricidal schizophrenics in order to compare by the study of symptoms and behavior described by the two groups of patients, the potential predictor of dangerous parricide in schizophrenics. The records of seven patients perpetrators of murder and six patients perpetrators of parricides were examined, all diagnosed with schizophrenia according to the diagnostic criteria of CID 10, hospitalized in the Forensic Hospital psychiatric care, serving detention. To standardize the evaluation process we used two grids, one in a psychopathological level (PG) and one in a behavioral-symptomatological level (BSG) built to increase the reliability of diagnosis and increase the validity of the confirmation of the diagnosis already established in the medical records examined. The application of the procedures allowed us to assess the consistency of the clinical symptomatological model of nosology proposed by Henri Ey, indicating the viability practice of using predictive of homicide and parricide in schizophrenics, through its use in clinical forms of the disease for psychiatric diagnosis. The results showed that there is no relationship between the predictors and the crimes of homicide and parricide committed by schizophrenics. Clinical forms of schizophrenia appear to indicate the prevalence of this clinical type in the occurrence of homicides and parricides in the schizophrenia cases studied.

Keywords: schizophrenia. Parricide. Murder. Forensic psychiatry.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: MAPA DO ESTADO DE PERNAMBUCO	104
FIGURA 2: EUGEN BLEULER (1857-1939)	194
FIGURA 3: SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL (1852-1934)	194
FIGURA 4: KURT SCHNEIDER (1887-1967).....	194
FIGURA 5: SIGMUND FREUD (1856-1939)	195
FIGURA 6: W. MAYER-GROSS (1889-1961)	195
FIGURA 7: EMIL KRAEPELIN (1856-1926).....	195
FIGURA 8: KARL LUDWIG KAHLBAUM (1828-1899)	196
FIGURA 9: BENEDICT MOREL (1809-1873).....	196
FIGURA 10: FRANCISCO ALONSO-FERNANDEZ (1924-)	196
FIGURA 11: HENRY EY (1900-1977)	197
FIGURA 12: JOSÉ LUCENA (1909-1997)	197

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - METODOLOGIA UTILIZADA PARA ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO – HCTP.....	109
TABELA 2 – GRADE PSICOPATOLÓGICA.....	148
TABELA 3 – HISTÓRIA CRIMINAL DE ESQUIZOFRÊNICOS HOMICIDAS E CORRELAÇÃO SINTOMATOLÓGICA	153
TABELA 4 – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA ESQUIZOFRENIA DE EMIL KRAEPELIN	154
TABELA 5 – CRITÉRIOS SINTOMATOLÓGICOS PARA DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA DE ACORDO COM E. BLEULER	155
TABELA 6 – CRITÉRIOS EM GRAUS SINTOMATOLÓGICOS PARA ESQUIZOFRENIA DE KURT SCHNEIDER	156
TABELA 7 – FORMAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DAS ESQUIZOFRENIAS DE ACORDO COM H. EY.....	158
TABELA 8 – CRITÉRIOS SINTOMATOLÓGICOS PARA ESQUIZOFRENIA DE ACORDO COM A CID 10.....	161
TABELA 9 – SUBTIPOS CLÍNICOS DE ACORDO COM A CID 10	163
TABELA 10 – FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA EM PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS.....	169
TABELA 11 – HISTÓRIA CRIMINAL DE ESQUIZOFRÊNICOS HOMICIDAS E CORRELAÇÃO SINTOMATOLÓGICA	170
TABELA 12 – HISTÓRIA CRIMINAL DE ESQUIZOFRÊNICOS PARRICIDAS E CORRELAÇÃO SINTOMATOLÓGICA	171
TABELA 13 – FORMA CLÍNICA, INÍCIO E COMORBIDADE DA ESQUIZOFRENIA	172
TABELA 14 – SINTOMAS PREDOMINANTES EM ESQUIZOFRÊNICOS E PARRICÍDIO	172

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 A PREDIÇÃO NA PSIQUIATRIA FORENSE	16
2.2 HISTÓRICO, CONCEITO, ETIOLOGIA	66
2.2.1 <i>Sintomatologia</i>	94
3 OBJETIVOS	98
3.1 OBJETIVO GERAL	98
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	98
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	101
4.1 CASUÍSTICA E MÉTODOS	101
4.2 DESENHO DO ESTUDO	101
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	102
4.3.1 <i>Critérios de Inclusão</i>	102
4.3.2 <i>Critérios de exclusão</i>	103
4.4 LOCAL DO ESTUDO	103
5 APRESENTAÇÃO CLÍNICO-SINTOMATOLÓGICA DOS CASOS CLÍNICOS..	125
5.1 PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS HOMICIDAS	125
5.2 PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS PARRICIDAS.....	139
6 RESULTADOS.....	147
7 DISCUSSÃO	173
8 CONCLUSÕES	180
REFERÊNCIAS.....	183

1 INTRODUÇÃO

A esquizofrenia atinge cerca de 1% da população, inicia geralmente antes dos 25 anos, persiste por toda a vida, afetando pessoas de todas as classes sociais. Atualmente, apesar de considerada uma única doença, abrange transtornos psicopatológicos complexos, de etiologia variada, com quadros clínicos mutáveis e curso variado. Existem vários critérios diagnósticos para esquizofrenia como os de Kurt Schneider e Gabriel Langfeldt, índice de esquizofrenia de New Haven, Critérios de Saint Louis, entre outros (ENDICOTT; FLEISS; COHEN; WILLIAMS, SIMON, 1982). A doença atinge igualmente homens e mulheres, mas incide mais precocemente nos homens. O início da esquizofrenia antes dos 10 anos ou após os 60 anos é muito raro (EY, 1987).

A esquizofrenia e todos os seus distúrbios ocorrem em quase todos os contextos históricos e culturais, sendo descrita sob diferentes recortes, sejam literários como a crise de Orestes ou as alterações psicológicas de personagens no Rei Lear de Shakespeare.

Pacientes esquizofrênicos apresentam alta taxa de mortalidade em relação à população em geral. Um número significativo de pacientes esquizofrênicos tem doenças intercorrentes que não são diagnosticadas (LOUZÂ NETO; ELKIS, 2007).

Atualmente, a esquizofrenia é considerada uma doença única, mas seus sintomas são agrupados, partindo-se de traços semelhantes, mas há evidências de que as causas são variadas. Assim, os pacientes esquizofrênicos sempre apresentam uma variação no quadro clínico, no curso da doença e na resposta ao tratamento (CID 10, 1994). Há várias hipóteses sobre a etiologia da esquizofrenia, dentre as quais, a etiologia proposta pela teoria da diátese específica, que significa uma vulnerabilidade a determinado estressor, que funciona como um gatilho para o desenvolvimento dos sintomas da esquizofrenia. A vulnerabilidade pode ser ambiental ou biológica. A base neurobiológica da etiologia da esquizofrenia é desconhecida, mas existem pesquisas muito bem conduzidas que indicam áreas

cerebrais envolvidas, como o sistema límbico, o córtex cerebral, cerebelo e gânglios basais, que por serem interligadas, podem reagir conjuntamente a qualquer processo patológico que atinja qualquer dessas áreas. O foco das pesquisas tem sido dirigido para o início da lesão neuropatológica e sua interação com os estressores ambientais e sociais. A alteração básica que atingiria a função cerebral seria a migração irregular de neurônios ou a degeneração neuronal. Mas não existem evidências que possam ser valorizadas para explicar esta interação. A hipótese da dopamina defende que o transtorno esquizofrênico é resultado do excesso de atividade dopaminérgica, baseando-se no fato de que os antipsicóticos são antagonistas do receptor de dopamina, e os agentes que aumentam a atividade dopaminérgica são psicotomiméticos. Outros neurotransmissores têm sido pesquisados, porque sendo a esquizofrenia um transtorno heterogêneo, neurotransmissores podem provocar disfunção inibitória análoga à do ácido gama aminobutírico (GABA) e do glutamato.

Não há base neuropatológica demonstrada para a esquizofrenia, mas no final do século XX, houve hipóteses sugeridas para o transtorno, provavelmente localizado no sistema límbico e gânglios basais e alterações neuroquímicas no córtex cerebral, tálamo e tronco cerebral. O quadro neurológico, com movimentos bizarros, marcha desordenada e caretas, apresentado por pacientes esquizofrênicos, sugere o comprometimento dos gânglios basais e cerebelo.

A eletrofisiologia aplicada em pacientes esquizofrênicos indica registros anormais, com maior sensibilidade a processos de estimulação (espícula frequente pós-privação de sono). Outras alterações eletroencefalográficas têm sido detectadas em pacientes esquizofrênicos, como diminuição da atividade alfa e aumento da atividade teta e delta.

Há relatos de similaridades clínicas entre epilepsia parcial complexa e surtos esquizofreniformes comprometendo principalmente os lobos temporais. As técnicas eletrofisiológicas são úteis na prática clínica como instrumentos para detectar disfunções cerebrais. São técnicas complementares as demais técnicas de neuroimagem como a ressonância magnética. Para alguns autores, a esquizofrenia

apresenta uma baixa taxa de alterações eletroencefalográficas (McKENNA; KANE; PARRISH, 1985, GELLISSE; SAMUELIAN; GENTON, 1999).

Os exames clínicos necessitam de suporte para esclarecimento diagnóstico. No contexto deste estudo, os exames por imagem representam uma maior dificuldade operacional e, no caso, não é possível usá-los para definir diagnóstico ou esclarecer a relação básica, etiopatogênica, biopsicossocial da esquizofrenia e crime de parricídio. Não se pretende excluir patologias nem esclarecer alterações do estado mental dos pacientes estudados.

A esquizofrenia não tem a fisiopatologia conhecida. Há diversas hipóteses para compreender os mecanismos fisiopatológicos, mas nenhuma delas pôde ser comprovada.

Apesar de existirem critérios diagnósticos bem fundamentados e aceitos não se tem conhecimento efetivo sobre a doença. Este é um problema que se torna um complicador importante neste estudo. A ênfase clínico-explicativa incidirá sobre a ocorrência de sintomas que permitem o diagnóstico de acordo com o critério diagnóstico da CID 10. Mas a boa fundamentação desses critérios não corrige a dificuldade da investigação da ocorrência de comportamento violento, de crime em geral, homicídio e parricídio.

Desde a Antiguidade, existem relatos sobre assassinato de indivíduos pelos parentes ou pelos filhos. O parricídio nunca foi explicado de forma satisfatória. A memória do trágico equívoco familiar, tão bem mostrada pela dramaturgia de Sófocles (496-405 a.C), persiste até a atualidade servindo de matriz para vários estudos sobre a psicologia humana.

A Psiquiatria forense estuda a provável correlação entre o crime de parricídio e a esquizofrenia e transtornos afins (FLANNERY *et al.*, 1998), tais como a epilepsia, as formas esquizoafetivas e o transtorno de personalidade antissocial (OMS, 1993; KERNBERG, 1995; IÑIGO *et al.*, 1999).

O alcance das investigações sobre a conduta delituosa atinge apenas a História, o período em que a civilização dispunha da escrita, embora ainda

rudimentar. A utilização de normas ou regras para controlar a conduta humana inaugura a era do Direito, em que a evolução cultural já permitia este processo. No período em que não existem registros gráficos, a conduta criminosa homicida não está disponível à investigação. Por outro lado, a criminalidade, em suas expressões mais complexas, está contaminada por fatores de crença inerentes às teorias simbólicas, sendo objeto de estudos detalhados na teoria da cultura, na antropologia cultural e na História. Neste trabalho, a criminalidade compreendida como conduta homicida tipificada como parricídio deverá ser estudada através de dois aspectos principais. O primeiro refere-se ao crime em si mesmo, ou seja, à sua motivação psicopatológica em sua expressão clínica em suas variadas formas de modo a possibilitar a construção do diagnóstico psiquiátrico. O segundo, mais específico, deverá tratar do crime de parricídio em seus aspectos clínico-sintomatológicos, nosológicos e psiquiátrico-forenses. Neste caso, os fatores preditivos deverão compor os objetivos já previstos neste trabalho quanto à parte especificamente preventiva do trabalho psiquiátrico-forense.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A PREDIÇÃO NA PSIQUIATRIA FORENSE

O parricídio tem sido estudado do ponto de vista psicológico, jurídico e médico. Este tipo de assassinato, em razão de seu alto nível de transgressão moral, ética, e jurídico-penal é objeto de estudo da psiquiatria, que visa compreender os mecanismos subjacentes e motivadores desta conduta violenta. A complexidade deste tipo de homicídio reside na qualidade deste comportamento, já considerando que o assassinato comum é crime capital, mas não é tão perturbador e “incompreensível” como o parricídio. A violência deste tipo de crime é objeto de estudos abrangentes, que alcançam contextos desiguais e dimensões amplas. Isto significa que a intenção para explicar o parricídio não apresenta base razoável para interpretação ou adoção de nomos explicativo-causal. Na prática, o parricídio não seria explicado no contexto da norma jurídica, nem no contexto explicativo-causal e compreensivo da psicologia, nem na perspectiva médico-antropológica. O parricídio estaria apenas inserido na inexplicável dimensão da violência humana. A feição qualitativa do parricídio seria equivalente à feição quantitativa do genocídio. A violência que lhes serviria de êmulo estaria inserida no seu caráter mítico, supondo que tanto o parricídio como o genocídio fariam parte da gênese da subjetividade. Tratar-se-ia de um determinismo mítico, com vínculos existenciais que inibiriam ou excluiriam as vertentes ad homine da antropologia.

Parricídio significa a prática de homicídio perpetrado pelo filho contra o pai ou a mãe. Etimologicamente, origina-se do latim *parricidium* (*parens*, um dos pais, e *caedere*, matar). Historicamente, o termo foi usado para indicar o assassinato de um ascendente pelo descendente ou vice-versa. A sua gravidade é uma condição humana, faz parte da essência humana, é instância humana, quase ontológica.

A perspectiva pluralista do parricídio propõe a convergência de concepções sobre o Sujeito e sua subjetividade. Mas a racionalidade das propostas explicativas ou compreensivas no nível ontológico revela certa impropriedade porque é

improdutiva quando pretende explicar a natureza humana em função de atos criminosos complexos como o parricídio.

A pressuposição do sujeito e de subjetividade impõe certas condições que devem estar correlacionadas no plano epistêmico e não no plano clínico-descritivo apenas. O trajeto teórico pode ser sequenciado como mito, violência e sujeito-subjetividade ou em outra sequência análoga. Em qualquer sequência, a fundação estará no sujeito, mas não há possibilidade epistêmica para uma teoria do parricídio. Este é, no entanto, considerado como o maior dos crimes contra a vida, indicando conduta delinquente com consequências extremas de violência dirigida contra as próprias origens atávicas e sociais. O óbice das medidas contra a violência é justamente a medida frequentemente utilizada para diminuir a violência, ou seja, a violência dirigida contra os violentos.

As medidas de controle social representam apenas um paliativo para inibir homicídio tão grave. Assim, as explicações são sempre sugeridas partindo-se do que se presume conhecer do indivíduo violento, homicida e parricida. O parricídio, na perspectiva da Escola Positivista, é cooptado nos limites da motivação do crime. O sujeito, parricida, age nos limites de uma motivação que lhe é inerente, mas que encontra uma justificativa, que pela sua excepcionalidade, relativiza a hediondez do crime. No caso, a enfermidade mental é caráter excepcional que, de certo modo, até justifica o crime. Mas, a jurisprudência admite excepcionalidade em alguns casos de parricídio cometidos por não-esquizofrênicos, ao absolver acusados de parricídio por legítima defesa da própria vida e de outrem (HUNGRIA, 1955). A questão da apreciação do tipo de crime e do criminoso, no caso do parricídio, é delicada e não se limita apenas à criminologia. Para alguns, o elemento subjetivo permite a presunção de culpabilidade ou não, ainda na área penal. O subjetivo, enquanto elemento configurante do homicídio, pressupõe culpabilidade. O lastro comportamental supera as relativas intenções meramente subjetivas, que motivaram suficientemente a ação criminosa (A finalidade da Revista dos tribunais, jan. a jun., 1973).

A análise da motivação do crime leva à questão subjacente ao conceito de sujeito, aos seus fundamentos e a sua existencialidade. Os motivos do sujeito

seriam os motivos do crime, teriam a mesma origem. Mas o que significa determinar os limites, a profundidade e as características dos motivos do crime? A análise da motivação criminosa deve enfatizar o comportamento, as intenções e a existência? Há discordâncias teóricas que refletem na prática do saber legitimador. Retorna a questão proposta anteriormente. Qual o critério que pode ser usado para confirmar a veracidade da motivação para o homicídio ou para oferecer predição segura para futuros atos homicidas? Os critérios devem abranger as paixões, as anomalias, os instintos, a atuação do meio ambiente, a hereditariedade e as enfermidades. A subjetividade e os seus correlatos ontológicos são transformados ou são pulverizados através das medidas de controle social (FOUCAULT, 1978, 1987; CAMUS, 1997). A visão sócio-histórica e cultural tem enfatizado a abordagem multidisciplinar para a explicação da conduta homicida em geral. O parricídio é uma espécie de núcleo problematizador central da conduta homicida, em vista de sua excepcionalidade. Não se trata apenas de estabelecer medidas de controle social sobre a subjetividade e seus correlatos ontológicos. O controle social é dirigido para as manifestações das paixões, e para as anomalias psicológicas que supostamente afligem as sociedades. O perfil do sujeito, enquanto agente do homicídio maior, o parricídio, é caracterizado através de matizes sutis, que, mais encobrem que desvelam. O perfil do parricida pode sugerir a existência de traços não necessariamente psicopatológicos. A teoria do sujeito será o primeiro estágio epistêmico para uma elaboração da relação parricídio e psiquiatria. As concepções clínicas da psiquiatria têm evoluído obviamente através da expressão do sujeito, seja no sujeito enquanto indivíduo ou personagem social. Há uma forte expressão da noção de reivindicação ético-humanista nas práticas e discursos modernos e contemporâneos que definem o sujeito como entidade regida pela razão. A concepção de sujeito supõe a prévia estruturação ou definição de sujeito como consciência, como instância interna. A dicotomia corpo-mente é ainda na contemporaneidade uma característica da medicina mental, que ainda não está solucionada. Nesta dicotomia, o sujeito é obviamente visto ora como corpo ora como mente; esta direção determina as bases da própria nosologia psiquiátrica.

As medidas de controle social dirigidas ao sujeito refletem de certo modo a própria natureza do conceito de sujeito. O controle social atuou sobre o corpo e, em

seguida, atuou e atua sobre a mente. Ambos, no entanto, representam os mecanismos que permitem ou a medicalização reducionista do corpo ou a psicologização sócio-culturalista do comportamento. Os mecanismos propostos, mesmo trabalhando a racionalidade, na qual o sujeito é o elemento fundante do mundo, não soluciona o problema da violência e da ocorrência de homicídios complexos como o parricídio. No caso, o fato supera tudo o que a expectativa de sujeito racional ou de racionalidade poderia explicar. A ciência contemporânea, mediante a referida racionalidade, opera um sujeito que se torna simultaneamente vítima e autor de diversas formas de homicídio. A razão, como fundamento do discurso da ciência, inibe e destrói toda a concepção dionisíaca da experiência da vida, da fenomenologia da vida, inclusive a loucura. Esta, que parece justificar drasticamente a ocorrência de atos irracionais ou ontologicamente incompreensíveis como o parricídio, torna-se objeto de uma racionalidade que edifica e valida uma desrazão que justifica, por sua vez, a construção de um amplo corpo técnico-doutrinário para identificá-la e tratá-la. Esta posição requer a concepção de mundo sugerida pelo cartesianismo, que cria um mundo objetivo, o mundo dos objetos e um mundo dos sujeitos, da intuição, da representação e da reflexão. Mas, o sujeito não teria acesso ao mundo objetivo, porque não faz parte deste mundo. No máximo, o sujeito pode ser apenas um observador ou um sujeito mais ou menos privilegiado. A proposição cartesiana, com seu pressuposto de interioridade de consciência, aprisiona o sujeito dentro de si, colocando a questão nos termos de um reducionismo da consciência.

A explicação, ou mesmo qualquer interpretação do parricídio, se houver, remete à adoção de uma destas posições. Ou se parte do mundo objetivo ou se adota a concepção do sujeito como instância mental para explicar o parricídio.

As antropologias propostas para substituir a objetividade da psiquiatria tradicional têm um discurso misto que utiliza a “objetividade” da desconstrução do sujeito, do eu, e da consciência para forjar uma objetividade presumivelmente legítima que paradoxalmente tem o sujeito como guia.

As sociedades antigas atribuíam a diversas causas naturais ou sobrenaturais a execução de crimes contra a vida. É desconhecida a fase da

História em que houve a intenção de estabelecer leis visando punir os crimes cometidos por indivíduos sãos ou mentalmente enfermos. Desde a antiguidade, a organização social, em sua expressão nômica, prevê a interação entre a prática de crimes e a doença mental, como preconiza o Direito Romano (MOURA, 1996). Mas, a Antiguidade não pode ser resumida ao período histórico romano. As civilizações que se formaram na região da Mesopotâmia, com economia agrícola, apresentaram rudimentos de norma jurídica, mas não em relação ao crime de parricídio. Os deuses “legislavam” sobre os grupos sociais, e os acontecimentos eram explicados através da manifestação da vontade dos deuses. O oportunismo religioso-político, representado pelos sacerdotes, passou a administrar a sociedade, presidindo exorcismos, adivinhações, cabalas e, conseqüentemente, a organização social.

No texto jurídico reconhecidamente mais antigo, proveniente da 3^o dinastia do Rei Ur-Nammu, de Ur, datado de 2052 a.C., há um rudimento de código jurídico, no qual há dispositivos relacionados ao direito penal, ao direito comercial, enfatizando a propriedade de escravos. No Código de Ur-Nammu, há um trecho destinado à obediência dos filhos assim redigido: “se o filho de um *awilum*, ofender seu pai, ou a sua mãe, terá seus cabelos cortados como um *wardum* (escravo); será exposto na cidade e depois expulso da casa do pai”.

Das regras jurídicas de Ur-Nammu, cerca de quarenta, apenas uma se refere a homicídio: “se um *awilum* cometer homicídio, ele deverá ser morto”.

O Código de Lipit-Ishtar (1934-1924 a.C.), Rei de Isin, prevê pena capital para o cidadão que, agredindo uma mulher grávida, lhe cause a morte.

O Código de Hammurabi (1792-1750 a.C.), formado provavelmente por sentenças proferidas por Hammurabi e anotadas pelos escribas, prevê a amputação da mão de um filho que espancou o seu pai. As leis hebreias, contudo, punem com a pena capital, os agressores dos pais ou parricidas: “quem ferir a seu pai, ou sua mãe, certamente será morto (Êxodo, 21:15).

A mitologia grega oferece inúmeros casos de assassinato de parentes, como filicídios, fratricídios, matricídios e infanticídios.

Medeia, ao fugir com Jasão, foi acompanhada pelo irmão Absirto. Ao ser perseguida pelo seu pai Eetes, matou Absirto e espalhou pedaços do corpo pelo caminho para retardar a marcha do seu pai.

Acineto, filho de Hércules, foi assassinado pelo pai num acesso de fúria.

Homero conta que Aédona se opôs ao culto de Baco e foi enlouquecida por ele, matando seu próprio filho.

Hércules matou Antímaco, seu filho, jogando-o numa fogueira.

Os casos de parricídio são mais complexos, envolvendo disposições psicológicas e familiares que se constituem em projeções do imaginário coletivo.

Alcmeón, filho de Anfiarau e Erifila, matou a própria mãe, ajudado pelo irmão Anfíloco, para cumprir um juramento feito ao seu pai, Anfiarau, que fora obrigado por Erifila a participar de uma expedição de guerra.

A história de Orestes, filho de Agamenon e de Clitemnestra, mostra a atribuição de homicídio à vontade dos deuses. Quando criança, Orestes presenciou o assassinato do seu pai pela sua mãe e pelo amante dela, Egisto. De acordo com a lenda, já adulto, Orestes recebeu ordens do deus Apolo para vingar Agamenon. Orestes, entrando na cidade, surpreendeu Clitemnestra e a matou juntamente com Egisto, sendo absolvido no Areópago pelo voto de Minerva.

A questão suscitada pelo parricídio provoca outras questões que não estão primariamente vinculadas a este tipo de homicídio. O Direito Humano inicialmente procurou estabelecer elementos psicológicos para atestar a validade da imputação do delito, ou seja, a intenção, que no fato jurídico, forma a noção de dolo. A intenção ou intencionalidade deve, portanto, preexistir e configurar o ato criminoso no nível doloso.

O *Digesto* ou *Pandectas*, uma reunião de pareceres e comentários de juristas, estabeleceu relações causais entre doença mental e ação delituosa inimputável. Foi valorizada a *dementia* (demência) a *moria* (estupidez) e o *furor* (insanidade) como elementos formadores da alienação em geral ou mente *capiti*

(COHEN; MARCOLINO, 1996). De acordo com Ribeiro, as crianças menores de sete anos e os portadores de furor eram submetidos à custódia (RIBEIRO, 1998).

No período medieval, para alguns autores, houve predominância de interesses religiosos, em que a doença mental foi considerada manifestação demoníaca. Os tribunais da Inquisição religiosa, obedecendo enfaticamente aos ditames da ortodoxia, aperfeiçoavam-se nas torturas e nas atrocidades da implementação das penas. Mas, na fase medieval ocorreu a difusão das virtudes cristãs com relação à fraqueza, à pobreza, e ao sofrimento humano. Esta visão, de certo modo, propiciou a mudança de procedimentos concernentes à assistência e aos cuidados dos doentes mentais, surgindo assim a corrente assistencial hospitalar. Mesmo assim, a Psiquiatria, neste contexto, era exercida por psiquiatras que exerciam também a função de exorcistas, ou especialistas nas artes do demônio, encarregados de interpretar os sinais da possessão demoníaca, os *stigmata diaboli*, equivalentes aos estigmas históricos. A teologia parece ter se misturado à Psicopatologia deixando a Medicina em plano secundário.

Na Renascença, as mudanças da sociedade alteram as relações entre a sociedade e a doença mental. Os doentes mentais são tratados de modo diferente, atenuando-se os rigores das “terapias” usadas no tratamento psiquiátrico. No século XVII, a Medicina passou a ser valorizada no contexto legal da doença mental. Neste período, surge o enclausuramento, ou a internação em asilos de mendigos, desabrigados ou indivíduos desempregados sem moradia. Há notícias do início da institucionalização da medicina legal neste período. O contexto geral, excetuando-se a implementação de uma posição científica na medicina, permite supor que a existência de dois princípios, o da institucionalização da medicina legal, dirigida pelo médico e a repressão enclausuradora do poder político, são antagônicos em princípio. E, de fato, diante de certas interpretações, o poder do estado opressor inibe todo o processo de institucionalização da medicina legal e da autoridade médica. O poder do estado, em termos de estrutura e superestrutura, produziu indivíduos social e politicamente desassistidos e desprotegidos e os doentes mentais foram misturados a essa massa humana politicamente amorfa. Mas, os doentes mentais, diferentemente dos abandonados pelo projeto sócio-político e ideológico, não apresentavam possibilidades de inserção no esforço de produção.

Eram incapazes e, deste modo, estavam excluídos do processo de produção; não tinham a possibilidade de se integrar ao grupo social representando, portanto, um problema para a incipiente formação de cidades.

No século XIX, na França, os doentes mentais eram encarcerados junto aos presos comuns, tendo o mesmo tratamento carcerário dispensado a estes. Em 1838, foi promulgada uma lei que definia o tipo de assistência a ser dispensada aos doentes mentais, na repercussão da campanha de direitos dos alienados mentais, proposta por Philippe Pinel e Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840). A providência legal, de manutenção dos direitos dos alienados mentais, permite identificar o critério da valorização da subjetividade que poderia subsistir no doente mental. O reconhecimento da presença de uma diminuta subjetividade e humanidade permitiu a relação entre médico e alienado. Neste período, Esquirol adota um aporte clínico que teve influência na psiquiatria forense. Ao prosseguir com a política de assistência psiquiátrica de Pinel, Esquirol definiu clinicamente a alucinação, estabelecendo a diferenciação clínico-psicopatológica entre alucinação e delírio.

A concepção de Esquirol da monomania afetiva e da monomania homicida pode demonstrar a importância da avaliação do comportamento no doente mental que pratica crimes. Partindo de concepções neuroanatômicas e neurofisiológicas, Esquirol propôs a relação causal entre ação criminosa e a ocorrência de monomania, reconhecendo que este tipo de criminoso deve ser tratado como doente mental. Para alguns autores, vinculados ideologicamente à prática médica, atribuem às concepções de Esquirol a instituição da Psiquiatria Forense. As ocorrências clinicamente significativas colhidas por Pinel, Esquirol, Ferrus e Leuret influenciaram fortemente as autoridades do Judiciário, no sentido de aceitar a crença de que impulsos anômalos poderiam dominar a mente de um indivíduo forçando-o à prática de delitos. Deve ser lembrado que a extrema preocupação da Escola psiquiátrica francesa com a diferenciação clinicopsicológica e neuroanatômica de diversas enfermidades neuropsiquiátricas preparou o caminho para a fundamentação clínica das enfermidades psiquiátricas, tornando possível a avaliação psiquiátrico-forense do comportamento criminoso de doentes mentais. No entanto, a rejeição de modelos filosóficos ligados à ética e à moral, produziu exageros, principalmente em face dos

descobrimientos de Claude Bernard que acentuaram a tendência somatogênica da psiquiatria francesa, traduzida na tendência etiopatogênica que produziu a teoria fatalista de Morel, da degeneração hereditária, dos estigmas degenerativos corporais. É possível que esta visão tenha inibido os procedimentos assistenciais posteriores dirigidos aos alienados mentais, já que na prática, estes permaneceram trancafiados nas masmorras junto aos criminosos comuns. O destino dos doentes mentais que cometiam crimes era diferente dos outros doentes mentais que não haviam praticado crimes; estes recebiam um tratamento diferente que era aplicado na fase aguda do distúrbio mental, que evoluía para outro tipo de terapêutica, inclusive com a mudança de pavilhões e aplicação a trabalhos manuais. O surgimento da Psiquiatria de tendência etiopatogênica, fortalecida por princípios científicos que excluía princípios filosóficos, não solucionou o problema da assistência psiquiátrica de caráter essencialmente restritivo e estático, sem dúvida, caracterizando um processo impeditivo de recuperação biopsicossocial dos doentes mentais encarcerados. Esta questão, embora debatida durante longas discussões, não foi solucionada. A situação dos doentes mentais criminosos continuou inalterada. Por outro lado, os conceitos estritamente médicos fortalecidos pela nova concepção somatogênica da Psiquiatria, e que produziu a crença na degeneração hereditária, provavelmente inibiu as iniciativas para uma reforma da assistência aos psicopatas, já que o determinismo etiopatogênico hereditário tornava sem efeito qualquer procedimento que visasse reintegração ou diminuição da sintomatologia e alterações de conduta dos psicopatas. O judiciário, representado por magistrados influentes e por tribunais ortodoxos, opôs-se à autoridade médica que visava alterar a pena. Mas a Psiquiatria, atuando no caso de criminosos famosos e polêmicos como Léger e Papavoine, de certo modo, contribuiu não somente para o esclarecimento de casos judiciais, mas para a própria identidade da psiquiatria como especialidade médica.

O caso de parricídio estudado por Foucault de um paciente chamado Pierre Rivière, que degolou sua mãe, seu irmão e sua irmã, e que foi condenado à morte em 1835, teve a pena suspensa pela perícia psiquiátrica, principalmente a de Esquirol (1772-1840).

É evidente que a relação doença mental e homicídio específico, do tipo parricídio, ultrapassa simplesmente a questão do diagnóstico e tratamento psiquiátrico. Esta relação se estende à área da criminologia, da doutrina das penas e dos delitos e da teoria penal. A questão pode ser resumida em três pontos principais: 1. O crime ou ato criminoso 2. A existência de *morbus* psiquiátrico no criminoso por ocasião do crime. 3. A suspensão da pena e reclusão do homicida com medida de segurança, em vista de ser portador de doença mental. Estes eventos - o ato criminoso, a existência de *morbus* psiquiátrico no criminoso por ocasião do crime e suspensão da pena de reclusão para tratamento psiquiátrico - não são concordes entre si. A questão não deve ser resumida a apenas uma relação defeituosa e inconsistente entre áreas de atuação. Existem precedentes históricos relevantes na nosologia psiquiátrica e na jurisprudência formada sobre a suspensão da pena e aplicação de medida de segurança em doentes mentais criminosos. A História e a Sociologia têm contribuído para o conhecimento e utilização de elementos consistentes na compreensão do problema do homicídio praticado por doentes psiquiátricos. Neste sentido, a História da relação entre a Psiquiatria e as teorias do Direito penal tem mostrado aspectos que concorrem para a necessidade de se analisar as variáveis que contextualizam o problema do homicídio praticado por doente mental.

Apesar da quase inexistência de relatos de parricídio na literatura médico-forense, o evento criminoso tem sido referido na história da criminologia e da psiquiatria. De acordo com historiadores, os casos de parricídio eram de certo modo numerosos na França do século XIX.

Excetuando-se as implicações históricas sociais e ideológicas, o caso Rivière, mostra claramente a questão da já referida tensão entre a Psiquiatria enquanto ciência médica e o judiciário. A perícia médico-forense, considerada apenas do ponto de vista médico, é uma área de atuação médica de grande importância social (CFM nº 184/2008) e cujo fundamento é a própria nosografia psiquiátrica. Significa que a perícia deve ter substrato teórico-científico exclusivamente médico, porque se trata de perícia médica, com ênfase na Psiquiatria. Na França do século XIX, os parricídios, em torno de quinze casos por ano (FOUCAULT, 1977), não eram considerados crimes excepcionais. No entanto,

neste período, houve os casos de Henriette Cornier, Léger e outros (FOUCAULT, 1977) que desviaram a atenção pública dos crimes de parricídio. De acordo com Foucault, o caso Rivière não foi considerado um caso excepcional: a sua inscrição nos *Annales* pode ter sido provocada por circunstâncias ligadas à própria questão da imputabilidade/inimputabilidade de homicidas portadores de doença mental, e de sua conseqüente execução. Ainda de acordo com Foucault, em 1835 um parricida foi executado, apesar de ser considerado doente mental. Este fato produziu certa preocupação das autoridades psiquiátricas parisienses sobre a propriedade de condenar Rivière à pena capital. Os peritos parisienses, compreensivelmente, concordaram em considerar Rivière inimputável, que teve a pena comutada. É evidente que a perícia médico-psiquiátrica, foi prejudicada pelas injunções político-ideológicas, de acordo com a enfática demonstração de Foucault, quando o que se pretende na prática médico-forense é a construção do diagnóstico e sua aplicação no comportamento homicida do doente mental. Na Psiquiatria forense, a prática clínica deve conduzir ao diagnóstico médico-forense visando responder a diversas avaliações, principalmente a avaliação de responsabilidade penal. No contexto histórico do caso Rivière, na primeira metade do século XIX, a Psiquiatria propunha através de Esquirol, um dos mais famosos psiquiatras da escola francesa, o conceito nosológico de monomania homicida, que não foi amplamente aceito. Esquirol definiu a alucinação em termos precisos e usava o modelo neuroanatômico e neurofisiológico na conceituação das doenças em Psiquiatria. A evidência etioclínica já havia sido proposta por Pinel, inclusive utilizando uma visão empírica da doença mental descrevendo a melancolia ou delírio dirigido a um objeto; a mania sem delírio; a mania com delírio e a demência ou ausência de pensamento, que foram utilizadas posteriormente por Esquirol (ALONSO-FERNÁNDEZ, 1976).

A concepção de filosofia da época significava forte adesão ao materialismo e a medicina tinha o materialismo como modelo explicativo das doenças. Esta posição desagradava a alguns expoentes do judiciário, aos tribunais, e mesmo a alguns médicos que consideravam o materialismo uma posição indesejável. De acordo com Foucault, em 1835 os médicos já apresentavam uma tendência a não valorizar em suas perícias o conceito nosológico de monomania. Esta tendência, segundo Foucault, pode demonstrar nos médicos da época, uma preocupação com a

possibilidade de erro judiciário. É preciso lembrar que o diagnóstico psiquiátrico-forense poderia confirmar ou não a imposição da pena de morte a um acusado de parricídio. A recusa, por parte de peritos da época, do conceito de monomania homicida, indica uma resistência ao uso de um conceito nosológico único de doença na explicação de ato criminoso.

A ideologização do caso Rivière, demonstra a vulnerabilidade ou a inconsistência do diagnóstico psiquiátrico-forense quando o evento criminoso interessa a diferentes segmentos sociais. As provas clínicas sofrem a influência de elementos não médicos como utilização de testemunhas, de atenuantes de crime e outros elementos de prova. A ideologização do processo de avaliação da responsabilidade penal produz resultados ou conclusões que não podem ser atribuídos exclusivamente à prática clínicopsiquiátrica.

A Psiquiatria, enquanto especialidade médica permite, pela própria natureza do seu objeto de estudo, um alto grau de “contaminação” político-ideológica. O próprio Foucault, ao reinterpretar o caso Rivière, enfatiza os diversos tipos de discurso envolvidos no julgamento de Rivière, incluindo o do procurador, do promotor, do ministro da justiça, do médico da província, de Esquirol, do povo e do prefeito, entre outros. O que é excepcional no caso Rivière é a ênfase e a valorização político-ideológica do discurso do criminoso, por Foucault. Os discursos, no caso, representariam uma refrega entre poderes: médicos entre si, entre magistrados e médicos, em que magistrados não aceitavam a consistência das perícias médicas, principalmente em relação às condições atenuantes do crime, e a sua aplicação aos regicidas e parricidas e o discurso popular, que segundo Foucault, era representado pelos camponeses que procuravam atribuir ao crime de Rivière, elementos de extrema singularidade.

Relatos como o de Rivière, na visão de Foucault, devem ser utilizados para analisar a formação e a aplicação de uma trama de poder, e de um saber que instrumentaliza este poder através da medicina, e mais especificamente da Psiquiatria e da psicopatologia. Este saber forma as instituições em seu papel coercitivo, prescrevendo os papéis que devem ser exercidos pelo perito, pelo acusado, pelo doente mental criminoso. Por outro lado, existem outras vertentes que

se distanciam da prática estritamente médica, mas que devem ser citadas, como a coerência textual dos discursos acadêmicos e as relações de poder e de dominação que as diversas políticas coercitivas e restritivas perpetuam. Para Foucault, a menor importância atribuída ao discurso de Rivière sinaliza a estratégia usada para apagar sua importância, seu alto grau de validade humana. Trata-se de um louco, e louco criminoso, portanto, não se deve inseri-lo no conjunto dos discursos social e politicamente válidos. (FOUCAULT, 1977).

O caso Rivière, provavelmente o único a ser analisado sistematicamente através da visão de Foucault, apresenta diversos aspectos que sustentam a posição que defende o valor amplo da predição em crimes de parricídio.

A sociedade, ao ser protegida de atos criminosos de um doente mental, tem interesse em solicitar às instituições judiciárias, a manutenção desta proteção. Os agentes legais, o perito e o magistrado implementam esta proteção alegando a consistência do saber médico, da Psiquiatria e da psicopatologia e a consistência da norma jurídica, dos promotores e dos tribunais.

A discussão sobre o caso Rivière propõe outras questões. A disseminação do juízo ideológico e político parece inibir a crença na possibilidade da construção de um diagnóstico psiquiátrico fundado apenas na organicidade, que para alguns representa um retorno ao materialismo do século XIX. O importante não é conhecer a etiologia do *morbus*, mas discutir a sua validade enquanto motivo para uma “isenção” moral da sociedade, perante as “vítimas”, no caso os parricidas. A medicina, através do juízo dos médicos, privaria o indivíduo da liberdade por ser doente. Mas, o juízo dos médicos atinge apenas o destino social do doente se outras instâncias o considerarem doente mental. No caso, o que causa estranheza a Foucault é a ausência de preocupação por parte dos médicos com tratamento e cura. Para a medicina do período, o tratamento psiquiátrico não era cogitado. A patologização do crime tinha por objetivo a manutenção do controle social. A visão sócio-historicista dos casos de parricídio do período enfatiza, sobretudo, o controle social. As duas ciências, os dois saberes, o médico e o jurídico-penal, não excluem em essência, o rigor do controle social. Aliás, este problema é contemporâneo. A psiquiatria forense, não tem como finalidade a terapêutica. É área de atuação

médica que visa proteger a sociedade dos criminosos doentes mentais (FOUCAULT, 1977).

Atualmente, o problema persiste. A visão sócio-historicista do tema enfatiza o controle social enquanto abandona a terapêutica. A visão médico-psiquiátrica, por outro lado, valoriza, sobretudo, a construção do diagnóstico e a terapêutica. Mas a relativização da ciência psicopatológica e a influência da multifatorialidade causal na gênese do transtorno psiquiátrico diminui a autoridade médica, não somente no que concerne ao diagnóstico psiquiátrico-forense e a própria atuação da psiquiatria como especialidade médica (MENDELSON, 1992). Do modo como é compreendida a ação delituosa, parece evidente que o problema reside estritamente no campo jurídico. O *morbus* mental é um apêndice anômalo do fenômeno criminal. É justamente nesta área que incide a maior vulnerabilidade do diagnóstico psiquiátrico-forense. Como modificar a condenação de um parricida usando a alegação de loucura? Esta polaridade - louco inocente versus são culpado - oculta as implicações eticamente relevantes da noção de uma subjetividade que precisa ser reconhecida. Mas, a subjetividade não estará isenta das sanções do poder mesmo estando doente. A visão social e histórica, já referida, parece considerar apenas o lado da loucura, apresentando uma extensa e nem sempre justificada argumentação contra a psiquiatria e a psicopatologia, em suas expectativas de diagnóstico e terapêutica.

Considerando a suposta fragilidade do diagnóstico em Psiquiatria, resta a autoridade da justiça penal enquanto instância rigorosa capaz de atribuir a sentença. No caso, o problema que poderia ser apresentado, inexistente diante do veredito. Mas, a especialidade do jurista, do magistrado, não soluciona o problema da subjetividade doente ou excessivamente controlada. No contexto histórico do século XIX, e de acordo com a tese de Foucault, o crime de Rivière esteve disputado pelos médicos e pelos juízes. Mas, a disputa não teria significado se a psiquiatria não oferecesse um procedimento diferencial para a questão. Na época, a psiquiatria não era uma unanimidade na avaliação da relação crime e doença mental. Mas houve a tentativa de analisar o hiato fenomenológico entre o crime e a motivação patológica, ou seja, entre a ocorrência de doença, a instalação da doença mental e a ação criminosa.

A precariedade do julgamento e procedimentos penais reside justamente na sua ação exclusivamente pós-homicídio. Não há possibilidade de estabelecer nenhum critério de avaliação antes do evento criminoso, por parte da justiça penal. A psiquiatria dirigiu o seu saber para a ação preventiva, acenando com a possibilidade de prevenção do evento criminoso. A intervenção psiquiátrica poderia ser aplicada ao crime e às suas causas.

