



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Renata Fernandes de Oliveira

**Os utentes dos serviços de saúde mental
e o seu encontro com a (in)Justiça:
Por que tem sido a exclusão uma forma
de tratamento?**



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Renata Fernandes de Oliveira

**Os utentes dos serviços de saúde mental
e o seu encontro com a (in)Justiça:
Por que tem sido a exclusão uma forma
de tratamento?**

Tese de Doutoramento em Psicologia
Especialidade em Psicologia da Justiça

Trabalho realizado sob a orientação do
**Professor Doutor Rui João Abrunhosa
Carvalho Gonçalves**

junho de 2014

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço aos meus pais, pois sem o seu Apoio – sim, em maiúscula devido à sua importância – eu não teria dado o primeiro passo. Foram sempre incansáveis, encorajadores e presentes em todos os momentos da minha vida, desde os mais corriqueiros aos mais significativos.

Agradeço imensamente aos meus amigos, que me souberam ouvir quando precisei desabafar, aconselharam, ou simplesmente estavam ali para melhorar o meu humor, dar apoio e impulso para continuar na batalha.

Em especial refiro Nuno Orestes, um companheiro incansável até ao último minuto, pelo seu carinho, apoio, dedicação e paciência fundamentais para a consecução da presente tese, Paulo Geovane, que foi quase um psicólogo, Fernando Ludwig, amigo de quase uma década e que se manteve sempre presente, Joana Simões, que além de me preparar fisicamente fez muitas vezes de terapeuta e Henk van der Weij, que me tirou do caos num momento de quase esgotamento mental.

Ao meu orientador, Professor Doutor Rui João Abrunhosa Carvalho Gonçalves, que foi mais que um professor e que desde o início confiou em mim e no meu trabalho, impulsionando-me no crescimento científico.

Ao Professor Doutor Flavio Jozef, por me ter recebido tão bem no Instituto de Psiquiatria, fazendo-me sentir como parte da equipe, colaborando de grande maneira no amadurecimento da compreensão do que é a prática psiquiátrica forense.

Ao Professor Doutor Duarte Nuno Vieira e ao Professor Doutor Francisco Corte-Real, que autorizaram a recolha de dados no Instituto Nacional de Medicina Legal, indispensável para a realização da presente tese.

À Dr.^a Sandra Curado e à Sr.^a Alzira Carvalho, pelo auxílio no acesso aos processos no Instituto Nacional de Medicina Legal. Um agradecimento especial à Sr.^a Zilda Ferreira, também do Instituto, que foi

simplesmente incansável! Com muito bom humor mostrou-me além dos processos, alguns dos recantos da magnífica Faculdade de Medicina.

À Dr.^a Valéria Brito, Psicóloga da Central de Penas e Medidas Alternativas da VEP-TJRJ, que foi a primeira pessoa que me ajudou a encontrar o meu caminho na recolha de dados a ser realizada no Brasil. À Dr.^a Ana Carla Silva, Psicóloga da SEAP do Rio de Janeiro e à Dr.^a Tania Kolker, Médica Psiquiatra da Superintendência da Saúde da SEAP por me terem mostrado a realidade dos serviços de atenção psiquiátrica.

Ao Dr. Marcos Argôlo, Médico Psiquiatra, então Diretor do HCTP Heitor Carrilho, local da recolha de dados no Brasil, por sua imediata disponibilidade em autorizar a pesquisa e pela confiança no meu trabalho. À Pós-Doutora Tânia Dahmer, Assistente Social do referido HCTP, que me apresentou ao hospital e aos pacientes, sempre com muita dedicação, empenho e passando seus conhecimentos infundáveis. À querida Wal, Técnica do Centro de Estudos do HCTP, que também se mostrou incansável durante todos os dias em que estive a recolher os dados, sempre prestativa e indispensável à realização do trabalho.

Às Universidades do Minho, Universidade de Coimbra e ao Centro de Estudos Sociais e seus funcionários, por permitirem que eu utilizasse as suas instalações durante a escrita e pela disponibilidade de consulta bibliográfica.

À Dr.^a Luana Fernandes, Psicóloga Clínica, que para além de apoio técnico forneceu também incontáveis referências que auxiliaram a pesquisa. Ao Dr. Guilherme Malaquias, Médico Psiquiatra, pela ajuda e pelos conselhos. À Simone Garcia pela ajuda indispensável, sem a qual não teria sido possível catalogar todos os processos no Brasil.

À Fundação para a Ciência e a Tecnologia, pois sem o seu subsídio teria sido impossível levar a termo o curso de Doutoramento e a presente tese, com os inevitáveis deslocamentos para a recolha dos dados e as apresentações científicas em conferências internacionais.

OS UTENTES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E O SEU ENCONTRO A (IN)JUSTIÇA: POR QUE TEM SIDO A EXCLUSÃO UMA FORMA DE TRATAMENTO?

RESUMO

Os indivíduos identificados com algum transtorno mental já enfrentaram diversas formas de preconceito em razão da sua doença. Por inúmeros séculos, sua condição foi considerada sobrenatural, e mesmo quando esse não era mais o entendimento, o seu destino era sempre o mesmo: ser afastado do convívio com a sua família e comunidade de origem.

Quando este indivíduo, que já era apontado por ter uma doença que não era tão visível aos olhos, pratica uma conduta socialmente reprovável, é imediatamente considerado passível de praticar um fato violento, ainda que a sua conduta tenha sido meramente diferente do esperado pelas demais pessoas. Adicionalmente, quando este sujeito pratica uma conduta criminalmente punível, é prontamente avaliado como perigoso, ou ainda, especialmente perigoso, em virtude da presença da patologia.

A despeito de a legislação relativa à saúde mental ser relativamente nova, já houve oportunidade para que os Estados pudessem se adaptar e efetivamente aplicar os preceitos legais motivados pelos ditames da reforma psiquiátrica. Justificada pela carência de verdadeira aplicabilidade das Leis de Saúde Mental, a investigação empírica sobre a inimputabilidade em razão de anomalia psíquica, a exclusão suportada e o tratamento oferecido aos inimputáveis que estejam a cumprir o internamento compulsivo constituíram-se como os alicerces centrais da presente tese.

Através de uma extensiva revisão de literatura, bem como da análise dos relatórios periciais/laudos psiquiátricos acerca da (in)imputabilidade dos indivíduos que estivessem na posição de réus de um processo criminal, pretendemos aprofundar o conhecimento acerca deste fenômeno, a fim de

compreender a situação atual dos indivíduos sujeitos à medida de segurança de internamento e refletir sobre o que pode ser feito para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

No estudo empírico realizado procuramos definir algumas hipóteses a respeito do internamento compulsivo, que estão concentradas na definição da proporção de ocorrência de fatos ilícito-típicos praticados, na proporção de psicopatologias atribuídas aos pacientes internados, se a proporção de ocorrência dos fatos varia de acordo com a presença de uma patologia específica e o questionamento sobre o motivo pelo qual o internamento compulsivo ainda tem sido a única resposta judicial, não obstante a própria legislação incentivar o tratamento em ambiente comunitário.

No curso da recolha dos dados, e exatamente pelo fato da recolha ter permitido o acesso a um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, foi percebido o abismo entre a legislação e a prática. Desta feita, a necessidade de um estruturado cuidado em saúde mental comunitária foi encarada e considerada absolutamente imprescindível para a melhora dos sintomas e da qualidade de vida dos sofredores de um transtorno mental.

Para tentar evitar ou, ao menos, amenizar essa experiência traumática para todos os participantes é que a saúde mental comunitária é pensada para os sujeitos inimputáveis, de maneira a tratá-lo, oferecendo todas as formas de cuidado necessárias na sua comunidade de origem, não se afastando dela, das pessoas, nem do seu papel como indivíduo comunitário, que tem o direito de estar nessa comunidade e de prestar a sua contribuição através da sua arte, do seu trabalho, da sua experiência de vida.

Muitas vezes esses indivíduos são calados e esquecidos, mas seres humanos que são, detêm direitos, liberdades e garantias fundamentais inerentes à pessoa humana, que de forma alguma podem ser violados ou preteridos.

Palavras-chave: Inimputabilidade; exclusão; direitos fundamentais; saúde mental comunitária.

THE MENTALLY ILL PATIENTS AND THEIR MEETING WITH (IN)JUSTICE. WHY HAS THE EXCLUSION BEEN A FORM OF TREATMENT?

ABSTRACT

Individuals identified with some mental disorder already face various forms of prejudice because of their disease. For countless centuries, their condition was considered supernatural, and even when this was not the understanding, their destination was always the same: being sent away from living with their family and community of origin.

