

Psiquiatria forense ajuda a Justiça decidir, mas ainda é subaproveitada

A psiquiatria forense é, de forma ampla e genérica, a psiquiatria a serviço da Justiça. Essa subespecialidade da psiquiatria é aplicada a indivíduos supostamente portadores de transtorno mental que violam a lei; e a indivíduos que necessitam de sua proteção, podendo ter um caráter tanto pericial quanto terapêutico.¹

Segundo Abdalla-Filho & Engelhardt¹, no Brasil, a prática revela que a recusa de um laudo psiquiátrico por uma autoridade judicial representa uma pequena minoria dos casos, o que reforça a necessidade de uma comunicação de melhor qualidade entre os profissionais de Saúde Mental e os profissionais do campo da Justiça.

Assim, é importante que o perito médico faça as conversões de linguagem médica para que os operadores do Direito possam exercer suas funções legais.²

Abaixo alguns temas em saúde mental relacionados à prática da psiquiatria forense.

Infanticídio

O infanticídio é entendido na legislação atual como um crime praticado pela mulher em função de um estado especial. Ao adotar o critério biopsicológico, ou seja, de que, além de haver uma “doença mental”, deverá estar presente também a perda da capacidade cognitiva e/ou volitiva, o Código Penal de 1940 aponta a comprovação médica deste estado.^{3, 4, 5}

Portanto, o papel da perícia forense tem importante lugar em sua caracterização. Através de avaliação da mulher e de suas condições psíquicas no momento da ação, ou omissão, chega-se à conclusão do infanticídio. Para implicar infanticídio, é impreterível que a mulher ao cometer homicídio de sua prole durante o puerpério apresente o estado puerperal. Este estado compreende as alterações da mulher no puerpério, período pós-parto, as quais podem implicar em condições psíquicas que prejudiquem sua capacidade de entender o caráter ilícito dos seus atos.⁵

Transtornos Mentais do Pós-Parto

A disforia pós-parto se caracteriza por alterações leves do humor depressivo, geralmente autolimitadas e com remissão completa, geralmente não apresentando gravidade. Ocorre nos primeiros 7 a 10 dias do pós-parto, durando algumas horas ou dias. Observa-se uma exacerbação dos sintomas entre o quarto e quinto dias do pós-parto.^{5, 6}

A depressão pós-parto é definida assim como a depressão classicamente reconhecida em qualquer época da vida, exceto pelo período que deve ser, de quatro semanas após o parto.⁷ Ocorre em aproximadamente 10% a 20% das mulheres. Raramente a depressão pós-parto acarretará em suicídio ou até infanticídio.⁸

Na psicose pós-parto, os quadros são graves, de ocorrência rara, não existindo uma apresentação típica, podendo cursar com agitação psicomotora, alucinações, ideias delirantes que envolvem a criança. Pode

ainda haver delírios que constituem certezas distorcidas e desorganização do comportamento. Nesta população, a taxa de infanticídio nos quadros não tratados está em torno de 4%.⁹

De acordo com a psiquiatria, a mulher no pós-parto pode ter qualquer destas alterações, cabendo ao perito detectar o prejuízo no entendimento de seus atos, mesmo que transitoriamente. A grande dificuldade está no fato de, na maioria das vezes, a pericianda vai para o exame mental passado algum tempo do fato ocorrido. E, não raro, a avaliação psíquica neste momento não estará alterada. O médico deve esmiuçar os sintomas daquele momento colocando-os numa perspectiva temporal, além de munir-se de avaliações médicas do momento da ocorrência dos fatos como registros de prontuários, leitura atenta dos autos e grande saber técnico.⁵

Lei 11.340/2006, Lei Maria da Penha

Na psiquiatria forense, o alvo da avaliação deve ser a violência psicológica dirigida contra a mulher. Diferentemente da violência física, esta é mais difícil de caracterizar-se, já que os sinais deixados figuram na subjetividade.

Uma mulher pode passar toda uma vida sendo diminuída, manipulada por mentiras e desrespeitada por seu marido e sofrer calada, uma vez que não tem a garantia de ser entendida pela sociedade.

É presente a recorrência desses atos, minando as defesas da vítima, resultando em graves repercussões psíquicas^{10, 11}.