O saber médico apresenta então um conceito muito mais amplo da conduta homicida. É fundamental o conhecimento das causas médico-psicológicas do homicídio e do parricídio em particular. Esta possibilidade coloca a psiquiatria à frente do saber jurídico e penal. Os relatos de casos de parricídio serviriam como matéria de estudo psicopatológico, inclusive com finalidade preditiva e não somente com finalidade diagnóstica e terapêutica. O crime de Rivière é muito complexo para ser julgado apenas pela justiça penal, embora este aspecto não represente necessariamente um obstáculo para que a justiça determine o seu veredito. Mas, faltam os elementos que motivaram a ação criminosa. E neste aspecto, não seria viável para a justiça penal investigar os fatores preditivos do crime de parricídio. Excetuando-se os critérios sociológicos, históricos e políticos que têm sido aplicados à questão do parricídio, é importante estabelecer ou pelo menos indicar os fatores que interferem e configuram o fato criminoso, como o parricídio, no plano estritamente médico-psiquiátrico. O caso Rivière, na visão de Foucault, confundiu o saber psiquiátrico da época, que estava apenas em período de formação. Neste aspecto, é importante ressaltar os seguintes pontos: o saber psiquiátrico era na época rudimentar; a autoridade psiquiátrica portanto não tinha sua autoridade científica reconhecida; a influência da psiquiatria era mínima em relação a importância social dos crimes praticados por doentes mentais. Mas, o fator de predição do crime de parricídio era visível através da análise dos laudos ou pareceres psiquiátrico-forenses citados por Foucault. O parecer elaborado por Bouchard sobre a loucura de Rivière é considerado inferior por Foucault, que não o considera um “especialista”, mesmo se sabendo que na época não havia especialistas. No entanto, a análise do caso, através de conceito nosológico-clínico moderno mais amplo, mostra a questão do uso do critério da predição na avaliação do comportamento psiquiátrico.

Bouchard, mesmo não sendo considerado um “especialista” em doenças mentais, procurou fundamentar o seu parecer sobre Rivière, através da antiga teoria dos humores, mas valorizando, sobretudo, a identificação de etiologia orgânica interna ou externa, que teria atingido o cérebro, alterando as suas funções. Na época, eram valorizadas as hemorragias, as doenças orgânicas e os traumatismos cranioencefálicos. No entanto, Bouchard não conseguiu identificar nenhuma patologia em Rivière. Do ponto de vista psiquiátrico, e de acordo com a nosologia da época, não foram diagnosticadas por Bouchard a mania, a demência ou a idiotice. Para a visão sociológica e histórica, o problema do parecer equivocado ou precário de Bouchard, não significa um problema médico, mas um problema de controle social. Novamente, Foucault avalia a interpretação de Bouchard contida no seu parecer, considerando que faltava ao médico da época e especialmente para Bouchard um esquema epistemológico adequado do ponto de vista nosológico. Não existia uma estrutura conceitual adequada limitada à nosologia psiquiátrica. Isto significa que, para Bouchard, as diferentes realidades que configuravam e que provavelmente ainda configuram hoje o diagnóstico psiquiátrico não estavam devidamente identificadas nosologicamente. Assim, os fatos comportamentais relevantes não eram valorizados como sintomas ou como sinais de doença mental presumivelmente diagnosticável. Restou a Bouchard, assim como ocorreria com os psiquiatras modernos, o uso de categorias alternativas para a elaboração de seu parecer sobre Rivière e que, segundo Foucault, não passam de fenomenologia popular. A referência a psiquiatras hodiernos exemplifica o fato de que a psiquiatria atual utiliza o que Foucault chamou de fenomenologia popular, porém dentro de um contexto epistemológico-clínico coerente.

A psiquiatria da época, através da visão da Medicina Legal, previa a existência de estados psicológicos transitórios descritos como estados pertinentes à embriaguez, ao estado intermediário entre o sono e a vigília, ao transtorno momentâneo e ao impulso anômalo para executar uma ação determinada. Não se trata de analisar a proposta nosológica em função de sua aplicação clínica. Para Hoffbauer, autor da nosografia citada, o objetivo seria explicar, nos limites da Medicina legal, o comportamento anômalo supostamente patológico sem substrato anormal ou patológico. A Medicina Legal previa então irresponsabilidade pelo

próprio ato sem que houvesse loucura. Foucault ressalta que Hoffbauer não aceita a imposição nem de forças internas nem de forças externas que produzissem suficiente força coercitiva para uma ação anômala. Então se estabelece uma contradição que Hoffbauer não soluciona (FOUCAULT, 1977). Foucault cita a reação de Esquirol à proposição nosológica de Hoffbauer, elaborando uma nota explicativa sobre a monomania. Para Esquirol, é possível haver um transtorno dos sentimentos e da vontade sem comprometimento da atividade noética. Portanto, poderia existir loucura sem delírio. Pinel, em seu tratado sobre a loucura sem delírio, afirma que alguns alienados poderiam apresentar os chamados instintos de furor, sem distúrbio do entendimento (PINEL, 1809, *apud* FOUCAULT, 1977). A elaboração sócio-histórica e política do problema através da interpretação de Foucault enfatiza o caráter essencialmente aporético que dirige o saber psiquiátrico da época. Mas para a análise do fato do parricídio em si, considerando apenas o saber psiquiátrico, a escolha do critério nosográfico para fundamentar um parecer psiquiátrico-forense representa um avanço significativo para a medicina da época. Não se trata de rejeitar simplesmente uma entidade nosológica apenas alegando motivos ideológicos. Bouchard, ao se referir à monomania como um quadro patológico que poderia ter condicionado a conduta de Rivière, procurou adequação da nosologia ao comportamento anômalo. A conceituação de mania (do grego: loucura) atingia a mente de uma maneira global, uma vez que a concepção de mente era integral, ou seja, a mente era um elemento único e indivisível. Qualquer perturbação poderia desestruturá-la, produzindo demenciação irreversível. As patologias mentais eram na prática um fenômeno único, tendo uma variação apenas na sintomatologia (PICHOT, 1983). É importante estabelecer que o juízo clínico da época não dispunha de dados clínicos organizados em sistema nosográfico que permitisse um uso e aplicação compartilhados. Diante deste fato, a clínica estava subordinada à intuição do clínico, ou em outros termos à sua subjetividade. O modelo clássico de mania, proveniente da teoria humoral grega foi substituído pelo modelo renascentista da desrazão, da cisão do construto corpo-mente, com as consequências descritas como demência de evolução crônica. Kraepelin (1856-1926) opõe ao conceito de cronicidade o conceito de afecção aguda, com quadro agudo, descrevendo o que chamou de mania simplex. Para Kraepelin, este transtorno não evoluía para a demência e nem apresentava sintomas psicóticos

(HARE, 1981). O elemento que interessa usar no contexto preditivo não está disponível e, portanto, não serve para uso clínico. Os casos anteriores de parricídio não eram descritos considerando as suas semelhanças e diferenças comportamentais com outras alterações de comportamento visando à elaboração de um critério clínico único para uso e aplicação em doenças específicas. Foucault valoriza a interpretação do conceito de intelectualização dirigida a patologização do comportamento. Excluindo Bouchard, ele enfatiza a ideologia do período que consistia em erigir novas patologias de acordo com a nova medicina mental. Assim, o conceito de medicina apoiado em fatores físicos também estava contaminado pelo conservadorismo tradicional. É interessante o fato de que Foucault isenta Bouchard de participar do movimento conduzido pelos psiquiatras da época e que consistia em patologizar o comportamento através de critérios físicos ou orgânicos, mas ao mesmo tempo o coloca como um expoente da medicina que confia na posição repressiva tradicional das instituições da justiça, colocando o destino de Rivière nas mãos desta justiça coercitiva.

É fato que da leitura atenta da anamnese de Rivière, se conclui que o parecer de Bouchard está correto. A argumentação por ele apresentada refere-se exatamente à sintomatologia que define os limites do diagnóstico ou do diagnóstico diferencial. Sobre a sintomatologia apresentada por Rivière, é que Bouchard fundamenta seu parecer. Não se trata de monomania, porque, segundo Bouchard em seu laudo, monomania é um delírio parcial, de acordo com a concepção de Esquirol. À parte os argumentos de Foucault, é importante acentuar que o raciocínio de Bouchard é um raciocínio calcado no saber médico e não no conhecimento sociológico ou histórico. Ressalte-se ainda o fato de que Bouchard foi requisitado pela acusação e não pela defesa.

O parecer de Vastel é essencialmente diferente do parecer de Bouchard. E o julgamento de Foucault evidentemente também é. Vastel, ao contrário de Bouchard, poderia ser considerado um modelar representante do saber médico tradicional e talvez por esse motivo é que a defesa de Rivière o tenha convidado. Era um médico alienista, que dispunha de um arsenal nosológico mais ou menos definido e deste modo o seu parecer deveria merecer maior relevo diante do Judiciário. Para Vastel, o comportamento de Rivière pode ser compreendido em termos de fragmentação do

pensamento ou, por outro lado, como resultado de retardamento mental, sendo que para ele o importante seria identificar o problema como uma alteração básica do processo de pensamento. É preciso compreender esta posição do ponto de vista da semiologia psiquiátrica. A proposta de Esquirol, com relação às monomanias, foi utilizada por todos os psiquiatras que a aceitaram como um procedimento semiológico válido, inclusive por Vastel. Em princípio não haveria alternativa para o perito a não ser utilizar a semiologia disponível no momento. Neste ponto, não existem pontos falhos no processo de construção do diagnóstico psiquiátrico-forense, a não ser que se utilizem posições ideológicas antipsiquiátricas.

Foucault acredita que Vastel, intencionalmente, usa o conceito nosológico de transtorno do juízo, na forma de delírio para justificar o diagnóstico de disfunção de pensamento. A anamnese de Rivière, realizada por Vastel, é pontuada por fatos que, na interpretação desse perito, conduziram-no de delírio em delírio até o parricídio/fratricídio. Parece que seria possível até prever aquele desfecho trágico através da biografia de Rivière. É importante enfatizar a querela epistêmico-nosológica que influenciou as conclusões de Bouchard e de Vastel. Embora ambos tenham usado o conceito nosológico de monomania, questiona-se se eles de fato se mantiveram próximos à concepção básica de monomania proposto por Esquirol. Para Foucault, que propõe um forte relativismo e excessiva subjetividade para explicar o diagnóstico psiquiátrico, não é importante estabelecer critérios de avaliação nosográfica para julgar os pareceres de Bouchard e Vastel. Não se trata apenas de compreender e em seguida usar o conceito de monomania. Esta, enquanto construto nosológico factível, provável clinicamente, deveria ser aceito e aplicado na elaboração do diagnóstico psiquiátrico. Mas, a suposição de Vastel fez com que o conceito original das monomanias de Esquirol fosse transferido para uma fundamentação psicopatológica e psiquiátrica que justificava o ato criminoso, ou o parricídio/fratricídio de Rivière. É exatamente sobre esta vertente ideológica que os sociólogos e historiadores seguidores da antipsiquiatria constroem seus argumentos. A relativização do diagnóstico psiquiátrico encontra uma forte oposição na psiquiatria de Vastel porque ao propor um diagnóstico psiquiátrico para um indivíduo acusado de crime de parricídio ele explicita, torna pública sua crença no saber psiquiátrico, que conseqüentemente teria poderes para mudar as sentenças da justiça penal. A

crítica de Foucault ao laudo de Vastel assinala que o diagnóstico proposto informa que há uma relação entre crime e loucura, que pode ser constatada de modo praticamente objetivo. Mas, parece que para Vastel não há alternativa fora da sua semiologia assim como não há alternativa para Foucault fora do seu cálculo histórico-ideológico. As posições são evidentemente contrárias, mas fora da semiologia psiquiátrica não há possibilidade de se estabelecer critérios para um diagnóstico médico ou no caso psiquiátrico-forense. Vastel usou o que estava disponível na época e de um modo estritamente técnico. Foucault tenta diminuir a autoridade médica dele justamente usando critérios sociais, culturais e históricos. Mas a psiquiatria não deve abrir caminho para este tipo de avaliação, que é completamente estranha à medicina enquanto ciência. Por outro lado, a crítica proposta pelos teóricos da anti-psiquiatria consistem nos seguintes pontos: a) A epistemologia proposta por Vastel estava calcada numa concepção de loucura originada no século XVIII. b) O conceito de delírio era fundamental para o diagnóstico de doença mental.

A entidade clínica que se poderia construir partindo destas concepções perderia o seu valor devido à inadequação clínico-nosológica de Vastel. O diagnóstico psiquiátrico-forense, portanto, não teria valor probatório no caso de Rivière. A psiquiatria, enquanto saber capaz de corroborar estados limite de doença mental potencialmente capazes de provocar crimes como o de parricídio, não teria fundamentos para condenar ou absolver indivíduos. Foucault assinala ainda que Vastel não era um especialista como os psiquiatras da escola de Paris e propõe uma avaliação do conhecimento médico através de critérios sócio-culturais. Existe ainda um fator complicador nestas concepções que abrangem diversas escolas psiquiátricas e que definem as bases epistemológicas do diagnóstico psiquiátrico. Este depende da concepção básica de doença mental ou simplesmente da ênfase e interpretação dos diversos fatores responsáveis pelos transtornos psiquiátricos. Mas, o perito não deveria estar afiliado a nenhuma corrente em particular e o diagnóstico deveria ser formulado através de critérios objetivos. Mas a psiquiatria não é uma especialidade essencialmente objetiva, nem a sua sintomatologia tem necessariamente suporte organicamente identificável. Este problema parece ter configurado o contexto psiquiátrico-forense do período histórico abordado por

Foucault. Deve ser acrescentado que a psiquiatria, na época, ainda era exercida de modo eventual por cirurgiões, neurologistas ou por neurocirurgiões. Historicamente, este fato representa um prejuízo para a psiquiatria enquanto saber médico, que foi habilmente explorado por Foucault. Os antagonismos entre psiquiatras devidamente explorados por teóricos sociais não ocorreriam entre os neuropatologistas, cirurgiões, neurologistas, clínicos nem entre os neurocirurgiões. A objetividade da neurologia e da neurocirurgia não permite a interferência de outras áreas de conhecimento em sua nosologia e em seus procedimentos técnicos visando criticá-las e reformá-las.

A questão da negação da psiquiatria enquanto saber consistente com acentuado interesse social tem-se mostrado resistente à sua evolução técnica até nos dias atuais. No contexto da psiquiatria do século XIX, esta resistência praticamente não existia porque o saber médico estritamente psiquiátrico não era reconhecido ou não era aceito sem restrições.

Foucault desloca seus argumentos para a escola de Paris. Após os pareceres de Bouchard e de Vastel, Rivière foi condenado à morte. Nesta fase, a medicina tradicional da escola de Paris interfere no processo e diversos especialistas atestam a propriedade do parecer de Vastel prolongando o conceito nosológico de monomania como um elemento capaz de justificar o diagnóstico psiquiátrico de Rivière e a sua irresponsabilidade penal. Mas, a relatividade da nosologia é defendida pelo grupo de Paris formado por médicos como Esquirol, proponente do conceito de monomania, Marc, que tentou distinguir formas clínicas diferentes de monomania, como as formas instintiva e racional, e Leuret, que se insurgiu contra a crença implantada no meio jurídico de que a monomania era uma invenção dos médicos.

A necessidade de uma nosografia consistente se impunha a quaisquer esforços no sentido de previsão de crime ou de delito. Mas, os historiadores do período acentuam o lado ideológico da medicina e de seu papel social. A pretensão dos representantes da medicina oficial da época era contribuir com a organização social e até com a base jurídica da sociedade, sob a forma de contribuição à legislação penal específica.

A escola de Paris ratifica o parecer de Vastel. À parte às filigranas do diagnóstico psiquiátrico, o grupo de Paris, tendo à frente Esquirol, estabelece critérios para construir o diagnóstico sem mostrar nenhuma evidência do vínculo sintoma-enfermidade, nem defender a estabilidade epistemológica da nosologia psiquiátrica. Cria-se uma dicotomia interessante. De um lado, a pretensão da psiquiatria ou do saber médico da época em contribuir com a legislação penal e com a ordem social. Do outro, a necessidade de se constituir um saber partindo de fundações estáveis e consistentes do ponto de vista nosológico. A elaboração do parecer da escola de Paris, de acordo com Foucault, representa a posição teórica da escola de Salpêtrière que enfatiza as causas “morais” da loucura, mas no grupo de peritos da escola de Paris havia representantes do organicismo. A investigação ou a simples escolha de uma causa para a doença mental representa de fato uma tendência da medicina para o exercício do poder político, inclusive colocando-se contra o poder do judiciário. É neste sentido que se desenvolve a crítica sistemática de Foucault dirigida contra a psiquiatria. Neste contexto, a condenação de Rivière significa a derrocada da sapiência e da autoridade médicas. E neste caso, a autoridade médica se mobiliza para livrar da pena capital um indivíduo que sequer conhecem. Marc, primeiro médico do rei, intercede favoravelmente à escola de Paris e no final Rivière tem sua pena comutada. Este fato pode significar uma vitória para a medicina e o saber médico. Mas não representaria para o poder de interpretação dos intelectuais - historiadores, sociólogos - uma conscientização dos valores éticos das autoridades médicas. A humanização da medicina foi substituída na interpretação intelectualista típica da antipsiquiatria pela manipulação política da sociedade através da visão absolutista da nosologia. Esta seria o elemento sempre usado pelo poder médico para exercer controle social. Os médicos não pretendiam defender os indivíduos loucos mas interferir na sua vida, na sua existência, mesmo dividindo este poder com o judiciário.

Em 1835, os psiquiatras mais importantes da França se mobilizaram para viabilizar uma espécie de acordo com o judiciário para institucionalizar os tipos de internação psiquiátrica nos asilos, que seriam internação voluntária e internação ex-offício. Este tipo de internação rápida, que não seria exatamente um isolamento penal compulsório, tinha por objetivo a prevenção de atos delituosos. A intervenção

impediria a ação potencialmente perigosa do doente mental. O modo pelo qual a psiquiatria usa este poder não soluciona o problema da duração necessária da internação, seja no plano terapêutico seja no plano da duração da medida de segurança. Neste período, o indivíduo estava pressionado pelos poderes da psiquiatria de um lado e da justiça penal de outro. No entanto, não havia consistência nos dados clínico-nosológicos da psiquiatria desta época de modo que a tentativa de estabelecer parâmetros confiáveis para a predição de comportamento perigoso era sempre frustrada. Portanto a importância dos fatores preditores da conduta criminosa se impõe no exercício da psiquiatria judiciária. Não se trata apenas de atribuir responsabilidade ou irresponsabilidade a um indivíduo homicida em função de ser portador ou não de doença mental. Até aqui o problema parece ser quase que exclusivo da condição sócio-política que dirige a ação higienizante da psiquiatria. Mas o problema nosológico se impõe justamente pelo fato de que o conceito de monomania em suas variadas formas clínicas não teve consistência sendo praticamente refutada por alguns psiquiatras. No nível da justiça penal, houve também alguma rejeição do conceito nosológico de monomania. Na verdade, a complexidade do ato criminoso, e o seu objeto não estão ao alcance da nosologia psiquiátrica, da psiquiatria como ciência. A literatura registra a discordância entre os seis especialistas que elaboraram os pareceres de Rivière, em que três opinam pela sanidade e três pela insanidade do parricida. Diante deste fato, parece correto exigir da psiquiatria uma nosologia estável, consistente e que possa responder as questões que são propostas para explicar a gênese do comportamento criminoso complexo. É fato que há crimes que pela sua complexidade tanto na motivação como na execução, parecem transcender ao conhecimento psiquiátrico. Na França do século XIX, houve uma série de crimes tão complexos e antinaturais como o parricídio de Rivière. O que deve ser assinalado é o caráter antinatural destes crimes como o homicídio praticado por Henriette Cornier que matou uma criança e em seguida jogou a sua cabeça na rua e Léger que comeu o coração de sua vítima. Ambos confessaram seus crimes, sendo que Cornier sempre apresentou discernimento durante todas as fases de execução do crime e Léger revela seus crimes em todos os detalhes e circunstâncias (H. MARC, Laudo Médico-Legal para H. Cornier, 1826). O que confunde os especialistas é que os criminosos parecem agir sem motivo e não aparentam ser portadores de doença mental. A discussão

sobre a culpabilidade dos criminosos parece girar em torno do conceito altamente problemático de monomania. No entanto, este conceito mesmo considerado em termos de suficiência diagnóstica, não foi capaz de resolver o problema do julgamento clínico-psiquiátrico dos criminosos portadores de doença mental. Neste período surgem outros conceitos que não se referem exatamente à nosologia, mas a estados psicológicos que teriam uma relação estreita com a ocorrência psicopatológica motivadora do crime. Estes conceitos tratam da coexistência entre a doença mental e a lucidez, da estrutura psicológica do delírio parcial e do chamado intervalo lúcido. Todos estes conceitos mostram a precariedade do diagnóstico psiquiátrico-forense no contexto da época. Atualmente ainda é difícil responder a questões como a existência da privação momentânea da razão, a consciência do próprio ato criminoso e a motivação e premeditação do crime. As soluções propostas para delimitar a estrutura do delírio e a relativa isenção de determinadas funções senso-perceptivas no processo psicopatológico do crime cometido pelo doente mental não estão ainda demonstradas.

O caráter contraditório dos pareceres médicos concernentes à doença mental e sua conduta antissocial coloca o problema do diagnóstico psiquiátrico num plano essencial para o exercício da perícia psiquiátrico-forense. A perícia psiquiátrica necessita, portanto, do diagnóstico psiquiátrico consistente, estabelecido corretamente em função de uma base conceitual consistente, ou seja, de uma base epistemológica sólida. A Psiquiatria enquanto saber médico estabelecido, no contexto histórico do século XIX, não apresentava condições científicas para responder as questões inerentes ao problema da identificação da doença mental em criminosos homicidas e qual a sua relação com a motivação e consciência do ato criminoso.

O problema da predição do comportamento homicida já havia sido abordado por Marc, o primeiro médico do rei, em seu *Traité de médecine légale*, de 1836. Para ele, a monomania sempre é precedida de sintomas que são característicos de alterações intelectivas que permitem firmar o diagnóstico diferencial entre o delírio e a ausência do delírio (FOUCAULT, 1978). Mas todos os obstáculos continuavam em relação à própria nosologia quando era analisada a forma clínica da monomania. Phillippe Pinel (1745-1826), como ilustre representante de Bicêtre e Salpêtrière,

propõe em sua *Nosographie philosophique* a ausência de lesões estruturais e inflamatórias que possam produzir lesões do sentimento que compreendem alterações ou perversões morais. Em alguns casos de loucura apresentados por Pinel, não havia referência à desintegração das funções senso-perceptivas, apenas a alteração das funções afetivas provocando um comportamento homicida, ou seja, a mania sem delírio; já em outros casos há a referência à desintegração do entendimento e da vontade, acompanhada de extravagância e alterações comportamentais, a mania com delírio. No entanto, o problema nosológico persistia e nas condições vigentes na psiquiatria da época não havia possibilidade de se firmar diagnóstico ou mesmo diagnóstico diferencial que permitisse a elaboração de pareceres tecnicamente coerentes. A investigação nosológica era enfaticamente conduzida para a identificação de quadros sintomáticos, indiscerníveis para o clínico da época, portanto precários quando utilizados para firmar diagnóstico psiquiátrico-forense. A noção clínica de monomania, com todas as suas variáveis deu origem à busca incessante de formas mais ou menos estáveis que permitissem identificar a diferença entre a loucura e a razão.

A diferença entre a loucura e a razão parece residir na noção de monomania, mesmo sendo esta noção contestada e controvertida. Por outro lado, a monomania invalidou outros conceitos importantes para a elaboração do diagnóstico psiquiátrico, como o de loucura raciocinante ou mania sem delírio.

No contexto da nosologia clínica deve ser identificado um suporte epistemológico que permita, independentemente da estabilidade dos quadros clínicos, estabelecer os limites da validade de um juízo clínico-preditivo a ser aplicado sobre o comportamento criminoso ou homicida apresentado pelos doentes mentais. Que tipo de sintoma poderia ser identificado no comportamento do indivíduo com diagnóstico prévio de doença mental que poderia indicar a sua periculosidade ou comportamento homicida? Há possibilidade de se construir uma semiologia na qual os sinais seriam identificados e hierarquizados em função de predição de comportamento homicida futuro? A possibilidade desta construção está nos limites de um reducionismo que é quase inerente às ciências de um modo geral. O saber médico, ao afirmar taxativamente nos laudos psiquiátrico-forenses que um determinado indivíduo é doente mental ou não, ou se é consciente de um homicídio

por ele praticado, deve assumir publicamente a sua responsabilidade social e a sua consistência científica.

A importância social da psiquiatria enquanto saber não é exclusivamente sancionada pela sua aplicação às normas jurídico-penais visando esclarecer a culpabilidade de um indivíduo. O psiquiatra deve defender a sociedade dos indivíduos doentes mentais criminosos, mas deve defender também os doentes mentais das políticas sociais desumanas de um modo geral. Foucault, ao ideologizar a ação terapêutica dos psiquiatras, propõe uma nova vertente para o exercício da atividade médica nesta especialidade. No entanto, desde o século XVI na França, houve manifestações favoráveis aos doentes mentais da parte de médicos.

A psiquiatria, embora esteja devidamente delimitada na ação de curar as doenças psicológicas, ou com manifestações psicológicas, é formada por elementos que não são essencialmente médicos, no sentido da organicidade, da lesão demonstrável. Além disso, como trata distúrbios do comportamento, a psiquiatria é colocada sob suspeição quando propõe vigilância ou reclusão para indivíduos perigosos para si mesmos e para a sociedade, porque supostamente não possui nenhuma garantia que não esteja problematizada no plano científico ou social, histórico ou político. O movimento político denominado anti-psiquiatria desenvolve este argumento que se firma sobre bases reconhecidamente político-ideológicas desvinculadas dos problemas estritamente clínico-psiquiátricos. A problematização dos critérios semiológicos é única competência da própria psiquiatria enquanto especialidade médica. Neste aspecto, deve ser enfatizado que na problematização destes critérios dois pontos devem ser abordados. O primeiro refere-se à própria história nosológica da psiquiatria. O segundo, mais específico, refere-se à própria formação do diagnóstico psiquiátrico. Estas duas vertentes dão origem a problemas epistemológicos permanentes dos quais a validade do diagnóstico depende.

A história da nosologia psiquiátrica se confunde em suas origens com a história humana, com as precariedades da existência humana. Lucien Febvre, em seu famoso artigo, escrito em 1948, "*Sorcellerie, sottise ou révolution mentale?*" questiona a origem da mudança da mentalidade dos juizes, que após séculos condenando milhares de indivíduos à morte na fogueira, deixaram de fazê-lo, em

torno do século XVII. É possível que os doutos juízes, detentores de um saber secular, foram convencidos pela filosofia, como é citado por Voltaire em seu *Dictionnaire Philosophique*: “mais de cem mil supostas feiticeiras foram condenadas à morte na Europa. A filosofia curou finalmente os homens dessa abominável quimera e ensinou aos juízes que não se deve queimar imbecis” (VOLTAIRE, 1964).

De acordo com o que já foi referido anteriormente, houve, ao contrário do que afirmou Foucault, ampla defesa de doentes mentais por médicos na França do século XVI, sem motivos exclusivamente político-ideológicos.

No século XVI, o judiciário apresentava características interessantes nos casos de formação e procedimentos das instruções nas quais os acusados de feitiçaria eram submetidos à tortura. Se o acusado nada confessasse estaria livre da sentença. No entanto, em alguns casos os juízes e alguns médicos que prestavam assistência técnica àqueles, questionavam claramente o que era obtido do acusado através de tortura. Em outros casos, havia de fato a dúvida sobre a realidade da atividade do acusado e que era lançada pelos médicos. Os juízes do parlamento de Paris, provavelmente influenciados por médicos, abrandaram as suas penas. Na época, era comum explicar os casos de posse demoníaca pela ausência da aplicação de pastoral pelos integrantes do clero secular. Em 1589, em Tours, a interferência de alguns médicos como Pigray, provocou a libertação de diversas pessoas presas sob acusação de satanismo e práticas de feitiçaria. Em 1598, o Parlamento julgou o mendigo Jacques Roulet, que acusou a si mesmo de licantropia e de devorar uma criança, que de fato havia sido devorada pelos lobos, Condenado à morte, teve a sentença anulada pelo Parlamento que entendeu se tratar de um doente mental recomendando a sua internação no Hospital de Saint-Germain-des-Prés. Até esta fase, são os juízes que de fato decidem a sorte dos indivíduos acusados de bruxaria, às vezes, até brigando entre si.

A intervenção dos médicos, no entanto, reapresenta o problema da adequação nosológica e da construção do diagnóstico, na psiquiatria judiciária. Para que haja uma determinada influência da medicina no julgamento dos acusados de crimes em geral, é preciso que a medicina se defina em termos nosológicos adequados. No contexto histórico do século XVI, a medicina não dispunha de uma

nosologia estritamente científica, pelo menos no sentido técnico como é hoje compreendida.

Pierre Pigray, cirurgião de Henrique III, autor de preceitos médicos, nos quais refere-se a enfermidades com paixão de espírito, atuou como perito juntamente com outros médicos - Renard, Leroi e Falaiseau - no caso de quatorze pessoas condenadas por feitiçaria em Tours. Pigray e seus colegas ressaltaram a péssima condição socioeconômica dos condenados, conseguindo a sua absolvição. Pigray examinou o caso de uma jovem, acolhida em 1587, pelos monges capuchinhos de Paris, que afirmava estar possessa, falando latim com o exorcista. Mas Pigray nota que a jovem não responde a todas as perguntas em latim. Investiga a sua vida pregressa e as suas relações com o bispo de Amiens, que mandara açoitá-la dois anos antes, por organizar exorcismos públicos. É interessante o parecer de Pigray. Considerando que as loucuras da imaginação podem levar à melancolia, Pigray assinala que tal disposição é essencialmente forte levando o paciente às vezes à morte para não desmenti-las ou negá-las. É possível fazer aqui uma ligação com a simulação histórica (PIGRAY, 1606). Outros médicos atuaram nos casos de possessão demoníaca e apresentaram também pareceres cautelosos, de modo a isentá-los de culpa, por serem portadores de doença mental ou sofrerem de miséria crônica. Em 1574, o bispo de Chartres solicita ajuda médica para esclarecer o caso de uma possessa, Perrine Sauceron, que dizia estar possuída pelo demônio e que a estimulava a matar seu marido e seus quatro filhos e em seguida suicidar-se. O médico Phillipe Gavars após examiná-la, concluiu que a mulher estava atacada de melancolia, que corrompera a veia temperada do cérebro e que causou os sintomas referidos por ela (manuscrito do fundo Dupuy, B.N. Ms, Dupuy, 488). Outros casos são citados em razão da interferência médica nos processos judiciais de mulheres possessas, como Nicole Obry de Vervins, em 1556, Jeanne Féry de Mons e Françoise Fontaine de Louviers. Todas foram absolvidas e se submeteram a tratamento médico disponível na época.

No caso do diagnóstico de melancolia houve mesclas entre o saber médico e as crenças vigentes na época. Du Laurens, em seu *Discours des maladies melancholiques*, admite uma etiologia representada pela intervenção do Diabo sobre

a mente dos indivíduos melancólicos. Eles são vítimas do espírito maligno, entidade conhecida e referida pelos filósofos do século XVI.

Outro médico, Jean Taxil, ao estudar a epilepsia, sugere que o demônio utiliza o humor melancólico para atormentar os indivíduos. Enquanto a medicina tratar a melancolia, de forma indireta deve curar os casos de possessão demoníaca. A medicina seria um antídoto contra a possessão demoníaca (TAXIL, 1602).

Jordain Guibelet, médico de Évreux, em seu *Trois discours philosophiques* admite que o humor melancólico pode alterar e anular as operações da alma, mas isso não quer dizer que seja obra do demônio, embora este possa provocar no indivíduo as mesmas coisas (GUIBELET, 1603).

O médico Jean de Nynauld discutiu a ocorrência de licantropia, a qual pretendeu relativizar dentro do contexto de crenças da época. Refuta todas as crenças que de um modo ou de outro, difundiam a possibilidade da ocorrência de metamorfose embora se fundamentando na filosofia de Santo Agostinho, que rejeitava a influência do demônio. Mas Nynauld aceitava a loucura feminina que se caracterizava, segundo ele, por uma mania imaginativa com conteúdos ou representações não existentes. É interessante o fato de que no século XVII os médicos usavam argumentos que não pertenciam à medicina, mas a outras áreas de conhecimento. No caso, Nynauld usa argumentos filosóficos, mas os sociólogos assinalam que a sua obra não está completa porque não chega a atingir todas as crenças referentes à feitiçaria, limitando-se à licantropia (NYNAULD, 1615).

O caso da suposta possessão de Marthe Brossier apresenta aspectos excepcionais porque coloca em lados opostos, religiosos, como os capuchinhos e do outro os médicos. A polêmica, que se estabeleceu sobre a suposta possessão de Brossier e as possibilidades de sua terapêutica, envolveu membros eclesiásticos como o cardeal Bérulle e médicos do Parlamento.

Marthe Brossier, de vinte e cinco anos, a terceira das quatro filhas de um comerciante provavelmente influenciada por outros casos similares declara-se possuída por um demônio e acusa uma vizinha Anne Chevreau, de feiticeira que é colocada na prisão. Mas, Chevreau, apesar disso, escreve uma carta para

autoridades de Paris pedindo intercessão para a sua acusadora que teve a infelicidade de sendo a terceira das filhas não teve a possibilidade de ser desposada. A possessão de Brossier promove extensas polêmicas pela França, tendo a família se deslocado até Paris. Os exorcismos de que era objeto eram presenciados por multidões e de acordo com a vontade política das autoridades eclesiásticas eram realizadas nas igrejas. O demônio que a possuía era Belzebu, já muito famoso e que se manifestava sempre atacando os pecadores que não iam assistir às missas e lembrando que os feiticeiros eram sumamente vulneráveis aos exorcismos e não à justiça. Este demônio era muito importante no contexto da cultura das possessões porque já havia possuído outras mulheres como Nicole Obry de Vervins.

No final de março de 1599, diante dos tumultos provocados pela passagem de Brossier pelas cidades, e finalmente em Paris, o Bispo convoca teólogos e médicos para realizar exames em Marthe Brossier. O local escolhido é a abadia de Sainte-Geneviève. A possessa apresenta comportamento típico: saltos, convulsões, contorções impressionantes, vozes com timbre não humano. O teólogo então interroga a possessa em grego e o médico em latim. Marthe não responde, alegando não poder responder. Os examinadores concluíram então que a possessa não estava possuída por nenhum demônio. Mas a polêmica continua. A possessa é novamente examinada por um padre que desafia os espectadores a arriscar a vida para retirar o demônio da mulher possessa. O médico Marescot aceita o desafio e pondo a mão na cabeça da mulher impede os movimentos corporais típicos do estado demoníaco. Mas o padre alega que o demônio tinha se retirado e Marescot afirma: eu expulsei o demônio. Outros médicos concordam com a posição de Marescot. No entanto, os capuchinhos convocam outros médicos que, examinando mais uma vez Marthe Brossier, concluem tratar-se de posse demoníaca. Os teólogos defendem a possessão e os médicos defendem a simulação aplicando uma semiologia rudimentar gerada na análise do comportamento e no quadro psicomotor de Marthe Brossier. O quadro convulsivo de Marthe não apresentava inconsciência durante a crise, não havia rigidez de membros. A possessa compreendia o latim dos exorcistas, mas não compreendia o latim dos médicos. A questão não ficou resolvida porque o poder eclesiástico dominava bem o cenário sociopolítico da época. No

final, o próprio Marescot reconheceu a existência do demônio de acordo com os ensinamentos da igreja, mas não aceita a sua interferência no caso da possessão de Marthe Brossier.

Nos casos acima descritos, respeitando-se os seus limites históricos e científicos, é possível notar a extrema dificuldade com que o saber médico se constitui enquanto saber sancionado pela sua aplicação às desarmonias da sociedade ou necessidades prementes da manutenção da organização social. Nestes casos, o valor da previsão é uma exigência sempre requisitada pela sociedade, principalmente, quando a previsão se refere ou está vinculada ao comportamento. Nos casos analisados através da história da psiquiatria o que parece ficar evidente é a exigência da elaboração do diagnóstico psiquiátrico do comportamento anômalo, mais do que a capacidade de previsão de conduta criminosa. Na verdade, a ocorrência do homicídio ocupa mais a atenção e esforço para explicá-lo por diversas razões do que a possibilidade remota de investigar as suas causas previamente dispostas e que provavelmente produziram a ação criminosa. Neste procedimento, estaria a matriz das tentativas de predição comportamental em psiquiatria. Como foi assinalado no breve resumo da história dos crimes famosos ligados à feitiçaria, a psiquiatria em razão de suas vicissitudes técnicas da época, não conseguiu esclarecê-los de modo consensual.

O que deverá ser avaliado no contexto da história da psiquiatria em geral, e da psiquiatria forense em particular, é o problema da objetividade e consistência do diagnóstico psiquiátrico. A dificuldade para construir o diagnóstico em psiquiatria pode formar um amplo leque de possibilidades teóricas que infelizmente não a favorecem nem aos psiquiatras. Este fato significa que outras áreas de conhecimento têm se apropriado do problema da doença mental ou simplesmente loucura como a denominam os adversários da psiquiatria. De acordo com a história da nosologia psiquiátrica há de fato uma dificuldade para estabelecer diagnóstico consistente da doença mental. A mescla teórica entre as faixas sintomatológicas que abrangem comportamentos e sintomas psicopatológicos tem prejudicado a construção do diagnóstico. Por outro lado, os exemplos obtidos através da história mostram que o conceito de predição é extremamente problemático e talvez nem seja viável em contexto clínico mais exigente.

O termo predição significa prever, mas no caso da clínica psiquiátrica certamente não significa profetizar. No entanto, tem sido usado com este significado. Em psiquiatria, e principalmente em psiquiatria forense, o termo deve significar, ou seja, deve ser usado como procedimento técnico capaz de prever fatos relevantes no contexto clínico - sintomas ou condutas - que podem provocar determinado comportamento homicida. No entanto, diante dos problemas e vicissitudes inerentes ao diagnóstico psiquiátrico, como estabelecer parâmetros consistentes para ajuizar tais diagnósticos em qualquer faixa? O diagnóstico em psiquiatria pode ser realizado sob forte presunção. Esta presunção pode ter uma fundamentação histórico-clínico-literária. O diagnóstico passa a ser uma construção, no sentido sociocognitivista, na qual a relação de consistência coerentista e fundacional é abandonada (SANTOS, Comunicação pessoal). Há casos de rara excepcionalidade nos estudos patográficos nos quais há os diagnósticos criados sob forte presunção como os que foram atribuídos a Benvenuto Cellini, escultor florentino, de psicopata instável e paranoide, devido a sua extrema ferocidade e atos delituosos; a Miguelangelo Merisi Caravaggio, pintor naturalista, de psicopata explosivo pelo seu comportamento extremamente violento, com muitas agressões e pelo menos um homicídio. No nível da elaboração do diagnóstico em psiquiatria seria possível substituir o diagnóstico de base preditiva pelo de base presuntiva? A presunção na verdade não substituiria a predição porque aquela está sempre na base desta. A presunção, por ser uma suposição da verdade com base em sua aparência ou em experiência anterior, supõe um forte elemento subjetivo isolado já que presumir significa considerar como indícios epistêmicos elementos conjecturais enquanto que a predição supõe avaliação baseada em elementos supostamente objetivos. A história da psiquiatria em sua trajetória epistemológica mostra a já referida mescla de crenças calcadas em diversos modelos epistêmicos. Na verdade, é possível sugerir para a nosologia psiquiátrica diversos caminhos epistêmicos, nos quais tanto a presunção quanto a predição podem ser devidamente enfatizados sem maiores prejuízos ou desgaste teórico. Para isso, basta citar os modelos filosóficos que no século XVIII nortearam a mentalidade dos maiores expoentes da psiquiatria clínica ou da psiquiatria nosocomial. Neste caso, o elemento presuntivo não era questionado porque aparentemente não havia nenhum outro procedimento clínico-epistemológico que o substituísse.

A análise histórico-conceitual das patologias investigadas pela medicina, no século XVIII, mostra o uso da noção das cinco categorias de Philippe Pinel aplicada à insanidade mental e à suposta influência da mentalidade presuntiva principalmente na neuropatologia em relação às doenças cerebrais. No foco teórico estrito deste estudo há, portanto, dois níveis de abordagem da questão da predição na psiquiatria forense. No primeiro, do modo como foi apresentado até aqui, deve ser ressaltada a questão da categorização de comportamentos que está fortemente vinculada a fatores sociais, psicológicos, históricos, políticos, econômicos, jurídicos, ideológicos e até ambientais. Neste contexto surgiu a psiquiatria forense, com clara repercussão jurídico-penal. De acordo com o que ficou assinalado neste trabalho, a psiquiatria forense foi historicamente questionada, não em sua importância para a Justiça penal, mas como um saber incapaz de se determinar de modo autônomo independente de injunções ideológicas de controle social. A psiquiatria foi forçada a responder a determinadas questões jurídico-penais e comportamentais e passou a investigar problemas muito amplos que já eram objeto de investigação de outras áreas de conhecimento. A criminologia, estabelecendo seus limites de atuação teórico-prática, retirou da psiquiatria muitas questões ligadas ao comportamento violento sequenciando homicídio, oferecendo soluções de base eminentemente teórica, com suporte teórico dispersado por várias áreas de pesquisa. O problema da predição, levando ao problema do diagnóstico em psiquiatria e, por extensão em psiquiatria forense sugere, ainda nos limites teóricos acima citados, a já referida dispersão.

A categorização do comportamento criminoso proposta pelas áreas afins à psiquiatria forense como a Criminologia tem sido um forte elemento cuja intenção de formar juízos preditivos preenche um espaço de atuação que interessa principalmente à psiquiatria. Neste aspecto, é importante justificar no contexto desta tese, a escolha do exame dos prontuários médicos e a visão clínico-psiquiátrica em relação ao uso de questionários de investigação de comportamento violento, da presunção diagnóstica de periculosidade em seu potencial homicida. A psiquiatria tem contribuído para a melhor compreensão dos casos de reincidência do comportamento homicida através dos estudos de personalidade e da elaboração de tipologias psicológicas e clínico-psiquiátricas. Mas a Criminologia parece misturar,

como de fato mistura, a vertente social com a vertente psicológica, psicopatológica e nosológica quando tenta explicar eventos criminosos. A Criminologia não formula diagnósticos de doença no sentido médico, mas formula uma “nosografia” criminal que indica apenas traços superficiais da personalidade. Não há a elaboração, no nível criminológico, de tipologias fundadas sobre traços psicológicos estáticos, precisos, produtores de comportamentos específicos, mas existem tipologias que visam à predição de comportamento futuro. Seguindo a tendência teórica das ciências criminológicas seria útil compreender a predição como um determinado comportamento, com características específicas como por a falta de perspectivas existenciais e profissionais em vista de menor capacidade intelectual. Parece que a explicação da recidiva de comportamento delituoso é mais fácil de obter do que a explicação do juízo preditivo sobre comportamento delituoso ou homicida embora aparentemente tenham a mesma estrutura comportamental.