When this person, who was already pointed out for having a disease that was not so visible to the eye, practices a socially reprehensible conduct is immediately considered likely to committing any type of violence, even if their conduct was merely different than expected by others. Additionally, when the subject engages into a criminal behavior, is readily evaluated as dangerous, or especially dangerous because of the presence of the disease.

Despite the fact that the law relating to mental health is relatively new, there has already been opportunity for the countries to adapt and effectively apply the legal principles motivated by the principles of the psychiatric reform. Justified by the lack of real applicability of the Laws of Mental Health, the empirical research on the unaccountability by reason of mental disorder supported the exclusion and treatment provided to the unimputable people who are serving the compulsory detention, constituting themselves as the core foundations of this thesis.

Through an extensive review of the literature and analysis of psychiatric reports about the (un)imputability of individuals who were defendants in a criminal trial, we intend to deepen the knowledge about this phenomenon in order to understand the current situation of individuals subjected to a internment security measure and reflect on what can be done to improve the quality of life of these people.

In the empirical study we sought to define some assumptions about the compulsory detention, which are concentrated in defining the proportion of occurrence of illicit-typical facts, in the proportion of psychopathology attributed to inpatients, if the proportion of occurrence of these facts varies according to the presence of a specific pathology and questioning why the compulsory detention has still been the only judicial response despite the very legislation has encouraged treatment in a community environment.

In the course of data collection, and precisely because of this collection, we have been allowed to access the psychiatric hospital, where we perceived the gap between legislation and practice. So, the need for a structured care in community mental health was considered absolutely essential for the improvement of symptoms and quality of life of sufferers of mental illness.

In order to try to avoid or at least mitigate this traumatic experience for all participants is that the community mental health is designed for those unimputable subjects, in order to treat them, offering all forms of care needed in their community of origin, not away from those people nor their role as a community individual who has the right to be in this community and make its contribution through his art, his work, his life experience.

Often these individuals are silenced and forgotten, but as human beings, they own the rights, freedoms and guarantees inherent to the human person, which in any case might be violated or deprecated.

Keywords: Nonimputability; exclusion; fundamental rights; community mental health.

*A todos os sofredores de transtornos psíquicos
que, ainda sem saber, transformaram a minha
concepção de mundo e me fizeram crescer.*

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO.....	v
ABSTRACT	vii
DEDICATÓRIA.....	ix
ÍNDICE	xi
LEGISLAÇÃO CONSULTADA	xxi
INTRODUÇÃO	23
PARTE I	27
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	27
CAPÍTULO I	29
Breve apanhado sobre o papel dos transtornos psíquicos no curso da história	29
1.1. Primeiro manicômio em Portugal	48
1.2. Primeiro manicômio no Brasil.....	55
CAPÍTULO II	65
Psicopatologias que co-ocorrem mais frequentemente com as práticas de fatos ilícito-típicos.....	65
2.1. Transtorno Bipolar.....	65
2.1.1. Origens do transtorno	68
2.1.2. Stress.....	71
2.1.3. Impulsividade, agressividade e violência	73
2.1.4. Subtipos do Transtorno Bipolar	74
a) Transtorno Bipolar Tipo I	74

b) Transtorno Bipolar Tipo II	78
c) Transtorno Bipolar Ciclotímico	80
d) Estados Mistos	81
e) Depressão Bipolar	82
2.1.5. Suicídio	84
2.2. Esquizofrenia	85
2.2.1. Origem do transtorno	85
2.2.2. Stress.....	92
2.2.3. Estigma.....	96
2.2.4. Subtipos da Esquizofrenia	102
2.2.5. Problemas relacionados à medicação	103
2.2.6. Suicídio	107
2.2.7. Promoção da independência dos indivíduos	108
2.2.8. Qualidade de vida	111
2.3. Retardo Mental.....	113
2.3.1. Definição.....	113
2.3.2. Avaliação	115
a) Diagnóstico.....	115
i. Avaliação do Funcionamento Intelectual.....	116
ii. Avaliação do Comportamento Adaptativo	118
iii. Avaliação Clínica.....	121
b) Classificação	123
i. Sistemas de classificação	123
ii. Etiologia e prevenção.....	125
c) Planejamento de Apoios	128
CAPÍTULO III	133
Enquadramento Jurídico	133

3.1. Inimputabilidade em razão de anomalia psíquica	134
3.1.1. Capacidade.....	134
3.1.2. Relação de causalidade entre a psicopatologia e o delito	142
3.1.3. Estigma.....	144
3.2. Medida de segurança de internamento.....	146
3.2.1. Finalidades da medida de segurança	146
3.2.2. Pressupostos da aplicação da medida de segurança.....	152
3.2.3. Limites da aplicação da medida de segurança	157
3.3. Direitos fundamentais e respeito à dignidade da pessoa humana	158
3.3.1. À procura dos princípios da isonomia e proporcionalidade.....	166
3.3.2. Cessação da medida de segurança de internamento.....	175
CAPÍTULO IV	177
Tratamento oferecido aos utentes dos serviços de saúde mental.....	177
4.1. Passos iniciais da reforma psiquiátrica	177
4.1.1. Portugal	183
4.1.2. Brasil.....	187
4.2. A institui�o e os seus problemas.....	190
4.3. Legisla�o aplicável	197
4.4. Avalia�o do risco e preven�o de reincidência	202
4.5. Interdisciplinaridade	205
4.6. Saúde mental comunitária	207
i. Hospitais-Dia.....	214
4.6.1. Portugal	215
a) Pro Actus	215
b) Unidades de Saúde Mental Comunitária (USMC)	216
c) Hospitais Gerais e Centros de Saúde.....	218
d) Plano Nacional de Saúde Mental	218

4.6.2. Brasil.....	220
a) Centros de Atenção Psicossocial	220
b) Comunidade Terapêutica	224
c) Serviços de Residência Terapêutica.....	226
d) Cooperativas, Centros de Convivência e Empresas Sociais	229
e) Programa de Volta para Casa	233
4.7. A renúncia do poder centralizado na Justiça em favor da Saúde	235
4.7.1. Portugal	236
4.7.2. Brasil.....	236
a) Programa Novos Rumos (PAI-PJ).....	237
b) Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI).....	241
PARTE II	245
ESTUDO EMPÍRICO.....	245
CAPÍTULO V	247
Análise, Tratamento e Discussão dos Dados.....	247
5.1. Problema, hipóteses e objetivos da tese.....	247
5.2. Características da amostra e procedimentos da recolha de dados	248
5.3. Instrumento de recolha de dados.....	250
5.4. Tratamento estatístico dos dados	253
5.5. Apresentação dos resultados.....	253
5.6. Resultados obtidos.....	255
Frequências de respostas	255
Tabela 1. Frequências de respostas para cada ponto do questionário na totalidade da amostra	255
Tabela 2. Frequências de respostas para cada ponto do questionário (países separados)	256

Tabela 3. Frequências e percentuais de respostas para gênero na totalidade da amostra	257
Tabela 4. Frequências e percentuais de respostas para gênero (países separados).....	257
Tabela 5. Frequências e percentuais de respostas para idade na totalidade da amostra.....	258
Tabela 6. Frequências e percentuais de respostas para idade (países separados).....	259
Tabela 7. Frequências e percentuais de respostas para estado civil na totalidade da amostra	260
Tabela 8. Frequências e percentuais de respostas para estado civil (países separados).....	261
Tabela 9. Frequências e percentuais de respostas para atividade profissional na totalidade da amostra	262
Tabela 10. Frequências e percentuais de respostas para atividade profissional (países separados).....	263
Tabela 11. Frequências e percentuais de respostas para nível educacional na totalidade da amostra	264
Tabela 12. Frequências e percentuais de respostas para nível educacional (países separados)	265
Tabela 13. Frequências e percentuais de respostas para fato ilícito-típico na totalidade da amostra	266
Tabela 14. Frequências e percentuais de respostas para fato ilícito-típico (países separados).....	267
Tabela 15. Frequências e percentuais de respostas para diagnósticos apresentados na totalidade da amostra.....	268
Tabela 16. Frequências e percentuais de respostas para diagnósticos apresentados (países separados)	269
Tabela 17. Frequências e percentuais de respostas para avaliação das condições físicas em geral na totalidade da amostra	270