Por se tratar de uma conduta subreptícia, a vítima nem sempre percebe essa forma de violência, tendo então dificuldade para se proteger.⁵

Stalking

Outra forma de violência psicológica é o *stalking*, que se refere à ideia de perseguição persistente e implacável de sua vítima. Em geral o sexo feminino é o mais acometido. Refere-se geralmente à intrusão persistente na vida de uma pessoa, contatos indesejados, ameaças e invasão de sua privacidade. A grande dificuldade de caracterizar esta conduta é que nem sempre o perseguidor comete algum ato ilegal. Todo esse conjunto de ações pode culminar em ameaças de morte, sequestro e até homicídio. Nesse particular, a Lei Maria da Penha sinaliza para a possibilidade de caracterizar o *stalking*, ao incluir entre as formas de violência a modalidade psicológica.^{11, 12}

Dependência química

Para a psiquiatria forense a verificação médica da presença da dependência de drogas baseia-se em critérios descritos em manuais de diagnósticos. São critérios clínicos, que definem a dependência: pelo menos um ano de uso, tolerância a substância, abstinência ao interromper o uso com alívio ao consumi-la novamente, passa-se um grande tempo ao utilizá-la ou obtê-la, tentativas fracassadas em deixar o uso, há um comprometimento global no funcionamento do indivíduo, e mesmo ciente destes prejuízos não conseguir abandonar o uso.^{13, 14}

O dependente de drogas geralmente tem um comprometimento da vida em diversos níveis do funcionamento pessoal e o perito poderá utilizar avaliações neuropsicológicas e exames de neuroimagem como instrumentos que complementam na elaboração do diagnóstico. 15, 16, 17

A legislação penal brasileira é clara ao afirmar que o agente deverá ao tempo da ação ou da omissão ter tido comprometidos o seu entendimento e sua autodeterminação para ser considerado inimputável. Assim, mesmo que exista a comprovação da dependência de drogas esta não é por si só excludente de imputabilidade. Para que o sujeito seja culpado é preciso que as funções psíquicas cognitivas e volitivas não estejam comprometidas no momento da ação ou omissão em avaliação. Ainda, deverá existir o nexo causal com o ato delitivo em questão.

Caso haja comprometimento da capacidade de entendimento ou de determinação no momento do ato em julgamento, e que haja claro nexo com a infração penal e a aceitação pelo Juízo, caberá a medida de segurança. De acordo com a penalidade a medida pode ser de internação em hospital de custódia ou tratamento ambulatorial. 15, 18, 19

A Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, mais conhecida como a Nova Lei Antidrogas coaduna-se ao Código Penal que traz em seu artigo 26: “É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”

A intoxicação patológica, a intoxicação aguda com *delirium* e a abstinência com distorções da percepção se enquadram neste artigo.^{20,21, 24, 25}

No caso específico da dependência de drogas o entendimento seria distorcido por psicose induzida por drogas, por exemplo. Já no caso da autodeterminação o prejuízo seria uma incapacidade de autocontrole em razão de abstinência, fissura ou grave impulsividade.²⁶

Retardo mental

O retardo mental é um quadro neuropsiquiátrico de causa multifatorial que leva a redução das habilidades cognitivas, sociais e laborais em diferentes graus com repercussões nos direitos e deveres estabelecidos pelas leis.²⁷

O psiquiatra forense deve ter a expertise para realizar o diagnóstico de retardo mental, classificá-lo em graus e esclarecer para o portador da deficiência, para os familiares e para Justiça o quanto este déficit repercute nos direitos e deveres deste avaliando e dos seus responsáveis de acordo com as legislações vigentes no Brasil.²⁷

Considera-se que é maior a probabilidade do portador de retardo cometer um crime quanto menos grave for o retardo.²⁹ Quanto mais próxima da normalidade estiver a inteligência do infrator, melhores serão os recursos que ele terá para planejar e executar com eficiência a ação delituosa.

Do ponto de vista criminal, as características importantes são representadas pelos indivíduos retardados chamados de eréticos, denominação usada para aqueles que apresentam hiperatividade, instabilidade

afetiva e agressividade, além de irritabilidade e de uma baixa tolerância à frustração. Os indivíduos retardados portadores de tais características apresentam um potencial criminógeno maior do que aqueles que se mostram mais passivos, submissos e dóceis.

A submissão das pessoas portadoras de retardo a uma condição social desfavorável também agrava o risco de envolvimento em infrações penais, uma vez que elas apresentam maior dificuldade de empregar-se e de garantir o próprio sustento, tornando-se, portanto, vulneráveis, tendo que se sujeitar àquilo que lhes for oferecido, o que lhes coloca sob o risco de serem usados em atos ilegais.

Em relação à imputabilidade, os indivíduos com retardo mental profundo, grave ou moderado são inteiramente incapazes de entendimento e determinação, o que os coloca na condição de inimputáveis. As pessoas com retardo mental leve têm sua capacidade de entendimento e determinação comprometida, mas não anulada, o que as pode tornar semi-imputáveis. Já os indivíduos cognitivamente situados no limite chamado *borderline*, e que não são considerados como retardados, respondem pelas infrações penais com imputabilidade plena.³⁰

Conclusões

A psiquiatria forense é uma área do conhecimento em saúde com estudo em interface com as ciências jurídicas que auxiliam as tomadas de decisões da Justiça em relação aos indivíduos portadores de transtornos mentais que cometem delitos.

No Brasil a atuação do psiquiatra forense ainda é subaproveitada e ter a possibilidade de fazer esta publicação é motivo de eterna gratidão por esta oportunidade excepcional de esclarecimento para os operadores do Direito.