A psiquiatria clínica não dispõe dos sistemas particulares típicos das ciências criminológicas, com as escalas de base social, psicológica, criminal ou situacional ou de base normativa para estabelecer qualquer critério para avaliação preditiva de comportamento homicida. Os fatores psicossociais envolvidos no processo têm características estritamente jurídico-penais e como tais são tratados. Os casos de avaliação jurídico-penal abrangem a idade de início da história criminal, o número de indiciamentos e condenações, a conduta carcerária quando do cumprimento da pena e o tipo de delito praticado. Estas características comportamentais mais ou menos objetivas de forte conotação social são, de certo modo, mais fáceis de descrever e avaliar, do que as características psicológicas. As características psicológicas são traços que têm significado quando estão configuradas no contexto clínico ou psicopatológico e, neste caso, é assunto para a psiquiatria clínica ou para a psiquiatria forense. Neste nível, a anamnese psiquiátrico-forense é fundamental porque indica os traços básicos de comportamento que antecedem a conduta homicida além de indicar os fatores que a criminologia avalia como potencialmente criminogênicos como citado acima. Mas, a clínica psiquiátrica deve ser soberana na elaboração do parecer psiquiátrico-forense. A categorização das entidades próprias da criminologia devem servir apenas de suporte para o diagnóstico psiquiátrico-forense. A questão é que a criminologia atua

sobre a fenomenologia dos delitos cometidos por indivíduos imputáveis. A psiquiatria atua sobre uma fenomenologia dos delitos cometidos por indivíduos supostamente inimputáveis cujo diagnóstico psiquiátrico é solicitado pela autoridade judiciária que representa a defesa da sociedade. Há, neste ponto, dois caminhos que definem a problemática da predição ou presunção na psiquiatria forense. Embora a criminologia, em seu lado teórico puro, tenha proposto vários critérios que atualmente têm mero valor histórico, (CLINARD, 1956, 1957) é importante lembrar que tais critérios nem sempre são oriundos de matrizes essencialmente criminológicas. A criminologia utiliza alguns conceitos pertencentes à psicanálise e à psiquiatria. No entanto, estes conceitos foram relativizados pela criminologia por causa da enfática nosografia que foi proposta pela psiquiatria tendo como base o conceito de personalidade psicopática para explicar certos comportamentos criminosos. A psicanálise, com a sua doutrina fundada na existência de conflitos de provável base sexual, tem contribuído para a explicação de algumas condutas criminosas específicas embora com algumas restrições ou até rejeições.

Há diversas hipóteses que poderiam ser citadas e comentadas no âmbito deste trabalho. No entanto, a extensão do percurso teórico invalida este processo. A psiquiatria, ao tentar obter as fundações epistemológicas para as hipóteses que de um modo ou de outro explicariam, no nível médico-legal, a ocorrência de doença mental e sua correlação com o crime, fracassa em sua tentativa porque não pode explicar a existência de conexão entre traços psicológicos e fatores sociopatogênicos produzindo comportamento criminoso. Aliás, a psiquiatria embora valorize hipóteses como a da frustração-agressão e a das subculturas tipicamente criminogênicas não as utiliza porque o conceito de subcultura criminal é utilizado em termos de fortes diferenças étnicas, culturais, ambientais. A psiquiatria clínica valoriza estes elementos, mas valoriza sobretudo os sintomas que ocorrem até no contexto de uma subcultura que determina a percepção mais ou menos diferenciada de uma sociedade. O fato de que os sintomas refletem ou podem refletir as chancelas psicológicas, culturais e sociais não impede a sua utilização como elemento básico para a construção do diagnóstico psiquiátrico-forense. É possível propor então duas vertentes diferentes entre si, mas que convergem para uma construção válida do diagnóstico. A vertente psicossociológica avalia o conjunto de

comportamentos através de critérios típicos de direito positivo, considerando o comportamento como criminoso. É uma criminologia de base abstrata e teórica haja vista a ausência de evidências concretas que caracterizem o fato criminoso. A vertente clínica da criminologia propõe uma base concreta do comportamento criminoso, através da diagnose, prognose e terapêutica médico-psicológicas. A vertente psicossociológica atualmente se constituiu em ciência criminológica pura enquanto que a criminologia clínica é uma investigação dos aspectos gerais, e práticos, ligados ao delito. Neste caso, a vivência clínica exige a familiaridade do clínico com o contexto psicológico da carceragem, com as políticas de observação e recuperação do apenado, com as técnicas de prevenção e recuperação de indivíduos delinquentes. A construção dos pareceres psiquiátricos deveria ser também uma indicação clara das características psicossociais que, sob certas condições, relativizam o diagnóstico psiquiátrico. Retornando aos conceitos já abordados de predição e presunção, deve ser enfatizado que o ato médico psiquiátrico funda-se sobre uma noção de presunção que parece formar uma base epistemológica para a predição do comportamento. Mas a psiquiatria, ao compartilhar com outros saberes o diagnóstico psiquiátrico, perde a sua capacidade de presunção e em consequência perde também a capacidade de predição. A prática clínica parece surgir como uma solução compulsória que soluciona a questão da dicotomia entre as práticas clínicas e as diagnoses de base fortemente conjectural oferecidas pelas ciências psicossociais e criminais puras. O juízo clínico-psiquiátrico ignora a denominada criminogênese baseada em teorias de caráter etiológico não comprovado fortemente defendidas pelas sociologias do crime que usam procedimentos metodológicos de ordem matemática essencialmente quantitativos, e enfatiza a importância do diagnóstico de doença ou de transtorno mental que são entidades que permitem o uso do critério diagnóstico e da terapêutica. É importante referir o caráter essencialmente médico ou o caráter inspirado no modelo médico que permite a formação do diagnóstico baseado na já referida presunção e capacidade de predição pela psiquiatria do comportamento criminoso. Mas a psiquiatria clínica, embora coligada à parte forense, não deve rejeitar ou mesmo relativizar os fundamentos do diagnóstico porque o comportamento criminoso, em termos de criminogênese, nada representa para a psicopatologia, se não estiver conectado à doença mental. A etiologia do

comportamento criminoso deve estar ligada, portanto, a todo procedimento que permite qualquer tipo de terapêutica.

A predição deve ser obtida mediante procedimentos ou métodos que apresentem fundamentos perceptíveis epistemologicamente. Esta não é apenas uma questão relativa ao diagnóstico psiquiátrico. É uma questão de aplicabilidade do diagnóstico psiquiátrico aos criminosos que podem ser inimputáveis. E como já foi analisado anteriormente, principalmente, em casos como o de Rivière, nem sempre há concordância quanto ao diagnóstico e quanto ao critério de isenção de responsabilidade penal através do diagnóstico de doença mental.

De um modo geral, só eventualmente um doente mental homicida teria reconhecida pela justiça a sua inimputabilidade, em razão de sua condição de doença mental. Como ficou demonstrado anteriormente, apenas os diagnósticos de demência, melancolia, mania e estados delirantes eram suficientes para firmar diagnóstico psiquiátrico responsável pela atribuição e aceitação pela justiça de inimputabilidade. Embora a influência de autores como Cesare Beccaria, com o seu Tratado dos Delitos e das Penas sobre a natureza e aplicação da pena, tenha sido forte, na prática não modificou substancialmente as crenças existentes sobre os doentes mentais criminosos. No entanto, as propostas de Beccaria, no sentido de prevenir os delitos, impedir que o mal aconteça e oferecer aos indivíduos o melhor bem estar possível, repercutiu no julgamento do ato homicida insano e sobre a possibilidade de modificação da pena.

É possível estabelecer um paralelo entre os elementos estritamente médicos do problema da custódia e do tratamento de doentes mentais e as esferas jurídicas que tratam do assunto. Trata-se de problemas diagnósticos, nosológicos e terapêuticos, que são confrontados com problemas da filosofia do direito, da norma jurídica, resultando às vezes em situações não compreendidas por ambas as partes. No contexto histórico do surgimento da psiquiatria forense, a psiquiatria usava pressupostos bem fundados, mas não dispunha ainda de técnicas e procedimentos eficazes de tratamento de doença mental. Por outro lado, a evolução dos procedimentos jurídicos prevaleceu ao tratar a insanidade como fator intercorrente do processo criminal. O caso de Daniel M' Naghten, em 1843, deu início à criação

de regras que deviam decidir sobre a insanidade capaz de alterar a aplicação da pena ou mesmo suspender o julgamento do doente mental criminoso nos tribunais britânicos. A regra Mc Naghten estabelece o precedente legal que limita a responsabilidade ao fato de que o indivíduo não é culpado, se agiu sob a influência de enfermidade mental que o tornava incapaz de perceber as consequências de seu ato criminoso. No caso do indivíduo insano mental, que apresenta estado delirante, o delírio deve apresentar um vínculo de causa-efeito entre o seu conteúdo e a ação criminosa. Se a ideia ou crença delirante não estiver relacionada ao ato criminoso, o indivíduo será responsável pelo seu ato.

Em 1860, o Criminal Lunatic Asylum Act instituiu os manicômios judiciários, para custodiar doentes mentais criminosos. Em 1910, a Inglaterra provavelmente influenciada pelos franceses implanta as reformas que fundam estabelecimentos médico-penais destinados aos doentes mentais criminosos. O asilo especial, uma das modalidades do sistema de custódia, foi escolhido como modelo pela Inglaterra e o Criminal Lunatic Asylum of Broadmour foi o local usado para internar doentes mentais que haviam praticado crimes. Posteriormente, os Estados Unidos implantam dois hospitais de custódia: em 1892, o hospital de Meattewan e, em 1902, o Dannemora Hospital for Insane Convicts.

O conceito de medida de segurança foi elaborado por Stoos, no anteprojeto de Código Penal destinado ao judiciário da Suíça em 1894. A medida de segurança foi adotada pela legislação de outros países, como a Itália, Inglaterra e Grécia e, em 1940, foi adotada pelo Brasil.

No século XIX, surgiram no Brasil locais especializados no atendimento de indivíduos com distúrbios mentais, mas só com a chegada ao Brasil da Família Real é que os doentes mentais são atendidos pelo Estado. O Código Penal do Império atribuía às famílias dos doentes mentais criminosos, a responsabilidade pela segregação destes indivíduos, devendo mantê-los reclusos em casa, de acordo com o juiz criminal.

Em 1830, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro propôs a criação de um hospital psiquiátrico e, em 1852, foi inaugurado o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro.

Na República, o Código Penal vigente em 1890, também previa que a família deveria cuidar de seus parentes doentes mentais ou então recolhê-los ao Hospital de Alienados. Em 1903, o Decreto nº 123, estabeleceu que é proibido manter doentes mentais em cadeias públicas entre criminosos comuns (POSTELI, 1995).

Com relação ao Código penal, o que se encontra em vigor no Brasil data de 1940, e incorporou as medidas de segurança cuja origem é o Código Penal italiano de 1930, o chamado código Rocco (POSTELI, 1995; RIBEIRO, 1998). A medida de segurança era, nesta fase, aplicada simultaneamente com a pena. Em 1984, a Lei nº 7209 alterou o Código, sendo a pena ou medida de segurança aplicada de forma excludente entre si. No caso, o Juiz pode substituir a aplicação da pena de reclusão pela medida de segurança e vice-versa (RIBEIRO, 1998). De acordo com o Código, a medida de segurança prevê o caráter preventivo e assistencial dos doentes mentais, não se tratando de imposição de reclusão por tempo determinado. O critério não é o de culpabilidade, mas de periculosidade, quando se trata de doente mental que cometeu crime.

A psiquiatria forense usualmente utilizou sempre os modelos asilares europeus, principalmente os ingleses que propunham o modelo asilar especial, no qual os doentes mentais eram segregados em presídios especiais e separados dos criminosos comuns. A função do diagnóstico psiquiátrico-forense era definir a responsabilidade penal do criminoso. As reações antissociais apresentadas pelos doentes mentais se manifestam evidentemente no plano do comportamento que pode ter diversos significados. Há na base deste comportamento, um impulso original que produz atos complexos, que podem estar ou não vinculados à conduta consciente. Admitindo-se o fator inconsciente no comportamento, os atos involuntários que são nocivos ou que se apresentam como agressivos para os outros, devem ser considerados atos cuja responsabilidade criminal não pode ser imputada ao sujeito. As vinculações manifestas do comportamento a prováveis estruturas mentais conscientes ou inconscientes não esclarecem de fato a

“criminogênese” do ato violento ou mesmo do ato homicida. Deve ser ressaltado que a conduta violenta não é um preditor forte de homicídio sob certas condições em que é imposta como uma habilidade a ser incorporada ao indivíduo. Por outro lado, os fatores preditivos de conduta homicida podem apresentar uma versão menos comportamental e se apresentar no plano linguístico e, neste caso, o psiquiatra deve valorizar tanto o nível comportamental quanto o nível da linguagem.

A responsabilidade do psiquiatra é avaliar o potencial de conduta violenta em pacientes psiquiátricos, tanto no ambiente ambulatorial quanto hospitalar. A regra consensual é que o psiquiatra deve indicar os níveis de descontrole eventual de um paciente violento. Mas até que ponto o psiquiatra pode prever o comportamento violento de um paciente ou de um indivíduo comum? A regra M’Naghten considera apenas os fatores já reconhecidos no domínio da legislação penal e citados anteriormente nesta tese. Mas o ato criminoso deve ter os dois aspectos já tradicionalmente citados: o *actus réus* e a *mens rea*. A intenção maldosa não existe na vigência de deficiências ou alterações que privem o indivíduo de um julgamento racional. O sujeito simplesmente age independentemente de qualquer juízo ou avaliação prévia de seu ato. Não há racionalidade no ato criminoso porque o distúrbio atingiu a capacidade do indivíduo em perceber a sua gravidade ou caráter pernicioso.

A periculosidade pode ser avaliada através dos níveis do comportamento e da linguagem apresentados pelo indivíduo. A vinculação é clara entre o *actus réus* e a *mens rea*. O famoso caso Daniel M’ Naghten apresenta aspectos interessantes para o desenvolvimento do argumento básico desta tese. M’Naghten desenvolveu uma forma de delírio persecutório no qual se sentia perseguido por Sir Robert Peel, tendo comunicado esta perseguição a diversas pessoas até que M’ Naghten dirigiu-se à casa de Peel e atirou em Edward Drummond confundindo-o com Peel. O réu foi considerado inocente em razão de sua insanidade. O que é importante ressaltar é que os únicos sinais objetivos de periculosidade do paciente foram comunicados através da linguagem que evidentemente mostrava o tipo de conteúdo de pensamento anômalo que no final dirigiu a conduta da paciente.

Outro aspecto importante relacionado à responsabilidade penal é o chamado impulso irresistível que determinou o ato criminoso e que isenta o criminoso de responsabilidade penal. No entanto, este impulso não pode ser utilizado como um preditor clínico capaz de identificar o potencial homicida do indivíduo pela sua mutabilidade. Há inúmeros casos de atribuição de alta progressiva na qual o paciente voltou a apresentar o mesmo comportamento criminoso (ARBOLEDA-FLÓREZ, 1998).

A regra Durham estabelece princípios para avaliação de responsabilidade penal na psiquiatria forense baseados apenas no testemunho do psiquiatra. Este trabalha com o diagnóstico psiquiátrico que no final eximirá ou não o indivíduo de culpa. O acusado não é criminalmente responsável se seu ato criminoso foi causado por doença mental.

Em 1972, a regra Durham foi substituída pela norma de 1962, recomendada pelo American Law Institute, propondo que as pessoas não são responsáveis por uma conduta criminosa, se na ocasião do ato, não possuíam capacidade mental para avaliar a criminalidade de sua conduta. O sistema penal proposto pelo American Law Institute não considera o comportamento criminoso repetido como sendo um sintoma do distúrbio ou defeito mental. Há condições em que o transtorno de personalidade, a sociopatia ou a psicopatia não excluem a responsabilidade penal (SACKS, 1995). A questão é polêmica como mostram os casos de John Hinckley Jr. pela tentativa de assassinato de Ronald Reagan e o caso Tarasoff I (GOLDSTEIN, 1995). No caso Tarasoff I, houve a comunicação verbal do paciente ao seu terapeuta de que mataria uma estudante da universidade onde ambos estudavam. O terapeuta comunicou o fato à polícia e o paciente foi isolado para observação durante 72 horas de acordo com a lei de confinamento da Califórnia. No entanto, houve problemas para o terapeuta cujo supervisor alegou quebra de confidencialidade mandando destruir todos os registros pertinentes ao caso. A polícia após ouvir a promessa do paciente de que nada faria contra a estudante liberou-o. O paciente não compareceu à clínica evitando contato com o terapeuta e dois meses depois cumpriu a ameaça assassinando a estudante (ROBACK *et al.*, 1996). No caso Tarasoff, a predição de homicídio foi feita através da comunicação oral e não no nível comportamental, mas no contexto de imprevisibilidade no qual a

informação não foi suficientemente avaliada. Esta condição pode ser justificada sob diversos aspectos. O paciente não apresentou comportamento prévio que pudesse ser caracterizado como violento e este fato parece ter alterado as avaliações posteriores. A avaliação clínica enfatiza os eventos da anamnese como elementos que deverão obrigatoriamente ser usados na perspectiva clínico-comportamental (THOMSON, 1999) como elementos clínico-comportamentais que formarão o diagnóstico psiquiátrico. No caso Tarasoff, o criminoso aparentemente apresentou a mens rea e em seguida o actus réus. O vínculo causal entre a intenção criminosa, incluindo ou não a premeditação, e a conduta criminosa correspondente deve ser avaliada na perspectiva clínico-comportamental - nosológica e na construção do diagnóstico - e é, nesta perspectiva, que a hipótese de predição de comportamento homicida em seus diversos graus deverá ser confirmada ou não nesta tese.

A identificação dos fatores preditivos do comportamento homicida em doentes mentais parece depender dos dois fatores já assinalados anteriormente. A nosologia e a formação do diagnóstico são dois fatores de fundamental importância para a estruturação epistemológica dos fatores preditivos em psiquiatria.

A questão do diagnóstico tem sido apresentada através de representações teóricas que muitas vezes se encontram separadas da realidade clínica. Em psiquiatria, excetuando alguns casos específicos, não há uma etiologia conhecida porque não se dispõe de sinais físicos, funcionais ou biológicos que permitam classificar um doente em uma categoria clínica. O critério para o diagnóstico é a norma na qual há um padrão reconhecido de higidez. Em psiquiatria este procedimento é difícil de seguir porque não há na patologia mental nenhum sinal objetivo porque a doença está vinculada a um determinado comportamento que não possui referência orgânica básica. A norma em si mesma é válida apenas consensualmente para algumas culturas. O normal e o desviante em alguns casos referem-se apenas à validação cultural. No entanto, a expressão comportamental traz sempre a marca da cultura predominante assim como a expressão dos sintomas.

O objetivo fundamental de uma nosografia é apresentar os quadros sintomatológicos através de contextos clínicos bem definidos sem maiores riscos de

relativização diagnóstica. A avaliação clínica que depende da percepção dos sintomas apresentados pelo paciente tem importância fundamental para a instituição de um plano terapêutico. A avaliação clínica tem por objetivo conduzir a estratégia terapêutica através das modificações do quadro clínico. O quadro clínico da depressão, por exemplo, deve ser avaliado através de sua eventual modificação através da mudança dos seus sintomas básicos.

O valor do diagnóstico pode ser modificado em outros contextos. Isto significa que o diagnóstico que é usado na pesquisa em psiquiatria pode ser diferente do que é usado na atividade clínica convencional. Na sistemática clínica utilizada na pesquisa farmacológica, a comparação entre os efeitos de um medicamento depende da maior ou menor homogeneidade do grupo de doentes pesquisado e da coerência externa e interna do diagnóstico (SANTOS, 2008). Os sistemas são sempre convencionais e *a priori*. O que se pretende é justamente obter a maior homogeneidade entre os pacientes e não entre diagnósticos. O tratamento estatístico nivelará as diferenças entre os indivíduos.

Na entrevista psiquiátrica, a realidade é outra. O clínico avalia o paciente através de sua própria experiência, ou seja, através da sua subjetividade que se repete em sequência construtiva de diagnósticos (SANTOS, 2008). O diagnóstico psiquiátrico é um procedimento que se aplica aos indivíduos dentro de um determinado contexto, seja hospitalar, seja na pesquisa, seja na atividade clínica individual. A relativização do diagnóstico parece ficar mais acentuada à medida que a avaliação da estrutura da personalidade é construída. Aqui os critérios são psicodinâmicos e não sistemáticos. Evidentemente que os sintomas mudarão à medida que mudam os enfoques e os conceitos aplicados às doenças.

Os fatores preditivos em Psiquiatria dependem dos sistemas de diagnóstico. E os sistemas de diagnóstico são instrumentos que podem ser muito úteis na nosologia, mas não se constituem em instrumentos consensuais em relação aos problemas inerentes ao diagnóstico psiquiátrico. Nenhum sistema se impõe diante dos outros.

A classificação francesa do INSERM, baseada numa lista de diagnósticos proposta por um grupo de psiquiatras representativo da psiquiatria francesa, foi utilizada na nosologia proposta por Henri Ey sendo responsável pela formação de grande número de psiquiatras. Mas, essa classificação não teve aceitação ou não foi utilizada fora da França.

Outra classificação importante foi a proposta pela OMS ou CID 9, ou seja, em sua nona versão. Especialistas internacionais propuseram uma lista de diagnósticos com cada termo sendo definido previamente. O elemento diferencial consiste na diferença entre os termos da definição. Trata-se evidentemente de uma classificação baseada em sintomas. No final da década de 60, a OMS propôs uma nova revisão do diagnóstico e classificação em psiquiatria, tendo sido acrescentado à revisão da CID uma classificação multiaxial para transtornos da infância, entrevista semiestruturada ligada a algoritmo de computador. Posteriormente a CID 10 foi aperfeiçoada e as suas principais vantagens foram a de aumentar a concordância entre diagnósticos formulados por clínicos, aumentar o rigor dos padrões diagnósticos entre outras vantagens.

O Manual diagnóstico e estatístico DSM III em sua terceira versão é produto da Associação Americana de Psiquiatria. Neste manual e no seguinte DSM IV foi proposto reunir apenas os sintomas objetivos, quer dizer, os sintomas que não estavam relacionados a teorias ou à etiologia. Em seguida, foi aplicado tratamento estatístico e através deste procedimento foram isolados os sintomas cuja frequência era estatisticamente significativa levando à formulação do diagnóstico. Os eixos do DSM III e DSM IV descrevem os antecedentes, a presença ou não de organicidade e a dimensão temporal dos transtornos. Nestes, o diagnóstico de esquizofrenia não deve ser atribuído a indivíduo com menos de 16 anos e mais de 45 portadores de distúrbios cuja duração seja igual ou superior a seis meses. Retrata as crenças da psiquiatria norteamericana da qual sofre forte influência.

As concepções antigas têm influenciado a formação das classificações e das concepções de esquizofrenia atuais. Durante os anos de 1980, Crow propôs a ocorrência de dois grupos de sintomas ou síndromes interdependentes na esquizofrenia (CROW, 1985). Nesta concepção a esquizofrenia teria dois tipos. A de

tipo I caracterizada por delírios e alucinações seria a forma produtiva ou positiva. A de tipo II caracterizada por alterações da linguagem- discurso pobre- e embotamento afetivo seria a forma deficitária ou negativa. Crow estabeleceu ainda que o complexo sintomatológico do tipo I é formado por alucinações, desorganização do pensamento, delírios, que são sintomas produtivos que permitem o diagnóstico de esquizofrenia aguda com boa resposta aos antipsicóticos com pouca alteração intelectual, reversível, cuja etiopatogenia provável é o aumento de receptores dopaminérgicos D2. O complexo sintomatológico do tipo II é formado por discurso pobre, incompreensível, embotamento afetivo, que são sintomas que permitem o diagnóstico de esquizofrenia crônica ou defectual com má resposta aos antipsicóticos, com acentuada alteração intelectual, irreversível, cuja etiopatogenia provável é a perda celular e alterações de estruturas do lobo temporal. É importante referir que a classificação de Crow admite a simultaneidade de síndromes, modificando o conceito clínico-epistemológico de síndrome ou diagnóstico categorial. Durante a evolução da doença poderia haver a transformação de uma forma clínica em outra. Mas as evidências da esquizofrenia que mostraram a impropriedade dos quadros clínicos que supostamente cursariam de forma interdependente, fizeram com que Crow mudasse a sua concepção classificatória original propondo então a ocorrência de uma continuidade entre as formas de esquizofrenia com outras formas de psicoses endógenas. Assim, Crow baseia-se nos sintomas, aqui chamado de sintomas clinicamente mutantes e reapresenta o conceito antigo de Einheitspsychose proposto por Zeller e Neumann no século XIX (CROW, 1990).

Pesquisadores mantiveram a divisão da esquizofrenia em duas formas clínicas, uma negativa, uma positiva e outra mista, cujos subtipos seriam os extremos de uma única doença (ANDREASEN; OLSEN, 1982). Liddle propôs a existência de três síndromes que ocorriam na forma crônica da esquizofrenia descrita como distorção da realidade objetiva, incluindo os delírios e alucinações, como desorganização noética incluindo os transtornos da forma do pensamento, afetos inadequados e discurso pobre e como pobreza psicomotora. Estas síndromes estariam associadas a déficits sociais apresentados pelos pacientes (LIDDLE, 1987). Huber dividiu os sintomas residuais em reversíveis e irreversíveis. Estudou os

Basissymptome referidos pelos pacientes e que seriam produzidos fisiopatologicamente.

A evolução dos diagnósticos em psiquiatria inclui a noção de multiaxialidade proposto pelo DSM IV. Os eixos utilizados são a síndrome psiquiátrica, os traços de personalidade, nível intelectual, doenças orgânicas, a atuação de estressores sociais e a capacidade adaptativa. Podem ser citados ainda a etiologia e o curso da doença. Em medicina, são usados os diagnósticos categoriais ou tipológicos e dimensionais. Se o paciente apresenta um grupo determinado de sintomas, o diagnóstico é firmado sempre nos limites da normalidade e da subnormalidade. Neste caso, se o diagnóstico indica a existência de uma doença específica, a terapêutica será melhor dirigida e terá maior probabilidade de causar os efeitos esperados. De um modo geral, a proposta contida nos protocolos CID 10 e DSM IV proporcionou uma estabilidade apenas relativa aos diagnósticos psiquiátricos, tanto na pesquisa clínica como na pesquisa psicofarmacológica. Mas isso não significa uma estabilidade satisfatória que permita uma validação nosológica dos diagnósticos em psiquiatria. É preciso observar que tanto a CID 10 e DSM IV não têm base objetiva e, atualmente, o critério diagnóstico é descritivo e fundado em aportes fenomenológico e descritivo-comportamental.

A avaliação clínica ao enfatizar o diagnóstico e a nosologia propõe uma base conceitual consistente e, neste caso, a crítica que pode ser feita é de que tal concepção de clínica ainda é do século XIX. No entanto, a concepção de construção do diagnóstico deve seus fundamentos à nosologia ou em outros termos à noção de sistemática clínica. A escolha da CID 10 para embasar a clínica nesta tese, significa a opção pelo diagnóstico categorial cuja tipologia apresenta características que serão utilizadas na interpretação dos dados clínicos que se mostram confiáveis em função do seu melhor desenvolvimento do critério clínico-descritivo, fenomenológico e descritivo-comportamental.

De acordo com a história da nosologia em psiquiatria, autores como Kraepelin, Bleuler e Freud são utilizados como referenciais teóricos que condicionam a terapêutica psiquiátrica. Estes modelos são extensões epistêmicas da psicopatologia descritiva da fenomenologia, das teorias psicanalíticas e do modelo

médico, neuropatológico. Apesar da inegável contribuição para o diagnóstico psiquiátrico, da epidemiologia, da genética e da neuroimagem, o lastro teórico oferecido pela classificação psiquiátrica continua sendo utilizado porque o diagnóstico em psiquiatria e a prática clínica não dependem unicamente do uso de diagnóstico quantitativo.

A utilização do diagnóstico em psiquiatria, historicamente, está vinculado a conceitos que só recentemente estão sendo reexaminados, porque alguns psiquiatras clínicos têm estudado os liames entre a clínica psiquiátrica e os seus fundamentos (SANTOS, 2008). Para alguns clínicos, as categorias diagnósticas são essencialmente conceitos, indicando que a doença em si não foi descoberta pelos seus propositores; há, na prática, uma descrição de uma doença ou dos sinais de uma doença por um observador. É importante assinalar que não há doença reconhecível em si mesma, mas não há doença que não possa ser descrita. Apesar da ciência atual ter desenvolvido modelos de processos objetivos que condicionam a doença, demonstrando que esta tem bases naturais, o conceito de doença mental não está isento de influências da semântica, da História, da Sociologia, da Cultura e, às vezes, lamentavelmente da ideologia.

A elaboração do diagnóstico psiquiátrico não dispensa o conceito de doença como sendo uma alteração que pode ser objetivamente identificada, mas cuja etiologia nem sempre é identificada. Esta condição implica em uma espécie de transtorno epistemológico quando aplicada à psiquiatria forense. Como apresentar o diagnóstico de um transtorno médico cujos sinais são apenas sintomas de natureza psicológica ou comportamental e afirmar que tais sintomas ou comportamentos indicam a existência de uma doença física? A resposta terapêutica não pode confirmar diagnósticos nem pelo tipo de evolução clínica dos sintomas. Em Psiquiatria, só um pequeno grupo de doenças pode ser agrupado através de critério etiológico (KENDELL; JABLENSKY, 2003; KENDLER, 1990). A solução que tem sido apresentada é a adoção de instrumentos de entrevista estruturada com o uso de definições operacionais, quando se pretende uma homogeneização de julgamentos clínicos como existem em outras especialidades médicas. Mas a subjetividade do diagnóstico clínico sempre impedirá que ocorra a pretendida objetividade das avaliações quantitativas no diagnóstico em Psiquiatria. Além disso,

para os mais céticos, na era da tecnologia da informação, os indivíduos poderiam obter na internet os instrumentos de entrevista estruturada, decorar as respostas e reproduzi-las na entrevista com o clínico visando ganho secundário. Seria uma espécie de nominalismo laico que poderia ser responsável por algumas falhas no diagnóstico psiquiátrico. Por outro lado, como estabelecer um padrão razoável de confiabilidade, validade e utilidade no diagnóstico em psiquiatria forense?

A proposição metodológica básica no que concerne à confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico-forense é a que valoriza a entrevista clínica, realizada por dois clínicos ou peritos, no contexto médico-penal, e que produz um documento que é o prontuário médico. A entrevista psiquiátrico-forense inclui sempre a avaliação de dois clínicos ou peritos. A noção de variabilidade do diagnóstico é uma condição sempre presente nos casos de diagnóstico psiquiátrico-forense, mas as situações de reteste, nas quais o paciente pode reagir de forma diferente são pouco comuns, a não ser que haja uma variação no estado clínico do paciente. Entretanto, se dois psiquiatras não aplicam o mesmo diagnóstico a um mesmo paciente é por diversas razões como concepções teóricas diferentes, tipo de formação de cada um, a experiência clínica, as modalidades de relação com o paciente, de base transferencial ou social. Na pesquisa sobre fatores preditivos, será usado o critério de definição de conceitos nosológicos, considerando que qualquer combinação de sintomas deverá formar o mesmo diagnóstico. As entrevistas estruturadas foram descartadas tendo em vista a alta margem de inadequação de tais instrumentos quanto à aplicação nos pacientes do grupo pesquisado além de que não foram feitas entrevistas ou avaliações em geral.

A confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico nunca será segura, pois as complexidades semânticas de termos como “despersonalização”, “caráter anormal”, “violação de normas de conduta”, “disfunção social”, “ressocialização” nunca serão despojadas de seus valores sociais intrínsecos.

A validade dos diagnósticos psiquiátrico-forenses aplicados aos pacientes, objeto desta pesquisa, foi submetida a dois critérios específicos. O critério da conceitualidade que se mostra adequada ao conjunto de sintomas e

comportamentos que se utiliza na construção do diagnóstico e o critério de operacionalidade (GOLDSTEIN; SIMPSON, 1995).

O conceitual no diagnóstico representa o lado subjetivo da validação diagnóstica, cujo fundamento é o conjunto de teorias que são usadas para explicá-lo. Sem a parte teórica será impossível o consenso dos clínicos sobre o diagnóstico. A validade do diagnóstico em termos de consenso entre clínicos não pode ser avaliada estatisticamente, porque em sua base existem teorias e contextos variados. A validação, quando construída na direção conceitual, é um processo dinâmico, interminável e parece definir melhor a natureza do diagnóstico psiquiátrico, porque neste não é possível vincular a compreensão teórica que embasa o consenso clínico e a pertinência da mensuração do diagnóstico. Os clínicos exprimem através de seus diagnósticos a concordância sobre o que os diagnósticos indicam em termos de validação. O critério do consenso diagnóstico é utilizado na análise dos prontuários médicos e, neste aspecto, é considerado um procedimento metodológico importante para a identificação de fatores preditivos de comportamento homicida.

O critério operacional propõe validade de conteúdo cujo construto diagnóstico é avaliado através de técnicas estatísticas multivariadas (GOLDSTEIN; SIMPSON, 1995) que não terão utilidade na identificação de prováveis fatores preditivos de crime de parricídio em esquizofrênicos, portanto este critério não será utilizado.

O diagnóstico não deve ser validado exclusivamente pela etiologia, porque este método não tem suporte na psiquiatria. Nesta, os casos em que o fator causal de doença pode ser demonstrado são raros, porque não se dispõe de testes laboratoriais para o diagnóstico a não ser em transtornos mentais de causa orgânica. Assim a psiquiatria clínica deve se apoiar em critérios que possuam a capacidade de cobrir todo o espectro da nosologia embora dispensando compulsoriamente os exames laboratoriais e eletrofisiológicos em geral. A validade do diagnóstico no contexto da realidade clínica é o que permite estabelecer hipóteses sobre o poder preditivo do diagnóstico (KENDELL; JABLENSKY, 2003). Há concordância sobre a variabilidade do diagnóstico que depende do contexto no

qual é aplicado. Portanto, a validade absoluta não é o que se deve esperar do diagnóstico em psiquiatria clínica.

A operacionalidade do diagnóstico construído na realidade clínica da psiquiatria forense e especificamente, no contexto do Hospital de Custódia, deve avaliar os aspectos relevantes do diagnóstico através do conteúdo dos prontuários médicos, no nível conceitual e comportamental.

A operacionalidade significa a adoção na análise clínica realizada no Hospital de Custódia do diagnóstico que indica os pacientes portadores de esquizofrenia de acordo com os critérios já expostos anteriormente, enfatizando o quadro sintomatológico de cada paciente. Se o diagnóstico foi elaborado através de critério estritamente nosológico-conceitual nos casos clínicos analisados, a confirmação deste diagnóstico deve ser obtida através de um critério clínico aceito no nível da prática clínica e deve confirmar o diagnóstico já firmado. Acredita-se que ambos os critérios devem concordar entre si, produzindo então a predição do comportamento específico. A elaboração do diagnóstico apresenta dois movimentos que podem ser descritos como retrógrado e preditivo ou prospectivo. Ambos os movimentos configuram o diagnóstico no contexto desta pesquisa, mas não têm o significado comum que lhes é atribuído.

Embora existam diversos aportes teóricos para a psiquiatria contemporânea nos níveis da tecnologia científica e a própria estrutura da assistência à saúde mental, o fato é que o diagnóstico e a classificação das doenças mentais não permitem estabelecer níveis de igualdade epistemológica e científica entre a psiquiatria e as outras especialidades médicas. Isto significa que a adoção no plano de pesquisa em psiquiatria clínica, de procedimentos metodológicos como os usados em epidemiologia e em alguns casos especiais, na estatística, não são adequados. No estudo de fatores preditivos de comportamento homicida em comparação com comportamento homicida tipo parricídio foi utilizada a variável qualitativa representada pelos sintomas, não se levando em consideração as variáveis acopladas como idade de início da doença, idade à época do homicídio e do parricídio, e número de internações em hospital psiquiátrico. As variáveis como

gênero e idade, por serem quantitativas não serão utilizadas na pesquisa como índice qualitativo de fator preditivo.

A variável qualitativa representada pela sintomatologia será utilizada como índice de fator preditivo, porque apresenta uma hierarquia ou um caráter qualitativo clínico que resulta independente de variáveis quantitativas como gênero, idade estando vinculadas de forma essencial à construção do diagnóstico psiquiátrico-forense nos casos de crime de parricídio cometidos por esquizofrênicos.

2.2 HISTÓRICO. CONCEITO. ETIOLOGIA

A caracterização clínico-nosológica de sintomas e sinais deve ser utilizada como elemento de predição ou de prognóstico do comportamento de esquizofrênicos. É possível dentro do contexto clínico, valorizar os sintomas e sinais que representem um elemento provocador de determinada conduta específica no nível psiquiátrico.

O objetivo de estabelecer construtos clínicos que possam ser utilizados como elementos de prospecção comportamental é fundamental para a proposta de uma norma clínico-nosológica que possa ser usada na predição de comportamento homicida. Os problemas nosológicos deverão ser referidos na suposição de que as estratégias diagnósticas devem superar os problemas de avaliação e interpretação dos sintomas e dos grupos de doenças.

A construção do diagnóstico em psiquiatria tem complexidade historicamente reconhecida que persiste até a atualidade. Desde os primórdios, quando os primeiros registros de patologias de feições psiquiátricas foram identificadas em papiros egípcios de Kahun (c. 2000 a.C.), que o objetivo de estabelecer o vínculo causa e efeito pode ser identificado, na crença de que o útero (do grego *hystero*=matriz) seria uma entidade intracorporal com poderes dinâmicos anímicos. Esta concepção sugere uma funcionalidade do útero e conseqüentemente uma potencialidade para produzir comportamentos específicos, talvez patológicos.

Os sacerdotes egípcios são considerados os primeiros psicoterapeutas porque se dedicaram à cura de doenças mentais supondo-se que construíram edificações para abrigar doentes mentais. Praticavam algumas formas de tratamento psicológico semelhantes aos atuais, como a terapia ocupacional, a higienização corporal obrigatória, os exercícios físicos ao lado de outros menos convencionais, como práticas cabalísticas e rituais sagrados, visando acalmar os deuses que atuavam sobre os indivíduos possuídos pelos demônios. Há escrito médico da época de Ramsés I, da 19ª dinastia que assinala a equivalência entre a magia e os remédios e dos remédios com a magia. Para alguns essa crença representa uma espécie de medicina psicossomática rudimentar.

A medicina panteísta dos antigos hindus e chineses também usava exorcismos para anular a causa de doenças que ocorriam fora do corpo.

Os sacerdotes hebreus foram os primeiros a propor uma interpretação dos sonhos para compreender o que se passava na cabeça e no cérebro. A medicina hebreia ao lado do que se poderia considerar de adesão ao epifenomenismo materialista radical descreveu a epilepsia e a sintomatologia da embriaguês e os sintomas nervosos da lepra. Propôs também uma forma de assistência social semelhante à higiene social atual.

A enfermidade mental não evoluiu em razão de identificação de sua causa ou de suas causas e, em vista disso, permaneceu sempre como uma entidade que não pertencia exatamente à Medicina, embora a questão da causalidade permanecesse como o tema mais importante de duas investigações.

Na antiga Grécia, a concepção de doença incluía o conceito de ruptura do equilíbrio interno, produto da visão cósmica na qual o homem era parte integrante da *physis*, o macrocosmo dos pré-socráticos, que produziu um conceito de homem estreitamente ligado ao universo, sendo deste uma representação microcósmica. A busca da relação causa-efeito prossegue na tese hipocrática, na qual o útero em sua mobilidade é tido como o responsável pela disfunção sexual. Neste período, de acordo com alguns autores, os gregos apresentaram uma explicação em que fatores etiopatogênicos determinaram a conduta terapêutica para a disfunção sexual, que

consistia na relação matrimonial para mulheres jovens e viúvas (TRILLAT, 1991). Hipócrates atribui à epilepsia causas naturais e não mágicas, distinguindo-a das patologias do útero. A relação causa-efeito surge na observação hipocrática sobre a lesão cerebral produzindo paralisia contralateral. A busca da causalidade na enfermidade mental prossegue no período pós-hipocrático, com Celso Areteu da Capadócia e Galeno. Embora a histeria continue à época como enfermidade do útero, as outras formas de enfermidade mental, a mania, a melancolia, as afecções agudas têm suas causas atribuídas a fatores identificáveis como o excesso de bile negra na melancolia.

A tese hipocrática parece ter sido sempre dirigida para o conceito de causa-efeito na medicina de sua época. Hipócrates valorizou sobretudo os aspectos clínicos quando descreveu psicoses puerperais, delírios febris e distúrbios mentais pós-hemorragicos propondo uma nosologia de fundo descritivo. Observou ainda que uma infecção com estado febril poderia curar uma psicose. Para alguns autores, Hipócrates foi um precursor de Wagner von Jauregg no tratamento da paralisia geral progressiva pela malarioterapia.

O conceito de causa-efeito no nível fisiopatológico é o suporte epistemológico básico da medicina hipocrática. A sua investigação abrangeu os conceitos de patologia humoral, de comprovação necroscópica de lesões, da interferência de fatores constitucionais e de fatores ambientais nas enfermidades mentais sempre procurando uma base bem fundamentada para a explicação das doenças mentais. Foi o fundador de uma antropologia biológica na qual as doenças mentais estavam fortemente inseridas em pressupostos orgânicos, biológicos e não metafísicos.

A tese hipocrática deve ser a tese procurada pelos médicos que valorizam a experiência clínica baseada na observação e na experimentação.

Outros médicos do período pós-hipocrático da escola grega da Alexandria como Herófilo e Erasítrato pesquisaram a anatomia do sistema nervoso relativa aos nervos, ao cérebro e à medula espinhal, inclusive diferenciando os nervos sensitivos dos nervos motores. Herófilo descobriu o quarto ventrículo e a retina.

Asclepiades, discípulo de Epicuro, propôs um maior enfoque sobre o homem como pessoa que eventualmente pode sofrer de doença mental aprofundando a visão da psicopatologia e da noção de somatopsíquico. Estudou os quadros de delírio febril da enfermidade mental diferenciando as alucinações das ilusões através da análise dos sintomas. Distinguiu, sempre através dos sintomas, o que chamou de alienação febril aguda da alienação crônica apirética. Asclepiades propôs também tratamento psicológico individualizado para cada doente mental, usando a música como tratamento para perturbações psicológicas.

Celso, enciclopedista romano, preferiu a observação clínica abandonando as especulações teóricas sobre as doenças mentais. Propôs uma nosologia rudimentar dividindo as doenças em locais e gerais. Propôs também a contenção mecânica com correntes, sangria, sustos e o uso de eléboro como laxante.

Galeno (séc. II d.C.), com seu ecletismo formado com a parte anátomofisiológica e doutrinária como o vitalismo, contribuiu extensivamente para o progresso da Medicina.

A psiquiatria na Idade Média tem caráter religioso e supersticioso. A enfermidade mental foi controlada pela igreja que sobre ela edificou os seus dogmas. Os sintomas são aqueles provocados pelo demônio sendo então os sintomas da possessão demoníaca os stigmata diaboli. A terapêutica são os exorcismos. Há um retorno ao pensamento pré-lógico dos primitivos. A psiquiatria medieval perdeu o caráter racional herdado da medicina grega clássica se tornando metafísica, enfatizando os aspectos unicamente espirituais.

O período medieval, salvo algumas exceções, não apresentou grandes investigações sobre os sintomas em psiquiatria. Devem ser citadas a descrição do traumatismo craneoencefálico e fraturas do crânio por Saliceto no tratado *Chirurgia Magna*; a descrição da coréa epidêmica ou infecciosa.

No século XIII e seguintes há o retorno do aristotelismo com a contribuição de Tomás de Aquino e na Europa fundam-se Universidades onde foram realizadas dissecações de cadáveres até então proibidas pelos dogmas cristãos e maometanos.

Nos séculos XIV e XV e, principalmente no XVI, há o resgate dos estudos anatômicos do sistema nervoso, significando a valorização do somático na Medicina. Vesalio, em seu *De Corporis Humanis Fabrica*, revisa a anatomia de Galeno, usando o cadáver humano. No entanto, a doença mental não apresenta neste período nenhuma evolução.