Tabela 18. Frequências e percentuais de respostas para exames complementares realizados na totalidade da amostra.....	271
Tabela 19. Frequências e percentuais de respostas para exames complementares realizados (países separados)	271
Tabela 20. Frequências e percentuais de respostas para reconhecimento sobre o fato praticado na totalidade da amostra.....	272
Tabela 22. Frequências e percentuais de respostas sobre a presença de perigosidade social na totalidade da amostra.....	274
Tabela 23. Frequências e percentuais de respostas para único ou múltiplos diagnósticos apresentados na totalidade da amostra	275
Tabela 24. Frequências e percentuais de respostas para único ou múltiplos diagnósticos apresentados (países separados).....	275
Tabela 25. Frequências e percentuais de respostas para único ou múltiplos fatos ilícito-típicos praticados na totalidade da amostra.....	276
Tabela 26. Frequências e percentuais de respostas para único ou múltiplos fatos ilícito-típicos praticados (países separados)	277
Tabela 27. Frequências e percentuais de respostas para adição em álcool e/ou drogas na totalidade da amostra	278
Tabela 28. Frequências e percentuais de respostas para adição em álcool e/ou drogas (países separados)	278
Teste Chi-Quadrado determinado pelos países onde foram recolhidos os dados N = 302.....	280
Tabela 29. Associação entre dados recolhidos em Portugal ou no Brasil e gênero.....	280
Tabela 30. Associação entre dados recolhidos em Portugal ou no Brasil e idade.....	281
Tabela 31. Associação entre dados recolhidos em Portugal ou no Brasil e estado civil	283
Tabela 32. Associação entre dados recolhidos em Portugal ou no Brasil e atividade profissional	284

Tabela 33. Associação entre dados recolhidos em Portugal ou no Brasil e nível educacional	285
Tabela 34. Associação entre dados recolhidos em Portugal ou no Brasil e fato ilícito-típico	287
Tabela 35. Associação entre dados recolhidos em Portugal ou no Brasil e diagnóstico apresentado.....	289
Tabela 36. Associação entre dados recolhidos em Portugal ou no Brasil e reconhecimento do fato praticado.....	291
Tabela 37. Associação entre dados recolhidos em Portugal ou no Brasil e único ou múltiplos diagnósticos apresentados.....	293
Tabela 38. Associação entre dados recolhidos em Portugal ou no Brasil e único ou múltiplos fatos ilícito-típicos praticados	294
Tabela 39. Associação entre dados recolhidos em Portugal ou no Brasil e adição em álcool e/ou drogas	295
Teste Chi-Quadrado determinado pelo diagnóstico N = 302	297
Tabela 40. Associação entre diagnóstico apresentado e cada ponto do questionário	297
Tabela 41. Associação entre diagnóstico apresentado e gênero	298
Tabela 42. Associação entre diagnóstico apresentado e idade.....	299
Tabela 43. Associação entre diagnóstico apresentado e estado civil.....	301
Tabela 44. Associação entre diagnóstico apresentado e atividade profissional.....	303
Tabela 45. Associação entre diagnóstico apresentado e nível educacional	304
Tabela 46. Associação entre diagnóstico apresentado e fato ilícito-típico praticado	306
Tabela 47. Associação entre diagnóstico apresentado e reconhecimento do fato praticado	308
Tabela 48. Associação entre diagnóstico apresentado e único ou múltiplos diagnósticos apresentados	309

Tabela 49. Associação entre diagnóstico apresentado e único ou múltiplos fatos ilícito-típicos praticados.....	311
Tabela 50. Associação entre diagnóstico apresentado e adição em álcool e/ou drogas.....	312
Teste Chi-Quadrado determinado pelo diagnóstico N = 110	314
Tabela 51. Associação entre o diagnóstico apresentado e cada ponto do questionário (Portugal).....	314
Tabela 52. Associação entre o diagnóstico apresentado e gênero (Portugal)	315
Tabela 53. Associação entre o diagnóstico apresentado e idade (Portugal)	316
Tabela 54. Associação entre o diagnóstico apresentado e estado civil (Portugal).....	318
Tabela 55. Associação entre o diagnóstico apresentado e atividade profissional (Portugal)	320
Tabela 56. Associação entre o diagnóstico apresentado e nível educacional (Portugal).....	321
Tabela 57. Associação entre o diagnóstico apresentado e fato ilícito-típico praticado (Portugal)	323
Tabela 58. Associação entre o diagnóstico apresentado e exames complementares realizados (Portugal)	325
Tabela 59. Associação entre o diagnóstico apresentado e perigosidade social (Portugal).....	326
Tabela 60. Associação entre o diagnóstico apresentado e único ou múltiplos diagnósticos apresentados (Portugal)	328
Tabela 61. Associação entre o diagnóstico apresentado e único ou múltiplos fatos ilícito-típicos praticados (Portugal)	329
Tabela 62. Associação entre o diagnóstico apresentado e adição em álcool e/ou drogas (Portugal)	330
Teste Chi-Quadrado determinado pelo diagnóstico N = 192	332

Tabela 63. Associação entre o diagnóstico apresentado e cada ponto do questionário (Brasil).....	332
Tabela 64. Associação entre o diagnóstico apresentado e gênero (Brasil)	333
Tabela 65. Associação entre o diagnóstico apresentado e idade (Brasil)	334
Tabela 66. Associação entre o diagnóstico apresentado e estado civil (Brasil)	336
Tabela 67. Associação entre o diagnóstico apresentado e atividade profissional (Brasil)	338
Tabela 68. Associação entre o diagnóstico apresentado e nível educacional (Brasil)	339
Tabela 69. Associação entre o diagnóstico apresentado e fato ilícito-típico praticado (Brasil).....	341
Tabela 70. Associação entre o diagnóstico apresentado e único ou múltiplos diagnósticos apresentados (Brasil).....	343
Tabela 71. Associação entre o diagnóstico apresentado e único ou múltiplos fatos praticados (Brasil)	344
Tabela 72. Associação entre o diagnóstico apresentado e adição em álcool e/ou drogas (Brasil)	346
5.7. Discussão das hipóteses	349
CONCLUSÃO.....	355
BIBLIOGRAFIA	363
ANEXO I.....	395
Modelo de questionário desenvolvido para recolher as informações dos relatórios periciais	395

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

Portugal:

Constituição da República Portuguesa

Código Penal

Código de Processo Penal

Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais

Lei nº 36/98, de 24 de Julho

Lei nº 38/2004, de 18 de Agosto

Decreto-Lei nº 35/99, de 5 de Fevereiro

Decreto-Lei nº 126/2007, de 27 de Abril

Decreto-Lei nº 101/2008, de 6 de Junho

Decreto-Lei nº 304/2009, de 22 de Outubro

Decreto-lei nº 8/2010, de 28 de Janeiro

Despacho conjunto nº 407/98, de 15 de Maio

Portaria nº 517/2007, de 30 de Abril

❖ Brasil:

Constituição da República Federativa do Brasil

Código Penal

Código de Processo Penal

Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais

Lei nº 7.210/1984, de 11 de Julho

Lei nº 10.216/2001, de 6 de Abril

Decreto nº 24.559/1934, de 3 de Julho

Projeto de Lei nº 3.657/89, aprovado em 14 de Dezembro de 1990

Portaria nº 106/2000, de 11 de Fevereiro

Portaria nº 19/2006-GAB/SES, de 31 de Janeiro

Portaria nº 1.954/2008, de 18 de Setembro

Portaria nº 3.088/2011, de 23 de Dezembro

Portaria nº 148/2012, de 31 de Janeiro

Resolução nº 633/2010, de 3 de Maio (Republicada em 31 de Maio de 2011)

Resolução nº 659/2011, de 31 de Maio

❖ **Itália:**

Lei nº 180, de 13 de Maio de 1978

Código Penal

❖ **Alemanha:**

Código Penal

❖ **França:**

Lei nº 90-527, de 27 de Junho de 1990

Lei nº 2011-803, de 05 de Julho de 2011

INTRODUÇÃO

Desde os tempos mais remotos há memória de indivíduos portadores de anomalia psíquica e, com bastante dificuldade e luta – e ainda hoje alguma resistência –, foi aceita e compreendida como uma doença como qualquer outra, somente não apresentando sintomas tão visíveis como uma ferida na pele.

A discriminação perante os indivíduos portadores de uma anomalia psíquica, os vulgarmente chamados de loucos, sempre existiu, sendo, para nós, este um termo agressivo e pejorativo, como foi o termo leproso para denominar os indivíduos portadores da hanseníase, a anteriormente chamada lepra (A 30, da CID-10).