Referências

1. ABDALLA-FILHO, Elias; ENGELHARDT, Wolfram. A prática da psiquiatria forense na Inglaterra e no Brasil: uma breve comparação. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 25, n. 4, Oct. 2003.
2. Palomba GA. Tratado de psiquiatria forense civil e penal. São Paulo, Atheneu, 2003.
3. Pinheiro B. Teoria geral do delito. Rio de Janeiro, Elsevier, 2009.
4. Rudá, AS. Limites temporais do estado puerperal nos crimes de infanticídio. Jus Navigandi [internet], Teresina, ano 15, n.2635, [atualizada em 18 Set 2010]. Disponível na Internet: [http://jus.uol.com.br/revista/texto/17433\(28 Jan 2011\)](http://jus.uol.com.br/revista/texto/17433(28 Jan 2011)).
5. Ribeiro HL; Terrell A; Cabral ACJ. Particularidades na Avaliação Psiquiátrica-Forense da Mulher. Tratado de Saúde Mental da Mulher. Editora Atheneu. No Prelo.
6. Vasconcelos AJA, Melzer DL. Disforia do Pós-Parto. In: Vasconcelos AJA, Teng CT. Psiquiatria perinatal. São Paulo, Atheneu, 2010. p.71-88.
7. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-4-TR, 4. ed. Porto Alegre, Artmed, 2000.
8. Ribeiz SRI, Chang TMM, Teng CT. Depressão Pós-Parto. In: Vasconcelos AJA, Teng CT. Psiquiatria perinatal. São Paulo, Atheneu, 2010. p. 89-105.
9. Júnior JR, Ribeiro CS, Ribeiro HL. Psicose puerperal. In: Vasconcelos AJA, Teng CT. Psiquiatria perinatal. São Paulo, Atheneu, 2010. p 107-17.
10. Baruki LVRP, Bertolin PTM. Violência contra a mulher: a face mais perversa do patriarcado – quem tem medo do lobo mau? In: Bertolin PTM, Andreucci ACPT. Mulher, sociedade e direitos humanos. São

Paulo, Rideel, 2010. p 297- 324.

11. Trindade J. Manual de Psicologia Jurídica para operadores do direito, 5.ed. rev. atual. e ampl. Porto Alegre, Livraria do Advogado, 2011.
12. Hirigoyen, MF. Assédio Moral: a violência perversa no cotidiano, 12 ed. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2010.
13. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord. Organiz. Mund. Da Saúde; trad. Dorgival Caetano. – 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
14. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
15. Simon RI. Leis e Psiquiatria. In: Hales RE, Yudofsky SC. Tratado de Psiquiatria Clínica. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 1475- 1515.
16. Cohen C, Ferraz FC, Segre M. Saúde Mental, crime e justiça. 2. Ed. São Paulo: Edusp; 2006.
17. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Psiquiatria Forense. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Trad. Dayse Batista. – 7.ed. – Porto Alegre: Artmed; 1997. p.1088-1104.
18. Baltieri DA, Rigonatti SP. Aspectos básicos da Psiquiatria forense. In: Alvarenga PG, Andrade AG. Fundamentos em Psiquiatria. Baueri: Manole; 2008. p.521-45.
19. Palomba GA. Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal. Palomba GA. São Paulo: Atheneu; 2003.
20. Pinheiro B. Arrependimento Posterior ou Arrependimento *Post Factum* Benéfico. In: Pinheiro B. Teoria Geral do Delito. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p. 159-166.
21. Greco Filho V. Tóxicos: prevenção – repressão. Comentários à Lei n. 11.343/2006 – Lei de Drogas. – 13. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2009.
22. Chalub M, Telles LEB. Álcool, drogas e crime. Rev Bras Psiquiatr. 2006; Oct;28 (II supl):S69-73.
23. Valença AM, Chalub M, Mendlowicz MV, Mecler K, Nardi AE. Responsabilidade penal nos transtornos mentais. J Bras Psiquiatr 54(4): 328-333, 2005.
24. Moraes T, Fridman S. Medicina forense, psiquiatria forense e lei. In: Taborda JGV, Chalub M, Abdalla Filho E. Psiquiatria Forense. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.21-29.
25. Abdalla-Filho E; Ribeiro HL. Retardo Mental. In: In: Taborda JGV, Chalub M, Abdalla Filho E. Psiquiatria Forense. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.450-468.
26. Hall I. (2000). Young offenders with a learning disability. *Advances in Psychiatric Treatment* 6:278-286.
27. Vargas HS. (1990). Modificadores psicopatológicos da responsabilidade penal e da capacidade civil. In: HS Vargas. *Manual de Psiquiatria Forense*. Rio de Janeiro: Biblioteca Jurídica Freitas Bastos. p 195-393.

Date Created

26/07/2012