No século XVIII, além das contribuições de Haller para a Neuropsiquiatria, há o predomínio da observação clínica, ao lado da investigação anátomopatológica. A observação clínica reveste-se de aspectos singulares. Boissier de Sauvages descreve a “enfermidade” do Don Quixote de Miguel de Cervantes como uma doença que pode ser constatada clinicamente, propondo uma nosologia extensa e pouco concisa das enfermidades mentais como alucinações, morbidades, desejos ou afecções depravadas, delírios e loucura moral.

A história dos sintomas segue as variações históricas da teoria psiquiátrica no que concerne à etiologia. Quanto mais exótica é a teoria da causalidade da doença mental mais prejudicada fica a avaliação psiquiátrica que se fundamenta no estudo da clínica.

A excessiva elaboração de sistemas ou de classificações nada representou para o progresso da psiquiatria enquanto especialidade médica. A terminologia usada não permitiu que fossem elaboradas descrições clínicas consistentes. O emprego de termos novos não esclareceu o quadro clínico, apenas dificultou o seu uso na clínica. Em psiquiatria é possível usar uma descrição cuidadosa de sintomas como fez Casal para descrever clinicamente os sintomas psicológicos da pelagra. Mas os casos de descrição clínica rigorosa não produzem necessariamente a consistência do diagnóstico em psiquiatria.

Na sua Antropologia, o filósofo alemão racionalista Imanuel Kant apresentou uma classificação para as doenças em psiquiatria usando os termos vesania, melancolia, mania, hipocondria, e demência. Propôs que a psiquiatria valorizasse a fase evolutiva puberal no início e no desenvolvimento das psicoses, concepção que foi utilizada posteriormente por Kahlbaum na hebefrenia e por Kraepelin na demência precoce. No entanto, Kant não aceitava a psiquiatria como um ramo da

medicina, considerando-a uma ciência filosófica estando desligada da parte somática que seria exclusivo objeto de estudo da medicina.

No Tratado Médico-filosófico da Alienação da Alma ou Mania, Pinel propôs a utilização de uma base empírica fundada na observação descrevendo os seguintes tipos de alienação: melancolia ou delírio único sobre um objeto; mania sem delírio; mania com delírio e demência.

Esquirol propôs a investigação sobre o cérebro como o agente causal das doenças mentais. É importante acentuar que a escola psiquiátrica francesa fundou a nosografia psiquiátrica na clínica elaborando cuidadosas descrições das síndromes psicóticas.

Morel e Lasègue iniciaram a escola baseada na etioclínica ao estabelecer relações de analogia entre os graus psicopatológicos de diversos quadros clínicos.

Bayle, em 1824, descreve a paralisia geral progressiva; Voisin em 1833 descreve a idiotia e, Falret, em 1866, propôs um modelo explicativo para explicar a loucura circular. Para Bayle, Calmeil e Parchappe, síndromes diferentes podem significar a existência de apenas um substrato anatômico. A clínica pode ser múltipla, mas o substrato anatômico ou fator etiológico é único. Isto significa que a vertente etioclínica não configura necessariamente a causalidade estrita.

Pinel, em seu famoso livro *Nosographie philosophique* de 1798, aprofunda a importância da clínica e analisa com grande adequação os diferentes matizes psicopatológicos das doenças mentais. As diferenças qualitativas entre os sintomas psicopatológicos e os sintomas clínicos permitiram a elaboração por Pinel da seguinte nosografia com os respectivos grupos: febres, flegmasias, hemorragias, neuroses e lesões orgânicas.

Deve ser considerado que a diferença proposta para a paralisia geral com um quadro mental distinto e de um agente etiológico reconhecido representou um modelo clínico-psicológico e neuroanatômico útil para o reconhecimento da psiquiatria como especialidade médica.

Na Alemanha, os modelos anatomofisiológicos tiveram maior aceitação que o modelo psicológico de Heinroth e Haindorf. Os propugnadores do modelo de psiquiatria sem psicologia valorizaram exclusivamente a psiquiatria materialista, cerebral como Jacobi, Friedreich, liderados por Griesinger. Nissl, anatomopatologista, criticou posteriormente esta tendência, referindo-se ao cérebro como grosshirn e Gotthirn. Griesinger, em conjunto com o fisiologista Mueller e o anatomopatologista Virchow, apresentou a psiquiatria como tendo apenas fundações anatômicas e cerebrais, propondo um epifenomenismo reducionista no qual as enfermidades mentais seriam enfermidades do cérebro. Este cerebralismo, que determinou que as enfermidades mentais são enfermidades do cérebro, produziu um efeito inverso quando estimulou também a investigação de fundo psicológico das enfermidades mentais, como ocorreu na França do mesmo período, culminando com as contribuições da teoria freudiana.

A ênfase excepcional na parte somática da doença mental não impediu o avanço da psicopatologia. Westphal descreve os estados obsessivos, as reações psiconeuróticas retomadas posteriormente por Janet com o nome de psicastenia.

Na Alemanha, os clínicos estudaram detalhadamente nos enfermos da folie raisonnante ou a folie lucide dos franceses, o que chamavam de caracterologia, propondo a diferenciação clínica entre as síndromes paranoides tão importantes na psiquiatria e na psiquiatria forense em particular.

A proposição da causa física ou cerebral que ocasiona as enfermidades mentais não foram constatadas na prática clínica de acordo com a expectativa da época. Apenas algumas doenças mentais apresentavam uma causa física identificável através dos sintomas. Kahlbaum usou no estudo clínico dos pacientes o critério da observação cuidadosa dos sintomas e a sua fenomenologia intrínseca, subjetiva. Descreveu os quadros clínicos da catatonia e Hecker descreveu a hebefrenia. Kahlbaum adicionou à nosologia alguns termos novos como verbigeração, complexo sintomático e ciclotimia (BERRIOS; HAUSER, 1988).

A pesquisa clínica estimulou as tentativas para construir classificações psiquiátricas que caracterizaram a psiquiatria clínica do século XIX, mas o problema

das classificações não foi resolvido apesar das inúmeras contribuições dos estudos da sintomatologia e da investigação no plano etiológico.

A sintomatologia é a base da nosografia psiquiátrica. Os clínicos valorizaram os sintomas na pesquisa das enfermidades mentais. A descrição dos sintomas da paralisia geral progressiva, sendo o seu agente etiológico conhecido, permitiu a identificação de características fundamentais das doenças mentais, no caso tendo como substrato anatomopatológico as lesões da aracnoidite crônica: 1. As alterações demenciais produzem diversos sintomas. 2. Os transtornos somáticos ou motores têm evolução paralela à sintomatologia psíquica. 3. A evolução é progressiva no plano somático e no plano psíquico. 4. A identificação do agente etiológico permitiu a caracterização diagnóstica do distúrbio como aracnoidite crônica, colocada depois como encefalite luética na nosografia.

Quando Kahlbaum utilizou o conceito de Bayle e o aplicou às catatonias, houve uma identificação da doença com as bases orgânico-cerebrais com uma associação de transtornos psíquicos e motores e uma evolução bem definida. Mas não houve, nesta fase, a percepção para a importância dos sintomas na nosografia psiquiátrica. Kahlbaum e Kraepelin focalizaram apenas a sintomatologia neurológica da catatonia e da demência precoce de certo modo confundindo semiologicamente as contraturas e os espasmos musculares das catatonias com as contraturas e espasmos da paralisia geral progressiva. Para alguns clínicos como Fernandez, a psicopatologia da demência precoce (esquizofrenia) consistia no reconhecimento da demência que ocorria no estágio final da doença, que era apenas análoga a da paralisia geral progressiva (ALONSO-FERNANDEZ, 1968).

Kraepelin considerava a demência esquizofrênica como um embrutecimento - *verblodung* - mas é de se presumir que a suposição etiológica era orgânica e não baseada na clínica. A necessidade de se estabelecer um vínculo de causalidade é de importância fundamental na clínica psiquiátrica. Mas a causalidade patogênica é exceção na nosologia psiquiátrica. A estrutura sintomatológica, embora não sendo conhecida exatamente nas enfermidades mentais, deve fundamentar o discernimento da prática clínica. Deve também dirigir a pesquisa dos fatores sintomatológicos, ou seja, que estão ligados de modo coerente à ocorrência de

enfermidades mentais. No caso da pesquisa da sintomatologia é necessário o suporte epistêmico da psicopatologia, porque os sintomas físicos em seus aspectos idiográficos não representam apenas a nosologia neurológica. Há inclusive o risco intrínseco de se propor um reducionismo do tipo epifenomenista já assinalado na história da psiquiatria e que significa um retrocesso em psicopatologia das doenças mentais ou simplesmente um retorno à fase neurológica da psiquiatria.

Historicamente, a psicopatologia foi o fator decisivo para o discernimento da clínica em psiquiatria. A avaliação qualitativa da experiência do adoecer de esquizofrenia não incluiu obviamente a descrição dos sintomas neurológicos em sua objetividade extrínseca.

Bleuler descreveu as esquizofrenias em 1911, mediante o estudo acurado da sintomatologia da demência precoce de Kraepelin. As esquizofrenias na concepção bleuleriana são entidades clínicas diferentes da demência precoce kraepeliniana. A sintomatologia como elemento diferenciador da nosografia em Bleuler, permitiu-lhe supor que a esquizofrenia não é uma doença única, mas uma reunião de várias sem uma etiologia única. Na esquizofrenia não há um curso exclusivamente demencial de modo semelhante à demência da paralisia geral progressiva. Bleuler supôs, mediante o uso da análise detalhada dos sintomas observados no paciente esquizofrênico, que não havia propriamente um déficit cognitivo na esquizofrenia, mas alterações extremamente sutis da personalidade, acometendo a afetividade, os interesses pessoais e o comportamento espontâneo.

Bleuler, prosseguindo em suas investigações sobre a sintomatologia das esquizofrenias, registra o transtorno primário da doença como sendo uma dissociação (*spaltung*) das funções psíquicas presente em todos os esquizofrênicos.

O espectro clínico da esquizofrenia abrange outros quadros sintomatológicos descritos por Bleuler como episódios de cisão autística que apresentam remissão completa.

A concepção de Bleuler não inclui o critério evolutivo preconizado por Kraepelin. Enfatiza apenas a sintomatologia em sua expressão mais objetiva possível cuja morfologia define critério clínico-diferencial importante na clínica

psiquiátrica. A referência à morfologia dos sintomas significa aqui a concepção de quadro sintomatológico utilizada no contexto deste trabalho. A morfologia dos sintomas não significa que a sua percepção produza quadros sintomatológicos diferenciais relacionados à esquizofrenia, mas podem, de fato, caracterizar determinadas formas clínicas. Um bom exemplo é a discordância sobre a inclusão da paranoia, da parafrenia, das psicoses involutivas no grupo das esquizofrenias como preconizou a Escola de Heidelberg e a posição contrária de Kraepelin que as considerava entidades clínicas autônomas. A observação cuidadosa dos sintomas psicopatológicos deve ser o critério fundamental para segregá-los dos sintomas neurológicos. Mesmo considerando a etiologia orgânica das esquizofrenias, a psicopatologia não deve sofrer a mesma redução. Posteriormente, a psicopatologia foi dirigida para a via clínico-fenomenológica, estruturalista que permitiu a exploração de sintomas manifestados por vivências atípicas da experiência esquizofrênica. A morfologia dos sintomas permite ainda a análise detalhada do quadro clínico mesmo na ausência de suposições etiológicas encefalogênicas ou psicogênicas. A orientação etioclínica da escola kraepeliniana considera a esquizofrenia como uma entidade clínica autônoma que evolui para a deterioração ou demência, não havendo remissão do quadro clínico. Seria a esquizofrenia verdadeira. Esta é a posição de Kleist, Langfeldt entre outros. No caso, a esquizofrenia verdadeira poderia ser diferenciada da pseudoesquizofrenia exclusivamente através da expressão morfológica dos sintomas. A evolução da doença não deveria ser enfatizada, somente os sintomas de cada forma clínica é que seriam suficientes para a detecção da forma clínica maligna da esquizofrenia.

As esquizofrenias não têm uma base somática conhecida, mas o seu diagnóstico deve ser feito através das características psicopatológicas de seus quadros clínicos constatados através da abordagem das estruturas vivenciais anômalas e da ruptura da linha histórico-significativa do esquizofrênico. Este método só é viável através da análise da morfologia dos sintomas que deve ser executada em primeiro plano. O quadro clínico é obtido através deste procedimento. Esta posição exige experiência clínica e a crença na possibilidade da construção de um diagnóstico que, além de permitir o prognóstico e a terapêutica, permite estabelecer hipóteses sobre o comportamento violento ou periculosidade.

Este estudo, no que se refere à importância da identificação dos sintomas na esquizofrenia, mantém seus pressupostos fundados principalmente sobre a tese de Bleuler. O ordenamento clínico dos quadros de esquizofrenia funda-se sobre a hierarquia sintomatológica.

Bleuler ordenou geneticamente os sintomas em primários ou somatógenicos e secundários ou psicogênicos. Os sintomas primários derivariam da alteração mórbida ou somatose esquizofrenógena. Os sintomas secundários significariam a manifestação clínica da reação da personalidade à somatose esquizofrenógena. A diferença entre os sintomas estaria na sua estrutura psicológica. Os sintomas primários seriam incompreensíveis e os sintomas secundários seriam psicologicamente compreensíveis. Mas os sintomas primários poderiam ser psíquicos e somáticos. Bleuler considerou os elementos psíquicos alterados como quebra da coesão associativa, alucinações, sintomas catatônicos como hipercinesia e acinesia, típicos da sintomatologia primária da esquizofrenia. Por outro lado, os sintomas somáticos ou físicos estariam o tremor, os distúrbios vasomotores, a saburra lingual e a ocorrência de edemas. Estes sintomas são sinais de ocorrência de intercorrência frequente nos hospitais psiquiátricos.

Na perspectiva clínico-descritiva de Bleuler, os sintomas são fundamentais e acessórios. Os sintomas fundamentais são aqueles que estariam sempre presentes nas esquizofrenias ou os mais frequentes como a quebra das funções associativas, as ambivalências, o autismo, alterações da afetividade com sentimentos inadequados e dissociação afetiva. Os sintomas acessórios seriam os catatônicos, as pseudopercepções, e as ideias delirantes. Para Bleuler, a tríade fundamental da esquizofrenia é constituída pela "*spaltung*", pelo autismo e pela ambivalência, formando uma perspectiva clínico-descritiva.

Kurt Schneider contribuiu para a ordenação dos sintomas esquizofrênicos usando uma perspectiva clínico-fenomenológica. Neste caso, Schneider ao ordenar a sintomatologia das esquizofrenias sob o critério clínico-fenomenológico superou as dificuldades anteriores de diagnóstico ao colocar os sintomas sob uma análise mais precisa. Schneider propôs ordenar os sintomas da esquizofrenia como de primeira ordem como as vivências de influência sobre o corpo, vivências de sofrer influência

alheia sobre o pensamento, de ouvir vozes, ouvir o próprio pensamento, de sentir roubo do pensamento, as percepções delirantes, audição de vozes em diálogo e que comentam as ações do indivíduo. Os sintomas de segunda ordem seriam as ocorrências delirantes, as pseudopercepções, a perplexidade, o empobrecimento da vida afetiva, as distímias eufóricas e depressivas.

Na parte final deste estudo, serão comentadas as implicações da análise do complexo morfológico sintomatológico na avaliação da periculosidade dos esquizofrênicos principalmente em relação à ocorrência de sintomas específicos. Como exemplo deve ser citado o sintoma de perplexidade, básico no estado de ânimo do paciente esquizofrênico, que é anormal, chamado de *trema* por Conrad e, *esquizoforia* por López-Ibor, e, que no contexto da avaliação clínica realizada com finalidade forense, pode configurar determinado índice clínico-preditivo de periculosidade.

Atualmente, a esquizofrenia é considerada uma enfermidade neuropsiquiátrica grave que atinge cerca de 1% da população mundial. Os sintomas da doença surgem no final da adolescência ou no início da vida adulta. Os quadros geralmente produzem incapacidade permanente. O transtorno caracteriza-se por anormalidades da percepção da realidade, na forma e no conteúdo do pensamento e da linguagem, por alterações emocionais, apatia e inadequação social. O distúrbio básico parece ser a clivagem do pensamento e da emoção provocando uma ruptura com a realidade (CARPENTER, 1994).

A esquizofrenia é doença mental grave que provoca alterações duradouras da personalidade. É um processo de desagregação mental, chamado inicialmente *demência precoce*, *desestruturação intrapsíquica* ou *dissociação autista* da personalidade.

A gravidade dos sintomas e o tipo de comportamento apresentado pelos esquizofrênicos, que se caracteriza pela estranheza, atitudes bizarras e anomalias psicomotoras com embotamento e incoerência definem a morbidade da doença.

Os clínicos que abordaram a *demência precoce* propuseram descrições variadas da doença, como uma forma de estupidez (Morel), como estado demencial

de pessoas jovens ou hebefrenia e como estado catatônico no qual predominava quadro catatônico com maneirismos, hipercinesia, inércia, flexibilidade cêrea e catalepsia.

As contribuições de Bleuler à compreensão clínico-nosológica da esquizofrenia nos termos de uma desagregação da personalidade decorrente de uma alteração na capacidade associativa do pensamento provocando o estado de autismo cujas ideias e sentimentos corresponderiam às expressões simbólicas de complexos inconscientes. A extensão epistemológica proposta pela nosologia de Bleuler com esta ampliação determinou a vulnerabilidade do conceito da esquizofrenia sem prejudicar, contudo, os seus limites conceituais.

De um modo geral, os clínicos descreveram os sintomas da esquizofrenia em segmentos psicológicos como os intelectuais ou cognitivos, os psicomotores, os afetivos propondo que o conteúdo de suas descrições clínicas era a manifestação fundamental da esquizofrenia sem a redução da sintomatologia aos elementos psicossociais que em alguns casos se mostraram prejudiciais à nosologia psiquiátrica.

Neste trabalho, deve ficar patente que durante a anamnese psiquiátrica o que deve ser ressaltado em termos de diagnóstico de doença é o complexo morfológico dos sintomas que devem indicar a construção epistemológica descrita ou compreendida como diagnóstico psiquiátrico. Os demais fatores normalmente envolvidos na esquizofrenia não são observados no ato clínico da entrevista psiquiátrica ou, se são observados, não interferem na elaboração do diagnóstico. Esta visão implica na aceitação de uma redução dos fatores considerados esquizofrenógenos à sua expressão clínica no sentido rigorosamente médico. Esta é a posição que orienta a decisão epistêmica que embasa a inferência deste trabalho. Os sintomas colhidos no contexto clínico não precisam necessariamente se fundar na psicogênese ou na sociogênese para indicar o tipo clínico da esquizofrenia. Admite-se que os fatores esquizofrenógenos devem ser variados, agindo sobre a formação da doença e sobre a personalidade. Mas tais fatores não podem ser avaliados no crivo da clínica, nem os sintomas podem traduzir ou indicar em termos de causa-efeito um determinado tipo de patogênese social. A identificação dos

sintomas esquizofrênicos que teriam um substrato social ou cultural e ideológico será sempre difícil porque a vinculação entre causa e sintoma correspondente é inexistente. Os trabalhos realizados nesta área (OPLER, 1959) mostraram que esquizofrênicos adultos masculinos apresentam sintomas compatíveis com a sua origem étnica e cultural, mas estes sintomas apresentam apenas o tipo clínico da esquizofrenia e não o tipo étnico-cultural do indivíduo doente.

Os sintomas devem ser considerados no plano essencialmente objetivo e devem traduzir um julgamento clínico de uma doença com expressões psicopatológicas e comportamentais explícitas. O clínico, ao avaliar a história de um indivíduo, tem por objetivo reconhecer sintomas e colocá-los sob a chancela epistemológica da nosologia. A psiquiatria, embora seja uma especialidade com claros pressupostos médicos, tem que lidar com fatores psicossociais que configuram os sintomas psicológicos. Mas, os fatores culturais apenas imprimem às doenças uma configuração psicossocial vinculada à cultura. Por outro lado, a prática clínica não tem como avaliar a influência de fatores étnicos e culturais na sua dimensão etiopatogênica. Até que ponto uma cultura e seus valores podem determinar a ocorrência de patologias mentais? As pesquisas realizadas sobre fatores psicossociais como elementos causais de esquizofrenia devem ser vistas com cautela tendo em vista a impossibilidade de valorizar tais fatores como agentes etiopatogênicos definidos como os eventos pré-psicóticos - luto, fracassos em geral, emoções intensas, parto, exposição contínua a estressores - que ocorrem nos períodos chave do desenvolvimento. Mas o argumento principal sobre a impossibilidade de se estabelecer relação causal entre fatores psicossociais e esquizofrenia é a inexistência de vínculos demonstráveis entre os sintomas desta doença e a sua causa social e cultural. Isto significa que devem ser admitidas apenas teorias de natureza psicossocial ou cultural cujas explicações pertençam apenas às próprias teorias sem uma contrapartida da prática clínica. Epistemologicamente, este fato é comprovado pelas diversas teses apresentadas sobre a etiopatogenia da esquizofrenia. Para alguns autores, a esquizofrenia é o resultado de um distúrbio da consciência; para outros, trata-se de um distúrbio da personalidade. Estas posições produzem obviamente uma visão clínico-evolutiva diferente da esquizofrenia, confirmando a afirmação de que não há na esquizofrenia

um distúrbio fundamental. Os sintomas indicam os processos de deformação e de regressão da personalidade que é o elemento patogênico básico da esquizofrenia.

No contexto epistemológico desta pesquisa a concepção de complexo sintomatológico é fundamental. A teoria organicista propõe que a esquizofrenia seria uma consequência funcional de lesões múltiplas do sistema nervoso. Nesta linha de pesquisa estão Kurt Schneider, W. Mayer-Gross, que valorizaram as causas anatomofisiológicas na etiopatogenia da esquizofrenia.

Outros autores valorizaram a ação psicofisiológica como a despersonalização e outras alterações psíquicas provocadas por substâncias como a mesalina e o ácido lisérgico que são análogas às observadas na esquizofrenia.

A tese chamada psicossociogenética integral considera a esquizofrenia como uma reação anômala aos estímulos psicogênicos externos, familiares ou sociais cujos modelos mais representativos são de psicossociólogos como Lidz, Wynne e a escola de Palo Alto e que se constituem em sociologização da esquizofrenia. As concepções mais recentes da esquizofrenia não incluem apenas as medidas de institucionalização compulsória ou de medidas correccionais com encarceramento e segregação.

Historicamente, as pesquisas histopatológicas mostraram a existência de lesões cerebrais no núcleo médio talâmico, e de lesões vasculares no cérebro de indivíduos esquizofrênicos. Mas as investigações posteriores sobre atrofia cerebral e alterações histopatológicas do córtex e diencéfalo nada demonstraram porque tais lesões podem estar presentes em indivíduos sadios e inexistir em pacientes esquizofrênicos.

A investigação efetuada sobre diferenciais bioquímicos entre indivíduos esquizofrênicos e não esquizofrênicos nada acrescentou aos conhecimentos já existentes sobre a neurobiologia da esquizofrenia vigente nos anos de 1960. A suposta relação entre a esquizofrenia e a ocorrência de ácidos fenólicos na urina de portadores desta doença é um bom exemplo da dificuldade em se relacionar um transtorno como a esquizofrenia e catabólitos específicos. Do mesmo modo, o

metabolismo dos hidrocarbonetos não se mostrou alterado nos casos de esquizofrenia.

Os trabalhos antigos sobre correlações metabólicas da esquizofrenia foram dirigidos inicialmente para os glicídios visando determinar uma possível falha no processo glico-regulador nos esquizofrênicos. De acordo com os trabalhos de Cannon, há uma correlação entre as emoções e os níveis glicêmicos que estaria alterada na esquizofrenia. Mas de acordo com outros pesquisadores (HOSKINS, 1946) esta correlação também estaria alterada em outros transtornos psiquiátricos.

A relação entre as fases cruciais da vida genital com os surtos esquizofrênicos foi sugerida por diversos pesquisadores. A displasia de Kretschmer é um bom exemplo desta crença, que pretendeu estabelecer uma relação entre os acromegálicos, os eunucóides, e os portadores de síndrome de virilização com possíveis surtos de esquizofrenia.

Há alterações variadas nas glândulas sexuais com baixa de estrogênio, com amenorréia que é frequente nos estados iniciais e agudos da esquizofrenia; na tireóide há referência a uma deficiência (GJESSING, 1966); as supra-renais também apresentam um aumento da excreção urinária dos 17-hidrocorticosteróides nas fases agudas da esquizofrenia.

Considerando que na esquizofrenia existe uma resposta anômala ao conjunto de estressores, o sistema cardiovascular do paciente pode apresentar hipotensão arterial, acrocianose ortostática, vasoconstricção periférica e edemas, principalmente nos casos de esquizofrenia catatônica.

O aparelho digestório apresenta alterações como a enterocolite subaguda e uma insuficiência hepatobiliar na esquizofrenia. Alguns autores como Baruk e Buscaino defendem a atuação de uma toxina colibacilar na doença e uma sensibilidade à ação tóxica dos derivados indólicos.

Atualmente, as pesquisas apresentam a esquizofrenia como uma clivagem do cérebro que produz sintomas decorrentes de alterações específicas da estrutura cerebral.

De acordo com a APA, 2000, e a World Health Organization, 2003, as taxas de prevalência da esquizofrenia são de 0,5 e 1,5 por cento da população adulta. É provável que o transtorno atinja cerca de 24 milhões de pessoas no mundo. As diferenças culturais não parecem afetar em termos etiológicos a ocorrência de doença. Taxas mais altas da doença ocorrem na Irlanda, Suécia e entre os católicos do Canadá e na comunidade dos tâmiles na Índia. Taxas mais baixas ocorrem entre os aborígenes de Taiwan e de Gana (ANDREASEN; BLACK, 2001). A esquizofrenia é uma doença que tem baixa taxa de ocorrência mundial, mas os indivíduos que a adquirem têm dificuldades para casar e ter filhos, e para ascender na escala social. Além disso, podem apresentar comportamento violento com alto risco de suicídio.

A pesquisa feita atualmente sobre a etiopatogenia da esquizofrenia utiliza modelos animais e imagens do cérebro com ressonância magnética funcional (RMf) e análises genéticas detalhadas. Nos anos de 1920 e 1930, as pesquisas de Kallmann indicaram a relação entre os fatores hereditários e a transmissão da esquizofrenia. Kallmann avaliou prontuários médicos dos hospitais psiquiátricos de New York e concluiu que a taxa de concordância era de 86 por cento em gêmeos idênticos e 15 por cento em gêmeos fraternos (KALLMANN, 1947).

A etiopatogenia da esquizofrenia é desconhecida atualmente. Embora seja estudada como doença única, na prática clínica é um grupo de transtornos que apresentam sintomas comportamentais mais ou menos semelhantes, mas com causas diferentes. Os casos de esquizofrenia são clinicamente variados com cursos diferentes, mas existem sintomas que são estáveis em termos de aparecimento e evolução.

O modelo da diátese-estresse que propõe a integração entre fatores psicossociais, biológicos e ambientais valoriza o conceito de diátese como uma vulnerabilidade específica para os estressores que o indivíduo apresenta sendo, portanto, acometido de esquizofrenia. A diátese pode ser ambiental, psicológica ou biológica. A base biológica da diátese pode ser influenciada por fatores epigenéticos como estresse social, uso de substâncias e traumas variados (KAPLAN; SADOCK, 1998).

Além da dopamina, outros neurotransmissores têm sido estudados na esquizofrenia, que é uma doença heterogênea com prováveis causas ligadas a diversos fatores. É possível que alterações em neurotransmissores diferentes causem a mesma síndrome comportamental como o LSD que afeta a serotonina e, a anfetamina, que afeta a dopamina. Devido a interações complexas atuando sobre diversos neurotransmissores como o que ocorre com a diminuição dos neurônios noradrenérgicos no lócus ceruleus por ação de antipsicóticos. O aminoácido neurotransmissor inibitório ácido gama-aminobutírico também pode estar envolvido na fisiopatologia da esquizofrenia. Há informações sobre perda de neurônios GABAérgicos no hipocampo provocando a hiperatividade dos neurônios dopaminérgicos e noradrenérgicos.

A colecistocinina e a neurotensina, dois neuropeptídeos, foram identificados em diversas áreas cerebrais tendo suas concentrações aumentadas nas psicoses.

É interessante ressaltar que a implicação do glutamato na fisiopatologia da esquizofrenia foi sugerida pelo quadro clínico de hiperatividade e/ou hipoatividade provocado por este elemento. O uso de fenciclidina (PCP), que é um antagonista do glutamato, provoca uma síndrome análoga à esquizofrenia. (KAPUR S; REMINGTON G, 1996; YUI; IKEMOTO; ISHIGURO; GOTO, 2000).

As pesquisas mais recentes têm indicado o envolvimento do sistema límbico, do cerebelo, do córtex frontal e dos gânglios basais que sendo interligados podem atingir uns aos outros caso apresentem alguma disfunção. A alteração cerebral pode ser provocada por desenvolvimento anormal do tipo de degeneração neuronal como morte celular precoce ou por migração anormal de neurônios (BOGERST; LIEBERMAN; ASHTARI *et al.*, 1993). No século XIX, os neuropatologistas não identificaram uma base neuropatológica para a esquizofrenia e a consideraram como um transtorno funcional. No século XX, os pesquisadores conseguiram detectar aspectos anormais principalmente no sistema límbico e nos gânglios basais, com repercussões no córtex cerebral, no tálamo e no tronco cerebral. Lançaram conjecturas que relacionavam a perda de volume de cérebros de esquizofrênicos com a baixa densidade de neurônios, dendritos e sinapses que intermediam as funções cerebrais (HARRISON, 1995).

O envolvimento do sistema límbico na base fisiopatológica da esquizofrenia tem sido ressaltado, haja vista a sua função de controle da emoção. As pesquisas realizadas nesta área do cérebro mostraram diminuição do sistema límbico incluindo a amígdala, o hipocampo e o giro para-hipocampal. Outra alteração neuropatológica importante é a desestruturação dos neurônios no hipocampo, descrita em nível comparativo tomando como critério os padrões de orientação celular das pirâmides hipocampais em pacientes esquizofrênicos e em sujeitos-controle não esquizofrênico. (CONRAD; ABEBE; AUSTIN; FORSYTHE; SCHEIBEL, 1991; BOGERST; LIEBERMAN; ASHTARI *et al.*, 1993).

O envolvimento dos gânglios basais e do cerebelo na etiopatogenia da esquizofrenia é teórico, principalmente pela relação que algumas alterações motoras, como movimentos anômalos, marcha alterada, caretas e estereotípias encontradas na esquizofrenia, têm com os gânglios basais e o cerebelo. No entanto, estudos neuropatológicos dos gânglios basais não foram conclusivos em relação às causas da perda celular e da redução do volume do globo pálido e da substância negra, embora outros estudos tenham mostrado aumento no número de receptores D2 no caudado, no putame e no *nucleus accumbens* (KANE, 1996).

As tecnologias de neuroimagem têm contribuído nas pesquisas sobre esquizofrenia. A tomografia computadorizada (TC) utilizada em esquizofrênicos mostrou alterações descritas como aumento nos ventrículos laterais e no terceiro ventrículo, redução do volume cortical, e diminuição do tecido cerebral. A origem destas alterações é desconhecida. Há outras alterações descritas como assimetria cerebral anormal, redução do volume do cerebelo e diminuição do volume talâmico aferidos pela neuroimagem (SIM; CULLEN; ONGUT; HECKERS, 2006).

A ressonância magnética (RM) utilizada em esquizofrênicos mostrou redução do volume do complexo hipocampo-amígdala e do giro para-hipocampal. Foi constatada diminuição do volume do complexo hipocampo-amígdala e do giro para-hipocampal no hemisfério esquerdo e não no direito. Outros estudos mostraram possível relação entre o sistema límbico com os sintomas apresentados pela doença (SHENTON; KIKINIS; JOLESZ *et al.*, 1992) e alterações da fluência verbal

relacionada à função prefrontal (FU; SUCKLING; WILLIAMS; ANDREW; VYTHELINGUM; McGUIRE, 2005).

A ressonância magnética foi utilizada para estudar tipos diferentes de sintomas psicopatológicos da esquizofrenia valorizando a perspectiva diferencial de processos patológicos através de estímulos linguístico-semânticos para identificar através de paradigmas de imagem funcional a severidade dos sintomas positivos e negativos (WHALLEY; GOUNTOUNA; HALL; McINTOSH; WHITE; SIMONOTTO; JOB; OWENS; JOHNSTONE, LAWRIE, 2007).

Há outras áreas de pesquisa que têm contribuído para a melhor compreensão da doença esquizofrênica. A relação entre sexo e estresse em ratos inspirou modelos animais de transtornos psiquiátricos do tipo depressivo e esquizofrenia (GOEL; BALE, 2009).

A disfunção em processos cerebrais de pacientes com esquizofrenia tem sido demonstrada através de estudos neurofisiológicos e de exames de neuroimagem os quais mostraram desconectividade e plasticidade sináptica anormal (FRISTON, 1999; STEPHAN; FRISTON; FRITH, 2009).

As disfunções em nível cortical da esquizofrenia que ocorrem na infância e adolescência foram estudadas sendo apresentadas como uma alteração da organização multimodal da rede cortical. Ocorre o desvio da estrutura e conteúdo das mensagens nas fases de expansão metabólica dinâmica (HEMMINGSEN; MADSEN; GLENTJ; RUBIN, 1999).

A hipótese da rede displástica da teoria do desenvolvimento integrado e a teoria da desconectividade foi proposta para compreender aspectos diferentes da esquizofrenia. A teoria do neurodesenvolvimento defende o desvio no desenvolvimento precoce que estabelece um fenótipo neuronal que predispõe ou determina o surgimento da esquizofrenia. A teoria da desconectividade propõe que os sintomas esquizofrênicos são o resultado de anormalidades na conectividade neuronal. Ambas as teorias podem ser integradas em um critério único: a hipótese da rede displástica (BULLMORE; FRANGOU; MURRAY, 1997).

Outras pesquisas mostram que há evidências sugerindo o envolvimento do receptor NMDA (Glutamatergic N-methyl-D-aspartate) na fisiopatologia da esquizofrenia. Dentre as linhas de evidências são citadas as de baixa densidade de receptores glutamatérgicos em esquizofrênicos, obtida em estudos post-mortem e baixa de receptores glutamatérgicos no líquido cefalorraquidiano, e principalmente, pelos efeitos psicotomiméticos produzidos pela fenciclidina e ketamina antagonistas de NMDA (MECHRI; SAOUD; KHIARI; D'AMATO; DALERY; GAHA, 2001).

A hipótese da dismetria cognitiva da esquizofrenia propõe a ocorrência de desordem no controle e na coordenação dos processos cognitivos e conectividade interregional anormal no circuito córtico-cerebelar-tálamo-cortical (HONEY; POMAROL-CLOTET; CORLETT; HONEY; McKENNA; BULLMORE; FLETCHER, 2005).

As pesquisas realizadas sobre as funções talâmicas na psiquiatria mostraram a relação entre o tálamo e a esquizofrenia sendo esta considerada como síndrome de neurotransmissor subcortical baseado na hipótese do filtro talâmico (YAMAGUCHI, 2006). Outros autores definiram a esquizofrenia como uma síndrome conectiva defeituosa ou dismetria cognitiva induzida por disfunção no circuito cortico-cerebelar-talâmico-cortical.

As concepções contemporâneas sobre a etiologia da esquizofrenia apresentam similaridades com o modelo unitário da doença proposto por Bleuler. O modelo neo-bleuleriano descreve a esquizofrenia como um neurodesenvolvimento derivado da síndrome de conexão defeituosa entre as conexões entre as regiões corticais e o cerebelo (ANDREASEN, 1997a).

Há trabalhos que sugerem que o déficit na esquizofrenia pode ser entendido como uma “dismetria cognitiva”, que se caracteriza por desequilíbrio na coordenação entre a percepção e codificação de mensagens que priorizam a experiência e a informação através de mediação talâmica (ANDREASEN, 1997b) e da função cerebelar alterada na esquizofrenia, cuja evidência sugere a realização de novas pesquisas sobre as funções cerebelares na esquizofrenia (ANDREASEN, 2008).

Os sintomas positivos da esquizofrenia foram pesquisados dando origem a uma teoria do sistema temporolímbico na qual a disfunção estrutural e funcional da área límbica parece ter ligação com a esquizofrenia (BOGERTS, 1997).

Os sintomas negativos da esquizofrenia foram pesquisados através de testes neuropsicológicos dirigidos aos déficits cognitivos que poderiam detectar lesões no lobo frontal (SEMKOVSKA, 2001).

O modelo neural para compreender a patogênese da esquizofrenia foi proposto usando a teoria de Stevens. Esta teoria propõe a associação entre a esquizofrenia com uma regeneração sináptica nas regiões cerebrais que recebem as projeções degeneradas do lobo temporal (RUPPIN; REGGIA; HORN, 1996).

Pesquisadores têm investigado o fenótipo da esquizofrenia relacionando-o com a dismetria cognitiva e os seus mecanismos neurais, apesar da dificuldade para identificar corretamente o fenótipo como marcador de transtornos esquizofrênicos. Os sintomas da doença são diversos, mas a esquizofrenia pode ser uma desordem simples ligada por uma fisiopatologia comum à síndrome de má conexão de circuito neural (ANDREASEN; NOPOULOS; O'LEARY; MILLER; WASSINK; FLAUM, 1999).

A localização de sintomas da esquizofrenia em áreas individuais do cérebro tem sido proposta por modelos que defendem a desorganização em paralelo produzindo na área pré-frontal, no núcleo talâmico e no cerebelo uma coordenação pobre, base do déficit cognitivo fundamental na esquizofrenia e que pode produzir os diversos sintomas (ANDREASEN; PARADISE; O'LEARY, 1998).

Exames de imagem no vivo sugerem que a disfunção talâmica está envolvida na fisiopatologia da esquizofrenia, como parecem demonstrar as lesões do cortex pré-frontal e das estruturas do lobo temporal, contribuindo para o déficit do processamento sensorial na esquizofrenia (CLINTON; MEADOR-WOODRUFF, 2004; BEHRENDT, 2004).

Estudos psicofarmacológicos sugerem uma desregulação da transmissão sensorial no nível talâmico, determinando uma vulnerabilidade para as alucinações,

envolvendo a percepção. Na esquizofrenia, o impacto de entrada sensorial sobre a organização do eu no nível talamocortical pode estar reduzida (BEHRENDT, 2006).

Há autores que, ao contrário dos neuropatologistas e neurofarmacologistas que consideram a esquizofrenia como uma doença do cérebro, valorizam as influências psicossociais na etiologia da esquizofrenia. A esquizofrenia, sob esta perspectiva, seria uma doença análoga a outras doenças e síndromes como o infarto do miocárdio, diabetes e a doenças de curso crônico como DPOC e algumas formas de câncer. Isto significa uma mudança nas concepções não somente teóricas, mas principalmente terapêuticas da esquizofrenia. Na prática, é aconselhável avaliar as contribuições de todas as teorias a respeito da esquizofrenia e em seguida usá-las nos procedimentos terapêuticos propostos.

Uma das contribuições mais importantes para a compreensão da esquizofrenia, em seus aspectos etiológicos, foi a proposta pelas teorias que investigaram as interações supostamente defeituosas entre o paciente e a sua família. No entanto, há concordância entre os pesquisadores sobre a inexistência de um tipo de padrão familiar que determine a esquizofrenia. As disfunções familiares necessariamente não provocam casos de esquizofrenia e as famílias que apresentam desajustes visíveis devem ser valorizadas na avaliação psiquiátrica de pacientes esquizofrênicos.

A escola americana de psiquiatria de Adolph Meyer, K. Lewin e H. S. Sullivan estudou a interação entre o paciente esquizofrênico e a sua família, em função das interações intrafamiliares baseadas na comunicação. Para estes pesquisadores, a personalidade esquizofrênica seria uma consequência da patologia das comunicações intrafamiliares.

A Escola de Palo Alto, através da concepção de Gregory Bateson e Donald Jackson valoriza as comunicações recebidas (*input*) e emitidas (*output*) enquanto formadoras de interpretações patológicas no esquizofrênico. A base da comunicação do esquizofrênico tem origem na tese do Double Bind de Watzlawick, Jackson e Helmick-Beavin. Esta tese evita habilmente as questões etiopatogênicas da esquizofrenia como ressalta Henri Ey. As mensagens são emitidas para o indivíduo

de modo duplo na vigência de intensa relação emocional, ou seja, elas excluem a possibilidade de existência do indivíduo que não tem alternativa diante de uma mensagem que contém proposições contraditórias e complementares. Esta fixidez de significados que se excluem coloca o indivíduo nos limites da mensagem que o aprisionam tornando impossível para ele o reconhecimento do caráter paradoxal da mensagem. Os representantes de Palo Alto consideram este processo como violência não perceptível que é mantida pela dupla ligação característica básica da comunicação esquizofrênica (EY; BERNARD; BRISSET, 1987). O duplo vínculo descreve uma situação na qual uma família hipotética emite mensagens contraditórias e conflitantes sobre o comportamento, atitudes e sentimentos de um dos seus filhos. A intensidade e persistência do duplo vínculo provocam a reclusão no estado psicótico.

A Escola de Bethesda, através da concepção de Lyman Winne (1958), dirigiu-se para a pesquisa da fenomenologia das relações intrafamiliares cuja metodologia consistiu na aplicação e interpretação de testes projetivos como o teste de Rorschach e TAT com o suporte psicanalítico tratado de forma objetiva. De acordo com esta concepção, algumas famílias impõem uma comunicação verbal na qual a manifestação emocional é obstruída em razão da utilização de uma comunicação verbal pseudo-hostil ou pseudo-íntima, produzindo no seu componente uma característica única não perceptível por pessoas que não pertencem à família.

O sistema proposto pela Escola de Bethesda usa o conceito de pseudomutualidade e o conceito de pseudo-hostilidade em que uma estratégia de defesa é usada para ocultar o vazio existente e absurdo da relação intrafamiliar (pseudomutualidade) e a consequência deste processo que consiste na formação de uma cápsula protetora contra os sentimentos desagradáveis, as inclinações e desejos inaceitáveis que poderão atingir a estrutura familiar (pseudo-hostilidade). Considerando a família como um grupo fechado e com seus rituais implícitos refratários tem-se a noção aproximada da fenomenologia das relações intrafamiliares do paciente esquizofrênico, inclusive a sua experiência fragmentada, a perda da identidade e as alterações da percepção e principalmente da comunicação.

Laing e Esterson propuseram deslocar o foco epistemológico da família para o grupo no qual o paciente está inserido. O problema já apresentado por Bateson, no nível do discurso é reapresentado enfatizando as relações intrafamiliares. Ocorre uma ampliação epistemológica na qual os critérios sociofamiliares são substituídos pelos critérios da fenomenologia existencial que justifica a doença da esquizofrenia como uma reação individual desesperada diante da opressão da família e da sociedade.

As teses da antipsiquiatria de D. Cooper (1967) incluem a invenção da doença esquizofrênica pela família para justificar o impasse suscitado pela dupla ligação.