O objeto do nosso estudo são estes indivíduos, portadores de uma doença mental grave e que, em razão da sua patologia praticaram fatos ilícito-típicos, ingressando no sistema criminal em decorrência da prática destes fatos, não na forma de prisão propriamente dita, mas de uma medida de segurança de internamento.

Por definição, o crime é uma ação ou omissão, humana, consciente, voluntária, tipificada em lei e que tenha o caráter ilícito. Este jamais poderia ser o nome do fato praticado por um agente portador de uma anomalia psíquica incapacitante, exatamente pela falta de consciência e vontade na prática do(s) fato(s).

A medida de segurança, que deveria proteger e ajudar os pacientes a se recuperarem – (re)adquirindo habilidades sociais, cuidados com a própria saúde e aparência, (re)aprendendo a administrar sua própria vida, seus medicamentos, seus compromissos – tem sido quase exclusivamente um depósito de enfermos, no qual os medicamentos são administrados, existindo, contudo, pouca atividade psicossocial, como oficinas de teatro, música e atividades físicas, não preenchendo muito do dia do paciente, nem servindo propriamente como atividade terapêutica, mas como ocupação do tempo.

Mesmo com esta ocupação do tempo por algumas atividades, muito ainda sobra, no qual os pacientes ficam ociosos, sem falar naqueles que se recusam a participar das atividades por sentirem que não surtem qualquer efeito, e esta ociosidade tem que ser enfrentada no confinamento de uma instituição. (Basaglia, 2005; Bombarda, citado por Freire, 2009).

Um grande problema enfrentado por estes pacientes é o abandono dos amigos e da família. Ainda que o indivíduo já esteja apto a sair do hospital, muitas vezes não tem para onde ir: não tem mais casa, trabalho, sofre de isolamento social e, em consequência, diversos pacientes passam a ser moradores de rua.

De acordo com Bueno – um paciente desinternado –, é possível perceber o abandono da família sentido pelos pacientes institucionalizados: “Parentes? Esses caras já foram abandonados há muitos anos. Eles não têm ninguém por eles. O mundo deles é aqui dentro. Lá fora, eles não saberiam nem pegar um ônibus [autocarro]. Podíamos deixar as portas abertas e tocar fogo no pavilhão que eles não sairiam.”. (2004, p. 69).

Hoje em dia, no Brasil, há uma quantidade ainda insuficiente de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS – Lei nº 10.216/2001), onde os pacientes desinternados passam a viver, em alternativa ao hospital, recebendo atendimento em saúde mental.

Em Portugal temos os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM), instituídos pelo Decreto-Lei nº 8/2010, que representam o último aspecto fundamental do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008).

Certamente a vida nos CAPS/CCISM é mais próxima à vida fora do hospital, sendo disponibilizados os cuidados necessários, porém não mais existindo o encarceramento, sendo-lhes permitidas visitas domiciliares – para aqueles cuja família aceita –, bem como atividades comunitárias, sendo preparados para uma vida mais independente.

A estratégia metodológica está sustentada na análise documental dos processos dos utentes do serviço de saúde mental nos quais foi levantada

a dúvida acerca da inimizabilidade do agente no curso do processo criminal que sofreram, mais especificamente nos relatórios periciais emitidos desde quando o paciente foi examinado pela equipe psiquiátrica forense do Instituto Nacional de Medicina Legal, em Portugal, e do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, no Brasil, bem como outros relatórios periciais posteriores, relativos ao mesmo paciente.

A partir das informações obtidas nos relatórios periciais/laudos psiquiátricos foram elaborados relatórios descrevendo a situação clínica e socioeconômica de cada um dos 302 indivíduos que participaram da recolha dos dados, contudo, nenhuma dessas informações foi fornecida de maneira a identificar os pacientes. Os grupos de indivíduos são compostos por 192 pessoas avaliadas e institucionalizadas no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, que é um dos hospitais que custodia os inimputáveis do Rio de Janeiro, e 110 pessoas avaliadas pelo departamento de Psiquiatria Forense do Instituto Nacional de Medicina Legal em Coimbra, residentes na região Centro de Portugal.

Foi eleita a cidade do Rio de Janeiro por ter sido esta a capital do Brasil na altura em que teve início o estudo da Psiquiatria e o HCTP Heitor Carrilho por ter sido este o primeiro estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico do país, e o INML de Coimbra por ser esta a sede do Instituto em Portugal.

As informações obtidas foram inseridas no IBM SPSS e divididas em diversas variáveis, como será explicado mais adiante, preservando total e completamente a privacidade dos indivíduos participantes nesta pesquisa. Foram atribuídos números aos sujeitos para que qualquer hipótese de identificação fosse frustrada.

O problema em estudo na presente tese centra-se na questão: quais são os limites, configurações e desafios da exclusão no internamento? Para responder a essa pergunta será necessária uma análise interligada do enquadramento teórico e dos dados apresentados, uma vez que alguns pontos carecem de uma fundamentação mais teórica e outros de uma demonstração prática.

Procurar-se-á testar as seguintes hipóteses: (1) a proporção de ocorrência entre os fatos ilícito-típicos praticados é igual nos dois países; (2) a proporção de ocorrência entre as psicopatologias dos indivíduos internados é igual nos dois países; (3) a proporção de ocorrência dos fatos ilícito-típicos na amostra varia com a presença de uma psicopatologia específica; (4) apesar de a legislação dos dois países em estudo incentivarem que o tratamento seja realizado em ambiente comunitário, a resposta judicial ainda é o internamento.

Os objetivos principais da presente tese são: (1) estudar a composição das populações delimitadas, considerando os fatos ilícito-típicos praticados, assim como os diagnósticos atribuídos; (2) verificar a proporção de cada uma das categorias de diagnósticos e fatos em ambas as populações; (3) a proporção entre cada psicopatologia específica e um fato ilícito-típico, analisando se existe coincidência nos diagnósticos e fatos praticados nas populações portuguesa e brasileira; (4) conhecer as condições de aplicação da medida de segurança de internamento; (5) discutir a premissa de que o tratamento em ambiente comunitário seria mais benéfico para o paciente do que o tratamento em ambiente institucional.

O presente estudo foi desenvolvido ao longo de cinco capítulos, onde teremos no primeiro uma retrospectiva da história da psicopatologia e do seu papel através do tempo, no segundo será apresentando o estado da arte dos quadros clínicos encontrados em maior quantidade nos dados recolhidos, seguindo-se pelo terceiro, que trata do enquadramento jurídico dos casos nos quais os enfermos mentais praticam fatos ilícito-típicos, no quarto será abordada a questão do tratamento oferecido na atualidade e será proposta uma forma mais digna de tratamento, sendo finalizada pelo quinto capítulo, no qual será feita a análise e discussão dos dados recolhidos em Portugal e no Brasil.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

Breve apanhado sobre o papel dos transtornos psíquicos no curso da história

*“Ora prendete un telescopio
Misurate le distanze
E guardate tra me e voi...
Chi è più pericoloso?”.*

(Cristicchi, 2007).

A loucura esteve envolvida em diversas crises na história. Para não nos afastarmos em demasia do nosso foco, faremos apenas uma pequena retrospectiva somente a partir da Idade Média, quando a loucura enfrentou seu primeiro grande desafio: estamos a falar dos tempos da peste negra, que devastou a Europa no século XIV.

Com a dizimação que a peste negra trouxe à Europa, instituições como a Igreja foram questionadas e inocentes foram culpados pelo seu aparecimento, como os leprosos e os judeus. Estes últimos foram perseguidos, na condição de médicos, por pouco poderem fazer com relação à doença, eventualmente expandindo essa culpabilização ao povo judeu em geral, em decorrência do menor número de indivíduos contaminados devido aos seus hábitos de higiene bastante rigorosos, levantando as suspeitas dos cristãos. Apesar de a lepra não ter relação com a peste negra, os leprosos também foram culpabilizados pelo seu aparecimento e disseminação na Europa.

Após a grande devastação as doenças passaram a ser encaradas como fenômenos sobrenaturais causados por espíritos malignos. De acordo com Barlow & Durand (2008), por um lado isso se deveu à cisão da Igreja Católica, que perdia terreno para a nova ramificação surgida no sul da França, culminando na acusação, pela parte romana da Igreja, de que a parte francesa pertencia ao Mal, o que era «confirmado» com o fato de que “as pessoas recorriam cada vez mais à mágica e à bruxaria para resolver seus problemas. Durante essa época turbulenta, o comportamento bizarro das pessoas

atormentadas pelos transtornos psicológicos era visto como ação do diabo ou das bruxas.”. (p. 8).

Por outro lado, no final da Idade Média, estes fenômenos sobrenaturais, bem como qualquer catástrofe, foram considerados obras de bruxas e de demônios pela falta de explicação da ocorrência e de responsabilização de alguma pessoa ou grupo de pessoas específicas. A partir daí tudo de ruim que acontecesse era causado pela bruxaria, maldade e pelo poder do diabo.

As bruxas foram especialmente culpadas por serem mulheres, seguindo a crença de que elas eram mais suscetíveis às possessões diabólicas por serem mais fracas que os homens, para além do útero ter sido considerado a origem do mal. A presença da menstruação era quase uma prova de que as mulheres eram «tóxicas», como se o sangue pudesse contaminar as pessoas, ainda que não entrasse em contato direto com elas.

O início da associação da doença mental com a bruxaria e com espíritos malignos aparece por volta do século XVII, quando se pensava que as doenças das mulheres eram imaginárias, «corroborando o fato» de as mulheres serem mais fracas que os homens. A crença no irreal torna-se evidente na histeria ou na epilepsia, pois eram enfermidades que se desenvolviam dentro da mente, faltando a componente corpórea, como uma comichão ou tosse, por exemplo.

Somente com Charcot, posteriormente Pierre Janet e ainda Sigmund Freud, a histeria passou a ser considerada uma doença mental, saindo do foro unicamente neurológico – uma doença orgânica –, como foi considerada até pouco antes de sua morte.

Em sua tese de doutoramento Charcot concluiu que a característica fundamental da histeria era a constante divisão da personalidade, ocasionando a diminuição da consciência. Com a revisão do conceito feita por Babinski e a determinação de Charcot de que não mais poderia considerar a histeria uma doença orgânica que ela passou a ser considerada uma doença do foro mental, pertinente à Psiquiatria. (Bogousslavsky & Moulin, 2009).

A afinidade dessas doenças com a crença no sobrenatural era fortificada quando apareciam sintomas como tremores, convulsões ou perda de consciência; diante destes sintomas era como certo o «diagnóstico» de possessão demoníaca e através da observação eram elaboradas listas de sintomas que poderiam identificar os afetados.

Como essas doenças eram devidas ao sobrenatural, ou seja, não passíveis de tratamento médico, que curava as chagas corpóreas, o seu tratamento foi delegado à Igreja, através dos exorcismos. Com o exorcismo era pretendido fazer com que o espírito maligno abandonasse o corpo do doente, pondo fim aos sintomas apresentados.

Kemp (1990), tratando do exorcismo, ensina-nos que “na Idade Média, se o exorcismo falhasse, algumas autoridades pensavam em quais passos seriam necessários para fazer o corpo inabitável para os espíritos maus, assim muitas pessoas eram submetidas ao confinamento, a açoitamento e a outras formas de tortura.”. (Barlow & Durand, 2008, p. 9).

Ao mesmo tempo em que se acreditava que as doenças mentais eram derivadas do sobrenatural, existia também a convicção de que ela era decorrente do stress, conseqüentemente passível de cura. Apesar de a depressão e a ansiedade já serem reconhecidas como doença, os sintomas de letargia eram admitidos como preguiça, um pecado.

“Nicholas Oresme (...) também sugeriu que a doença da melancolia (depressão) era fonte de algum comportamento bizarro, em vez de ser causada por demônios. Oresme ressaltou que muito da evidência de haver bruxaria e feitiçaria, particularmente entre o insano, advinha de pessoas que eram torturadas e que, compreensivelmente, confessavam qualquer coisa.”. (Barlow & Durand, 2008, p. 9).

As fases da lua também já foram relacionadas a eventos demoníacos e aos transtornos mentais, acreditando-se que a presença da lua no céu prejudicava o juízo de algumas pessoas, deixando-as mais suscetíveis aos apelos sexuais, sonhos e alucinações.

Douglas & Kelly (1942) notaram que o Corão chama a atenção da

relação da lua nova com o desencadeamento da epilepsia e que a Bíblia também refere os riscos relacionados à lua e à loucura, como em Mateus (17: 15), que usa a expressão «lunático» referindo-se aos epiléticos. Villa (1987) refere que os Maias relacionavam os transtornos mentais à lua e Martinez (1970), que os Astecas e Incas a viam como uma deusa da maldade. (Muñoz-Delgado [et al.], 2000).

Apesar de, no âmbito da ciência comportamental, terem sido atribuídos os ataques epiléticos aos ciclos lunares, esta teoria não é confirmada de forma absoluta, conforme podemos perceber com Shapiro [et al.] (1970), que não encontraram relação entre os ciclos da lua e os transtornos mentais. Culver [et al.] (1988), depois de uma extensiva revisão bibliográfica sobre a relação da lua com os distúrbios psíquicos, concluíram que a lua não exercia tal influência sobre o comportamento humano, bem como Owen [et al.] (1998) também não conseguiram estabelecer qualquer correlação entre doenças mentais e as fases da lua. (Muñoz-Delgado [et al.], 2000).

Após esse primeiro momento, começou a ser considerada a possessão demoníaca não somente como uma posse completa do doente por parte de forças malignas, mas uma confusão interna do doente, como se fosse uma espécie de imaginação forçada.

O demônio tumultua a consciência do doente, fazendo-o conturbar sentimentos, sensações, de maneira a comportar-se de forma equivocada perante os acontecimentos à sua volta. Assim surge a compreensão do delírio como a “manifestação de uma imaginação involuntária, descontrolada.”. (Pessotti, 2001, p. 61).

A loucura parece ter sucedido a lepra em diversos aspectos. Ainda na altura em que a lepra era bastante comum, o fato de ser portador da doença era ao mesmo tempo uma bênção e um castigo: ao passo que o leproso era castigado pelas falhas cometidas, era também salvo pela própria doença, uma vez que o castigo expurgava qualquer pecado. Esta atitude era incitada e aprovada pela Igreja, que pregava que os leprosos fossem abandonados pelas pessoas da comunidade para que encontrassem as portas da salvação.

Esta «quase ordem» dada pela Igreja para que as pessoas virassem as costas aos leprosos foi também seguida, ainda que sem requerimento explícito, relativamente aos doentes mentais, tendo em vista que estes foram os «substitutos» daqueles, e que a ideia de salvação pela exclusão ainda persiste. Embora não tenha sido sob o fundamento de proteção contra a doença ou ajuda na salvação de uma «alma perdida», houve a exclusão social dos doentes mentais, sem, contudo, haver uma explicação satisfatória para este fenômeno.

Ao que parece, a exclusão social sofrida pelos doentes mentais deve-se à vergonha¹, por parte dos familiares, de ter alguém «diferente» no seio da sua família. Pensava-se até que a doença mental era «epidêmica», não no sentido estrito da palavra, mas como forma de exemplo que poderia ser seguido, um contágio pela imitação.

Outra forte razão para a família decidir internar um parente era relativa aos bens familiares. Não era admissível que pela loucura – ou mesmo comportamentos indecorosos – de um ente toda a família viesse a sofrer a desgraça da pobreza, fato que permitia, de pleno direito, interditar o «problema». O desconforto era tamanho que a honra da família do doente era suficiente justificativa para o seu internamento; o importante era fazer com que esta pessoa não mais fizesse parte do clã familiar, não mais envergonhasse seus membros, em primeiro plano, e a comunidade, numa esfera mais ampla.

O comportamento praticado pelo doente violava as regras morais da comunidade, maculando, portanto, aquele grupo, o que não poderia ser aceito. De tal forma é o embaraço o fundamento do internamento que no momento em que o doente recupera sua sanidade, readquire a prática dos hábitos comuns àquele grupo, não mais sendo motivo de desconforto ou chacota, é-lhe permitido retornar ao convívio familiar.

A sociedade da época era muito pudica, com a devida proporção de hipocrisia. Com isso, qualquer ato praticado que pudesse ao de leve fazer

¹ “Devassidão, prodigalidade, ligação inconfessável, casamento vergonhoso: tudo isso está entre os motivos mais numerosos do internamento.”. (Foucault, 2008a, p. 86-87).

ruborizar era sumariamente combatido com as armas de que se dispunham.

Como explica Arbex (2013, p. 30), “muitas ignoradas eram filhas de fazendeiros as quais haviam perdido a virgindade ou adotavam comportamento considerado inadequado para um Brasil à época, dominado por coronéis e latifundiários. Esposas trocadas por amantes acabavam silenciadas pela internação no Colônia. Havia também prostitutas, a maioria vinda de São João del-Rei, enviadas para o pavilhão feminino Arthur Bernardes após cortarem com gilete os homens com quem haviam se deitado, mas que se recusavam a pagar pelo programa.”.