A epistemologia contida nas teorias expostas, anteriormente, defende um conceito simplificado e reducionista da etiologia da esquizofrenia e da “loucura” em geral, considerando-as como decorrência de fatores externos. Assim, a esquizofrenia é o resultado de um contexto de crise microssocial, em que os atos e a experiência de um indivíduo são anulados pelos outros, por motivos culturais e familiares, até ser identificado como doente mental através de um rótulo, específico, porém arbitrário, posteriormente sancionado pelos médicos (COOPER, 1970). Nesta pesquisa, foi proposta uma avaliação psicodinâmica para melhor compreender a motivação criminosa do parricida, embora em nível complementar e não necessariamente obrigatório (GABBARD, 1994). A aparente historicidade de algumas teorias psicodinâmicas tem encontrado confirmação na prática clínica, na psiquiatria forense e nas concepções mais recentes da etiopatogênese da esquizofrenia. Obviamente a contribuição das teorias psicodinâmicas e organodinamistas não devem ser descartadas, em razão de sua importância epistemológica. A avaliação clínico-qualitativa exige do clínico, no contexto da construção do diagnóstico psiquiátrico e da utilização racional da nosologia, sensibilidade para avaliar a singularidade do indivíduo que é no momento do exame um paciente esquizofrênico.

A Psicanálise contribuiu de modo decisivo para a explicação ou interpretação da esquizofrenia. Ao contrário das escolas psicossociais que valorizavam os fatores etiopatogênicos externos, a psicanálise enfatizou os fatores

internos, psicológicos para interpretar a esquizofrenia e outros estados mentais patológicos. A tese psicanalítica obviamente valoriza os fatores patogênicos externos apenas quando alteram o comportamento. A Psicanálise atribuiu às fixações evolutivas precoces e a um defeito no ego a produção de sintomas psicóticos que significariam um retorno ao período de desenvolvimento. As relações de objeto formadas precária e precocemente produzem os conflitos intrapsíquicos produtores de sintomas psicóticos além de descatexia dos objetos e regressão. É importante na Psicanálise o conceito de defeito do ego que altera o juízo da realidade e inibe o controle da sexualidade e da agressividade.

As teorias psicanalíticas e psicológicas têm proposto diversas explicações para o comportamento humano sendo que os modelos teóricos são usados para compreender os esquemas de previsão de comportamento e de plano terapêutico. No entanto, nenhuma dessas teorias foi capaz de esclarecer satisfatoriamente o comportamento humano patológico. A Psiquiatria clínica utiliza de modo sistemático e dependendo da formação ou da preferência clínico-teórica do psiquiatra.

A Psicanálise, criação original de Sigmund Freud (1856-1939), neurologista, estudando a relação entre a mente e o corpo juntamente com outro neurologista Joseph Breuer, estabeleceu os princípios teóricos e práticos da Psicanálise a partir do tratamento de pacientes do sexo feminino cujos sintomas não tinham base neurológica, particularmente de uma paciente Bertha Pappenheim que o levou a usar a hipnose como terapêutica e após 1889, em conjunto com o chamado método catártico. O que deve ser ressaltado na teoria freudiana do comportamento e que pode ser utilizado na prática clínica, inclusive no contexto forense, é o conceito de determinada ação psíquica, a relação das experiências infantis com a personalidade e comportamento adulto e a noção de inconsciente.

É evidente que nesta pesquisa não serão descritos nem comentados em profundidade os trabalhos mais representativos da teoria psicanalítica. Mas, na teoria freudiana, os conceitos de instinto de morte e de agressividade podem servir como fundamento para as hipóteses etiológicas da esquizofrenia e do comportamento violento ou agressivo. Para Freud, a agressividade foi inicialmente categorizada como um componente dos instintos sexuais que se manifesta como

sadismo. Mais tarde, recategorizou a agressividade como elemento integrante dos instintos do ego e apenas os elementos do sadismo como componentes dos instintos sexuais. Mas a observação de casos fez Freud considerar a agressividade como um instinto autônomo, cuja origem estaria no sistema músculo-esquelético com objetivos de destruição.

Os instintos de vida e de morte foram propostos em 1920 e reuniu os instintos do ego em eros e tanatos que eram subjacentes aos instintos sexuais e agressivos. Mesmo sem comprovação clínica, Freud reafirmou o conceito de instinto de morte baseado no que chamou de compulsão de repetição, ou seja, a repetição pelo indivíduo de comportamentos traumáticos passados.

Considerando os aspectos epistemológicos da Psicanálise, devem ser citados os seguintes elementos teóricos e clínicos que fundamentam a prática psicanalítica em sua concepção teórica. Freud, seu fundador, propôs inicialmente o tratamento pelo método de hipnose induzida, visando à ab-reação de traumas reprimidos. Posteriormente, Freud substituiu o método da hipnose pelo método da livre associação de ideias que consistia em estimular a paciente a falar tudo que lhe viesse à mente. As camadas mais profundas do inconsciente ocultariam conteúdos reprimidos, provenientes de traumas, e também desejos e fantasias. Na técnica freudiana há procedimentos que devem ser mantidos em todo processo terapêutico que consistem na interpretação dos sonhos, na compreensão do significado dos sintomas, na interpretação das manifestações do inconsciente contidas nas parapraxias (FREUD, 1968a, 1968b; BLEICHMAR, N; BLEICHMAR, C. I., 1992).

A Psicanálise e os psicanalistas trabalham uma estrutura na qual o Id, o Ego e o Superego interagem continuamente em confronto com a realidade exterior, produzindo uma fenomenologia sintomatológica própria da psicopatologia freudiana.

A aplicabilidade dos critérios clínicos da psicanálise nas psicoses está fundada no conceito de deterioração das funções do ego que provoca alteração no contato com a realidade.

A visão psicanalítica em sua natureza interpretativa de padrões inconscientes do comportamento compreende os processos psicóticos como

expressões medianamente recuperáveis de relações defeituosas entre o indivíduo e a realidade. A concepção psicanalítica não é específica da esquizofrenia, abordando concomitantemente outros processos psicóticos que não são hierarquizados como formadores de complexos sintomatológicos. A concepção de manutenção da realidade externa na vigência de alterações de personalidade paranoide e em alguns casos de neuroses graves é um critério relativo para a patogenicidade das psicoses (SHORE; FILSON; JOHNSON, 1988). As concepções psicanalíticas apresentam as psicoses como patogênicas sem atingir necessariamente áreas fundamentais do ego que são preservadas.

No campo psicanalítico, os pacientes que apresentam um comportamento bem adaptado podem apresentar, durante o processo de análise, um episódio de regressão que é detectado no plano clínico-comportamental. Bion descreveu os núcleos psicóticos como a parte psicótica da personalidade (BION, 1977). Estruturas neuróticas podem funcionar como anteparos psíquicos profundos que protegem o indivíduo da desestruturação psicótica ou descompensação psicótica em razão de vivências primitivas de aniquilamento. Deve ser ressaltado que é fundamental para a psicanálise a distinção entre a parte potencialmente psicótica da personalidade e psicose no sentido clínico-sintomatológico.

A distinção proposta é exclusivamente teórica não tendo repercussão clínica. A Psicanálise representa uma área de pesquisa importante numa concepção antropológica, mas distanciada da prática clínica tradicional.

Os trabalhos clássicos de alguns psicanalistas representam de fato investigação teórica de psicoses e não representam procedimento clínico-terapêutico eficaz (ROSENFELD, 1968; MELTZER, 1987). As contribuições destes investigadores na parte clínico-sintomatológica não esclareceram os problemas clínicos e de terapêutica das psicoses em seus diversos estágios.

Nesta tese, considera-se a análise de psicóticos intraduzível tendo em vista os objetivos desta investigação. A citação das teorias psicanalíticas, neste contexto, significa a possibilidade de demonstrar a estrutura da possível dinâmica subjacente aos processos psicopatológicos apresentados pelos pacientes esquizofrênicos

homicidas e parricidas estudados no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. O objetivo será sempre enriquecer a história clínica dos pacientes estudados visando à predição do comportamento homicida apresentado contra terceiros e contra a família. Mas esta estratégia não será utilizada para estabelecer parâmetros terapêuticos ou interpretativos que não são procedimentos previstos nesta tese. As teorias psicodinâmicas serão utilizadas apenas para caracterizar a motivação psicopatológica profunda do comportamento homicida tanto quanto possível em seus próprios limites epistemológicos. Mas esta posição não representa uma adesão às teorias psicanalíticas das psicoses, especialmente da esquizofrenia.

2.2.1 Sintomatologia

De acordo com os objetivos propostos nesta tese, os sintomas e a sua percepção pelos clínicos e pelos peritos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico devem dirigir a hipótese fundamental do trabalho de comparar os sintomas apresentados pelos dois grupos e indicar quais os sintomas ou comportamento que podem ser valorizados como fatores preditivos de comportamento criminoso seja homicídio ou parricídio.

A esquizofrenia é enfermidade que mobilizou e mobiliza o esforço de pesquisa de investigadores da psiquiatria e da neurologia como os já citados Emil Kraepelin (1856-1926), Eugen Bleuler (1857- 1939), Benedict Morel (1809- 1873), Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899), Ewald Hecker (1843-1909). Para Kraepelin, a demência precoce de Morel foi reinterpretada clinicamente como um déficit cognitivo e um início precoce. Foram observados os sintomas clínicos e o curso da doença. Ambos definiram a diferença clínica entre a esquizofrenia e a psicose maníaco-depressiva. A compreensão clínica que permitia o diagnóstico diferencial entre o quadro de paranoia e o quadro de psicose maníaco-depressiva estava fundada sobre o reconhecimento dos sintomas como delírio persecutório persistente da paranoia e o reconhecimento dos sintomas fásicos da psicose maníaco-depressiva.

A proposta de Bleuler sobre a esquizofrenia representava a presença de clivagens entre o pensamento e a emoção sem que apresentasse necessariamente

deterioração. Bleuler enfatizou o conceito de sintoma propondo uma classificação em que os sintomas eram primários ou fundamentais específicos da esquizofrenia como alterações da coesão do pensamento, alterações afetivas, ambivalência e autismo. Os sintomas acessórios ou secundários eram os delírios e alucinações.

De qualquer modo, os clínicos sempre enfatizaram a importância dos sintomas para a formação da nosologia e da formação do diagnóstico. Embora não existam fundamentos coerentes e fundacionais (SANTOS, 2008) para asseverar que há um distúrbio fundamental na esquizofrenia, foi sempre através dos sintomas que os clínicos propuseram seus modelos clínico-nosológicos. Para Kraepelin, o sintoma importante era a falta de afeto. Para Bleuler, era a clivagem das associações. Berze citava a hipotonia da consciência como resultado da esquizofrenia. O delírio primário da Escola de Heidelberg é um bom exemplo da constituição da morfologia sintomatológica para determinar o sintoma fundamental da esquizofrenia. Para Clérambault, o delírio primário era equivalente à síndrome de automatismo mental descrito como síndrome nuclear das psicoses alucinatórias crônicas. A esquizofrenia é uma patologia que acomete a consciência produzindo alterações da comunicação, produzindo deformação e regressão da personalidade. A esquizofrenia determina, através do delírio, das alucinações, uma transformação da personalidade com alterações do sistema de realidade, das crenças, das idéias, dos sentimentos que formam a pessoa com seu mundo e seu Dasein.

A esquizofrenia é um transtorno importante que apresenta sinais e sintomas específicos em nível psicótico que podem variar de um a seis meses (APA, 1994). Como demonstrado pela Psiquiatria clássica, os sintomas da doença atingem múltiplos processos psicológicos afetando a percepção com a ocorrência de alucinações, a ideação, o juízo da realidade, com a ocorrência de delírios, o curso de pensamento, com a ocorrência de associações desconectadas, a emoção, com a ocorrência de afetos inadequados, o comportamento apresentando quadro catatônico e alterações da atenção, da concentração, da motivação e da capacidade de julgamento. Estas alterações ocorrem em conjunto, provocando prejuízo nas funções social e ocupacional, mas nenhum sintoma é considerado patognomônico da doença. Atualmente, há ênfase sobre as alterações acentuadas em diversas funções como a aprendizagem, as habilidades para resolução de problemas

cotidianos pessoais, a incapacidade para manter relacionamentos interpessoais, considerando-se a variabilidade do transtorno em diferentes indivíduos e a incidência aumentada de doenças nestes pacientes (KARASU; WALTZMAN; LINDENMAYER; BUCKLEY, 1980).

Os sintomas da esquizofrenia têm sido descritos como pertencentes a duas categorias: os sintomas positivos e os sintomas negativos. Há uma terceira categoria cujo elemento fundamental é a desorganização e que é independente da categoria dos sintomas positivos, predominando fala desorganizada (DOCHERTY; DeROSA; ANDREASEN, 1996). Os sintomas positivos são os delírios e alucinações. Os sintomas negativos estão relacionados à expressão emocional, à volição e diminuição do comportamento dirigido a um objetivo. O modelo nosológico do DSM-IV enfatiza os sintomas que ocorrem na avaliação psiquiátrica recente propondo os subtipos clínicos que formam a tipologia que inclui a forma clínica paranoide, o tipo desorganizado, o tipo catatônico, o tipo indiferenciado, o tipo residual, cada um com seus sintomas específicos, sendo o tipo desorganizado mais grave e o tipo paranoide o menos grave (FENTON; McGLASHAN, 1991). A esquizofrenia é um transtorno mental que apresenta comorbidades médicas e psicopatológicas. Na prática clínica da pesquisadora, de acordo com pesquisas realizadas, as comorbidades mais comuns no plano médico-psiquiátrico foram aquelas determinadas pelo uso de substâncias, principalmente álcool (DRAKE; OSHER; WALLACH, 1989). Em casos excepcionais, foi o uso de estimulantes o fator determinante de comorbidade. Na observação dos casos estudados, o uso de maconha predominou. O estudo clínico-sintomatológico indicou a ausência, em todos os casos estudados, de remissões completas. O primeiro episódio apresenta sintomas característicos da doença, mas os sintomas podem não ser sintomas de esquizofrenia, indicando às vezes a ocorrência de depressão ou ainda outras doenças causadas por ausência de cuidados sociais, como a tuberculose. Os sintomas iniciais da esquizofrenia ocorrem em geral durante a adolescência ou no início da vida adulta, atingindo ambos os sexos com frequência igual. A idade de início do aparecimento dos sintomas é de 20 anos nos homens e 30 anos nas mulheres (McGLASHAM, 1988). A doença evolui por fases estáveis com remissão completa ou incompleta, em que os sintomas caracterizam episódios psicóticos

agudos. Sintomas residuais podem ocorrer entre episódios da doença. Os sintomas da fase aguda são intensos e severos como delírios ou alucinações e pensamento com desorganização grave. Os sintomas agudos diminuem na fase de estabilização. Os sintomas da fase de estabilização são menos graves e, em alguns casos, os pacientes são assintomáticos ou apresentam sintomas não-psicóticos como ansiedade, tensão, insônia ou depressão. De acordo com o modelo nosológico de Ey, os portadores de esquizofrenia apresentam uma fase prodrômica na qual existe uma multiplicidade de sinais e sintomas, como retraimento social, aversão à escola ou ao trabalho, má higiene pessoal, impulsividade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a ocorrência de sintomas e sinais encontrados em pacientes esquizofrênicos do sexo masculino, de 20 a 50 anos, autores de crime de homicídio e parricídio.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar os pacientes do HCTP, com diagnóstico de esquizofrenia e que sejam autores de crime de parricídio.

Identificar os pacientes do HCTP, com diagnóstico de esquizofrenia e que sejam autores de crime de homicídio.

Analisar e revisar os registros do quadro clínico dos pacientes para identificar diferenças na prevalência de sintomas entre os esquizofrênicos autores de homicídio e esquizofrênicos autores de parricídio.

A investigação dos fatores preditivos consistirá na análise dos sintomas apresentados pelos pacientes que serão utilizados para avaliar o seu potencial psicopatológico nos casos de parricídio.

A coleta de dados será estritamente clínico-documental devendo os dados referidos serem colhidos nos prontuários dos pacientes internados no HCTP e na avaliação clínica realizada na rotina de exames executada pela pesquisadora.

Os sintomas, produto da coleta de dados realizada nos prontuários médicos, serão comparados entre si em função de sua ocorrência nos casos clínicos de esquizofrenia e, em seguida, avaliados como elementos psicopatológicos de forte indicação de predição para o comportamento homicida.

Os sintomas obtidos através da análise dos prontuários serão anotados e comparados em função de sua ocorrência nos casos de esquizofrenia com homicídio simples e nos casos de esquizofrenia com parricídio.

Utilizando os sintomas coletados nos prontuários médicos dos dois grupos será elaborada uma grade de sintomas psicopatológicos (grade psicopatológica) e uma grade de sintomas (grade sintomatológica) específica, dirigida à esquizofrenia em suas formas clínicas constantes na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças - CID 10 com a seguinte estrutura:

G. P 1. Alterações da consciência

G. P 2. Orientação

G. P 3. Alterações da linguagem

G. P 4. Alterações da afetividade

G. P 5. Alterações da memória

G. P 6. Alterações do pensamento

G. S 1. F20 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes

G. S 2. F21 Transtorno esquizotípico

G. S 3. F22 Transtornos delirantes persistentes

G. S 4. F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios

G. S 5. F24 Transtorno delirante induzido

G. S 6. F25 Transtornos esquizoafetivos (grupo excluído)

G. S 7. F28 Outros transtornos psicóticos não-orgânicos

G. S 8. F29 Psicoses não-orgânicas não especificadas

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 CASUÍSTICA E MÉTODOS

Inicialmente, com o objetivo de verificar a literatura concernente à relação entre esquizofrenia e parricídio foi realizada revisão sistematizada, identificando e analisando os resumos localizados nos sistemas Medline, Lilacs e PschInfo. Dos trabalhos analisados não foi possível encontrar utilização do método proposto nesta tese. Nenhum dos trabalhos abordados na revisão de literatura utilizou o método aqui denominado critério diagnóstico clínico-sintomatológico, relacionado à expressão comportamental do esquizofrênico homicida e parricida. Este método visou ao estudo dos fatores preditivos no plano estritamente clínico-sintomatológico, excluindo fatores relacionados à personalidade, a família e a variáveis de seguimento e avaliação psicossociais e criminológicas. Após a execução da fase inicial da pesquisa da literatura e de posse dos dados coletados foram examinados os prontuários de sete pacientes do sexo masculino com idade entre 20 e 50 anos, internados no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), com diagnóstico de esquizofrenia e autores de crime de homicídio e que se encontram em tratamento médico-psiquiátrico em regime de medida de segurança. Em seguida, foram examinados os prontuários de sete pacientes do sexo masculino com idade entre 20 e 50 anos, internados no HCTP, com diagnóstico de esquizofrenia e autores de crime de parricídio e que se encontram sob tratamento médico-psiquiátrico em regime de medida de segurança.

4.2 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de estudo do tipo observacional e descritivo-analítico, dirigido estritamente aos documentos chamados prontuários médicos e que devem fornecer a situação das variáveis que deverão indicar o grau de periculosidade dos pacientes examinados através de seus prontuários. Este método tem se mostrado suficiente

para caracterizar os sintomas ou variáveis clínicas que identificarão o grau de periculosidade do paciente em relação ao cometimento de crime de homicídio e parricídio. Assim, o estudo deverá indicar na amostra representada pelos grupos, os sintomas e subtipos clínicos que serão utilizados como preditores de comportamento homicida em pacientes esquizofrênicos.

Identificação da população de pacientes do HCTP, segregando os pacientes homicidas com diagnóstico de esquizofrenia.

Anotação de sintomas constantes nos prontuários que, na investigação, poderão ser considerados variáveis com forte potencial preditor de comportamento homicida.

As variáveis preditoras serão identificadas no corpus constituído pelos prontuários médicos com a descrição e avaliação dos sintomas apresentados pelos pacientes.

O material da coleta de dados formado pelos sintomas registrados nos prontuários médicos será utilizado como medida de variáveis clínicas que deverão ser avaliadas no presente.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

4.3.1 Critérios de Inclusão

Serão incluídos neste estudo:

- a. Indivíduos do sexo masculino.
- b. Indivíduos com idade entre 20 e 50 anos.
- c. Indivíduos internados no HCTP com diagnóstico de esquizofrenia e que tenham cometido parricídio e homicídio.
- e. Indivíduo de qualquer nível socioeconômico.

f. Indivíduo de qualquer nível de instrução.

4.3.2 Critérios de exclusão

Serão excluídos deste estudo:

- a. Os indivíduos que apresentem diagnóstico de psicose esquizoafetiva.
- b. Os indivíduos que apresentem diagnóstico simultâneo de transtorno de personalidade.
- c. Os indivíduos que apresentem doenças neurológicas.
- d. Os indivíduos que apresentaram alterações metabólicas, neurológicas ou laboratoriais por ocasião do parricídio.
- e. Indivíduos com menos de 20 anos e mais de 50 anos.

4.4 LOCAL DO ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada na cidade de Itamaracá, região metropolitana do Recife, capital de Pernambuco, região nordeste do Brasil, com 217 km² de extensão com população de 11. 533.580 habitantes (IBGE, 2007).

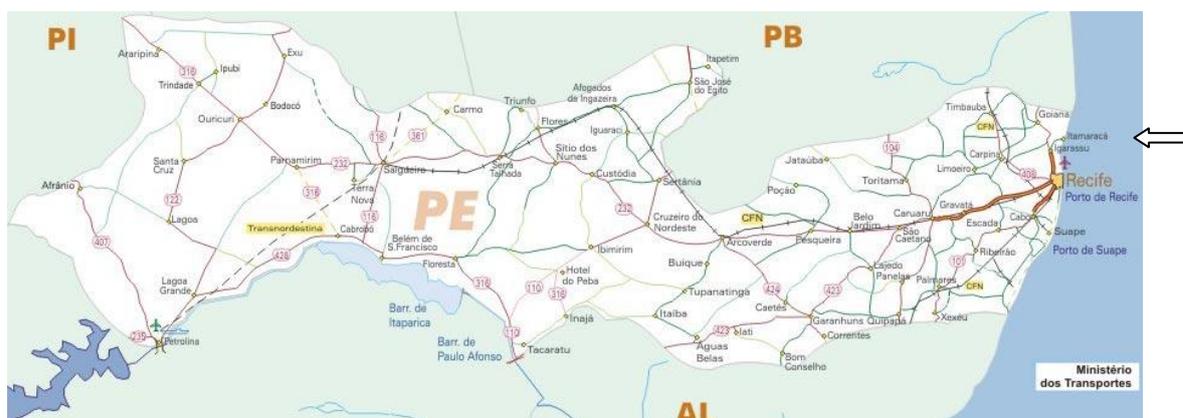


FIGURA 1: MAPA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Na presente pesquisa, tendo em vista a exiguidade da amostra, não se pretendeu determinar a prevalência dos casos de parricídio em pacientes esquizofrênicos, mas apenas a ocorrência de sintomas encontrados em esquizofrênicos autores de homicídio. O estudo particularizou os casos de esquizofrênicos autores de crime de parricídio e homicídio já existentes no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, enfatizando o quadro sintomatológico registrado nos prontuários médicos, considerando ainda a baixa ocorrência de casos de parricídio em esquizofrênicos. Do total de pacientes internados no HCTP, foi selecionada uma amostra de 13 pacientes do sexo masculino dos quais sete eram autores de homicídio e seis eram autores de parricídio.

Inicialmente, foram selecionados os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia que estão internados no HCTP, cumprindo medida de segurança por crime de homicídio e parricídio, do sexo masculino. Após examinar os prontuários dos pacientes esquizofrênicos, a pesquisadora responsável, médica psiquiatra, doutoranda do Curso de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento (Jaéllya Rodrigues de Souza) segregou os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia que tinham cometido homicídio e parricídio. Houve a intenção, por parte da pesquisadora, de realizar exames eletrofisiológicos no grupo

de pacientes selecionado, mas a transferência dos pacientes para a realização dos referidos exames tornou-se complexa, haja vista sua situação clínica e penal.

Os pacientes internados no HCTP foram examinados em sua história criminal e exame mental para avaliação da responsabilidade penal. A evidência clínica oferecida pela morfologia sintomatológica foi constatada pelos clínicos que elaboraram o laudo pericial (peritos) anterior à pesquisa indicando o diagnóstico de esquizofrenia e a periculosidade do paciente. Para efeito da pesquisa e para os objetivos médico-legais os diagnósticos firmados nos prontuários médicos consultados foram mantidos. Esta resolução foi tomada tendo em vista a direção teórica básica adotada neste trabalho, de enfatizar a validade da construção do diagnóstico e da nosologia para compreender melhor as variáveis preditoras de comportamento homicida e parricida em esquizofrênicos. Esta direção teórica manteve-se fortemente vinculada à experiência clínica dos psiquiatras peritos do HCTP e ao crivo clínico da pesquisadora que, posteriormente, solicitou a um dos orientadores a participação na avaliação clínica dos esquizofrênicos autores de homicídio ou de parricídio.

A maior parte destes pacientes não mostrou condições para ser pesquisada através de instrumentos de avaliação específicos do tipo questionário ou entrevistas clínicas estruturadas. A diferença entre os resultados clínicos obtidos por questionários ou entrevistas estruturadas ocorreu em função da heterogeneidade dos pacientes.

Os métodos de avaliação sistemática foram analisados inicialmente para indicar a segurança para a valorização dos sintomas identificados através destes procedimentos. O objetivo da tese foi identificar no plano sintomatológico-clínico os fatores preditivos de parricídio, que são os sintomas no plano psicopatológico e comportamental. Os sintomas são variáveis qualitativas que, sendo identificadas, poderão indicar ou sugerir a ocorrência de comportamento homicida no futuro (DENZIN; LINCOLN, 1994; MORSE; FIELD, 1995). Usualmente, o diagnóstico de esquizofrenia é feito através de instrumentos específicos, do tipo questionário e entrevistas clínicas estruturadas e, às vezes, é aplicado por um indivíduo treinado, não especialista. Os métodos de avaliação são as clinical interviews, os

instrumentos de observação de conduta, a verificação de lista de sintomas e questionários autoaplicáveis. Estes instrumentos têm sido usados para diagnosticar diversos transtornos, mas não há evidência de que o índice de acerto do diagnóstico através destes instrumentos seja o ideal.

A análise das escalas de avaliação permite avaliar a fidedignidade dos construtos diagnósticos de feição quantitativa e qualitativa. A fidedignidade é, no entanto, relativa, exigindo uma calibração do procedimento ou do método em função do objetivo da pesquisa. A utilização do preenchimento de itens definidos convencionalmente, para se obter uma informação padronizada sobre o transtorno específico, foi feito para diminuir as diferenças de diagnóstico entre os examinadores. O sintoma e o seu registro específico, como presença constatada, *check-list*, nível de intensidade (*rating*) e frequência podem ser constatados e avaliados no plano exclusivamente clínico.

A importância da experiência clínica do psiquiatra não deve ser substituída pelo aplicador não médico ou pelo próprio paciente. Não se pretende desenvolver um estudo crítico destes métodos de avaliação nesta pesquisa, mas deve ser enfatizado que as condições socioeconômicas, cognitivas e psiquiátricas dos pacientes internados no HCTP não permitem a utilização de escalas de autoavaliação ou de auto-preenchimento pelos motivos anteriormente citados.

A análise de sentenças com avaliação de categorias ou de expressão de estados psicológicos é impraticável nos pacientes do HCTP. Existem diversas razões para a adoção de uma metodologia que não envolva estas dificuldades. Nesta tese, existem dois níveis de justificativa para a adoção de outra metodologia instrumental exclusivamente clínica e qualitativa. A primeira é extrínseca à própria metodologia já descrita anteriormente com relação à utilização de escalas de avaliação diagnóstica. Os questionários, em suas diversas formas de utilização, não são aplicáveis em todos os contextos clínicos, por diversos motivos. Os pacientes esquizofrênicos, por comprometimento cognitivo, por incapacidade conceitual não são sujeitos legítimos para uma pesquisa com os objetivos já expostos.

O contexto socioeconômico desfavorável, característica básica da região geográfica onde o hospital de custódia está instalado, é extremamente precário, não sendo possível a utilização de procedimentos ou de métodos que demandam verbas específicas, inexistentes na prática assistencial cotidiana do hospital de custódia. A segunda é intrínseca aos próprios procedimentos metodológicos típicos dos questionários de avaliação clínica e das entrevistas semiestruturadas ou estruturadas.

A premissa básica é a de que nenhum instrumento pode substituir a entrevista clínica bem conduzida nem a experiência acumulada através da prática clínica. A avaliação que compreende um juízo em termos de percepção de um conceito vinculado à importância de um sintoma no contexto do quadro clínico pode ser realizada mediante a experiência clínica acumulada através da constatação objetiva de sintomas em sua presença ou ausência - ao modo de *check-list* -, em sua frequência e seu nível de intensidade - ao modo do *rating* -. Todos os critérios pertinentes aos sintomas como a base indicativa do quadro clínico serão justapostos ao conceito de experiência clínica. A pertinência categorial do complexo sintomático reside no juízo clínico, que deve indicar o "*rating*" e a ocorrência dos sintomas - frequência -. A valoração sintomatológico-nosológica deve ser da responsabilidade do clínico. Os procedimentos metodológicos de avaliação clínica, do tipo questionário, já descritos anteriormente não avaliariam com exatidão sintomas de difícil descrição, não sendo utilizadas nesta pesquisa como instrumento diagnóstico. A posição nosológica se mantém na condicionalidade ou na precariedade epistemológica do diagnóstico psiquiátrico, que não é evitada ou mesmo reduzida mediante a aplicação de questionários, entrevistas estruturadas, porque a suposta e patente subjetividade do clínico é transferida para a subjetividade do paciente, que está alterada pela enfermidade.

A análise dos prontuários médicos, visando à coleta de sintomas dos pacientes esquizofrênicos homicidas e esquizofrênicos parricidas, substitui com melhores possibilidades, os questionários e as entrevistas, neste estudo.

Os sintomas obtidos através da análise dos prontuários médicos foram anotados e distribuídos em dois grupos; o dos pacientes esquizofrênicos que

cometeram homicídio e o dos pacientes esquizofrênicos que cometeram parricídio. A grade de sintomas psicopatológicos foi aplicada nos casos clínicos que deve produzir a grade sintomatológica específica, que foi comparada com a CID 10 e isolados os sintomas considerados como variáveis preditoras, estas categorizadas como preditoras de parricídio. A grade sintomatológica foi apresentada de modo simplificado, valorizando a experiência clínica da pesquisadora, cuja avaliação clínica incluindo prognóstico e periculosidade no plano psiquiátrico-forense dos pacientes examinados foi corroborada por um segundo psiquiatra que examinou os prontuários médicos e os pacientes. Deve ser ressaltado que a escolha das variáveis desta pesquisa baseou-se na experiência clínica da pesquisadora que atua há uma década em psiquiatria forense. O estudo realizado, do tipo observacional, considerou apenas dois aspectos em cada caso clínico estudado; os sintomas psicopatológicos e os sintomas que caracterizaram os tipos clínicos da esquizofrenia que foram coletados na história criminal e no exame mental sequenciado evolutivo, realizado rotineiramente nos pacientes estudados.

Devido à natureza do estudo, que é meramente observacional e descritivo, não serão utilizados testes de significância estatística porque não há de fato uma formulação de hipótese que exija este tipo de comprovação, mas uma abordagem clínica de casos de esquizofrenia nos quais foi possível identificar sintomas ou comportamentos, como o ato de parricídio, cujos sintomas não estariam presentes nos casos de esquizofrênicos autores de homicídio. Trata-se de inferência qualitativa, clínico-conceitual, nosológica, que implica em avaliação de complexo sintomatológico presente nos casos de esquizofrenia, conectada a comportamento homicida do tipo parricídio. Estes são os limites epistemológicos da inferência apresentada nesta tese.

Os conteúdos da pesquisa serão apresentados através de uma aferição dos instrumentos e das fontes que serão utilizadas e que serão demonstradas através de uma sequência de tabelas (BOOTS; HEIDE, 2006). A tabela 1 mostra o material de análise da pesquisa, os conteúdos analisados e as fontes utilizadas.

TABELA 1 - METODOLOGIA UTILIZADA PARA ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO – HCTP

MATERIAL DE ANÁLISE	CONTEÚDOS	FONTE
Anamnese psiquiátrica	Diagnóstico Nosologia	Prontuários
Anamnese psiquiátrico-forense	Conduta criminosa Tipo de homicídio Periculosidade	História criminal

A história médica dos pacientes foi obtida através da consulta aos prontuários que informaram sobre os sintomas, o comportamento criminal, a reincidência e a periculosidade.

Os sintomas apresentados pelos pacientes foram avaliados clinicamente, primeiro, na grade psicopatológica e, em seguida, na grade sintomatológica.

A grade 1 indica as alterações psicopatológicas componentes da grade psicopatológica que estiveram vinculadas aos quadros clínicos apresentados pelos dois grupos de pacientes. As alterações psicopatológicas indicadas foram avaliadas em função de sua ocorrência nos casos clínicos examinados, tendo a tabela como um elemento guia de sintomas. Os sintomas identificados no nível psicopatológico foram utilizados para confirmar a sintomatologia descrita nos prontuários médicos.

A grade sintomatológica foi utilizada como chave para a análise dos fatores preditivos de comportamento parricida, sendo colocada como preditor clínico-nosológico em esquizofrenia com mau e bom prognóstico em relação a homicídio e parricídio.

ALTERAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS COMPONENTES DA GRADE 1 (GP)

GP 1 ALTERAÇÕES DA CONSCIÊNCIA	Obnubilação. Diminuição do nível de consciência. Perda temporária da consciência. Estreitamento transitório do campo da consciência. Transe com atividade motora automática.
GP 2 ALTERAÇÕES DA ORIENTAÇÃO	Desorientação auto e alopsíquica. Desorientação temporal e espacial.
GP 3 ALTERAÇÕES DA LINGUAGEM	Logorreia. Mutismo. Neologismos. Ecolalia. Perseveração. Verbigerção.
GP 4 ALTERAÇÕES DA AFETIVIDADE	Distimias. Disforia. Hipertimia. Hipotimia. Incontinência afetiva. Paratimia. Paramimia. Ambivalência.
GP 5 ALTERAÇÕES DA MEMÓRIA	Hipermnésia. Hipomnésia. Amnésia: psicogênica, orgânica. Anterógrada. Retrógrada. Paramnésias: ilusões mnêmicas. Fabulações. Criptomnésias. Ecmnésias.

GP 6 ALTERAÇÕES DO PENSAMENTO Curso: aceleração. Lentificação.
 Interceptação. Bloqueio.
 Furto de pensamento.
 Estrutura: Fuga de ideias. Desagregação.
 Descarrilhamento. Dissociação.
 Afrouxamento.
 Conteúdo ou temática: Hipocondria.
 Poder. Perseguição. Religioso. Sexuais.
 depreciativo. Culpa.
 Juízo da realidade: Delírio: convicção
 patológica. Extensividade. Conduta.
 Afetos. Desorganização lógica.
 Estranheza.
 Incompreensibilidade.
 Formas do delírio: Simples. Complexo.
 Sistematizado. Não sistematizado.
 Conteúdos: Persecutório. Auto-referência.
 Querelância. Invenção. Messiânico ou
 reformista. Místico. Celotípico. Erótico.
 Niilista. Autoacusação. Grandeza.
 Influência. Cenestopático. Fantástico.
 Infestação. Ideias delirantes.

SINTOMAS E NOSOLOGIA COMPONENTES DA GRADE 2 (GS)

GS 1 F20 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes.

GS 2 F21 Transtorno esquizotípico

GS 3 F22 Transtornos delirantes persistentes.

GS 4 F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios

GS 5 F24 Transtorno delirante induzido

GS 6 F25 Transtornos esquizoafetivos (grupo excluído da pesquisa)

GS 7 F28 Outros transtornos psicóticos não-orgânicos

GS 8 F29 Psicoses não-orgânicas não especificadas

Estes sintomas indicam as formas clínicas que foram constatadas através da grade das alterações psicopatológicas e que produziram a grade sintomatológica-clínico-nosológica. Desta grade serão retirados os subtipos clínicos. A importância deste procedimento deve ser enfatizada. A concepção epistemológico-clínico-nosológica que fundamenta esta pesquisa tem dois elementos fundantes: o complexo sintomático e a nosologia. O complexo sintomático tem sua origem na experiência clínica e a nosologia tem sua origem na percepção dos sintomas e na sua definição ou delimitação do quadro mórbido. Este é formado pelo complexo sintomático que na prática delimita o quadro clínico-nosológico. Na pesquisa foi constatado que neste procedimento não deve haver nenhum tipo de simplificação ou de “objetivação” de sintomas ou comportamentos para que se construa o diagnóstico psiquiátrico. A citada simplificação ou “objetivação” de sintomas ou de comportamentos não permitiria a presunção de periculosidade ou de avaliação de fatores preditivos de comportamento específico.

O que é fundamental para a consecução desta pesquisa, no sentido de identificar fatores preditivos de comportamento parricida no esquizofrênico através das tabelas de critério diagnóstico, é estabelecer dois pontos metodológicos operacionais: 1. Todos os critérios usados como critérios de diagnóstico estão fundados sobre o que aqui se denomina complexo sintomático ou conjunto de sintomas que caracterizam o quadro clínico da esquizofrenia e dos seus subtipos clínicos. 2. O conjunto de sintomas deve ser entendido como um construto potencialmente relativo não sendo redutível a simplificações, mas que podem determinar o diagnóstico. Os sintomas de um transtorno psiquiátrico podem se agregar em complexos que definem um padrão diagnóstico que pode ser essencialmente diferente de outro transtorno. Diversos estudos têm demonstrado que grupos de sintomas semelhantes podem ter prognósticos diferentes e, subtipos clínicos diferentes, apresentam preditores e co-morbidades diferentes (BOVASSO; EATON, 1999; MATZA *et al.*, 2003). É importante enfatizar que o quadro clínico da esquizofrenia é polimorfo, não apresenta nenhum sintoma ou sinal patognomônico, mas a única possibilidade de construção do diagnóstico é através dos sintomas.

O critério diagnóstico proposto por Emil Kraepelin (1856-1926) é indicado abaixo, valorizando o curso natural da doença, em sua evolução clínica, mas

ênfatizando os sintomas em seus aspectos somáticos e construindo as bases epistemológicas da clínica.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA ESQUIZOFRENIA DE EMIL KRAEPELIN (modificado da tabela da World Psychiatric Association)

SINTOMAS Alucinações auditivas
 Pensamentos audíveis
 Influência externa no pensamento
 Associações anômalas do pensamento
 Embotamento afetivo

COMPORTAMENTO Impulso diminuído
 Autismo
 Obediência automática
 Ecolalia
 Ecopraxia
 Excitação catatônica
 Estereotípias
 Negativismo
 Expressão verbal anormal

O critério diagnóstico de Eugen Bleuler (1857-1939) está representado, rejeitando o conceito de evolução de Kraepelin. Propõe o termo esquizofrenia para designar a demência precoce que, em sua concepção, é um grupo de doenças com sintomatologia semelhantes e que são fundamentais para o diagnóstico. Bleuler estabelece dentro do seu critério diagnóstico a hierarquização de sintomas, colocando-os em dois grupos: os sintomas fundamentais e os sintomas acessórios.

CRITÉRIOS SINTOMATOLÓGICOS PARA DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA DE ACORDO COM EUGEN BLEULER (Modificado da tabela da WPA)

ALTERAÇÕES FUNDAMENTAIS Transtornos da forma do pensamento

Alterações do afeto

Alteração da vivência subjetiva

Perturbação da volição e do comportamento

Ambivalência

Autismo

SINTOMAS ACESSÓRIOS

Alucinações

Delírios

Alterações específicas da memória

Modificação da personalidade

Alterações da fala e da escrita

Sintomas catatônicos

Síndrome aguda: estados melancólicos, estados maníacos, estados catatônicos.

O critério diagnóstico de Kurt Schneider (1887-1967) propõe uma hierarquização de sintomas que de acordo com a sua avaliação clínica era de aplicação obrigatória na construção do diagnóstico de esquizofrenia. No entanto, os sintomas que permitiam o diagnóstico deveriam estar presentes, mas na ausência de organicidade. Em sua *Psicopatologia Clínica*, Schneider lembrava que os sintomas de primeira ordem não eram obrigatórios para o diagnóstico de esquizofrenia.

CRITÉRIOS EM GRAUS SINTOMATOLÓGICOS PARA DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA DE ACORDO COM KURT SCHNEIDER (Modificado de K. Schneider, *Klinische Psychopathologie*, 1980)

SINTOMAS DE PRIMEIRA ORDEM	Difusão do pensamento Vivências de influência no pensamento. Vivências de influência no corpo. Pensamento sonoro (<i>Gedankenlautwerden</i>) Alucinações auditivas em forma de diálogo. Irradiação de pensamento. Percepções delirantes.
SINTOMAS DE SEGUNDA ORDEM	Experiências de passividade na volição e nos impulsos. Intuição delirante. Disposição de ânimo maníaca ou depressiva. Perplexidade. Vivência de empobrecimento emocional.

O critério diagnóstico de inspiração organo-dinamista de Henri Ey está representado abaixo. Este critério será utilizado nesta pesquisa para avaliar os sintomas apresentados pelos pacientes examinados, em função de sua morfologia, forma clínica, fase e evolução, e pela sua contribuição para a proposição do diagnóstico psiquiátrico. A proposição diagnóstica de Ey valoriza a sintomatologia e a construção do diagnóstico, partindo de pressupostos considerados pela pesquisadora após aplicação de atualização como extremamente fecundos para a Psiquiatria e para os pacientes portadores de doença psiquiátrica sob custódia e tratamento psiquiátrico em instituição forense.

CRITÉRIOS CLÍNICO-SINTOMATOLÓGICOS PARA DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA DE ACORDO COM HENRI EY

FORMAS CLÍNICAS Fase inicial: Polimórfica. Inespecífica.
Progressiva. Insidiosa.
Intermitente. Cíclica.
Monomórfica. Monossintomática.

FORMAS CLÍNICAS Fase pré-esquizofrênica: Esquizoidia evolutiva
Neurose pré-esquizofrênica
Invasão progressiva do delírio
Forma de delírio alucinatório com tema de influência.

FORMAS CLÍNICAS Fase de início de instalação da doença:
Crises delirantes e alucinatórias agudas
Excitação maníaca
Estados depressivos
Estados confuso-oníricos
Surtos agudos progressivos.

FORMAS SINDRÔMICAS FUNDAMENTAIS DO PERÍODO DE ESTADO

Síndrome da dissociação ou desagregação:
ambivalência
bizarria
impenetrabilidade
isolamento
distúrbios do curso do pensamento
distúrbios da consciência

paradoxos linguísticos e
incoerência da linguagem.

Alterações do sistema lógico

discordância afetiva

distúrbio psicomotor

delírio

experiência de estranheza

experiência de despersonalização

experiência de influência

Delírio. Vivência delirante.

FORMAS CLÍNICAS DO PERÍODO TERMINAL

Grupo 1 Regressão psíquica.

Comportamento automático

Estereotipia do tipo catatônico.

Grupo 2 Incoerência ideoverbal.

Esquizofasia

Grupo 3 Delírio com fabulação estereotipada e solilóquio pobre.

Os critérios diagnósticos utilizados pela CID 10 para o diagnóstico de esquizofrenia são apresentados abaixo. Nesta, os quadros esquizofrênicos são agrupados sob a rubrica F20, como quadros esquizotípicos e delirantes. Embora não sejam considerados patognomônicos, os sintomas são agrupados de acordo com a sua importância para o diagnóstico com referência a grupo sintomatológico, curso da doença, subtipos clínicos e transtornos relacionados à esquizofrenia.