Para não correr o risco de ser desagradavelmente surpreendido com um ato incômodo, desrespeitoso ou até danoso por parte do doente mental, ao invés de mantê-lo em casa, onde poderia cometer uma falha, e pior, ser tal feito assistido por outra pessoa que não a própria família, era este doente enviado para longe, para fora do convívio, como se de uma roupa velha se tratasse, um estorvo, que não mais serve e, se vista por outros, era somente motivo de vergonha.

O abandono parece ser a única solução possível nesta altura, tendo em vista o medo partilhado de se ter outro doente mental por culpa do primeiro, que «ensinou» outra pessoa a enlouquecer também. Se já não era aceitável ter um doente mental no meio, quanto mais se eles fossem numerosos, maior ainda seria o embaraço e desconforto perfilhado por todos.

A Igreja detinha um poder quase de vida e morte sobre os cidadãos, influenciando inclusive o poder Real. Durante o curso da história a Igreja desempenhou papel fundamental na tomada de decisão dos povos e de nada lhe interessava perder uma parte que fosse deste controle, deixando como alternativa a esta perda o afastamento de quem quer que atravessasse seu caminho e, neste caso, eram os doentes mentais.

Da mesma forma que ocorreu com a loucura, o «tratamento» da lepra não foi feito através de procedimentos terapêuticos; a supressão da doença não era realmente o foco do internamento, o importante era suprimir essas pessoas do convívio comunitário, pura e simplesmente.

Herança dos tempos da lepra é a incompreensão, adicionada à repulsa e ao preconceito, sofrida pelos doentes. Apesar de em relação à lepra haver o cunho da redenção, isso não invalida o caráter de exclusão do internamento. Esta mesma exclusão é percebida relativamente aos doentes mentais que, para além de terem herdado a instituição que albergava os leprosos, herdaram ainda o estigma social de malquistos, não aceitos, renegados, membros de uma fração da sociedade à qual ninguém queria pertencer ou estar associado. A ideia que fica é a de que os doentes mentais foram segregados da maneira que foram também em decorrência do local onde foram alojados, parecendo que, assim como a lepra, a doença mental era contagiosa e quem por acaso viesse a ter contato físico com um doente, tornar-se-ia também um doente mental.

Lougon (2006, p. 72) também concorda com a nossa aceção, afirmando que “a doença mental, nessa época, era vista como um problema que poderia, caso não se tomassem medidas controladoras, se alastrar para toda a comunidade como as epidemias”, inclusivamente referindo a explicação de Lopes (1925, p. 11, citado por Lougon, 2006), na qual “a loucura, no atual momento, mais do que outro e qualquer mal, ameaça o mundo inteiro. Ninguém poderá estar seguro de poder resistir à estafa ou à emoção reiteradas. E as condições da vida moderna, desfavoráveis à difusão das grandes endemias ou das epidemias, proporcionam, entretanto, possibilidades múltiplas de distúrbios psicopathicos.”.

Mesmo quando a lepra era um problema para a população, o tratamento oferecido aos doentes não era efetivamente um tratamento, mas um isolamento, banimento pelo temor ao contágio, o que, à ausência do contágio, assemelha-se ao «tratamento» oferecido aos doentes mentais.

Ainda que as pessoas comuns tenham consciência de que a doença mental não é contagiosa nem infecciosa, ainda existe uma réstia de desconforto – repugnância até – por parte dos sadios, como um medo inconsciente de ser contagiado por uma enfermidade psíquica, o que ocasiona o afastamento desse enfermo, muitas vezes sendo abandonado à própria sorte, com sua família virando-lhe as costas. “A lepra foi substituída

inicialmente pelas doenças venéreas. (...) E, no entanto, não são as doenças venéreas que assegurarão, no mundo clássico, o papel que cabia à lepra no interior da cultura medieval.” (Foucault, 2008a, p. 7).

A seguir à lepra, as doenças venéreas espalharam-se pela população de maneira avassaladora. Rapidamente os doentes tornaram-se tão numerosos que as instalações existentes, que abrigavam os leprosos, não eram mais suficientes para albergá-los a todos, gerando uma rejeição, por parte dos leprosos contra os venéreos, que trazia medo aos leprosos e ainda a perda do espaço para os venéreos.

A compreensão de doença venérea pela população era mais como uma imundície tanto do corpo como do caráter do que propriamente uma doença. Por se tratar de uma época em que a Igreja detinha um papel muito forte na formação moral da comunidade, os cidadãos aceitavam e concordavam que a doença venérea proviesse do pecado, merecendo, desta forma, um castigo, mas não um castigo qualquer, um castigo físico, pois é na carne que se expurgam os pecados do corpo.

Na época do Renascimento, tanto os leprosos como os doentes venéreos eram tratados no Hospital Geral. Contudo, devido à origem da doença, por se tratar de um mal tanto do corpo quanto do caráter, estes últimos eram recebidos no hospital desde que cumprissem algumas formalidades, tais como aceitarem sujeitar-se à correção – levada a termo através de chicotadas –, mais uma vez demonstrando como o «tratamento» tinha um cunho ético muito mais importante que o físico, que seria tratar propriamente a doença orgânica.

Nesta altura, e uma vez que os doentes venéreos eram pecadores, pessoas sujas de corpo e de alma, deveriam sofrer, para além dos castigos físicos, a segregação, para que não contaminassem as pessoas «direitas» com seu corpo e sua mente repugnantes. Desprezados e amontoados, os doentes venéreos não tinham opção senão resignar-se à sua condição de pária, como se portassem a letra escarlata identificando-os como impuros.

Com os doentes mentais a história não foi completamente distinta,

tendo em conta que outrora também eles foram colocados de parte dos cidadãos moralmente semelhantes, aquando do episódio do desatino pela exacerbada integração com Deus, fazendo deles amorais pela indigna conexão com o divino.

“Durante cento e cinqüenta anos, os doentes venéreos vão ficar lado a lado com os insanos no espaço de uma mesma prisão; e vão atribuir a estes durante muito tempo um certo estigma onde se trairá, para a consciência moderna, um obscuro parentesco que lhes destina a mesma sorte e os mesmos lugares no mesmo sistema de punição. (...) A loucura começa a avizinhar-se com o pecado, e é talvez aí que se estabelecerá, por séculos, esse parentesco entre o desatino e a *culpabilidade* que o alienado experimenta hoje, como sendo um destino, e que o médico descobre como verdade da natureza.” (Foucault, 2008a, p. 87. Grifo nosso).

No século XVII, por ainda não haver profundos conhecimentos sobre o tratamento das doenças, procedia-se ao internamento como forma de evitar o contágio. Assim foi com a lepra e com as doenças venéreas.

No entanto, e exatamente por não tratar efetivamente os doentes, o internamento era uma forma de exclusão social com base na moral da época; os que não se enquadravam nos padrões morais da sociedade eram sumariamente afastados dela para que as pessoas «de bem» não tivessem que ser submetidas à vergonha exposta pelos outros, os doentes.

A Igreja também era incomodada por essa inconveniência, uma vez que a loucura inicial era caracterizada pela extrema devoção a Deus, pela ilusão de comunicação entre o doente e Ele, por uma devoção desmesurada, fatos que poderiam vir a desacreditar o poder da Igreja se outra pessoa qualquer do povo tivesse o mesmo acesso ao divino. Toda a fé e investimento – financeiro também – que tivessem sido feitos à Igreja poderiam facilmente ser desviados a outra pessoa que tivesse acesso à fonte do reino dos céus.

No Renascimento, a loucura era representada pelo papel de entrega total à vontade de Deus; um oferecimento de si próprio ao desconhecido, sem qualquer contrapartida pela devoção, senão um mergulho no escuro. O homem

que se entregava a Deus desta maneira desmedida e desinteressada era considerado louco, pois “em relação à Sabedoria, a razão do homem não passava de loucura; em relação à estreita sabedoria dos homens, a Razão de Deus é considerada no movimento essencial da Loucura. Em grande escala, tudo não passa de Loucura; em pequena escala, o próprio Todo é Loucura.”. (Foucault, 2008a, p. 32-33).

Curiosa narrativa exatamente no período do Renascimento, período em que a crença em Deus era a regência do comportamento humano e fonte de normas morais. Em realidade, o que acontece é que os mandamentos de Deus devem ser fielmente seguidos, sob pena de, por uma falha moral, ser um ente apontado e, em casos extremos, banido daquele corpo social.