CRITÉRIOS SINTOMATOLÓGICOS PARA DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA DE ACORDO COM A CID 10 (adaptado)

SINTOMAS

a. Eco do pensamento

Inserção ou roubo do pensamento

Irradiação do pensamento

b. Delírio de controle

Influência ou passividade sobre o próprio corpo, membros.

Percepção delirante.

c. Alucinações referidas como vozes que comentam os atos do paciente.

Vozes que vêm do corpo do paciente.

d. Delírios persistentes impróprios culturalmente ou impossíveis.

Delírios de identidade política ou religiosa, de poderes sobrenaturais como controlar o tempo ou manter contato com extraterrenos.

e. Alucinações persistentes de qualquer modalidade, quando acompanhadas por delírios sem conteúdo afetivo claro, ou por ideias prevalentes persistentes.

f. Interrupções do curso do pensamento, produzindo discurso incoerente ou neologismos.

g. Comportamento catatônico, com excitação, flexibilidade cética, negativismo, mutismo ou estupor.

h. Sintomas “negativos” como apatia, discurso pobre, embotamento emocional ou incongruência emocional, resultando em retraimento social ou diminuição do desempenho social, não estando ligados à depressão ou ao uso de medicamentos antipsicóticos.

i. Modificação significativa e consistente na qualidade do comportamento pessoal, como perda de interesse, retraimento social e inatividade.

SINTOMAS UTILIZADOS PARA IDENTIFICAÇÃO DO CURSO DA ESQUIZOFRENIA DE ACORDO COM A CID 10

F20.x0 contínuo

Sem remissão dos sintomas psicóticos ao longo do período de observação.

F20.x1 episódico com defeito progressivo

Desenvolvimento progressivo de sintomas “negativos” nos intervalos entre os intervalos psicóticos.

F20.x2 episódico com defeito estável

Sintomas “negativos” persistentes, porém não progressivos, nos intervalos entre os episódios psicóticos.

F20.x3 episódico remitente

Remissões completas ou quase completas entre os episódios psicóticos.

F20.x4 remissão incompleta

F20.x5 remissão completa

F20.x8 outro

F20.x9 período de observação menor que um ano.

(x é o código do subtipo clínico da doença)

SINTOMAS UTILIZADOS PARA IDENTIFICAÇÃO DE SUBTIPOS CLÍNICOS DE ESQUIZOFRENIA DE ACORDO COM A CID 10

F20.0x: esquizofrenia paranoide

A aplicação dos critérios gerais para esquizofrenia devem ser satisfeitos.

Delírios ou alucinações devem ser proeminentes, como delírio persecutório, de referência, de origem nata especial, de missão especial, de transformação corporal ou de inveja, vozes ameaçadoras ou de comando, alucinações de odor ou sabor, sensações sexuais ou outras sensações corpóreas.

Embotamento ou incongruência de afeto, sintomas catatônicos ou fala incoerente não devem dominar o quadro clínico, embora possam estar presentes em grau leve.

F20.1x: esquizofrenia hebefrênica

Os critérios gerais para esquizofrenia devem ser satisfeitos.

Afeto embotado ou superficial definido e mantido ou

Afeto incongruente ou impróprio definido e mantido.

Um dos seguintes sintomas deve ser identificado:

Comportamento sem objetivo e desarticulado, em vez de dirigido para um objetivo.

Transtorno do pensamento manifestando-se como fala desarticulada, vaga ou incoerente.

Alucinações ou delírios não devem dominar o quadro clínico, embora possam estar presentes em grau leve.

F20.2x: esquizofrenia catatônica

Os critérios gerais para esquizofrenia devem ser satisfeitos em algum momento, embora isso possa não ser possível inicialmente se o paciente não estiver se comunicando.

Durante um período de pelo menos duas semanas, um ou mais dos seguintes comportamentos catatônicos deve mostrar-se proeminente:

Estupor, que é diminuição acentuada na capacidade de reação ao ambiente e redução de atividades e movimentos espontâneos ou mutismo.

Excitação, que é atividade motora aparentemente sem propósito, não influenciada por estímulos externos.

Postura inadequada. Assumir e manter voluntariamente posturas inadequadas ou bizarras.

Negativismo ou resistência aparentemente sem motivo a todas as instruções ou tentativas de ser movido ou movimento na direção contrária.

Rigidez ou manutenção de uma postura rígida contra esforços para ser movido.

Flexibilidade cêrea ou manutenção de membros e do corpo em posições externamente impostas.

Automatismo de comando ou obediência automática a instruções.

F20.3x: esquizofrenia indiferenciada

Os critérios gerais para esquizofrenia devem ser satisfeitos.

Um dos seguintes deve manifestar-se

Sintomas insuficientes para satisfazer os critérios de quaisquer dos subtipos

Presença de tantos sintomas que os critérios para mais de um dos subtipos listados são satisfeitos.

F20.4x: depressão pós-esquizofrênica

Os critérios gerais para esquizofrenia devem ter sido satisfeitos nos doze meses anteriores, mas não são satisfeitos no presente.

Uma das condições do critério geral deve estar presente: alucinações, alterações do curso do pensamento com neologismos, comportamento catatônico e sintomas “negativos”.

Os sintomas depressivos devem ser suficientemente prolongados, graves e extensos para satisfazer os critérios de pelo menos um episódio depressivo leve.

F25.5x: esquizofrenia residual

Os critérios gerais para esquizofrenia devem ter sido satisfeitos no passado, mas não são satisfeitos no presente.

Pelo menos quatro dos seguintes sintomas “negativos” estiveram presentes ao longo dos doze meses anteriores.

Lentidão psicomotora ou diminuição da atividade.

Embotamento definido do afeto.

Passividade e falta de iniciativa.

Pobreza da quantidade ou do conteúdo da fala.

Comunicação não verbal pobre através de expressão através da expressão facial, contato visual, modulação da voz ou postura.

Desempenho social e cuidados pessoais deficientes.

F20.6x: esquizofrenia simples

F20.8x: outra esquizofrenia

F20.9x: esquizofrenia não especificada

(x é o código do curso da doença)

SINTOMAS UTILIZADOS PARA IDENTIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS RELACIONADOS À ESQUIZOFRENIA DE ACORDO COM A CID 10

- F21 Transtornos esquizotípicos
- F22 Transtornos delirantes persistentes
- F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios
- F24 Transtorno delirante induzido
- F25 transtornos esquizoafetivos

As concepções clínico-nosológicas que abrangeram os tipos clínicos da esquizofrenia do passado influenciam as classificações e os critérios diagnósticos atuais. A proposta de Crow (1985) apresenta uma reunião de síndromes que mesmo sendo sintomatologicamente independentes têm um caráter de interdependência clínica. A síndrome tipo 1 é caracterizada pelos sintomas produtivos e a síndrome tipo 2 é caracterizada pelos sintomas negativos.

SINTOMAS DESCRITOS POR CROW PARA CARACTERIZAR SÍNDROME ESQUIZOFRÊNICA TIPO I E TIPO II

	TIPO 1	TIPO 2
SINTOMAS	Alucinações. Pensamento Desorganizado. Delírios.	Discurso pobre. Embotamento afetivo.
TIPO DE DOENÇA:	Esquizofrenia aguda	Esquizofrenia crônica.
RESPOSTA AOS APs:	Boa	Ruim
PREJUÍZO INTELLECTUAL:	Ausente	Presente
PROGNÓSTICO:	Reversível	Irreversível (?)
MOVIMENTOS INVOLUNTÁRIOS:	Ausente	Presente
PROCESSO PATOLÓGICO:	Aumento de receptores dopaminérgicos D2	Alteração de lobo temporal. Perda celular

A concepção de Crow foi reformada posteriormente tendo proposto um conceito unitário de psicoses endógenas se aproximando do conceito de *Einheitspsychose* de Zeller do século XIX (MÜLLER, 1986).

Os critérios diagnósticos das tabelas acima apresentadas foram utilizados de acordo com a análise dos prontuários médicos dos pacientes examinados.

O estudo dos sintomas e a formação da fisionomia clínica dos casos de esquizofrenia em função da ocorrência e identificação de sintomas e comportamentos preditores foram estruturados partindo dos já citados critérios diagnósticos com ênfase no aspecto sintomatológico-clínico de Henri Ey e da CID 10.

Abaixo são citados os fatores associados à violência em pacientes esquizofrênicos.

FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA EM ESQUIZOFRÊNICOS

CLÍNICOS Subtipo paranoide

Forma delirante paranoide

Fase aguda

Sintomas graves

Início precoce da doença

Uso de álcool e drogas simultâneo

Ausência de tratamento

Transtornos neurológicos

SOCIODEMOGRÁFICOS gênero masculino

jovem

baixa situação socioeconômica (inconclusivo)

inclusão social reduzida

criminalidade prévia

vitimização presente

A tabela 12 mostra os sintomas em esquizofrênicos autores de homicídio (a partir da avaliação clínica no HCTP). Esta tabela contém história criminal com descrição do homicídio e descrição dos sintomas.

A tabela 14 mostra os sintomas em esquizofrênicos autores de parricídio (a partir da avaliação clínica no HCTP). Esta tabela contém história criminal com descrição do parricídio e descrição de sintomas.

Os preditores clínico-nosológicos de violência em esquizofrênicos, de acordo com a avaliação clínica realizada no HCTP são apresentados abaixo:

SINTOMAS E QUADRO CLÍNICO	Tipo paranoide Delírios de tipo paranoide Esquizofrenia paranoide
EVOLUÇÃO E CURSO	Início precoce Fase aguda
COMORBIDADE	Uso de álcool Uso de substâncias químicas

5 APRESENTAÇÃO CLÍNICO-SINTOMATOLÓGICA DOS CASOS CLÍNICOS

5.1 PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS HOMICIDAS

Neste item serão estudados os pacientes esquizofrênicos autores de homicídio que estão internados no HCTP cumprindo medida de segurança.

CASO 1: Paciente G.F.S.

O paciente G.F.S., 48 anos, solteiro, agricultor, procedente de Carpina, analfabeto, foi internado no Hospital de Custódia por autoridade judicial para cumprir medida de segurança por ter assassinado outro paciente internado em Hospital psiquiátrico.

De acordo com o prontuário médico, o paciente ao ser examinado pelos peritos apresentou indiferença ao exame, mostrando-se reticente e evasivo. Apático, negativista. Desorientado no tempo e no espaço. Recusa-se a relatar qualquer sintoma relacionado às suas experiências psicopatológicas. Os familiares informam aos peritos que o paciente sempre foi calado, tendo sido internado quatro vezes no Hospital de Alienados não apresentando nesta ocasião comportamento violento. De acordo com os registros do seu prontuário do Hospital de Alienados, o paciente sempre obteve alta em remissão completa nas quatro ocasiões.

O exame mental realizado quando o paciente tinha dezenove anos, em 1979, mostrou que o mesmo apresentava atitude de indiferença diante dos examinadores, não demonstrando interesse em responder perguntas ou continuar o diálogo com os examinadores.

Um dos orientadores desta tese teve oportunidade de dar assistência psiquiátrica ao paciente à época do exame e acrescenta ao tipo de sintomas psicopatológicos referidos pelos peritos no laudo realizado em 1981, que o paciente não mantinha nenhum *rapport* com os componentes da equipe, permanecendo

isolado e dialogando com pessoas inexistentes. Atualmente, o paciente continua internado no HCTP com o diagnóstico de Esquizofrenia Defectual com periculosidade latente e atual. É necessário esclarecer que o prontuário médico deste paciente traz a data de seu primeiro laudo de 27 de dezembro de 1971, quando o mesmo tinha apenas 11 anos de idade citando o diagnóstico de Esquizofrenia em fase defectual, apresentando periculosidade latente e atual. Parece que, à época, o paciente tinha 19 anos e o ano não era de 1971 e sim 1981 período em que um dos Orientadores desta tese (Prof. Dr. Adelson Santos) prestou assistência a este paciente no então Manicômio Judiciário.

Estudo clínico-sintomatológico do caso 1

O paciente apresenta sintomas da grade psicopatológica (GP) descritos como desorientação temporo-espacial, mutismo, hipotimia e paramnésias do tipo fabulatório com conteúdos monocordes e pobres. Não foi possível observar clinicamente sinais de formas de paramnésia como criptomnésia e ecmnésia. O pensamento foi examinado no curso, na estrutura e na temática ou conteúdo. O curso do pensamento sempre se mostrou lentificado provavelmente por alteração na sua estrutura que não foi possível avaliar devido ao estado clínico deficitário do paciente. A temática não foi identificada clinicamente devido ao seu estado psíquico já referido.

É possível presumir que a forma clínica da esquizofrenia manifestou-se de acordo com as formas de início descritas por Henri Ey (EY *at al.*,1987) já que o paciente com 19 anos, provavelmente em seu primeiro surto, já apresentava um complexo sintomatológico discretamente positivo e de difícil discernimento clínico. É provável que, aos 19 anos, o paciente tenha apresentado uma organização dos transtornos que indicavam a existência de processo esquizofrênico. Este transtorno por ser incipiente era incomum do ponto de vista semiológico como ocorre em alguns casos de esquizofrenia. As tentativas para detectar sintomas específicos da esquizofrenia na fase inicial não tiveram êxito. A doença parece ter evoluído de forma progressiva e insidiosa, o que levou o paciente ao estado deficitário. Não

apresentou crises delirantes ou catatônicas agudas tornando difícil a identificação dos sintomas. No plano comportamental houve a manifestação de violência dirigida à família o que motivou a solicitação de medida de segurança para o paciente. No caso clínico aqui examinado, é possível sugerir quatro grupos de sintomas e formas de início: formas progressivas e insidiosas de início; as formas agudas das crises delirantes; formas evolutivas intermediárias entre as anteriores; e as formas monossintomáticas em que os sintomas surgem isolados. O paciente parece ter apresentado a forma descrita como progressiva e insidiosa, simultaneamente à instalação do delírio. A observação dos sintomas apresentados pelo paciente reforça a ideia de instalação insidiosa do delírio, que provocou a quebra do *rapport* do paciente e o seu compulsório isolamento que se tornou sistemático no âmbito hospitalar. A ideia delirante pode permanecer silenciosa, ou surgir de forma repentina e isolada. No caso de G., o delírio apresentou uma evolução pobre não envolvendo interpretações e intuições delirantes. Aparentemente, o delírio de G. não tem conteúdos ou temas, mas esta condição não afasta a suposição de que a ideia delirante básica estava presente na sintomatologia do paciente, correspondendo ao fenômeno primário do Delírio. Devido ao grau deficiente de instrução do paciente, o material produtivo aparentemente não foi identificado pelos peritos. No caso de G. não houve expressões complexas de delírio nem de alucinações porque o sistema ideológico não existe neste paciente devido ao seu déficit cognitivo tornando impossível qualquer especulação sobre as vivências psicopatológicas apresentadas pelo paciente. Nenhum com tema foi assinalado pelos peritos na história psiquiátrica deste paciente. Mas o delírio está presente na história biográfica de G, sendo a evolução lenta. O sistema delirante infiltrou-se lentamente com experiências alucinatórias e intuições na vigência de consciência clara. Provavelmente, o paciente, no início da doença, ocultou os sintomas psicopatológicos através de comportamento esquivo, bizarro e pela adoção de postura esquiva e silenciosa na qual evoluíram o delírio e as alucinações. Neste paciente é possível discernir séria distorção do psiquismo com ambivalência, bizarria, conduta incoerente e enigmática na qual os objetivos de vida sempre foram herméticos, sem nenhum projeto viável para a própria existência. Estes sintomas e condutas foram constatados em toda a evolução da doença, configurando a forma genuína de esquizofrenia de Ey. A enfermidade de G. não foi controlada em seu início evoluindo por surtos silenciosos

apesar da terapêutica instituída, prosseguindo até um nível de desagregação acentuada. O “déficit esquizofrênico” é patente neste caso, podendo ser descrito como uma forma fabulatória, com alucinações progressivas cursando silenciosamente. O paciente apresenta sintomas da fase terminal da catatonia como negativismo e hipofemia. As formas de incoerência ideoverbal, as formas paralógicas e incoerências em geral também estão presentes. O que predomina no quadro clínico-sintomatológico do paciente é a fabulação estereotipada em que a atividade alucinatória é, às vezes, substituída por um solilóquio.

CASO 2: Paciente B.J.O.

O paciente B.J.O., 50 anos, alfabetizado, separado, pedreiro, é proveniente de Jaboatão de Guararapes. Em 1998, na associação de moradores do bairro, o denunciado sem motivo algum, iniciou agressão contra a vítima com socos provocando a sua queda e batida da cabeça em uma pedra com perda dos sentidos. O autor da agressão continuou o espancamento até provocar a morte da vítima. Após o homicídio o paciente permaneceu nas imediações do ato criminoso, sendo preso. Por ocasião do depoimento na justiça, o paciente nada respondeu, sugerindo a possibilidade de sofrer de doença mental. Durante o exame psiquiátrico, o paciente não informa os motivos que o fizeram praticar o crime. Com discurso fragmentado, o paciente diz que não sabe o que aconteceu quando matou o homem que não conhecia. Diz que o homem veio lhe matar, mas não sabe o motivo. Afirma que não fez uso de bebida alcoólica antes do crime. Acusa a vítima de ser criminoso homicida e tarado. A certa altura da entrevista diz que passou dois dias preso, por causa de bebida alcoólica. Diz que está preso há 14 anos. Diz que casou no Presídio. Informa ainda que a sua mulher foi sequestrada. Tem cinco filhos. Refere ter sido internado diversas vezes no Hospital Ulisses Pernambucano e Hospital Otávio de Freitas. Ao exame mental, o paciente apresentou aparência descuidada, com barba grande, cabelos em desalinho. Estabelece um *rapport* precário com os examinadores parecendo não estar interessado no exame. Dá respostas curtas e evasivas. Aparenta insegurança. As suas informações são duvidosas e contraditórias. Memórias conservadas. Afetividade com ambivalência e hipotimia.

Orientado no tempo e no espaço. Durante a entrevista, o paciente faz referência a sua atividade de detetive particular a serviço de um empresário de televisão para descobrir os sequestradores de sua filha. Informa ainda que tem carteira assinada como presidente da República. Este relato não foi explorado em profundidade na ocasião do exame mental. O paciente não tem consciência de seu estado mórbido. A referência do paciente quanto a uma diminuição do diâmetro de sua coxa em relação a outra não foi esclarecida durante o exame. Deve-se ressaltar que a avaliação dos psiquiatras concluiu pela periculosidade do paciente, levando em conta o seu comportamento após a prática do crime. O paciente não fugiu, ficando no mesmo local, aparentando indiferença.

Estudo clínico-sintomatológico do caso 2

As informações coletadas por ocasião do exame psiquiátrico-forense são insuficientes para estabelecer um critério diagnóstico que abranja a evolução da doença. A observação clínica no âmbito hospitalar mostra aspectos importantes da evolução deste caso. Na anamnese psiquiátrica, o paciente introduziu algumas informações que indicam conteúdo de significado psicopatológico. Ao falar da sua mulher dizendo ter cinco filhos, diz que “a mulher foi sequestrada e a estão obrigando a vender confeito no portão do Presídio (sic). Informa ainda: “não recebo visita de ninguém” (sic). Aduz ainda: “estudei muito. Trabalhei como detetive para Sílvio Santos, sou pedreiro, tenho carteira assinada de Presidente de República” (sic). Ao relatar o homicídio para os peritos diz “não lembro do que aconteceu. Lembro que matei um cara que não conhecia. O paciente veio para me matar, mas não sei o motivo. Ele era acostumado a matar gente e era tarado” (sic). Ao exame mental, o paciente apresentou consciência sem alterações, orientado no tempo e no espaço. Linguagem: ocorrência de verbalizações preenchendo memória do passado recente sugerindo paramnésias fabulatórias e ilusões mnêmicas através da renomeação de personagens existentes, mas desvinculados temporal e presencialmente da biografia do paciente. Afetividade: ambivalência. Juízo da realidade prejudicado pela convicção patológica de que é detetive e que trabalhou para Sílvio Santos para investigar o sequestro da filha do empresário. Parece

apresentar delírio simples de conteúdo misto: delírio de grandeza e cenestopático. Não tem consciência do seu estado mórbido. Relata que já foi internado diversas vezes em dois hospitais psiquiátricos públicos fazendo uso de butirofenonas e fenotiazínicos. Este caso parece vinculado às formas clínicas monossintomáticas que se relacionam com crimes “imotivados” cometidos pelos esquizofrênicos. Estes impulsos podem provocar comportamentos delituosos como o homicídio “imotivado” já referido e outros como agressões sexuais súbitas, agressões gratuitas, fugas, suicídios, enclausuramento e autocastração. A forma clínica da fase pré-esquizofrênica, não avaliada pelos peritos no nível psiquiátrico-forense, poderia indicar uma das fases descritas como compondo a personalidade pré-mórbida tipo esquizoidia evolutiva ou tipo forma de delírio alucinatório com temas de influência. A forma de instalação da doença parece ter apresentado a forma clínica por surtos agudos progressivos evoluindo para uma síndrome de impenetrabilidade, isolamento e experiência de influência passiva.

CASO 3: Paciente R.P.S.

O paciente R.P.S., 22 anos, é agricultor, analfabeto, solteiro. Transferido para o HCTP em 2006, proveniente de Santa Maria do Cambucá. Em 2006, no sítio onde morava, o paciente usando duas pedras provocou lesões corporais graves em homem adulto e que veio a falecer. De acordo com a história criminal, o paciente ao voltar do trabalho encontrou a vítima caída por conta de embriaguês alcoólica e resolveu manter relações sexuais com ela que reagiu tendo o paciente lhe batido na cabeça com as pedras provocando-lhe a morte, em seguida, tirou-lhe as roupas e jogou no mato. Durante o interrogatório policial, o paciente confessou o crime com detalhes. No exame psiquiátrico, diz que nunca fez tratamento psiquiátrico, nunca tomou remédio controlado. Nega uso de bebidas alcoólicas, fumo ou drogas. O genitor foi assassinado em crime de latrocínio. Ao exame mental, o paciente mostra-se cooperativo, apresentando comportamento organizado e autônomo. Sem alterações da consciência. Orientação temporal parcialmente prejudicada. Orientação auto e alopsíquica conservadas. Senso crítico prejudicado. Redução da vigilância. Humor básico tendendo à apatia com certa puerilidade. Linguagem sem

alterações. Pensamento sem alterações no curso. Refere alucinações auditivas com ordens para matar e outros conteúdos não compreendidos pelo paciente. Há referência a autismo. A perícia atribuiu o diagnóstico F20.6 neste caso.

Estudo clínico-sintomatológico do caso 3

Este caso apresenta dificuldade para estabelecer um diagnóstico que indique causas psiquiátricas que justifiquem o homicídio. A aplicação da grade psicopatológica, no caso, mostrou-se inconsistente haja vista as características coletadas no exame mental pelos peritos. Não consta no exame psiquiátrico realizado nenhuma alteração suficientemente descrita para compor um juízo clínico razoável. O paciente refere não ter feito nenhum tratamento psiquiátrico de qualquer modalidade. Nunca tomou medicamento controlado. Durante o exame mental, mostra-se cooperativo, demonstrando autonomia e razoável organização da conduta. De acordo com o exame mental, o paciente não apresenta alterações no pensamento, nas memórias, na inteligência e linguagem. Hipoprosexia. Orientação prejudicada no tempo e preservada no espaço. Senso crítico prejudicado. Humor básico é descrito pelos examinadores como “tendendo à apatia intercalada com certa puerilidade”. No interrogatório psiquiátrico o paciente nega a autoria do homicídio. Nega ter sido preso antes. A aplicação dos critérios de Kraepelin (tabela 3), de E. Bleuler (tabela 4) e de K. Schneider (tabela 5) não se mostraram suficientes para formar juízo clínico consistente sobre a conduta homicida do paciente. Devem ser avaliados no contexto da perícia psiquiátrica os seguintes aspectos: 1. O paciente não apresenta antecedentes psiquiátricos relevantes nem há informações sobre transtornos psicológicos informados pela família. 2. O paciente não apresenta alterações no nível comportamental valorizado por Kraepelin como diminuição dos impulsos, negativismo, estereotipias e autismo. Não foi possível a aplicação dos critérios clínicos da CID 10 neste caso, porque não há alterações do pensamento; não há delírio de qualquer natureza, ou alterações alucinatórias e sintomas negativos demonstráveis e modificações significativas no comportamento pessoal. O paciente de acordo com os examinadores apresentou a audição de vozes que o mandavam matar, falando coisas que ele, paciente, não entendia e senso crítico

prejudicado. Antes de 2006, época do homicídio não há informações sobre a conduta de isolamento social do paciente. Talvez pela pobreza de sintomas o paciente tenha sido diagnosticado como F20.6. Mas a esquizofrenia simples deve apresentar uma evolução e um grupo de sintomas característicos. A esquizofrenia simples progride lentamente, geralmente partindo de caráter esquizoide para uma alteração pronunciada da afetividade e da sociabilidade evoluindo em 10 a 15 anos provocando a forma de déficit simples. Nos casos observados na prática clínica, a esquizofrenia simples deve apresentar os já citados traços do caráter esquizoide como a introversão, a peculiaridade comportamental, o isolamento, a conduta ou preferência bizarra e as queixas somáticas mal definidas. Os sintomas cursam mascarados pela aparente astenia ou “depressão” e o paciente demonstra quase imperceptivelmente um comportamento paradoxal, desinteresse sexual ou afiliação a doutrinas ou ideologias que parecem justificar o seu isolamento o apragmatismo. A psiquiatria clínica clássica propõe observar nos esquizofrênicos simples a ocorrência sutil de delírios ou alucinações dificilmente identificados que se manifestam no curso do pensamento e na conduta. Há referência a impulsos na esquizofrenia simples que podem resultar em condutas violentas. Os critérios diagnósticos da CID 10 referentes à esquizofrenia simples recomendam a identificação de desenvolvimento insidioso e progressivo de conduta anômala, incapacidade para atender as exigências sociais e declínio no desempenho. Delírios e alucinações não são evidentes e o paciente não revela suas experiências alucinatórias ou delirantes. O que pode ser observado são os sintomas “negativos” que caracterizam a forma da esquizofrenia residual que na forma simples evoluem sem apresentarem nenhum pródromo claramente psicótico. O que deve ser valorizado na esquizofrenia simples é o empobrecimento lento e contínuo que caracteriza um comportamento típico desta forma clínica que é vagabundagem compulsiva, sem objetivo e sem destino. É um diagnóstico difícil de ser firmado porque depende da identificação prévia e acompanhamento da evolução de sintomas negativos típicos da esquizofrenia residual que não apresenta história de alucinações, delírios ou qualquer outra manifestação psicótica anterior.

CASO 4: Paciente J.F.C.N.

O paciente J.F.C.N., 29 anos, é solteiro, agricultor, aluno da 5ª série da Escola do HCTP. Internado no HCTP em 2002 por medida judicial procedente de João Alfredo. Testemunhas informam que o paciente atirou na vítima com uma espingarda tipo soca-soca, após a mesma haver negado a venda de pólvora fiado. Não havia intriga entre o paciente e a vítima. Após o crime, o paciente não fugiu, indo para casa onde foi detido ainda com a arma na mão. Nega uso de bebidas alcoólicas e tabagismo. Sentiu dificuldade durante o aprendizado. Ao exame mental, o paciente não demonstrou resistência, mas não demonstrou também interesse pelo exame, mantendo um *rapport* precário com os examinadores. De acordo com os examinadores, está parcialmente orientado no tempo e no espaço. Orientado auto e alopsiquicamente. Tem as memórias conservadas. Pensamento lentificado. O paciente revela que o “bicho pequeno que comia meu corpo morreu”. “Já não escuto mais vozes”. Admite ser doente dos nervos. O paciente informa que esteve internado em hospital psiquiátrico privado durante dois meses, há mais ou menos dois anos. O primeiro internamento ocorreu no hospital Ulisses Pernambucano onde ficou durante duas semanas. Nesta ocasião ouvia vozes, sentia a cabeça girar. Usou butirofenonas e fenotiazinas. Quando cometeu o homicídio foi encaminhado para o HCTP. “Sentia um bicho me torando a barriga e um computador me arrancando os órgãos”. No hospital psiquiátrico privado recebeu o diagnóstico de F.20.9 (CID 10) e no HCTP recebeu o diagnóstico de F 20.0 (CID 10).

Estudo clínico-sintomatológico do caso 4

Neste caso, o paciente contava com alguns internamentos psiquiátricos antes de cometer o homicídio aparentemente “imotivado”. A aplicação dos critérios diagnósticos de Kraepelin indica a ocorrência de alucinações auditivas. A aplicação dos critérios diagnósticos de Bleuler indica a ocorrência de alteração da vivência subjetiva e alucinações com sintomas acessórios. Os critérios em graus sintomatológicos para esquizofrenia de Kurt Schneider mostram a ocorrência de sintomas de primeira ordem (vivência de influência no corpo) e de segunda ordem

(experiência de passividade na volição e nos impulsos). Não há informações na anamnese sobre as formas clínicas iniciais e as formas clínicas de instalação da doença. O paciente recebeu dois diagnósticos diferentes, um no hospital psiquiátrico privado, de F20.9 (CID 10), e o outro, em hospital psiquiátrico público, de F20.0 (CID 10). Os peritos assinalam a impressão de que o paciente apresenta possuir inteligência abaixo do normal. Concluem que o crime não teve motivação significativa, uma vez que o paciente estava sem acompanhamento ambulatorial. A pesquisadora valorizou a impressão dos examinadores e não conseguiu identificar os sintomas ou comportamento que poderiam caracterizar a Pffropfschizophrenie. Não há referência a déficits cognitivos na infância do paciente nem a crises de feição catatônica ou hebefrênica. No entanto, há referência a queixas relacionadas ao corpo e aos impulsos.

CASO 5: Paciente J.C.S.S.

O paciente J.C.S.S. é solteiro, aposentado, analfabeto, 30 anos. O paciente, em 2005, acompanhado de outros, assaltou um homem sob ameaça de arma de fogo, tomando-lhe uma bicicleta e, em seguida, atirou na vítima causando-lhe a morte. Testemunhas informaram que o paciente e seus acompanhantes são pessoas perigosas, praticantes de diversos delitos e que telefonaram para as pessoas da localidade ameaçando-as para que silenciassem a respeito do crime. O paciente tem diversos internamentos em Serviços psiquiátricos: em 1998, internado em hospital psiquiátrico privado, recebeu o diagnóstico de F 31.1 (CID 10); em 1999, no segundo internamento, em hospital psiquiátrico privado, recebeu o diagnóstico de F 30 (CID 10); em 1999, no terceiro internamento, desta vez em hospital psiquiátrico público, recebeu os diagnósticos de F79.1 + F23.2 (CID 10). Em 2005, ainda em hospital público, é considerado pelo médico assistente como psicótico grave com poucas respostas ao tratamento. Recebe os diagnósticos de F20 + F10 (CID). Aposentado por invalidez. Durante o exame psiquiátrico realizado no HCTP, o paciente revela que “estava em crise, sem dormir e botei na cabeça que havia sido eu que matou um homem. Deram pressão em mim. Estava bebendo em um bar e o amigo dele pediu a bicicleta emprestada. Demorou a me devolver. O outro disse que

eu havia dado três tiros nele. No outro dia, meu primo viu que não havia resíduo de pólvora nas minhas mãos. Com 5 meses fui preso. Usei bebidas no dia do crime. Não estava bêbado. Quem estava armado era ele. Vejo vultos e umas coisas diferentes”. A irmã do paciente informa aos peritos do HCTP que o mesmo era uma pessoa normal e que aos vinte anos adoeceu tendo sido internado diversas vezes. Nas crises, ficava agitado, agressivo, dizendo ouvir vozes, desconhecendo as pessoas e se dizendo perseguido. Nestas ocasiões, passava a usar bebidas alcoólicas. Ao exame mental, o paciente estabelece bom *rapport* com os examinadores. Veste-se de forma adequada, está higienizado. Orientado. Memórias conservadas. Psicomotricidade normal. Rindo, informa ouvir vozes. Ausência de atividade delirante. Tem vocabulário pobre (os peritos não aprofundaram os sintomas relacionados à audição de vozes nem às vivências de influência corporal). O exame mental realizado em 2007 não indica alterações psicopatológicas, sendo confirmado o diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide com sintomatologia compensada.

Estudo clínico-sintomatológico do caso 5

O psiquiatra, que o atendeu no hospital público, informa que o mesmo foi tratado com antipsicóticos durante oito anos com pouca resposta ao tratamento com o diagnóstico de F20 e F10 da CID 10. O paciente informa aos peritos que: “estava em crise, sem dormir e botei na cabeça que havia sido eu que matou um cara. Deram pressão em mim. Estava bebendo num bar e o amigo dele pediu a bicicleta emprestada. Demorou a me devolver. O outro disse que eu havia dado três tiros nele. No outro dia meu primo viu que não tinha resíduo de pólvora na minha mão. Fui preso. Estava morando em Itamaracá. Usei só bebidas no dia do crime. Não estava bêbado. Quem estava armado era ele. Vejo vultos e umas casas” (sic). O paciente refere ainda que usa bebidas alcoólicas, fuma, inclusive maconha. Foi aposentado por invalidez. Ao exame mental apresentou-se adequadamente, com boa higienização. Orientado. Lúcido. Coerente. Um tanto prolixo. Refere ouvir vozes chamando seu nome. Dá-se bem com todos, mas às vezes cisma com as pessoas, Ausência de atividade delirante. Recebeu diversos diagnósticos F25, F31, F79, F20

mais F10, mas os peritos lhe atribuíram o diagnóstico de F20, relacionando o crime com um momento de crise, em que o paciente não estava tomando medicamentos e usando bebida alcoólica. O estudo clínico-sintomatológico mostra que este caso não apresenta os sintomas diagnósticos de Kraepelin (tabela 3). Os sintomas de Bleuler (tabela 4), em seu nível fundamental, não foram observados a não ser no nível exclusivamente acessório como modificações da personalidade e presença efetiva de alucinações e delírios. Os graus sintomatológicos de Kurt Schneider para o diagnóstico de esquizofrenia do modo como são propostos não são adequados. O paciente não apresenta rigorosamente a maioria dos sintomas de primeira ordem de Schneider. Talvez haja exceção para as alucinações auditivas em forma de diálogo. Dos sintomas de segunda ordem, só a disposição maníaca (tabela 5) deve ser valorizada neste caso. A forma clínica inicial (tabela 6) parece ter sido cíclica que evoluiu para a forma monossintomática com sintoma de humor hipertímico predominante. Neste caso, a fase pré-esquizofrenia ou pré-hipertímica do transtorno bipolar não pode ser identificada, a não ser que se possa demonstrar a invasão progressiva do distúrbio delirante em paciente bipolar hipertímico. A forma clínica inicial de instalação da doença provavelmente foi do tipo excitação maníaca mesclada com crises delirantes que evoluiu através de surtos agudos progressivos (tabela 6), considerando o diagnóstico inicial atribuído ao paciente por ocasião da primeira crise. O período de estado apresenta uma estabilidade sintomatológica que inclui ambivalência, impenetrabilidade e distúrbio psicomotor com repercussão nos impulsos. O caráter desfavorável do padrão cognitivo do paciente foi observado posteriormente ao diagnóstico inicial de transtorno bipolar hipertímico.

CASO 6: Paciente V.R.

O paciente V.R., 46 anos, é solteiro, trabalhador braçal, alfabetizado. O paciente foi encaminhado, em 1991, para cumprimento de medida de segurança de um ano, conforme sentença do júri da comarca de Jurema. O paciente, em 1988, sem nenhum motivo aparente esfaqueou uma pessoa. Apresentou transtornos psicológicos quando morava em São Paulo; foi medicado, não melhorou, tendo voltado ao Recife internando-se três vezes em hospital psiquiátrico privado. Recusou

tomar medicamentos, passando a ouvir vozes que o insultavam e pensou que era de um vizinho, agredindo-o com uma faca. O paciente refere que neste período estava delirando porque deu uma furada num rapaz sem motivo aparente. O laudo psiquiátrico em 1992, continha diagnóstico de “esquizofrenia tipo paranoide” e que o paciente havia praticado o delito no decurso de surto psicótico. Em 1993, a medida de segurança foi convertida em liberdade vigiada, tendo o paciente sido transferido para hospital de crônicos. No hospital para crônicos, o paciente permaneceu em tratamento, mas em 1997, por falta de medicamentos, o paciente voltou a apresentar transtornos psiquiátricos, e imaginando que um outro paciente o estava perseguindo e insultando, matou-o em dezembro deste ano. No início de 1998, foi reconduzido ao HCTP. Cinco meses depois, o paciente voltou a apresentar alterações sensoperceptivas, dificuldade em conciliar as ideias, alterações do curso de pensamento e presença de ideias paranoides, de acordo com o exame psiquiátrico-forense. Ao exame mental, o paciente trajava regularmente, com boa higiene corporal. Colaborou na entrevista, relatando os crimes e exercendo crítica dos seus atos, ressaltando que os praticou porque estava delirando. Tem consciência de sua enfermidade e da necessidade de usar a medicação. Pensamento sem alteração em relação ao curso e conteúdo. Não apresenta sintomas produtivos por ocasião da entrevista. Memórias conservadas, com lacunas mnêmicas relativas aos períodos de crise. Discreto esvaziamento afetivo, com certo grau de abulia.

Estudo clínico-sintomatológico do caso 6

O paciente apresenta sintomatologia que mostra a evolução de esquizofrenia tipo paranoide de forma polimórfica, insidiosa e progressiva. A forma de instalação da doença ocorreu sob a forma de surtos agudos progressivos apresentando uma síndrome delirante, com predominância de alucinações auditivas e delírio persecutório. É provável que outros sintomas tenham ocorrido durante a evolução da doença e que confirmam o diagnóstico de esquizofrenia paranoide com evolução contínua e com remissão incompleta.

CASO 7: Paciente F.J.F.

O paciente F.J.F., 31 anos, solteiro, sem profissão, alfabetizado. Em agosto de 2004, o paciente usando uma garrafa de vidro, e reagindo a uma brincadeira iniciou a agressão usando uma garrafa de vidro para desferir um golpe na cabeça da vítima, sendo auxiliado na ação criminosa por dois amigos que também bateram na cabeça da vítima com instrumento contundente provocando-lhe a morte. Nos antecedentes pessoais e sociais, o paciente informa que toma remédios desde criança porque ficava nervoso e agitado. Demorou a ler e a escrever, estudando até a 5ª série. Diz que não tem doença, toma remédios só quando está nervoso (sic). Toma cerveja, usou drogas como maconha, porém não usa mais (sic). Diz que é solteiro e amigado (sic) três vezes, tem um filho que mora com a mãe. Em São Paulo foi preso por assalto, pegando dois anos e dez meses. Trabalhou como letreiro em São Paulo. Foi internado em diversos hospitais em São Paulo por problemas de nervos. As crises eram na mente: “perturbação... pensamentos bestas, as pessoas iam fazer alguma coisa comigo... ficava no meu canto quieto... tinha medo... às vezes ficava sem dormir, agoniado”. Diz: “não tenho doença, só tomo remédios, às vezes, quando estou perturbado” (sic). Ao exame mental, o paciente atende quando solicitado, sabe o motivo do exame. Diz que fará o laudo. Está desacompanhado, ansioso, parcialmente vestido. Nega estar doente. Toma os remédios porque “às vezes tem perturbação na cabeça... mas passa... era umas coisas que eu pensava” (sic). Nega a autoria do homicídio. Diz: “eu estava lá e me pegaram” (sic). Eu segurei ele, não matei (sic). Não tenho doença (sic). Há registro pelos examinadores de prejuízo do senso crítico e da volição, persecutoriedade, déficit cognitivo e desagregação do pensamento. Em entrevistas psiquiátricas subsequentes o paciente relata: “fui preso, 121, homicídio. Foi confusão num comício. Pra falar a verdade quem matou foi meu primo, eu tava mais eu fui preso inocente... Tava mais ele. Ele era ruim, todo mundo não gostava dele. Fui preso porque estava com ele. Ele matou com uma faca, não fui eu não. Todo mundo sabe disso. O Juiz sabe. Ele ta preso lá. O Juiz me mandou para cá porque eu tomo remédio controlado. Não tenho doença, já tomo remédios. Eu já dei um chute nele, tava num comício, estava bebendo, tomei uma cerveja, quando ele veio; tava discutindo, ele brigava com nós, meu primo deu umas porradas nele (sic). Ele matou

com uma faca, eu não podia fazer nada que ele matava eu... Ele deu uma facada no pescoço, nas costas e no braço; a faca tava enferrujada” (sic).

Estudo clínico-sintomatológico do caso 7

O paciente apresenta sintomas que sugerem a ocorrência de comportamento antissocial associado ao uso de drogas como maconha e a bebida alcoólica. Nega ser portador de doença mental, admitindo apenas ser “nervoso” quando então usa remédios.

5.2 PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS PARRICIDAS

Neste item serão estudados os pacientes esquizofrênicos autores de parricídio que estão internados no HCTP cumprindo medida de segurança.

CASO 1: Paciente J.M.O.

O paciente J.M.O., 37 anos, solteiro, eletricista, alfabetizado. O paciente tem várias entradas no HCTP, sendo a primeira em 1998 para exame psiquiátrico. Evadiu-se sendo recapturado em 1999, e submetido a exames recebeu o diagnóstico de encefalopatia pós-traumática com quadro psicótico desencadeado pelo uso de substâncias psicoativas. Espancou fortemente a sua mãe adotiva e a sua avó. Usuário de maconha com conduta agressiva. Após uso de maconha o paciente agrediu a mãe adotiva e a avó. Ao exame mental apresenta-se cooperativo, com tendência à hipocinesia, com redução na capacidade de organizar o comportamento. Pensamento fluente com frequência de alucinações auditivas. Há registro de fantasias delirantes de grandeza para fatos recentes e remotos. Humor básico com tendência à elevação do humor, com características patológicas. Senso crítico prejudicado.

Estudo clínico-sintomatológico do caso 1

Este caso pode significar apenas a expressão clínico-comportamental de psicose mista. Não estaria incluído nosologicamente no grupo das esquizofrenias. Trata-se de psicoses agudas pós-traumáticas análogas às síndromes psicóticas de transição de H. Wieck, que surgem no intervalo entre o traumatismo craneoencefálico e a recuperação clínica definitiva. Estas formas ocorrem na ausência de alterações da consciência. Neste caso, não é a síndrome tipo reação exógena de Bonhoeffer. Os sintomas da esquizofrenia não significam que alguma forma da doença tenha sido desencadeada pelo traumatismo craneoencefálico. Podem confirmar a existência de psicoses de base somática que podem ser “ativadas” pela noxa ou conjunto de noxas exógenas que atingem o cérebro sem confirmar a existência de localização cerebral da esquizofrenia ou de uma predisposição especial ou idiopática para esta doença. A ocorrência de sintomas de esquizofrenia apresentados pelo paciente indica que o quadro clínico-sintomatológico não é compatível com as síndromes de base somática que são basicamente reversíveis. Os sintomas descritos como alucinações auditivas com alterações do humor sugerem a ocorrência de esquizofrenia. Os peritos concluem pela forma de esquizofrenia paranoide, cronicada o que torna o paciente inimputável. A aplicação de critérios específicos clínico-sintomatológicos pode indicar algumas variações diagnósticas relevantes neste caso. A noção de prognóstico nos casos de esquizofrenia paranoide deve estar presente nos casos de avaliação psiquiátrico-forense. No caso deste paciente, o período de estado pode ser caracterizado como indicativo de esquizofrenia e os sintomas podem ter sido interpretados como alterações inespecíficas da fase negativa da doença.

CASO 2: Paciente A.G.O.F.

O paciente A.G.O.F., 38 anos, é solteiro, servente, alfabetizado. Em 2002, no interior de sua residência, o paciente desferiu diversos golpes com um tijolo no crânio da própria genitora, com exposição da massa encefálica, provocando a morte da mesma. Após ser imobilizado por populares foi preso em flagrante. De acordo

com as testemunhas, o paciente é usuário de drogas e é dado a perversões sexuais. Disse à polícia que, no dia em que matou a própria mãe, havia ingerido bebida alcoólica pensando que era outra pessoa. Há notícias de uso de maconha e espancamento e estupro das próprias irmãs. Dado a práticas sexuais com galinhas e cadelas. O prontuário médico do hospital psiquiátrico privado em que foi internado informa que a doença do paciente evolui há cinco anos. O paciente sempre fez uso abusivo de cola, bebidas alcoólicas e maconha. Depois de algum tempo usando drogas passou a falar sozinho, sem nexos, andando pelas ruas, correndo atrás das pessoas. Tentou manter relações sexuais com uma cadela. Conduzido ao hospital por policiais. No hospital onde esteve internado recebeu o diagnóstico de F19 e F20.1 da CID 10. Ao exame mental, o paciente mostra contato superficial, sem demonstrar interesse pelo exame. Diz que matou a genitora pensando ser outra pessoa. Diz que está ficando bem da mente. De acordo com o prontuário tem a afetividade comprometida. Parcialmente orientado no tempo por hipoprosexia. Memórias conservadas. Psicomotricidade diminuída. Apresenta tremores. Tem a aparência descuidada. Ausência de atividade delirante e distúrbios sensoperceptivos. Os peritos elaboraram as seguintes considerações psiquiátrico-forenses: os sintomas psicopatológicos manifestados pelo paciente preenchem os critérios da CID 10 para F20. Na época em que assassinou a própria genitora, o fez em função de quadro psicótico agudo, suficiente para comprometer totalmente sua capacidade de entendimento e autodeterminação.

Estudo clínico-sintomatológico do caso 2

Os peritos não detectaram sinais de distúrbios sensoperceptivos nem de atividade delirante no momento do exame psiquiátrico. A história clínica do paciente mostra a ocorrência de surtos psicóticos que foram valorizados pelos peritos na elaboração do diagnóstico. O exame psiquiátrico realizado durante as avaliações de rotina não confirmaram o diagnóstico psiquiátrico-forense que enfatizou a existência de agudização do quadro clínico como fator determinante do crime de parricídio. A investigação do comportamento do paciente indica a importância clínica do caráter impulsivo que motivou o crime para o diagnóstico de esquizofrenia.

CASO 3: Paciente A.P.M.

O paciente A.P.M, 50 anos, com estado civil, profissão e instrução sem informação. De acordo com informações da história criminal, a polícia foi informada por terceiros que estava ocorrendo uma agressão física. Os policiais, ao chegarem ao local, encontraram o paciente amarrando a sua própria genitora, anciã de 86 anos, que fora ferida com diversos golpes de cassetete, sendo conduzida ao hospital. Os policiais foram informados, ainda no local do crime que o autor sofria de problemas mentais. O paciente durante a entrevista psiquiátrica informa que “matei minha mãe, vim para cá, aqui é a ilha de Itamaracá. Matei de pauladas com cacetada, paulada. Matei na sala de jantar... acho que ela tava solta... eu via ela num canto aí veio umas coisas falando, falando aqui... para eu matar meu irmão, aí não encontrei, matei ela, depois fugi, dei umas pauladas nas costas e na cara, ela não gritou, morreu calada”. Ao exame mental, o paciente apresenta as vestes mal conservadas com precária higiene corporal. Atende pelo nome. Tem uma atitude de alheamento, mostrando-se indiferente quanto ao motivo do atendimento. Diz que veio porque disseram que era para fazer laudo. Não é capaz de estabelecer relação no tempo e no espaço. Não tem noção de doença. Diz que: “eu matei minha mãe ela tava lá num canto... aí veio uns pensamentos, falando, falando... (sic). Revela déficit cognitivo com perturbações do afeto. Juízo crítico prejudicado. Não tem iniciativa própria. Discurso desorganizado. Capacidade de julgamento prejudicado. Os peritos reconheceram o nexos de causalidade entre o transtorno mental, do tipo F20.0.4, esquizofrenia paranoide com remissão incompleta, e o crime de parricídio.

Estudo clínico-sintomatológico do caso 3

Na história criminal e na anamnese psiquiátrica não há informações sobre o início da doença. A sintomatologia apresentada pelo paciente justifica o diagnóstico de esquizofrenia e o nexos de causalidade entre o transtorno mental e o crime de parricídio. Provavelmente a doença era preexistente ao delito criminal, já que a esquizofrenia com início após os quarenta e cinco anos é rara.

CASO 4: Paciente M.S.S.J.

O paciente M.S.S.J., 27 anos, é solteiro, agricultor, analfabeto. O paciente, de acordo com a história criminal, em 2006, utilizando-se de instrumento perfuro-cortante produziu em seu genitor diversos golpes produzindo-lhe a morte. A família informa que o paciente é tido como pessoa de má índole, tendo agredido a mãe e as irmãs. Agrediu também uma pessoa em São Paulo, onde morava, motivo pelo qual voltou para o Recife. Na entrevista psiquiátrica, o paciente informa que foi preso “porque me salvei, foi legítima defesa, sem intenção. Meu pai tinha combinado me matar. Como fez com minha mãe, que foi um acidente de carro, mas nem pegaram a placa. Quando minha mãe morreu, fiquei trancado num quarto muito tempo. Ele (o pai) também tava mexendo com um menino de 11 anos. Eu tentava arrumar serviço, ele (o pai) não deixava. Ia lá e atrapalhava”. Diz que o pai queria lhe matar com um revólver e que a casa estava rodeada de santa, pra ajudar seu pai... Diz que o pai é espancador de criança, espancador de mulher, gigolô e tarado”. Ao exame mental, o paciente apresenta curso de pensamento fluente, com atividade delirante de fundo persecutório e audições somestésicas. Humor delirante. Sem autonomia pessoal com razoável preservação da conduta.

Estudo clínico-sintomatológico do caso 4

O paciente apresenta caso típico de esquizofrenia paranoide com alterações psicopatológicas no pensamento, no juízo e na afetividade. A temática delirante apresenta características de fundo sexual, de perseguição e de influência passiva. O delírio sistematizado apresenta convicção patológica atuando sobre a conduta e afetos. O conteúdo delirante é persecutório, autorreferente e querelante, discernindo pessoas como inimigas a serem eliminadas. O comportamento impulsivo pode ser explicado pela atuação do delírio, da convicção delirante que provocou a conduta homicida.

CASO 5: Paciente V.R.N.

O paciente V.R.N., 42 anos, é solteiro, sem profissão definida, instrução sem informações. O paciente, de acordo com a história criminal, em 2005, em sua casa, de madrugada, munido de instrumento perfuro-cortante, efetuou vários golpes no próprio genitor e em sua genitora que tentou defender o marido da agressão do filho, matando o pai e ferindo gravemente a mãe. O paciente, segundo informações constantes da peça de acusação, encontrava-se no interior do banheiro de sua residência tentando suicidar-se quando foi impedido pelas vítimas. Após impedir o paciente de por fim à própria vida, as vítimas resolveram dormir, tendo o mesmo permanecido, acordado ocasião em que se dirigiu até a cozinha onde então apanhou uma faca peixeira e passou a andar pela casa, quando se deparou com o genitor e sem qualquer discussão o esfaqueou. A genitora do paciente, ao ouvir o barulho, dirigiu-se ao recinto para impedir a agressão do filho sendo também esfaqueada e, em seguida, saiu correndo, sendo auxiliada por uma vizinha. O paciente retornou ao próprio quarto sendo preso por policiais. Em seus antecedentes sociais tem diversos casos de alcoolismo na família. Nega antecedentes de comicialidade, suicídio ou uso de substâncias químicas. Tem irmão doente mental. Ao exame mental o paciente comparece higienizado, calmo, cooperativo, com nível de consciência claro, com afetividade bastante comprometida. Sem alteração do pensamento. Há relato de atividade delirante-alucinatória e alucinações visuais. O paciente diz que estava sem tomar os remédios, ficou doido e matou o pai e golpeou severamente a genitora. Acrescenta que as pessoas de casa (os pais) eram agressivos consigo. Esteve internado sete vezes em hospital psiquiátrico em São Paulo.

Estudo clínico-sintomatológico do caso 5.

O diagnóstico de esquizofrenia paranoide foi realizado baseado no relato do paciente e no conteúdo do exame mental. Os peritos não detalham a atividade delirante-alucinatória apresentada pelo paciente durante o exame mental. A fase inicial da doença é inespecífica com invasão progressiva do delírio com crises

delirantes e alucinatórias agudas e estados confusos com predomínio de conduta impulsiva. O comportamento bizarro, a impenetrabilidade e o relativo isolamento podem justificar a conduta autodestrutiva do paciente com tentativa de suicídio.

CASO 6: Paciente L.B.

O paciente L.B., 25 anos, é solteiro, profissão indefinida, analfabeto. De acordo com a história criminal o paciente, em 2005, matou seu genitor de 76 anos usando um instrumento contundente (cano de ferro). A prática do homicídio ocorreu porque o paciente se sentia desafiado pelo genitor, que sempre o expulsava de casa, já que não podia trabalhar. Após golpear a cabeça do próprio pai pelas costas, o paciente foi amarrado pelos vizinhos que o entregaram à polícia. É considerado pelos vizinhos e familiares como muito estranho, sem falar nada, vivendo pelos cantos. Ao exame mental, o paciente encontra-se sob efeito de neurolépticos, bastante lentificado. Tem a aparência descuidada, roupas sujas. Passa o dia sem atividade e isolado, sem se comunicar com as pessoas. Dá respostas monossilábicas e evasivas. Escutava e escuta vozes de homem. Afetividade comprometida. Desorientado no tempo. Não sabe se o HCTP é um hospital. Não ficou evidenciada atividade delirante. O paciente diz: “é a primeira vez que sou preso. Cometi um homicídio. Matei meu pai por causa de três banhos de fumo de bolsa na água. De repente peguei um cano de ferro e bati três vezes. Eu não tinha raiva dele. Foi tudo de uma hora para outra. Estou muito arrependido. Acho que foi raiva de momento”.

Estudo clínico-sintomatológico do caso 6.

O paciente apresenta comportamento estranho, anômalo, não estabelecendo relações de convivência com seus familiares. Apresenta desorientação alopsíquica com mutismo, com alterações da afetividade descrita pelos peritos como frieza emocional e ambivalência e incontinência afetiva. As alucinações auditivas provavelmente determinaram o comportamento do paciente

em relação ao genitor, de acordo com os conteúdos hostis manifestados nos conteúdos patológicos do pensamento. No caso, o paciente apresentou alucinações persistentes acompanhadas de delírios com ideias supervalorizadas com manifesto conteúdo patológico.

6 RESULTADOS

De acordo com os prontuários examinados e de acordo com as evoluções clínicas realizadas durante a atividade de assistência clínico-psiquiátrica no HCTP, foi possível identificar sintomas específicos que podem sugerir a ocorrência de fatores preditivos de comportamento homicida em esquizofrênicos. As tabelas indicam a ocorrência de casos clínicos e a sua sintomatologia correspondente, com a história criminal dos pacientes internados no HCTP. A grade psicopatológica foi elaborada para ser usada como referência para avaliação das alterações da orientação, alterações da linguagem, alterações da afetividade, alterações da memória e alterações do pensamento. Os sintomas que deram origem à grade psicopatológica foram coletados nos prontuários e nos exames de avaliação clínica realizados pela pesquisadora na assistência clínica (tabela 2). A grade sintomatológica (tabela 2) foi elaborada mediante a análise das descrições clínicas existentes nos prontuários e na avaliação clínico-assistencial executada pela pesquisadora enquanto psiquiatra assistente.

TABELA 2 – GRADE PSICOPATOLÓGICA

continua

	JMO (P)	ACO (P)	APM (P)	MSSJ (P)	VRN (P)	LB (P)
ALTERAÇÕES DA CONSCIÊNCIA						
Obnubilação						
Diminuição do nível de consciência						
Perda temporária da consciência						
Estreitamento transitório do campo da consciência						
Transe com atividade motora automática						
ALTERAÇÕES DA ORIENTAÇÃO						
Desorientação auto e alopsíquica				+		+
Desorientação temporal e espacial						
ALTERAÇÕES DA LINGUAGEM						
Logorréia						
Mutismo						
Neologismos						
Ecolalia						
Perseveração						
Verbigeração						
ALTERAÇÕES DA AFETIVIDADE						
Distímias	+	+	+	+	+	+
Disforia						
Hipertímia						
Hipotímia						
Incontinência afetiva		+	+	+		
Paratímia						
Paramímia						
Ambivalência		+	+	+	+	+
ALTERAÇÕES DA MEMÓRIA						
Hipermnésia						
Hipomnésia		+				
Amnésia						
Psicogênica						
Orgânica						
Anterógrada						
Retrógrada						
Paramnésias: ilusões mnêmicas	+					
Fabulações	+		+			
Criptomnésias						
Ecmnésias						
ALTERAÇÕES DO PENSAMENTO						
Curso						
Aceleração	+		+	+		

	JMO (P)	ACO (P)	APM (P)	MSSJ (P)	VRN (P)	LB (P)
Lentificação		+			+	+
Interceptação						
Bloqueio						
Furto do pensamento						
Estrutura						
Fuga de idéias	+		+	+		
Desagregação	+	+	+			
Descarrilhamento						
Dissociação						
Afrouxamento					+	
Conteúdo ou temática						
Hipocondria						
Poder	+					
Perseguição	+	+	+	+		+
Religioso						
Sexuais				+		+
Depreciativo					+	+
Culpa				+	+	
Juízo da realidade: delírio						
Convicção patológica	+			+		
Extensividade						
Conduta						
Afetos		+		+		
Desorganização lógica				+	+	
Estranheza				+		
Incompreensibilidade				+	+	
Formas do delírio						
Simplex	+	+	+		+	+
Complexo				+		
Sistematizado						
Não sistematizado						
Conteúdos						
Persecutórios	+	+				+
Auto-referência			+	+		
Querelância						
Invenção						
Messiânico ou reformista						
Místico						
Celotípico				+		
Erótico				+		+
Nilista					+	
Auto-acusação						
Grandeza						

	JMO (P)	ACO (P)	APM (P)	MSSJ (P)	VRN (P)	LB (P)
Influência						
Cenestopático				+		
Fantástico						
Infestação						
Idéias delirantes		+	+	+		+

	conclusão						
	GFS (H)	BJO (H)	RPS (H)	JFCN (H)	JCSS (H)	VR (H)	FJF (H)
ALTERAÇÕES DA CONSCIÊNCIA							
Obnubilação							
Diminuição do nível de consciência							
Perda temporária da consciência							
Estreitamento transitório do campo da consciência							
Transe com atividade motora automática							
ALTERAÇÕES DA ORIENTAÇÃO							
Desorientação auto e alopsíquica	+						
Desorientação temporal e espacial							
ALTERAÇÕES DA LINGUAGEM							
Logorréia							
Mutismo	+						
Neologismos							
Ecolalia							
Perseveração							
Verbigerção							
ALTERAÇÕES DA AFETIVIDADE							
Distímias			+				
Disforia							
Hipertímia							+
Hipotímia	+						
Incontinência afetiva							
Paratímia							
Paramímia							
Ambivalência		+		+			+
ALTERAÇÕES DA MEMÓRIA							
Hipermnésia							
Hipomnésia	+					+	
Amnésia							
Psicogênica							
Orgânica							
Anterógrada							

	GFS (H)	BJO (H)	RPS (H)	JFCN (H)	JCSS (H)	VR (H)	FJF (H)
Retrógrada							
Paramnésias: ilusões mnêmicas							
Fabulações							
Criptomnésias							
Ecmnésias							
ALTERAÇÕES DO PENSAMENTO							
Curso							
Aceleração				+	+		+
Lentificação	+	+	+			+	
Interceptação							
Bloqueio							
Furto do pensamento							
Estrutura							
Fuga de idéias							
Desagregação	+	+		+			+
Descarrilhamento							
Dissociação							
Afrouxamento	+						
Conteúdo ou temática							
Hipocondria							
Poder							
Perseguição				+			+
Religioso							
Sexuais							
Depreciativo							
Culpa							
Juízo da realidade: delírio							
Convicção patológica							
Extensividade							
Conduta							
Afetos							
Desorganização lógica							
Estranheza							
Incompreensibilidade							
Formas do delírio							
Simples	+	+	+	+	+	+	
Complexo							
Sistematizado							
Não sistematizado							
Conteúdos							
Persecutórios	+						
Auto-referência							+
Querelância							

	GFS (H)	BJO (H)	RPS (H)	JFCN (H)	JCSS (H)	VR (H)	FJF (H)
Invenção							
Messiânico ou reformista							
Místico							
Celotípico							
Erótico							
Nilista							
Auto-acusação							
Grandeza							
Influência							
Cenestopático				+			
Fantástico							
Infestação							
Idéias delirantes		+	+		+	+	+

A nosologia encontrada indicou a ocorrência de esquizofrenia, com transtornos psicóticos agudos e crônicos, delirantes e persistentes sem remissão completa. A nosologia psiquiátrica relacionada aos crimes de morte esteve sempre vinculada à ocorrência de esquizofrenia com quadro delirante não sistematizado, de autorreferência e com comportamento impulsivo bem definido. Os pacientes envolvidos, do sexo masculino, estão entre os 20 e 50 anos todos portadores de esquizofrenia com formas clínicas de início precoce e polimórficas sem instrução formal, analfabetos em sua maioria e de baixo nível socioeconômico.

O material de análise clínica foi retirado da anamnese psiquiátrica com ênfase no conteúdo nosológico e a anamnese psiquiátrico-forense foi obtida através da análise da conduta criminosa, do tipo de homicídio e do tipo de execução do crime existentes na história criminal (Tabela 3).

TABELA 3 – HISTÓRIA CRIMINAL DE ESQUIZOFRÊNICOS HOMICIDAS E CORRELAÇÃO SINTOMATOLÓGICA

	HISTÓRIA CRIMINAL (HOMICIDAS)	SINTOMAS (HOMICIDAS)
GFS (H)	Assassinou um paciente psiquiátrico em hospital para crônicos	Desorientação têmporo-espacial. Mutismo. Apatia. Indiferença. Memória prejudicada para fatos recentes e antigos. Discurso pobre. Precário desempenho social.
BJO (H)	Espancamento com socos até que a vítima caindo, bateu com a cabeça numa pedra, ficando inconsciente. O paciente então espancou a vítima da agressão até a morte.	Orientado no tempo e no espaço. Memórias conservadas. Delírio de temática de poder. Retraimento psicológico. Perda de interesse. Inatividade.
RPS (H)	Após tentar relações sexuais com um colega de trabalho e vizinho que se encontrava dormindo e diante da recusa deste, bateu-lhe na cabeça com uma pedra, deixando-o desacordado. A vítima faleceu logo após.	Orientado. Hipoprosexia. Apatia. Senso crítico prejudicado. Discurso pobre. Alucinações.
JFCN (H)	Ao propor comprar pólvora fiado a um comerciante e diante da recusa, o paciente atirou no mesmo com uma espingarda, provocando-lhe a morte.	Alucinações auditivas. Delírios de influência ou controle sobre o próprio corpo. Percepção delirante. Orientação.
JCSS (H)	O paciente, acompanhado de dois comparsas, e sob ameaça de arma de fogo, roubou uma bicicleta de um transeunte, e em seguida efetuou vários disparos provocando-lhe a morte.	Orientado. Alucinações auditivas referidas. Prolixidade.
VR (H)	Assassinou um paciente em hospital de crônicos, porque o mesmo o estava insultando	Orientado. Alucinações auditivas. Hipomnésia vinculada ao crime. Delírio persecutório.
FJF (H)	Usando uma garrafa de vidro e reagindo à brincadeira de amigo, matou-o com um golpe na cabeça.	Orientado. Senso crítico prejudicado. Ideias de perseguição e autorreferência. Déficit cognitivo leve. Pensamento desagregado.

A aplicação dos critérios diagnósticos de Kraepelin (tabela 4) foi útil apenas na parte teórica da clínica, mas mostrou-se inviável na prática clínica de avaliação dos sintomas descritos quando observados nos pacientes participantes desta pesquisa, com exceção apenas para o sintoma de embotamento afetivo cuja expressão comportamental facilitou a avaliação clínica, independente da cognição do paciente.

TABELA 4 – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA ESQUIZOFRENIA DE EMIL KRAEPELIN

continua

	JMO (P)	ACO (P)	APM (P)	VRN (P)	LB (P)	MSSJ (P)
SINTOMAS						
Alucinações auditivas	+	+	+	+	+	+
Pensamentos audíveis					+	+
Influência externa no pensamento	+		+	+		+
Associações anômalas do pensamento	+	+	+			
Embotamento afetivo		+	+		+	
COMPORTAMENTO						
Impulso diminuído			+	+		+
Autismo						
Obediência automática						
Ecolalia						
Ecopraxia						
Excitação catatônica						
Estereotipias						
Negativismo						
Expressão verbal anormal	+					

conclusão

	GFS (H)	BJO (H)	RPS (H)	JFC N (H)	JCSS (H)	VR (H)	FJF (H)
SINTOMAS							
Alucinações auditivas					+	+	+
Pensamentos audíveis				+			
Influência externa no pensamento		+		+			+
Associações anômalas do pensamento						+	+
Embotamento afetivo	+	+	+?	+?			
COMPORTAMENTO							
Impulso diminuído	+		+				
Autismo	+						
Obediência automática							
Ecolalia							
Ecopraxia							
Excitação catatônica							
Estereotipias							
Negativismo		+					
Expressão verbal anormal	+?				+		

NOTA: Sinais utilizados: + Sintoma definido +? Sintoma não definido

A aplicação dos critérios diagnósticos de Bleuler foi possível em sua expressão de evidência comportamental e não na expressão exclusivamente noética, como as alterações da vivência subjetiva e o autismo (Tabela 5).

TABELA 5 – CRITÉRIOS SINTOMATOLÓGICOS PARA DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA DE ACORDO COM E. BLEULER

continua

	JMO (P)	ACO (P)	APM (P)	VRN (P)	LB (P)	MSSJ (P)
ALTERAÇÕES FUNDAMENTAIS						
Transtornos da forma do pensamento	+		+			
Alterações do afeto	+	+	+	+	+	+
Alteração da vivência subjetiva						
Perturbação da volição e do comportamento	+		+			
Ambivalência						
Autismo						
SINTOMAS ACESSÓRIOS						
Alucinações	+	+	+	+	+	+
Delírios		+	+	+	+	+
Alterações específicas da memória	+					
Modificação da personalidade	+					
Alterações da fala e da escrita						
Sintomas catatônicos						
Síndrome aguda						
Estados melancólicos						
Estados maníacos						
Estados catatônicos						

conclusão

	GFS (H)	BJO (H)	RPS (H)	JFCN (H)	JCSS (H)	VR (H)	FJF (H)
ALTERAÇÕES FUNDAMENTAIS							
Transtornos da forma do pensamento							+
Alterações do afeto	+		+				
Alteração da vivência subjetiva							
Perturbação da volição e do comportamento	+			+			
Ambivalência		+					

	GFS (H)	BJO (H)	RPS (H)	JFCN (H)	JCSS (H)	VR (H)	FJF (H)
Autismo							
SINTOMAS ACESSÓRIOS							
Alucinações				+	+	+	+
Delírios		+		+	+	+	+
Alterações específicas da memória	+					+	
Modificação da personalidade		+					
Alterações da fala e da escrita							
Sintomas catatônicos							
Síndrome aguda							
Estados melancólicos							
Estados maníacos							
Estados catatônicos							

Os critérios diagnósticos de K. Schneider foram aplicados com certa precariedade devido à fase de evolução da doença que impediu uma melhor interação do psiquiatra com os pacientes, de modo a esclarecer a sintomatologia do quadro clínico (tabela 6).

TABELA 6 – CRITÉRIOS EM GRAUS SINTOMATOLÓGICOS PARA ESQUIZOFRENIA DE KURT SCHNEIDER

continua

	JMO (P)	ACO (P)	APM (P)	VRN (P)	LB (P)	MSSJ (P)
SINTOMAS DE PRIMEIRA ORDEM						
Difusão do pensamento						
Vivências de influência no pensamento						
Vivências de influência no corpo						+
Pensamento sonoro (gedankenlautwerden)						
Alucinações auditivas em forma de diálogo	+?	+?	+?	+?	+?	+?
Irradiação do pensamento						
Percepções delirantes						
SINTOMAS DE SEGUNDA ORDEM						

	JMO (P)	ACO (P)	APM (P)	VRN (P)	LB (P)	MSSJ (P)
Experiências de passividade na volição e nos impulsos			+		+	
Intuição delirante						
Disposição de ânimo maníaca ou depressiva	+			+		+
Perplexidade						
Vivência de empobrecimento emocional					+	

	conclusão						
	GFS (H)	BJO (H)	RPS (H)	JFCN (H)	JCSS (H)	VR (H)	FJF (H)
SINTOMAS DE PRIMEIRA ORDEM							
Difusão do pensamento							
Vivências de influência no pensamento							
Vivências de influência no corpo				+			
Pensamento sonoro (gedankenlautwerden)							
Alucinações auditivas em forma de diálogo				+?	+?	+?	
Irradiação do pensamento							
Percepções delirantes				+		+	+
SINTOMAS DE SEGUNDA ORDEM							
Experiências de passividade na volição e nos impulsos	+?	+	+				
Intuição delirante							
Disposição de ânimo maníaca ou depressiva					+		
Perplexidade							
Vivência de empobrecimento emocional	+	+	+				+?

NOTA: Sinais utilizados: + Sintoma definido; +? Sintoma não definido

A avaliação clínica proposta pelo critério de H. Ey mostrou que a esquizofrenia em sua fase inicial, em sua fase pré-esquizofrênica, ou na fase de instalação devem ser obrigatórias para a avaliação psiquiátrico-forense (Tabela 7). As formas sindrômicas fundamentais do período de estado podem motivar o homicídio no esquizofrênico sendo que a avaliação psiquiátrico-forense fica favorecida pelo conceito de invasão progressiva do delírio que ocorre na fase pré-esquizofrênica. A constatação desta pesquisa mostra que a perícia psiquiátrico-forense deve valorizar rigorosamente os detalhes das formas clínicas, das formas sindrômicas fundamentais do período de estado e as formas clínicas do estado

terminal porque podem responder com fundamento às perguntas técnico-jurídicas sobre a sanidade mental, a responsabilidade penal e periculosidade do esquizofrênico criminoso.

TABELA 7 – FORMAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DAS ESQUIZOFRENIAS DE ACORDO COM H. EY

continua

	JMO (P)	ACO (P)	APM (P)	MSSJ (P)	VRN (P)	LB (P)
FORMAS CLÍNICAS: FASE INICIAL						
Polimórfica	+	+	+	+	+	+
Inespecífica						
Progressiva	+	+	+	+	+	+
Insidiosa	+	+		+	+	
Intermitente			+			
Cíclica						
Monomórfica						
Monossintomática						
FORMAS CLÍNICAS: FASE PRÉ-ESQUIZOFRÊNICA						
Esquizoidia evolutiva					+	
Neurose pré-esquizofrênica						
Invasão progressiva do delírio	+	+				+
Forma do delírio alucinatório com tema de influência						
FORMAS CLÍNICAS: FASE DE INÍCIO DE INSTALAÇÃO DA DOENÇA						
Crises delirantes e alucinatórias agudas	+	+	+	+	+	+
Excitação maníaca						
Estados depressivos						
Estados confuso-oníricos						
Surtos agudos progressivos	+	+				
FORMAS SINDRÔMICAS FUNDAMENTAIS DO PERÍODO DE ESTADO						
Síndrome da dissociação ou desagregação:						
Ambivalência	+		+			
Bizarria	+		+			
Impenetrabilidade	+					
Isolamento						
Distúrbios do curso do pensamento			+			+
Distúrbios da consciência						
Paradoxos linguísticos e incoerência da linguagem			+			

	JMO (P)	ACO (P)	APM (P)	MSSJ (P)	VRN (P)	LB (P)
Alterações do sistema lógico						
Discordância afetiva	+		+	+	+	
Distúrbio psicomotor						
Delírio	+		+	+	+	
Experiência de estranheza						+
Experiência de despersonalização						
Experiência de influência						
Vivência delirante	+					
FORMAS CLÍNICAS DO PERÍODO TERMINAL						
Grupo 1						
Regressão psíquica						
Comportamento automático						
Estereotipia do tipo catatônico						
Grupo 2						
Incoerência ideoverbal						
Esquizofasia						
Grupo 3						
Delírio com fabulação estereotipada e solilóquio pobre						

	conclusão						
	GFS (H)	BJO (H)	RPS (H)	JFCN (H)	JCSS (H)	VR (H)	FJF (H)
FORMAS CLÍNICAS: FASE INICIAL							
Polimórfica	+	+		+		+	+
Inespecífica			+		+		
Progressiva	+	+		+		+	+
Insidiosa	+		+		+		
Intermitente			+				
Cíclica							
Monomórfica							
Monossintomática							
FORMAS CLÍNICAS: FASE PRÉ-ESQUIZOFRÊNICA							
Esquizoidia evolutiva	+						
Neurose pré-esquizofrênica							
Invasão progressiva do delírio	+		+			+	?
Forma do delírio alucinatorio com tema de influência		+		+			
FORMAS CLÍNICAS: FASE DE INÍCIO DE INSTALAÇÃO DA DOENÇA							
Crises delirantes e alucinatorias agudas	+		+	+			+
Excitação maníaca							

	GFS (H)	BJO (H)	RPS (H)	JFCN (H)	JCSS (H)	VR (H)	FJF (H)
Estados depressivos							
Estados confuso-oníricos							
Surtos agudos progressivos							
FORMAS SINDRÔMICAS FUNDAMENTAIS DO PERÍODO DE ESTADO							
Síndrome da dissociação ou desagregação:							
Ambivalência	+		+				
Bizarria							
Impenetrabilidade							
Isolamento			+				
Distúrbios do curso do pensamento							
Distúrbios da consciência							
Paradoxos linguísticos e incoerência da linguagem					+		
Alterações do sistema lógico							+
Discordância afetiva			+				
Distúrbio psicomotor							
Delírio	+	+	+	+	+	+	+
Experiência de estranheza				+			+
Experiência de despersonalização							
Experiência de influência				+	+		
Vivência delirante					+		+
FORMAS CLÍNICAS DO PERÍODO TERMINAL							
Grupo 1							
Regressão psíquica							
Comportamento automático							
Estereotipia do tipo catatônico							
Grupo 2							
Incoerência ideoverbal							
Esquizofasia							
Grupo 3							
Delírio com fabulação estereotipada e solilóquio pobre							

Os critérios diagnósticos da CID 10 (Tabela 8) baseados em sintomas foram utilizados para atualizar os critérios diagnósticos na prática do diagnóstico psiquiátrico-forense e por sua utilização nas perícias psiquiátricas realizadas no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Os casos diagnosticados no âmbito hospitalar apresentaram curso contínuo, sem remissão dos sintomas psicóticos, com

defeito progressivo, com remissão incompleta. A ênfase foi dirigida às concepções clínicas do modelo nosológico de Ey.

TABELA 8 – CRITÉRIOS SINTOMATOLÓGICOS PARA ESQUIZOFRENIA DE ACORDO COM A CID 10

SINTOMAS	continua					
	JMO (P)	ACO (P)	APM (P)	MSSJ (P)	VR (P)	LB (P)
A						
Eco do pensamento						
Inserção ou roubo do pensamento						
Irradiação do pensamento						
B						
Delírio de controle						
Influência ou passividade sobre o próprio corpo, membros				+		
Percepção delirante		+	+	+	+	+
C						
Alucinações referidas como vozes que comentam os atos do paciente	+	+	+	+	+	+
Vozes que vem do corpo do paciente	+			+		
D						
Delírios persistentes impróprios culturalmente ou impossíveis	+	+	+	+	+	+
Delírios de identidade política ou religiosa, como controlar o tempo ou manter contato com extraterrenos, de poderes sobrenaturais						
E						
Alucinações persistentes de qualquer modalidade, quando acompanhada por delírios sem conteúdo afetivo claro, ou por idéias prevalentes persistentes	+	+	+	+	+	+
F						
Interrupções do curso do pensamento, produzindo discurso incoerente ou neologismos	+		+	+	+	+
G						
Comportamento catatônico, com excitação, flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo ou estupor						
H						
Sintomas "negativos" como apatia, discurso pobre, embotamento emocional ou incongruência emocional, resultando em retraimento social ou diminuição do desempenho social, não estando ligados à depressão ou ao uso de medicamentos antipsicóticos	+	+	+	+	+	+

SINTOMAS	GFS (H)	BJO (H)	RPS (H)	JFCN (H)	JCSS (H)	VR (H)	FJF (H)
H							
Sintomas "negativos" como apatia, discurso pobre, embotamento emocional ou incongruência emocional, resultando em retraimento social ou diminuição do desempenho social, não estando ligados à depressão ou ao uso de medicamentos antipsicóticos	+	+	+	+	+	+	+
I							
Modificação significativa e consistente na qualidade do comportamento pessoal, como perda de interesse, retraimento social e inatividade	+	+	+	+	+	+	+

Os subtipos clínicos de esquizofrenia, de acordo com a CID 10 (Tabela 9), nos esquizofrênicos homicidas, foram caracterizados como esquizofrenia paranoide (quatro casos), esquizofrenia residual (um caso) e esquizofrenia não especificada (um caso). Os subtipos clínicos de esquizofrenia, de acordo com a CID 10, nos esquizofrênicos parricidas, foram caracterizados como esquizofrenia paranóide (cinco casos) e esquizofrenia hebefrênica enxertada (um caso). Neste aspecto, a CID 10 foi útil para atualizar os diagnósticos porque a CID 10 é utilizada pelos peritos do HCTP para elaboração dos laudos psiquiátrico-forenses.

TABELA 9 – SUBTIPOS CLÍNICOS DE ACORDO COM A CID 10

continua

	JMO (P)	ACO (P)	APM (P)	VRN (P)	LB (P)	RPS (P)
F20.0x: esquizofrenia paranoide						
A aplicação dos critérios gerais para esquizofrenia devem ser satisfeitos. Delírios ou alucinações devem ser proeminentes, como delírio persecutório, de referência, de origem nata especial, de missão especial, de transformação corporal ou de inveja, vozes ameaçadoras ou de comando, alucinações de odor ou sabor, sensações sexuais ou outras sensações	+	+	+	+	+	+

	JMO (P)	ACO (P)	APM (P)	VRN (P)	LB (P)	RPS (P)
corpóreas. Embotamento ou incongruência de afeto, sintomas catatônicos ou fala incoerente não devem dominar o quadro clínico, embora possam estar presentes em grau leve						
F20.1x: esquizofrenia hebefrênica						
Os critérios gerais para esquizofrenia devem ser satisfeitos. Afeto embotado ou superficial definido e mantido ou afeto incongruente ou impróprio definido e mantido. Um dos seguintes sintomas deve ser identificado: comportamento sem objetivo e desarticulado, em vez de dirigido para um objetivo. Transtorno do pensamento manifestando-se como fala desarticulada, vaga ou incoerente. Alucinações ou delírios não devem dominar o quadro clínico, embora possam estar presentes em grau leve						
F20.2x: esquizofrenia catatônica						
Os critérios gerais para esquizofrenia devem ser satisfeitos em algum momento, embora isso possa não ser possível inicialmente se o paciente não estiver se comunicando. Durante um período de pelo menos duas semanas, um ou mais dos seguintes comportamentos catatônicos deve mostrar-se proeminente: estupor que é diminuição acentuada na capacidade de reação ao ambiente e redução de atividades e movimentos espontâneos ou mutismo. Excitação que é atividade motora aparentemente sem propósito, não influenciada por estímulos externos. postura inadequada. Assumir e manter voluntariamente posturas inadequadas ou bizarras. Negativismo ou resistência aparentemente sem motivo a todas as instruções ou tentativas de ser movido ou movimento na direção contrária. Rigidez ou manutenção de uma postura rígida contra esforços para ser movido. Flexibilidade cêrea ou manutenção de membros e do corpo em posições externamente impostas. Automatismo de comando ou obediência automática a instruções						

	JMO (P)	ACO (P)	APM (P)	VRN (P)	LB (P)	RPS (P)
<p>F20.3x: esquizofrenia indiferenciada</p> <p>Os critérios gerais para esquizofrenia devem ser satisfeitos. Um dos seguintes deve manifestar-se: sintomas insuficientes para satisfazer os critérios de quaisquer dos subtipos. Presença de tantos sintomas que os critérios para mais de um dos subtipos listados são satisfeitos</p>						
<p>F20.4x: depressão pós-esquizofrênica</p> <p>Os critérios gerais para esquizofrenia devem ter sido satisfeitos nos doze meses anteriores, mas não são satisfeitos no presente. Uma das condições do critério geral deve estar presente: alucinações, alterações do curso do pensamento com neologismos, comportamento catatônico e sintomas "negativos". Os sintomas depressivos devem ser suficientemente prolongados, graves e extensos para satisfazer os critérios de pelo menos um episódio depressivo leve.</p>						
<p>F20.5x: esquizofrenia residual</p> <p>Os critérios gerais para esquizofrenia devem ter sido satisfeitos no passado, mas não são satisfeitos no presente. Pelo menos quatro dos seguintes sintomas "negativos" estiveram presentes ao longo dos doze meses anteriores: lentidão psicomotora ou diminuição da atividade, embotamento definido do afeto, passividade e falta de iniciativa, pobreza da quantidade ou do conteúdo da fala, comunicação não verbal pobre através de expressão através da expressão facial, contato visual, modulação da voz ou postura, desempenho social e cuidados pessoais deficientes</p>						
<p>F20.6x: esquizofrenia simples</p>						
<p>F20.8x: outra esquizofrenia</p>						
<p>F20.9x: esquizofrenia não especificada</p>						

conclusão

	GFS (H)	BJO (H)	RPS (H)	JFCN (H)	JCSS (H)	VR (H)	FJF (H)
<p>F20.0x: esquizofrenia paranoide</p> <p>A aplicação dos critérios gerais para esquizofrenia devem ser satisfeitos. Delírios ou alucinações devem ser proeminentes, como delírio persecutório, de referência, de origem nata especial, de missão especial, de transformação corporal ou de inveja, vozes ameaçadoras ou de comando, alucinações de odor ou sabor, sensações sexuais ou outras sensações corpóreas. Embotamento ou incongruência de afeto, sintomas catatônicos ou fala incoerente não devem dominar o quadro clínico, embora possam estar presentes em grau leve</p>							
<p>F20.1x: esquizofrenia hebefrênica</p> <p>Os critérios gerais para esquizofrenia devem ser satisfeitos. Afeto embotado ou superficial definido e mantido ou afeto incongruente ou impróprio definido e mantido. Um dos seguintes sintomas deve ser identificado: comportamento sem objetivo e desarticulado, em vez de dirigido para um objetivo. Transtorno do pensamento manifestando-se como fala desarticulada, vaga ou incoerente. Alucinações ou delírios não devem dominar o quadro clínico, embora possam estar presentes em grau leve</p>							
<p>F20.2x: esquizofrenia catatônica</p> <p>Os critérios gerais para esquizofrenia devem ser satisfeitos em algum momento, embora isso possa não ser possível inicialmente se o paciente não estiver se comunicando. Durante um período de pelo menos duas semanas, um ou mais dos seguintes comportamentos catatônicos deve mostrar-se</p>							

	GFS (H)	BJO (H)	RPS (H)	JFCN (H)	JCSS (H)	VR (H)	FJF (H)
<p>proeminente: estupor que é diminuição acentuada na capacidade de reação ao ambiente e redução de atividades e movimentos espontâneos ou mutismo. Excitação que é atividade motora aparentemente sem propósito, não influenciada por estímulos externos. postura inadequada. Assumir e manter voluntariamente posturas inadequadas ou bizarras. Negativismo ou resistência aparentemente sem motivo a todas as instruções ou tentativas de ser movido ou movimento na direção contrária. Rigidez ou manutenção de uma postura rígida contra esforços para ser movido. Flexibilidade cérea ou manutenção de membros e do corpo em posições externamente impostas. Automatismo de comando ou obediência automática a instruções</p>							
<p>F20.3x: esquizofrenia indiferenciada</p> <p>Os critérios gerais para esquizofrenia devem ser satisfeitos. Um dos seguintes deve manifestar-se: sintomas insuficientes para satisfazer os critérios de quaisquer dos subtipos. Presença de tantos sintomas que os critérios para mais de um dos subtipos listados são satisfeitos</p>							
<p>F20.4x: depressão pós-esquizofrênica</p> <p>Os critérios gerais para esquizofrenia devem ter sido satisfeitos nos doze meses anteriores, mas não são satisfeitos no presente. Uma das condições do critério geral deve estar presente: alucinações, alterações do curso do pensamento com neologismos, comportamento catatônico e sintomas "negativos". Os sintomas depressivos devem ser suficientemente prolongados, graves e extensos para satisfazer os critérios de pelo menos um</p>							

	GFS (H)	BJO (H)	RPS (H)	JFCN (H)	JCSS (H)	VR (H)	FJF (H)
episódio depressivo leve							
F20.5x: esquizofrenia residual							
Os critérios gerais para esquizofrenia devem ter sido satisfeitos no passado, mas não são satisfeitos no presente. Pelo menos quatro dos seguintes sintomas "negativos" estiveram presentes ao longo dos doze meses anteriores: lentidão psicomotora ou diminuição da atividade, embotamento definido do afeto, passividade e falta de iniciativa, pobreza da quantidade ou do conteúdo da fala, comunicação não verbal pobre através de expressão através da expressão facial, contato visual, modulação da voz ou postura, desempenho social e cuidados pessoais deficientes							
F20.6x: esquizofrenia simples							
F20.8x: outra esquizofrenia							
F20.9x: esquizofrenia não especificada							

Nota: x é o código do curso da doença.

Os fatores associados à violência em pacientes esquizofrênicos estão na Tabela 10, embora deva ser enfatizado que os fatores de comorbidade como etilismo, dependência química, transtornos de personalidade e transtornos neurológicos, quando ocorrendo isolados, são excluídos do diagnóstico de esquizofrenia. Os fatores sociodemográficos ainda de acordo com a tabela 10, são:

sexo masculino, jovem, baixa situação socioeconômica, baixa inclusão social, criminalidade prévia e vitimização presente.

TABELA 10 – FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA EM PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS

CLÍNICOS	SOCIODEMOGRÁFICOS
Subtipo paranoide	Gênero masculino
Forma delirante paranoide	Jovem
Fase aguda	Baixa situação socioeconômica (inconclusivo)
Sintomas graves	Inclusão social reduzida
Início precoce da doença	Criminalidade prévia
Uso de álcool e drogas simultâneo	Vitimização presente
Ausência de tratamento	
Transtornos neurológicos	

Os sintomas dos esquizofrênicos autores de homicídio estão assinalados e relacionados à história criminal (tabela 11).