No caso da loucura, por se tratar de uma adoração excessiva, extrapolando o que a sociedade da época considerava normal e próprio, o exacerbado comprometimento com Deus era considerado fora dos padrões, sendo, portanto, recriminado pela sociedade, o que levava, obrigatoriamente, ao repúdio por parte dos cidadãos e que, conseqüentemente, conduzia ao internamento, por não se admitir, naquela comunidade tão exemplar, uma pessoa que não cumprisse à risca os moldes prévia e tacitamente ditados.

Antes de existir a figura da institucionalização, os loucos que não eram simplesmente abandonados na floresta ou em campos abertos, a fim de serem segregados do meio social ao qual pertenciam, eram transportados em barcos para terras distantes por ordem das autoridades municipais. Apesar de alguns loucos terem sido tratados em hospitais gerais, havia, concomitantemente, este degredo, o que leva os historiadores a acreditarem que os deportados eram estrangeiros, ficando cada cidade responsável por cuidar dos seus próprios loucos, mas não obrigada a cuidar dos forasteiros.

Amarante (2010, p. 23) relembra que “no século XVII, surgiu uma nova modalidade de hospitais, não mais exclusivamente filantrópicos, mas que passaram a cumprir uma função de ordem social e política mais explícita. Estou me referindo ao Hospital Geral, criado a partir do ano de 1656, pelo Rei da França. Para o filósofo Michel Foucault o advento do Hospital Geral foi de fundamental importância para a definição de um novo ‘lugar social’ para o louco

e a loucura na sociedade ocidental.”.

Com o início do exílio dos loucos nos Hospitais Gerais, a figura do internamento passou a fazer-se presente com o aparecimento da loucura na comunidade. Os familiares não mais se queriam responsabilizar pelos cuidados dos seus loucos, sentindo-se embaraçados por tê-los e não pretendendo mesmo cuidar deles por se terem tornado inconvenientes.

Anteriormente os doentes mentais eram «mais abandonados», no sentido de serem levados pelas barcas para terras desconhecidas, mais longe ou mais perto de casa, não importa, o que interessa é que não estavam sequer protegidos por um teto e uma refeição. Com o internamento, apesar de não ser nem de longe uma medida ideal, ao menos os doentes estavam protegidos das condições atmosféricas e, apesar de a família não desejar visitá-lo – lembrando que o entendimento era de que ele era uma vergonha, uma desgraça para aquela família –, sempre que esta desejasse, poderia fazê-lo, saberia onde este parente estaria instalado.

No Classicismo não se recorre mais às embarcações para transportar os loucos para as terras mais longínquas, estes agora são segregados em uma instituição criada para o seu acolhimento. “Não existe mais a barca, porém o hospital. (...) Nesse «Hospital», o internamento é uma sequência do embarque.”. (Foucault, 2008a, p. 42-43). Em verdade, nesses estabelecimentos eram recebidos os pobres, não necessariamente loucos, pois esses não eram ainda estabelecimentos médicos, mas locais de abrigo e alimentação para aqueles que não tinham meios de subsistência e que eram para ali encaminhados de livre vontade ou pelas autoridades.²

Foucault (2008a, p. 49) explica que “trata-se de recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária. É preciso também

² “A partir da criação do Hospital Geral, da abertura (na Alemanha e na Inglaterra) das primeiras casas de correção e até o fim do século XVIII, a era clássica interna. Interna os devassos, os pais dissipadores, os filhos pródigos, os blasfemadores, os homens que «procuram se desfazer», os libertinos. E traça, através dessas aproximações e dessas estranhas cumplicidades, o perfil de sua experiência própria do desatino. Mas em cada uma dessas cidades se encontra, além do mais, toda a população de loucos.”. Foucault (2008a, p. 111).

zelar pela subsistência, pela boa conduta e pela ordem geral daqueles que não puderam encontrar seu lugar ali, mas que poderiam ou mereciam estar ali. Essa tarefa é confiada aos diretores nomeados por toda a vida, e que exercem seus poderes não apenas nos prédios do Hospital como também em toda a cidade de Paris sobre todos aqueles que dependem de sua jurisdição.”.

Conforme nos informa Amarante (2010, p. 22), “a partir do século IV, do pioneiro hospital criado por São Basílio, em Cesaréia, Capadócia (369-372), muitas outras instituições desta natureza foram criadas com a mesma finalidade.”.

Seguindo a linha da Igreja como curadora da população, os pobres eram recolhidos a título de caridade, hospitalidade e «limpeza» da comunidade daqueles seres que não «combinavam» com o restante da população. Nesta altura, tudo o que poderia trazer algum desconforto ou vergonha à população era escondido, trancado, banido, numa tentativa de elevar os valores éticos de uma comunidade hipócrita. Ao mesmo tempo em que fingia ajudar aos menos favorecidos, o que realmente importava era esconder a vergonha alheia e, quiçá, o temor de eles próprios virem a sofrer um revés da vida e passarem por situação semelhante.

Arbex (2013, p. 32) fornece o depoimento de um sobrevivente do hospital, como a própria autora refere, no qual ele diz: “não sei por que me prenderam. Cada um fala uma coisa. Mas, depois que perdi meu emprego, tudo se descontrolou. Da cadeia, me mandaram para o hospital, onde eu ficava pelado, embora houvesse muita roupa na lavanderia. Vinha tudo num caminhão, mas acho que eles queriam economizar. No começo, incomodava ficar nu, mas com o tempo a gente se acostumava. Se existe inferno, o Colônia era esse lugar.”.

É próprio do Homem querer negar o que mais teme, como se o afastamento do pensamento ou das vistas fizesse a situação desaparecer também. De acordo com Leff & Warner (2008, p. 48), “o processo de nos livrarmos da temida urgência de sermos violentos e impulsivos é conseguido apenas ao atribuímos estas características não desejadas aos outros. O outro ser odiado torna-se então na pessoa que desejamos eliminar da sociedade

civilizada. Este foi, claro está, o destino de centenas de milhar de pessoas com doenças psiquiátricas que deram entrada em asilos e que geralmente passaram o resto das suas vidas isoladas do resto do mundo.”.

A outra face deste acolhimento dos pobres materializa-se na questão da punição das pessoas pelo fato de serem pobres e na repressão dessa pobreza. “A prática do internamento designa uma nova reação à miséria, um novo patético – de modo mais amplo, um outro relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano em sua existência. O pobre, o miserável, o homem que não pode responder por sua própria existência, assumiu no decorrer do século XVI uma figura que a Idade Média não teria reconhecido.”. (Foucault, 2008a, p. 56).

Os pobres, para além de terem que aceitar a situação de internos em razão da sua pobreza, ainda tinham que ser imensamente agradecidos pela cordialidade com que estavam sendo tratados ou, ao portarem-se mal, seriam reprimidos. O antagonismo entre os bons e os maus pobres era uma questão de cariz moral; serem ou não agradecidos, obedientes e tementes à Igreja, que afinal de contas era quem proporcionava a sua condição de existência.

Juntamente com os pobres, os loucos só eram tratados com hospitalidade para dentro dos muros do hospital. Desde que não perambulassem pelas ruas, estando suscetíveis a serem vistos, fazerem algum vexame, provocarem qualquer mal-estar a uma pessoa «normal», eram aceitos, não mais por caridade eclesiástica, mas por questão de ordem da comunidade. O que interessa a esta coletividade é livrar-se de quem não se adequa ao que foi estipulado como ético, limpo, ou normal; o que está em xeque é a preservação da ordem comunitária, não a proteção daqueles que não têm meios para prover seu próprio sustento ou dos que necessitam de ajuda médica.

Um fator que contribuiu para a instituição do internamento dos pobres foi uma crise econômica que abalou todo o mundo ocidental. Com a escassez de trabalho e redução dos salários, o número de pobres aumenta, aumentando com isso o número de internos em razão da pobreza; ao contrário, quando a crise passa, aqueles que haviam sido presos em razão da pobreza

são recolocados nos seus postos de trabalho, aumentando a prosperidade da comunidade. (Foucault, 2008a). O que se pretende com o internamento é sempre camuflar as situações de crise, desaparecendo com os pobres; todavia, tem ainda um papel regulador na economia: serve de termômetro para o controle da subida ou baixa de preços dos bens de consumo.

Relacionado à ocultação dos pobres está o julgamento moral pela ociosidade. Com a estabilização da economia e conseqüente reinserção laboral dos pobres internados, somente os loucos restaram hospitalizados, sendo, de agora em diante, os únicos improdutivos. A falta de rendimento laboral por parte dos loucos era visto como uma mácula à sua integridade moral. “O internamento seria assim a eliminação espontânea dos «a-sociais».”. (Foucault, 2008a, p. 79).