TABELA 11 – HISTÓRIA CRIMINAL DE ESQUIZOFRÊNICOS HOMICIDAS E CORRELAÇÃO SINTOMATOLÓGICA

	HISTÓRIA CRIMINAL (HOMICIDAS)	SINTOMAS (HOMICIDAS)
GFS (H)	Assassinou um paciente psiquiátrico em hospital para crônicos	Desorientação têmporo-espacial. Mutismo. Apatia. Indiferença. Memória prejudicada para fatos recentes e antigos. Discurso pobre. Precário desempenho social.
BJO (H)	Espancamento com socos até que a vítima caindo, bateu com a cabeça numa pedra, ficando inconsciente. O paciente então espancou a vítima da agressão até a morte.	Orientado no tempo e no espaço. Memórias conservadas. Delírio de temática de poder. Retraimento psicológico. Perda de interesse. Inatividade.
RPS (H)	Após tentar relações sexuais com um colega de trabalho e vizinho que se encontrava dormindo e diante da recusa deste, bateu-lhe na cabeça com uma pedra, deixando-o desacordado. A vítima faleceu logo após.	Orientado. Hipoprosexia. Apatia. Senso crítico prejudicado. Discurso pobre. Alucinações.
JFCN (H)	Ao propor comprar pólvora fiado a um comerciante e diante da recusa, o paciente atirou no mesmo com uma espingarda, provocando-lhe a morte.	Alucinações auditivas. Delírios de influência ou controle sobre o próprio corpo. Percepção delirante. Orientação.
JCSS (H)	O paciente, acompanhado de dois comparsas, e sob ameaça de arma de fogo, roubou uma bicicleta de um transeunte, e em seguida efetuou vários disparos provocando-lhe a morte.	Orientado. Alucinações auditivas referidas. Prolixidade.
VR (H)	Assassinou um paciente em hospital de crônicos, porque o mesmo o estava insultando	Orientado. Alucinações auditivas. Hipomnésia vinculada ao crime. Delírio persecutório.
FJF (H)	Usando uma garrafa de vidro e reagindo à brincadeira de amigo, matou-o com um golpe na cabeça.	Orientado. Senso crítico prejudicado. Ideias de perseguição e autorreferência. Déficit cognitivo leve. Pensamento desagregado.

Os sintomas dos esquizofrênicos autores de parricídio estão assinalados e relacionados à história criminal (Tabela 12).

TABELA 12 – HISTÓRIA CRIMINAL DE ESQUIZOFRÊNICOS PARRICIDAS E CORRELAÇÃO SINTOMATOLÓGICA

	HISTÓRIA CRIMINAL (P)	SINTOMAS (P)
JMO (P)	Espancamento da avó e da mãe adotiva provocando a morte desta	Orientação auto e alopsíquica alucinações auditivas. Delírio de grandeza. Hipertimia. Impulsividade.
ACO (P)	Desferiu vários golpes com um tijolo, no crânio da própria genitora, com exposição da massa encefálica.	Contato superficial. Hipoprosexia. Delírios e alucinações auditivas. Atividade delirante e distúrbios senso-perceptivos.
APM (P)	Estando com a genitora em sua casa, matou-a com pauladas no rosto e nas costas.	Alucinações auditivas relacionadas ao crime de parricídio. Desorientação temporo-espacial. Apatia, discurso pobre, embotamento emocional. Indiferença.
VRN (P)	No interior da casa dos pais, aplicou vários golpes de faca peixeira no genitor e na genitora, provocando a morte desta e ferimentos graves naquele.	Atividade delirante alucinatória. Delírios. Ambivalência. Impulsividade. Frieza afetiva.
LB (P)	Assassinou o genitor utilizando um cano de ferro, por se sentir desafiado, já que o mesmo o expulsava de casa por não querer trabalhar.	Desorientado. Mutismo. Audição de vozes de homem. Desorientação auto e alopsíquicas. Apatia. Retraimento social
MSSJ (P)	Usando uma faca peixeira, efetuou vários golpes contra o próprio genitor, provocando-lhe a morte.	Delírio persecutório. Humor delirante. Alucinações auditivas com cenestesia. Desorientação no tempo. Senso crítico prejudicado.

Os preditores clínico-nosológicos de violência em esquizofrênicos, identificados a partir da avaliação clínica no HCTP são delírios paranoides e esquizofrenia paranoide, com início precoce e a fase aguda da doença (tabela 13).

TABELA 13 – FORMA CLÍNICA, INÍCIO E COMORBIDADE DA ESQUIZOFRENIA

SINTOMAS E QUADRO CLÍNICO	EVOLUÇÃO E CURSO	COMORBIDADE
Tipo paranoide	Início precoce	Uso de álcool
Delírios de tipo paranoide	Fase aguda	Uso de substâncias químicas
Esquizofrenia paranoide		

Os sintomas associados clinicamente à prática de parricídio por esquizofrênicos internados no HCTP estão descritos na tabela 14.

TABELA 14 – SINTOMAS PREDOMINANTES EM ESQUIZOFRÊNICOS E PARRICÍDIO

PARRICIDAS	SINTOMAS
JMO (P)	Alucinações auditivas. Delírio de grandeza. Hipertimia com impulsividade
ACO (P)	Delírios e alucinações auditivas. Contato superficial. Hipoprosexia.
APM (P)	Delírios. Alucinação auditiva imperativa. Discurso desorganizado.
VRN (P)	Atividade delirante-alucinatória. Vivência de empobrecimento emocional.
LB (P)	Desorientação. Apatia. Audição de vozes.
MSSJ (P)	Delírio persecutório. Audições somestésicas. Humor delirante.

7 DISCUSSÃO

No Brasil, a pesquisa e a produção científica relacionadas à doença mental são pouco expressivas. São diversos os fatores que condicionam estes dados. No Brasil, a produção em saúde mental é 0,4% da produção mundial, embora tenha aumentado nos anos mais recentes (BRESSAN, GEROLIN, MARI, 2005). É importante ressaltar que o Brasil apresenta taxas elevadas de prevalência de doença mental no mundo, e investe pouco na saúde mental, menos de 10% do orçamento da saúde (PAHO, 2001). Estes fatores produzem efeitos sobre o contexto do diagnóstico e tratamento no nível psiquiátrico-forense. Outros fatores interferem na atividade médico-psiquiátrica dirigida à avaliação jurídica do comportamento homicida. O psiquiatra, ao elaborar o seu diagnóstico, utiliza critérios clínicos que valorizam um grupo de sintomas e a possibilidade de estabelecer conjecturas ou proposições sobre as variáveis comportamentais apresentadas pelo indivíduo. Os critérios clínico-sintomatológicos que são usados no exame psiquiátrico convencional são usados na avaliação psiquiátrico-forense do modo como são apresentados nesta pesquisa. A grade psicopatológica foi utilizada como referencial de exame psiquiátrico no âmbito do HCTP. O referencial psicopatológico foi utilizado também como modelo para corrigir as distorções diagnósticas ou as discordâncias entre os peritos quando da construção do diagnóstico. Os fatores ligados às políticas públicas de abordagem da saúde mental e a carência de pesquisas na área da psiquiatria forense repercutem na prática deste tipo de procedimento médico. Esta pesquisa constatou na prática esta deficiência ao tentar definir ou identificar os fatores preditivos do comportamento homicida de esquizofrênicos. Esta pesquisa demonstra a necessidade de usar a clínica psiquiátrica com modelos semelhantes ao de Ey e outros modelos para servir de referência clínico-qualitativa em que o psiquiatra é insubstituível como agente ativo que elabora o diagnóstico baseado em sua própria experiência. Os detalhes dos sintomas e da nosologia psiquiátrica devem servir sempre como fundamento para o diagnóstico psiquiátrico-forense. As questões específicas referentes à compreensão do psiquismo do delinquente

portador de doença mental foram simplificadas quando foi obtido da própria experiência clínica da pesquisadora o conceito de sintoma ou sintomas preditivos de homicídio em esquizofrênicos. Esta noção permite ao psiquiatra, enquanto perito encarregado de avaliar a imputabilidade ou inimputabilidade de um esquizofrênico, relacionar o *morbus* psiquiátrico ao potencial auto e heteroagressivo do paciente permitindo, por outro lado, a avaliação substantiva da periculosidade do esquizofrênico. Os fatores biológicos e os fatores psicossociais parecem condicionar a sintomatologia e, neste caso, a nosologia foi soberana nos casos examinados no HCTP, sendo que a nosologia tem origem na avaliação rigorosa dos sintomas característicos de esquizofrenia, de acordo com os autores estudados e utilizados nesta tese.

A demanda existente na solicitação judicial ao psiquiatra deve ser transformada tecnicamente em elaboração de diagnóstico psiquiátrico através dos critérios clínicos apresentados e da identificação dos fatores preditivos de crime de homicídio e parricídio em esquizofrênicos. Este procedimento deve ser utilizado de forma preventiva nos casos de esquizofrenia e nos casos em que a esquizofrenia não tenha sido identificada e se suspeite de ocorrência de outra patologia mental.

O comportamento violento é comum em pacientes esquizofrênicos e a avaliação do risco deste tipo de comportamento deve ser objeto do exame psiquiátrico (TARDIFF, 1996). Alguns autores citam abuso de drogas, prisões, ocorrência de alucinações, delírios, comportamentos estranhos (BARTELS; DRAKE; WALLACH; FREEMAN, 1991) como fatores de risco de homicídio por esquizofrênicos.

A caracterização dos fatores preditivos é possível através da análise de elementos oferecidos pelo estudo clínico-sintomatológico dos esquizofrênicos autores de homicídio. A vertente epistemológica do problema mostra que o conceito de psicogênese do homicídio deve ser justificada do ponto de vista pericial e não apenas do ponto de vista exclusivamente clínico. No âmbito das considerações da Medicina Legal, as tentativas de agressão contra os indivíduos merecem estudo acurado, analítico da motivação básica do crime de homicídio. Neste trabalho, a proposição fundamental para o diagnóstico psiquiátrico-forense é a valorização do

estudo clínico-sintomatológico sistemático de acordo com o modelo nosológico já referido. Usando este critério, deve ser assinalado que existem dois lados do mesmo problema: de um lado o criminoso doente mental ou esquizofrênico e, de outro, o tipo de delito, no caso, o tipo de crime ou de homicídio que deve ser solucionado pelo modelo clínico-nosológico proposto neste trabalho. Os casos clínicos examinados mostram que a interpretação psiquiátrico-forense pode ser construída da forma seguinte: 1. O critério psicogenético da compreensão do crime de homicídio e de parricídio explicita uma psicopatologia específica. 2. De acordo com o que indica esta psicopatologia específica, é possível apresentar os sintomas com validade preditiva relacionando-os com a preparação psicológica prévia de reações patológicas antissociais tipo homicídio e parricídio. A tendência epistemológica que pode ser desenhada nesta pesquisa é relacionar os sintomas já constatados e descritos nos pacientes e valorizar os sintomas como fatores preditivos de crime de homicídio e parricídio. A predição do crime em esquizofrênico terá como base quatro critérios: o primeiro considera o sintoma fundamental que prepara ou predispõe o indivíduo para o ato criminoso. O segundo considera o sintoma no plano comportamental que é valorizado clinicamente como impulso psicomotor. O terceiro considera o plano comportamental antissocial ou criminoso que ocorre após estado pós-alucinatório ou estado pós-delirante. O quarto considera o plano comportamental antissocial ou criminoso cuja origem é inconsciente.

De acordo com a história criminal e a análise psicopatológica obtida no exame mental dos pacientes examinados, o crime parece ter sido o desfecho natural de uma elaboração anormal de conteúdos e que os levaram a matar o próprio ascendente. Predominaram sentimentos de autodefesa dirigidos por complexos ideofetivos com matizes de autodefesa drástica, de vingança contida e finalmente manifestada no homicídio, de reparação moral e de autoproteção. Estes sintomas foram descritos pela psiquiatria clássica. A questão do intervalo lúcido que foi intensamente discutida no passado parece não ter relevo clínico porque é exatamente o estado de lucidez que caracteriza a continuidade lógica das fases psicopatológicas da elaboração, da preparação e da execução do ato criminoso. Em alguns casos, o paciente reflete, arquiteta um plano com todo cuidado para não falhar. Nos casos analisados no HCTP, não foi observado este tipo de

comportamento ou não foi possível descrevê-lo. Os homicídios, incluindo os parricídios foram cometidos provavelmente por impulso psicomotor dirigido a outrem em plena consciência, sem premeditação. Não foram detectadas alterações da consciência em nenhum dos casos. Após o crime, os pacientes não apresentaram alterações psicopatológicas decorrentes do ato criminoso como ansiedade, angústia, tristeza ou arrependimento. Os homicídios simples (não parricídios) foram cometidos mesmo na ausência de delírios sistematizados. Nos casos clínicos examinados referentes a homicídio, não houve relação de causa e efeito entre delírio e homicídio.

O impulso psicomotor pode provocar homicídio. Implica sempre na agressividade instantânea, sem controle, dirigida contra uma pessoa. Esta “descarga impulsiva” ocorre na vigência de consciência clara. A literatura registra casos de impulsividade pura ou de ato violento decorrente de uma representação não controlada por alguma falha no processo de inibição.

O ato antissocial ou criminoso aparece com toda evidência nos casos de parricídio cometidos pós-alucinação ou pós-delírio. De acordo com a experiência da pesquisadora, nos casos clínicos examinados, há evidências de que os pacientes parricidas apresentaram sinais e sintomas psicopatológicos antes de praticarem o crime, que foram cometidos com consciência vígil. Os sintomas estiveram ligados em seu conteúdo à motivação da conduta criminosa nos pacientes esquizofrênicos que cometeram parricídio. A ênfase nos antecedentes individuais, por ocasião do primeiro episódio psicótico ou primeira ocorrência psicopatológica, deve ser realizada permanentemente. Os objetivos do exame psiquiátrico devem ser clínico-sintomatológicos e devem ser dirigidos à possibilidade de predição de comportamento criminoso. A história psiquiátrica deve tornar relevantes as condutas que possam sugerir heteroagressividade presente ou futura. Os fatos da história criminal devem ser analisados não apenas no presente, quando o delito já foi cometido, mas antes da ocorrência do homicídio. É relevante o fato de que alguns pacientes examinados no HCTP já apresentavam comportamento antissocial ou claramente agressivo antes de cometerem crime de parricídio. Um deles, autor de homicídio, cuja vítima foi outro paciente, já apresentava comportamento agressivo,

pré-homicida. Em todos os casos de homicídio e de parricídio estudados foi possível identificar os seguintes preditores de violência homicida:

- a. Paciente adulto jovem do sexo masculino.
- b. Paciente portador de doença mental.
- c. Paciente com sintomas psicopatológicos como alucinações auditivas e delírios persecutórios.
- d. Uso de álcool ou drogas.
- e. Antecedentes de comportamento violento.
- f. Presença de vítima.
- g. Antecedentes de perda de controle.
- h. Antecedentes de agressões ou ameaças verbais.

Os preditores clínicos de homicídio foram identificados como:

- a. Subtipo paranoide da esquizofrenia de acordo com a CID 10.
- b. A forma delirante paranoide.
- c. Fase aguda.
- d. Ocorrência de sintomas graves.
- e. Início precoce da doença.
- f. Uso concomitante de drogas.

A heteroagressividade pode não figurar como antecedente comportamental do paciente. Há casos em que o parricídio é cometido por motivos “humanitários” como o caso de G., esquizofrênico autor de matricídio que justificava o seu crime dizendo que matou a própria mãe porque ela estava muito idosa e estava sofrendo muito (SANTOS, A. Comunicação pessoal). O que ficou demonstrado é que os sintomas produtivos devem ser avaliados clinicamente como os sintomas primariamente envolvidos no comportamento homicida de esquizofrênicos. Os

sintomas negativos não devem ser valorizados como transtornos psicopatológicos capazes de provocar conduta homicida em esquizofrênicos, de acordo com o que pôde ser constatado neste trabalho. Os sintomas produtivos relacionados psicopatologicamente à esfera do pensamento em seus conteúdos é que são responsáveis pela conduta homicida (MILLAUD; AUCLAIR; MEUNIER, 1996). As idéias delirantes, de longo curso, mediamente estruturadas, monotemáticas com características de auto-referência e defesa, foram responsáveis pela conduta homicida. Estes transtornos não “explicam” o crime de parricídio. A diferenciação das vítimas é importante porque exige explicações complementares, já que o homicídio é qualitativamente diferente do parricídio, aqui sendo considerado o assassinato de um dos pais, e não de parentes em linha ascendente ou descendente. O que deve ser utilizado para compreender este tipo de homicídio? A Psiquiatria deve incorporar ao seu domínio as teorias da criminogênese com as suas múltiplas variações teóricas ou deve apenas utilizar as contribuições da sociologia, psicologia, filosofia, religião e terapêuticas alternativas?

A importância da clínica em Psiquiatria é fundamental, mas a compreensão do transtorno psicopatológico requer não apenas a experiência clínica, mas a noção do entrecruzamento de fenômenos que formam a doença mental. Nos casos de parricídio, a psicopatologia clássica pode e deve ser utilizada, mas a formulação psicodinâmica é importante para a compreensão do diagnóstico psiquiátrico-forense.

A Psicanálise, com suas formulações, hipóteses e conjecturas oferece contribuições importantes para a compreensão do comportamento homicida, mas não será utilizada para compreensão do parricídio. A ênfase foi colocada no diagnóstico psiquiátrico e na nosologia. No segundo aspecto foram obedecidos os ditames da psiquiatria forense pelos motivos já expostos no estudo sobre predição na psiquiatria forense. A fundação epistemológica deve ser médica e neste caminho é que foi conduzida a pesquisa. O estudo sintomatológico, formado através da própria história da nosologia psiquiátrica foi suficiente para estabelecer os pressupostos que no caso devem ser estritamente médicos. A perícia psiquiátrica deve ser conduzida no plano rigorosamente medicopsiquiátrico. Noções alheias à psiquiatria como critérios não médicos de normal e patológico, fundados sobre sociodiagnósticos como o de anomia de Durkheim, sobre diagnósticos estruturalista-

formais como o de associação diferencial de Sutherland e outros não devem ser incorporados à psiquiatria forense.

A relação predição-periculosidade foi abordada através de estudo no qual foram analisados e hierarquizados os sintomas psiquiátricos. Predição significa ato de predizer fatos ou algum fenômeno. Aplicando o termo na psiquiatria forense tem-se uma questão importante. Predizer fatos, no caso, requer estabelecer vínculos com o conceito de periculosidade que tem origem na legislação jurídica para justificar a aplicação da pena. Periculosidade não é um conceito médico-psiquiátrico, mas deve em alguns casos ser definido pela Psiquiatria. Predizer um comportamento não significa antecipar um comportamento específico em termos de periculosidade. Dado um determinado comportamento homicida, a noção de periculosidade deixa de existir em razão deste comportamento, mas nada garante que este ato homicida será o único comportamento que será apresentado pelo paciente.

8 CONCLUSÕES

Os dados obtidos na análise dos sintomas dos dois grupos de esquizofrênicos sugeriram a ocorrência de fatores preditivos no comportamento homicida na esquizofrenia. Ficou demonstrado nesta pesquisa que o estudo sintomatológico dos transtornos esquizofrênicos e a utilização do juízo nosológico são fundamentais para a construção do diagnóstico visando a valorização dos sintomas preditivos de comportamento anômalo específico nos casos de existência de sintomas produtivos. Epistemologicamente, o conceito de predição está relacionado à frequência e significado clínico, considerando rigorosamente o juízo nosológico que deve ser fundamentado na análise cuidadosa dos sintomas em todas as suas manifestações, das fases da doença e das modalidades de seu término. Recomenda-se, sobretudo, a ênfase na clínica psiquiátrica que valoriza todas as formas de expressão fenomenológica dos sintomas e de construção do diagnóstico, devendo ser utilizado apenas um modelo nosológico para a elaboração do diagnóstico psiquiátrico-forense.

Os fatores preditivos do parricídio em esquizofrênicos devem ser pesquisados mediante três critérios. O primeiro é o critério sintomatológico ou clínico-psicopatológico. O segundo é o critério comportamental que consiste na análise da ação homicida em seus aspectos explícitos, condutuais visando à avaliação do nível qualitativo dos impulsos heteroagressivos preexistentes nos esquizofrênicos parricidas. O terceiro critério é o da avaliação neurofisiopatológica que não foi utilizado nesta pesquisa.

De acordo com os resultados obtidos na pesquisa é possível constatar que os critérios clínico-sintomatológico e comportamental são fundamentais para a elaboração do diagnóstico em psiquiatria clínica. Na obtenção do diagnóstico psiquiátrico-forense, o critério clínico-sintomatológico é importante, mas deve ser utilizado o critério clínico-evolutivo proposto por Ey para avaliar o paciente examinado de acordo com os interesses e objetivos do judiciário. Os fatores

preditivos podem ser adequados para o juízo clínico-psiquiátrico com finalidade terapêutica, mas não são aplicados na perícia psiquiátrico-forense, porém a predição de comportamento homicida ou de comportamento parricida não é categoria utilizada pelo Direito Penal, nem a Psiquiatria tem o poder constitucional e científico de prevenção técnica do crime.

Para a Psiquiatria forense as diferenças clínico-sintomatológicas entre esquizofrênicos homicidas e esquizofrênicos parricidas não tem validade como conceito de categoria diferencial em função da aplicação da pena. O interesse jurídico penal é estabelecer nexos de causalidade entre a prática do homicídio/parricídio e o estado mental do criminoso no momento do crime.

O modelo nosológico de H. Ey mostrou-se mais adequado, na prática clínica, para responder as questões propostas pelo judiciário, porque abrange formas clínicas da fase inicial, da fase pré-esquizofrênica, da fase de início, as formas sindrômicas fundamentais do período de estado e as formas clínicas do período terminal, permitindo uma melhor avaliação com menos risco de equívocos no diagnóstico psiquiátrico-forense.

Nos esquizofrênicos homicidas houve cinco casos de esquizofrenia paranóide, um caso de esquizofrenia residual e um caso de esquizofrenia não especificada. Nos esquizofrênicos parricidas houve cinco casos de esquizofrenia paranóide e um caso de esquizofrenia hebefrênica.

Os critérios clínico-sintomatológico e comportamental são importantes na identificação dos fatores preditivos de comportamento homicida em esquizofrênicos apesar da dificuldade em uniformizá-los de acordo com convenções metodológicas que são incompatíveis com as exigências do diagnóstico psiquiátrico-forense essencialmente dinâmico e que enfatiza epistemologicamente os dados clínico-evolutivos com a cronologia biográfica do paciente. Tudo indica que não há outro meio de se estabelecer com propriedade o diagnóstico psiquiátrico-forense que com suas implicações psicológicas, sociais e existenciais irá determinar o tipo de inserção, reintegração, recuperação ou a lenta deterioração que infelizmente pode, em alguns casos, ser a penalidade maior para o indivíduo enredado no que pode ser

a ação humana constatada, mas não compreendida, já que pode significar a maior tragédia pessoal que pode atingir um indivíduo já portador de morbus mental de suma gravidade como a esquizofrenia.

REFERÊNCIAS

ALONSO-FERNÁNDEZ, F. **Fundamentos de la Psiquiatria Actual. Psiquiatria Clínica**. Madrid: Editorial Paz Montalvo, 1976. tomo 2: Psiquiatria Clínica.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th ed (DSM-IV). Washington, DC: APA, 1994.

ANDREASEN, N. C. An unitary model of schizophrenia: Bleuler's "fragmented phrene" as schizencephaly. **Arch Gen Psychiatry**, 56(9): 781-7, Sep 1997 (1997a).

ANDREASEN, N. C. The role of the thalamus in schizophrenia. **Can J Psychiatry**, 42(1): 27-33, Feb 1997 (1997b).

ANDREASEN, N. C.; BLACK, D. W. **Introductory textbook of psychiatry**. Washigton, DC: American Psychiatric Publishing, 2001. 912p.

ANDREASEN, N. C.; NOPOULOS, P.; O'LEARY, D. S.; MILLER, D. D.; WASSINK, T.; FLAUM, M. Defining the phenotype of schizophrenia: cognitive dysmetria and its neural mechanisms. **Biol Psychiatry**, 1: 46(7): 908-20, Oct 1999.

ANDREASEN, N. C.; OLSEN, S.; SCOTT, A. Negative versus positive schizophrenia. Definition and validation. **Archives of General Psychiatry**, v. 39, n. 7, p. 789-794, 1982.

ANDREASEN, N. C.; PARADISO, S.; O'LEARY, D. S. "Cognitive dysmetria" as an integrative theory of schizophrenia: a dysfunction in cortical-subcortical-cerebellar circuitry? **Schizophr Bull**, 24(2): 203-18, 1998.

ANDREASEN N.C.; PIERSON, R.; The role of the cerebellum in schizophrenia. **Biol Psychiatry**, 15; 64(2): 81-8, Jul. 2008.

ARBOLEDA-FLÓREZ, J. Mental illness and violence: an epidemiological appraisal of the evidence. **Can J Psychiatry**, 43: 989-996, 1998.

BARTELS, S. J.; DRAKE, R. E.; WALLACH, M. A.; FREEMAN, D. H. Characteristic hostility in schizophrenic outpatients. **Schizophr Bull**, 17(14), p. 163-71, 1991.

BEHRENDT, R. P. Dysregulation of thalamic sensory “transmissão” in schizophrenia: neurochemical vulnerability to hallucinations. **J Psychopharmac**, 20(3):356-72, May 2006.

BEHRENDT, R. P. Hallucinations in schizophrenia , sensory impairment, and brain disease: a unifying model. **Behav Brain Sci**, 27(6): 771-87, Dec 2004.

BERRIOS, G. E.; HAUSER, R. The early development of Kraepelin’s ideas on classification. **Psychological Medicine**, v. 18, 1988.

BION, W. R. **Elementos em psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

BLEICHMAR, N.; BLEICHMAR, C. I. **A Psicanálise depois de Freud: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 1992.

BOGERST, B.; LIEBERMAN, J. A.; ASHTARI, M. *et al.* Hippocampus-amygdala volumes and psychopathology schizophrenia. **Biol Psychiatry**, p. 33:236, 1993.

BOGERTS, B. The temporolimbic system theory of positive schizophrenic symptoms. **Schizophr Bull**, 23(3): 423-35, 1997.

BOOTS, D. P.; HEIDE, K. M. Parricides in the Media: A content analysis of available reports across cultures. **Int J Offender Ther Comp Criminol**, 50:418-445 2006.

BOVASSO, G.; EATON, W. W. Types of panic attacks and their association with psychiatric disorders and physical illness. **Comprehensive Psychiatry**, v. 40, p. 469-477, 1999.

BRESSAN, R. A.; GEROLIN, J.; MARI, J. J. The modest but growing Brazilian presence in psychiatric, psychobiological and mental health research: assessment of the 1998-2002 period. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 38, n. 5, 2005.

BULLMORE, E. T.; FRANGO, S.; MURRAY, R. M. The dysplastic net hypothesis: an integration of developmental and dysconnectivity theories of schizophrenia. **Schizophr Res**, 19, 28(2-3): 143-56, Dec. 1997.

CAMUS, A. **O Homem Revoltado**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

CARPENTER, W. T. The déficit syndrome. **Am J Psychiatry**, 151: 327-329, 1994.

CLINARD, M. B. Research frontiers in criminology. **The British Journal of Delinquency**, v. 7, n. 2, p. 110-122, 1956.

CLINTON, S. M.; MEADOR-WOODRUFF, J. H. Thalamic dysfunction in schizophrenia: neurochemical, neuropathological and in vivo imaging abnormalities **Schizophrenia Research**, 1 69(2-30): 237-53, Aug 2004.

COHEN, C.; MARCOLINO, J.A.M. Noções históricas e filosóficas do conceito de saúde mental. In: COHEN, C.; FERRAZ, F. C., SEGRE, M. **Saúde mental, crime e justiça**. São Paulo: Edusp, 1996. p. 13-24.

CONRAD, A. J.; ABEBE, T.; AUSTIN, R.; FORSYTHE, S.; SCHEIBEL, A. B. Hippocampal pyramidal cell disarray in schizophrenia as a bilateral phenomenon. **Arch Gen Psychiatry**, 48: 415, 1991.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 184/2008. Dispõe sobre especialidades médicas. **D.O.U.**, 15 jul. 2008. Sec. 1, p. 72.

COOPER, D. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. Paris: Le Seuil edit., 1970.

CROW, T. J. The continuum of psychosis and its genetic origins. The sixty-fifty Maudsley lecture. **The British Journal of Psychiatry**, v. 156 p. 788-797, 1990.

CROW, T. J. The two-syndrome concept: origins and current status. **Schizophrenia Bulletin**, v. 11, n. 3, p. 471-486, 1985.

DEL PORTO, J. A. O crime de parricídio. **Folha de São Paulo**, 09 out. 1994.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks: Sage, 1994.

DOCHERTY, N. M.; DeROSA, M.; ANDREASEN, N. C. Communication disturbances in schizophrenia and mania. **Arch Gen Psychiatry**, 53:358-364, 1996.

DRAKE, R. E.; OSHER, F. C.; WALLACH, M. A. Alcohol use and abuse in schizophrenia : a prospective community study. **J Nerv Ment Dis**, 177: 408-414, 1989.

ENDICOTT, J.; NEE, J.; FLEISS, L.; COHEN, J.; WILLIAMS, J. B. W.; SIMON, R. Diagnostic criteria for schizophrenia. **Arch Gen Psychiatry**, p. 39-884, 1982.

EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, C. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Masson/Atheneu, 1987 (Original de 1963).

FÁVERO, F. **Medicina Legal**. São Paulo: Livraria Martins Editora, 1980. 2 v.

FENTON, W. S.; McGLASHAN, T. H. Natural history of schizophrenia subtypes, I: longitudinal study of paranoid, hebefrenic, and indifferntiated schizophrenia. **Arch Gen Psychiatry**, 48: 969-977, 1991.

FILHO, J. M. Parricídio. **O Globo**, Rio de Janeiro, 20 nov. 1994. Jornal da Família.

FLANNERY, R. B. J. R.; PENK, W. E.; IRWIN, E. A.; GALLAGHER, C. Characteristics of violent versus nonviolent patients with schizophrenia. **Psychiatr-Q**, 69 (2): 83-93, 1998.

FOUCAULT, M. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1977.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

FREIRE, J. O acaso levou Gustavo a assassinar a família. **Folha de São Paulo**, 09 out. 1994.

FREUD, S. **A psicopatologia da vida cotidiana**. Rio de Janeiro: Imago, 1968 (1968a). v. 6.

FREUD, S. **Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental**. Rio de Janeiro: Imago, 1968 (1968b). v. 12.

FREUD, S. **Totem e tabu**. Rio de Janeiro: Imago, 1999.

FRISTON, K. J. Schizophrenia and the disconnection hypothesis. **Acta Psychiatr Scand Suppl**, 395:68-79, 1999.

FU C. H.; SUCKLING, J.; WILLIAMS, S. C.; ANDREW, C.M.; VYTHELYNGUM, G. N.; McGUIRE, P. K. Effects of psychotic state and task

demand on frontal function in schizophrenia: an fMRI study of over verbal influence. **Am J Psychiatry**, 162(3):485-94, Mar 2005.

GABBARD, G. O. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. **The DSM-IV Edition**. Washington American Psychiatric Press, 1994.

GELLISSE, P.; SAMUELIAN, J.C.; GENTON, P. Is a schizophrenia a risk factor for epilepsy or acute symptomatic seizures? **Epilepsia**, 40 (11): 1566-1571, 1999.

GJESSING, L. R. Chemistry and metabolism of catecholamines. **Tidsskr Nor Laegeforen**, May 1; 86 (9): 611-3, 1966.

GOEL, N.; BALE, T. L. Examining the intersection of sex and stress in modeling neuropsychiatric disorders. **J Neuroendocrinol**, Jan 30 2009.

GOLDSTEIN, J. M.; SIMPSON, J. C. Validity: definitions and applications to psychiatric research. In: TSUANG, M. T.; TOHEN, M.; ZAHNER, G. E. P. (Ed.). **Textbook in psychiatric epidemiology**. New York: Wiley-Liss, 1995.

GOLDSTEIN, R. L. Paranoids in the legal system: the litigious paranoid and the paranoid criminal. **Psychiatr Clin North Am**, 18: 303, 1995.

GUIBELET, J. **Trois discours philosophiques, le premier de la comparaison de l'homme et du monde, le second du principe de la génération de l'homme, le troisième de l'humeur mélancolique**. Evreux, 1603.

HARE, E. The two manias: a study of the evolution of the modern concept of mania. **British Journal of Psychiatry**, vol. 138, 1981.

HARRISON, P. J. On the neuropathology of schizophrenia and its dementia: neurodevelopmental, neurodegenerative, or both? **Neurodegeneration**, 4:1, 1995.

HEMMINGSSEN, R.; MADSEN, A.; GLENTJØJ, B.; RUBIN, P. Cortical brain dysfunction in early schizophrenia: secondary pathogenic hierarchy of neuroplasticity, psychopathology and social impairment. **Acta Psychiatr Scand Suppl**, 395: 80-8, 1999.

HONEY, G. D.; POMAROL-CLOTET, E.; CORLETT, P. R.; HONEY, R. A.; McKENNA, P. J.; BULLMORE, E. T.; FLETCHER, P. C. Functional dysconnectivity in schizophrenia associated with attentional modulation of motor function. **Brain**, 128 (pt 11) 2597- 611, Nov 2005.

HOSKINS, R.G. **The biology of schizophrenia**. New York, NY: WW Norton; 1946.

HUNGRIA, N. **Comentário ao Direito Penal**. 3. ed., Rio de Janeiro: Forense, 1955. vol. 5.

IÑIGO, C. *et al.* Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. **Rev. Esp. Sanid. Penit.** 1999; 2: 25-31. Disponível em: <<http://www.ikusbide.org/data/documentos/709-0.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2009.

JANSEN, A. **Mythes et coutumes des peuples primitives**. Paris, 1954.

JUNGINGER, J. Psychosis and violence: the case for a content analysis of psychotic experience. **Schizophr Bull**, 22(1): 91-103, 1996.

KALLMANN, F. J. The genetic theory of schizophrenia. **Am J Psychiatry**, 103:309-322, November 1946.

KANE, J. M. Schizophrenia. **N Engl J Med**, 334-34,1996.

KAPUR S; REMINGTON G. Serotonin-dopamine interaction and its relevance to schizophrenia. **Am J Psychiatry**, p. 153-466, 1996.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Comprehensive textbook of psychiatry, 8th ed.** Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1998.

KARASU, T.; WALTZMAN, S.; LINDENMAYER, J. P; BUCKLEY, P. The medical care of patients with psychiatric illness. **Hosp Community Psychiatry**, 31:463-471, 1980.

KENDELL, R. E.; JABLENSKY, A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnosis. **Am J of Psychiatry**, v. 160, p. 4-12, 2003.

KENDLER, K. S. Toward a scientific psychiatric nosology. **Archives of general Psychiatry**, v. 47, p. 969-973, 1990.

KERNBERG, O. **Agressão nos transtornos de personalidade e nas perversões**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

LAWRIE, S. M. Correlations between fMRI activation and individual psychotic symptoms in un-medicated subjects at high genetic risk of schizophrenia. **BMC Psychiatry**, 29 7: 61, Out 2007.

LIDDLE, P. F. The symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of the positive-negative dichotomy. **The British Journal of Psychiatry**, v. 151, p. 145-151, 1987.

LOUZÂ NETO, M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria Básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MATZA, L. S. *et al.* Depression with atypical features in the National Comorbidity Survey: classification, description, and consequences. **Archives of General Psychiatry**, v. 60, p. 817-826, 2003.

McGLASHAM, T. H. A selective review of recent North American long-term followup studies of schizophrenia. **Schizophr Bull**, 14:515-542, 1988.

McKENNA, P. J.; KANE, J. M.; PARRISH, K. Psychotic syndromes in epilepsy. **Am J Psychiatry**, 142:895-904, 1985.

MECHRI, A.; SAOUD, M.; KHIARI, G.; D'AMATO, T.; DALERY, J.; GAHA, L. Glutaminergic hypothesis of schizophrenia: clinical research studies with ketamine. **Encephale**, 27(1): 53-9, Jan-Feb 2001.

MELTZER, D. **El proceso psicanalítico**. Buenos Aires: Hormé, 1987.

MENDELSON, E. F. A survey of practice at a regional Forensic Service: What do Forensic Psychiatrists Do? Part I-II: Characteristics of cases and distribution of work. **British Journal Psychiatry**. 160:769-772:773-776 1992.

MILLAUD, F.; AUCLAIR, N.; MEUNIER, D. Parricide and Mental Illness: A study of 12 cases. **International Journal of Law and Psychiatry**. V.19, No.2 173-182 1996.

MORSE, J. M.; FIELD, P. A. **Qualitative Research Methods for Health Professionals**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 1995.

MOURA, L.A. Imputabilidade, semi-imputabilidade e inimputabilidade. In: COHEN,C.; FERRAZ, F.C.; SEGRE, M. **Saúde Mental, Crimes e Justiça**. São Paulo: Edit. da USP, 1996. p. 13-23.

MÜLLER, C. **Lexikon der Psychiatrie**. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 1986.

NARDI, A. E. O parricídio. **O Globo**. Rio de Janeiro, nov. 1994. Jornal da Família.

NYNAULD, J. **De la lycantropie transformation et éxtase de sorciers ou les astuces du diable sont mises tellement em évidence qu'il est presque impossible,voire au plus ignorant, de se laisser dorénavant séduire. Avec la refutation dès arguments contraires que Bodin allègue au chapitre VI du second livre de as Démonomanie...** Paris, 1615.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS (Coord.). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

OPLER, M. K. **Culture and Mental Health**. New York: Mc Millan, 1959.

PALOMBA, G. A. Assassinos por natureza. **Revista Viver Psicologia**, n. 29, jan./fev. 1995.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION – PAHO. **Mental Health**. 43rd Directing Council: 53rd Session of the Regional Commitee. Washington, D.C., USA, 24-28 Sep. 2001. Disponível em: <http://www.paho.org/English/GOV/CD/cd43_15-e.pdf>. Acesso em: 27 out. 2009.

PICHOT, P. **Um siècle de psychiatrie**. Paris: Dacosta, 1983.

PIGRAY, P. **Epitome des Preceptes de Médecine et de Chirurgie, avec ample déclaration des propres aux maladyes**. Paris, 1606.

POSTELI, R. **A periculosidade do doente mental**. Belo Horizonte: Del Rey, 1995.

RIBEIRO, B. M. **Medidas de segurança**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1998.

RIBEIRO, L. **Medicina Legal e Criminologia**. Rio de Janeiro, 1949.

ROBACK, H. B. *at al*. Confidentiality in group psychoterapy: empirical findings and the law. **Int J Group Psychother**, 46:117, 1996.

ROJAS, N. **Medicina Legal**. 8. ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1964. tomo I e II.

ROSENFELD, H. **Os estados psicóticos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.

RUPPIN, E.; REGGIA, J. A.; HORN, D. Pathogenesis of schizophrenic delusions and hallucinations: a neural model. **Schizophr Bull**, 22(1): 105-23, 1996.

SACKS, E. The Criminal responsibility of people with multiple personality disorder. **Psychiatry Q**, 66;119, 1995.

SANTOS, A. A. da S. Coerentismo e o diagnóstico psiquiátrico. **Neurobiologia**, 71 (3) jul.-set., 2008.

SEMKOVSKA, M.; BÉDARD, M. A.; STIP, E. Hypofrontality and negative symptoms in schizophrenia: synthesis of anatomic and neuropsychological knowledge and ecological perspectives. **Encephale**, 27(5):405-15, Set-Out 2001.

SHENTON, M. E.; KIKINIS, R.; JOLESZ, F. A. *et al.* Abnormalities of the left temporal lobe and thought disorder in schizophrenia. **N Eng J Med**, p. 327-606, 1992.

SHORE, D; FILSON, C. R.; JOHNSON, W. E. Violent crime arrests and paranoid schizophrenia. The White House case studies. **Schizophr. Bull.** 14(2):279-81, 1988.

SIM, K.; CULLEN, T.; ONGUR, D.; HECKERS, S. Testing models of thalamic dysfunction in schizophrenia using neuroimaging. **J Neural Transm**, 113(7): 907-28, Jul 2006.

STEPHAN, K. E.; FRISTON, K. J.; FRITH, C. D. Dysconnection in schizophrenia: from abnormal synaptic plasticity to failures of self-monitoring. **Schizophr Bull**, Jan 20 2009.

SWARTZ, M. S.; SWANSON, J. W.; HIDAY, V. A.; BORUM, R.; WAGNER, R.; BURNS, B. J. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. **Am J Psychiatry**, 155(2): 226-231, 1998.

TARDIFF, K. **Assessment and Management of Violent Patients**. 2. ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996.

TAXIL, J. **Traicté de l`epilepsie, maladie vulgairement appelée au pays de Provence la goutette aux petits enfants; Avec plusieurs belles et curieuses questions touchant les causes prognostiques et cures d`icelles.** Lyon, 1602.

THOINOT, L. **Tratado de Medicina Legal.** Salvat Editores: Barcelona, 1928. tomo II.

THOMSON, L. Clinical management in forensic psychiatry. **J Forensic Psychiatry**, 10:367, 1999.

TRILLAT, E. **História da histeria.** São Paulo: Escuta, 1991.

VIELMA, M.; VINCENT, B.; HAYES G. D.; LARKIN, E. P.; JENNER, F. A mentally abnormal homicide: a review of a special hospital male population. **Med. Sci-Law**. 33(14):47-54 1993.

VOLTAIRE. **Dictionnaire Philosophique.** Paris: Ed.Garnier, 1964.

WHALLEY, H. C.; GOUNTOUNA, V. E.; HALL, J.; McINTOSH, A.; WHITE, M. C.; SIMONOTTO, E.; JOB, D. E.; OWENS, D. G.; JOHNSTONE, E. C.;

WOLFGANG, M. E.; SAVITZ, L. The sociology of delinquency and crime. In: GITTLER, J. B. (Ed.). **Review of sociology.** New York: Wiley, 1957.

YAMAGUCHI, N. Functions of the thalamus in psychiatry: the relationship between the thalamus and schizophrenia. **Seishin Shinkeigaku Zasshi**, 108(3): 299-75, 2006.

YUI, K.; IKEMOTO, S.; ISHIGURO, T.; GOTO, K. Studies of amphetamine or methamphetamine psychosis in Japan: relation of methamphetamine psychosis to schizophrenia. **Ann N Y Acad Sci**, p. 914:1, 2000.

ANEXO - FOTOGRAFIAS

FIGURA 2: EUGEN BLEULER (1857-1939)

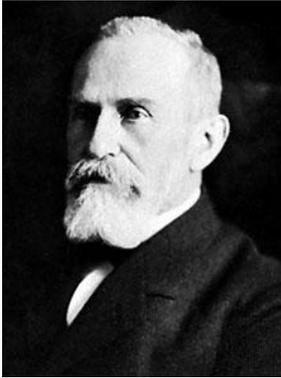


FIGURA 3: SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL (1852-1934)



FIGURA 4: KURT SCHNEIDER (1887-1967)



FIGURA 5: SIGMUND FREUD (1856-1939)



FIGURA 6: W. MAYER-GROSS (1889-1961)



FIGURA 7: EMIL KRAEPELIN (1856-1926)



FIGURA 8: KARL LUDWIG KAHLBAUM (1828-1899)



FIGURA 9: BENEDICT MOREL (1809-1873)



FIGURA 10: FRANCISCO ALONSO-FERNANDEZ (1924-)



FIGURA 11: HENRY EY (1900-1977)



FIGURA 12: JOSÉ LUCENA (1909-1997)