Se, por um lado, o internamento servia para retirar das ruas os pobres em razão da crise econômica, por outro, a intenção era retirar das ruas os loucos que, como dissemos anteriormente, envergonhavam a própria família e a sociedade, que não queria ser obrigada a conviver com essas pessoas. A esta altura, o que importava não era que o tratamento fosse eficaz nem que os pacientes fossem bem tratados, o único interesse do internamento era o afastamento dos doentes do convívio com os sadios, claramente com o mínimo transtorno possível para os «cuidadores».

Com isso, o «tratamento» oferecido resumia-se a uma quase punição pelo fato do indivíduo ser doente, sendo o foco «curativo» a ordem e a disciplina dentro do hospital. “Como disse, magnificamente, Henry Ey, o asilo psiquiátrico, considerado por muitos como o único tratamento possível de doentes considerados incuráveis, converte-se em finais do século XIX, juntamente com um quadro nosográfico rígido e estrito, no único objeto da Psiquiatria, que acaba por se desinteressar do ‘homem-doente’ para se interessar apenas ‘pela espécie de doença mental de que sofria’.”. (Hespanha [et al.], 2012, p. 30).

Não se tinha em atenção a melhora do paciente, muito menos seu conforto e sentimento de pertença ao grupo de pessoas; era como se, por ser doente mental, este indivíduo não mais merecia ser considerado um ser

humano como todos os outros, deveria sentir-se diferente, inferior, e contentar-se com o que lhe era oferecido: praticamente nada. O internamento não passava de um depósito de loucos, sem qualquer cuidado especial, sem qualquer tratamento, sem qualquer perspectiva de melhora, muito menos de um dia poder sair.

Com o depoimento de Bueno (2004, p. 167) é possível perceber o sentimento de alienação e falta de cuidado: “Tendo como avalista a omissão, o comodismo e a convivência social de grande parte das sociedades de nossa época, esse sistema implantou práticas corriqueiras e simples, como as de depositar problemas, drogar, confinar, inutilizar e até matar. (...) Os componentes de tais sociedades atuam como avalistas de «depósitos de pessoas» e, dessa forma, já condenaram e ainda condenam milhares de pessoas a uma morte lenta, dolorida e solitária. Essa postura é fruto da omissão social, que até hoje perdura.”. Mattos vem corroborar o depoimento de Bueno, afirmando que “para o inimputável por sofrimento mental, nada. Nada além do regime fechado para sempre, travestido de ‘internação psiquiátrica’.”. (2006, p. 103).

Passos (2009, p. 50) explica que “o hospital psiquiátrico, ao longo de toda a sua existência, oscilará entre estes dois pólos: o da pura repressão, chegando a ser um lugar da mais cruel violência e do abandono dessas pessoas em condições subumanas, e o da disciplina, no qual sucessivas inovações terapêuticas, teorizações psicopatológicas e adequações materiais irão atualizar o velho e inicial dispositivo moral pineliano, em dispositivos mais sutis de controle, sob a insígnia de ‘mais científicos’, *sem que a situação real de submissão do louco ao aparato médico psiquiátrico mude de fato ou de direito.*”. (Grifo nosso).

Concordamos que naquela altura ainda não se dispunha das técnicas de intervenção hoje conhecidas, no entanto, não era necessário tal rigor institucional para com os indivíduos, como se eles fossem culpados de ali estarem e merecessem aquela punição, pois era disso que se tratava o internamento. A institucionalização tinha um cariz carcerário muito forte, tendo em vista que eram ali abandonados, sem preocupação com seu bem-estar, sob

os olhares julgadores dos «cuidadores», como se eles fossem culpados pela sua doença e que todo castigo que recebessem seria pouco, acolhimento bastante semelhante ao recebido pelos presidiários.

Foi com Pinel que se passou a admitir a loucura como derivada de distúrbios psíquicos – ainda que eventualmente causada por agentes orgânicos – e a reestruturação das funções do manicômio. A partir de Pinel o manicômio passa a ser um elemento fundamental ao tratamento, e não somente um depósito de doentes.

Pinel (1809), ao falar do seu *Traité*, ressaltou que “o princípio basilar de toda a obra consiste, portanto, em um estudo preliminar e aprofundado das diversas lesões do intelecto e da vontade, que se manifestam exteriormente com mudanças no comportamento, na gestualidade, no modo de falar e com inequívocos distúrbios físicos.”. (Pessoti, 2001, p. 71).

Pessoti (2001) refere ainda que somente após a reforma pineliana os manicômios passaram a seguir uma espécie de projeto psiquiátrico e que, ainda assim, tal projeto não forçava a melhora nas condições de vida dos pacientes, sendo corroborado pela explanação de Esquirol a respeito da sua visita a um manicômio: “Eles são mais maltratados que os criminosos; eu os vi nus, ou vestidos de trapos, estirados no chão, defendidos da umidade do pavimento apenas por um pouco de palha. Eu os vi privados de ar para respirar, de água para matar a sede, e das coisas indispensáveis à vida. Eu os vi entregues às mãos de verdadeiros carcereiros, abandonados à vigilância brutal destes. Eu os vi em ambientes estreitos, sujos, com falta de ar, de luz, acorrentados em lugares nos quais se hesitaria em guardar até bestas ferozes, que os governos, por luxo e com grandes despesas, mantêm nas capitais.”. (p. 153-154).

Com a reforma trazida por Pinel, os loucos deixaram de ser simplesmente recolhidos, amontoados e maltratados nos hospitais: eles passaram a continuar trancados, sempre nos locais mais distantes dos outros doentes do hospital – ainda não havia um estabelecimento que tratasse unicamente da saúde mental –, frequentemente junto com os doentes incuráveis, quase sempre sem assistência médica, e sob a tutela de guardas

que dispunham de bastões e chicotes, o que realmente nos faz questionar se havia alguma diferença entre esta instituição e as prisões.

Para Basaglia (2005, p. 27), a realidade dos doentes institucionalizados pode ser compreendida da seguinte forma: “para o doente, a perda da liberdade que está na base da sua doença se identifica inevitavelmente com a liberdade da qual nós o privamos: ele é a porta fechada contra a qual qualquer projeto, qualquer futuro se chocam.”.

De fato, a mudança inicial trazida por Pinel foi pequeníssima, pois agora os loucos somente estão separados dos outros doentes, segregados em outra ala do estabelecimento, destinada somente a eles, continuando em condições insalubres, sem cuidado médico e sofrendo investidas violentas por parte dos guardas, nomenclatura também utilizada nas prisões... talvez não por coincidência...

Porém, no decurso dessa reforma houve um elemento que talvez tenha sido o mais importante empreendido por Pinel: o movimento *no-restraint*, que abole a utilização de correntes nos pacientes internados em Paris. “Mas a liberdade de que Pinel falava tinha sido concedida num espaço fechado, e deixada nas mãos do legislador e do médico, que a deviam dosar e tutelar. Por isso, mais de dois séculos após aquela espetacular ruptura dos grilhões, o ritmo da vida dos asilos ainda é marcado por regras forçadas e mortificações, exigindo uma solução urgente, com fórmulas que finalmente levem em conta o homem no seu livre situar-se no mundo.”. (Basaglia, 2005, p. 23).

O que parece uma melhoria pequena restitui, de pouco em pouco, a dignidade da pessoa humana, quando ela deixa de ser tratada como um animal raivoso que precisa ser amarrado. A quebra das amarras, só por si, já traz um novo olhar das pessoas sobre os pacientes e deles sobre eles próprios, uma reumanização daqueles a quem havia sido usurpada a condição de pessoa humana há tantos séculos.

Ellis (2008) refere que, de acordo com Robert Gardiner Hill, os doentes que não se encontravam instalados nos asilos que já haviam sido reformados, ainda eram acorrentados às paredes e se deitavam em nada mais

que palha e que a única visita que recebiam era do guarda, que ainda batia nos pacientes para forçá-los a obedecê-lo. “Um dos alunos de Pinel, Jean-Etienne Esquirol (1772-1840), batalhou pela assistência legal aos doentes mentais e, em 1838, conseguiu que fosse aprovada pelo governo francês uma lei de proteção a estes. Segundo José Carlos Teixeira Brandão (1854-1922), ‘essa lei impôs deveres às autoridades e traçou as regras que devem ser seguidas para a seqüestração do alienado; e no intuito de impedir as violências ou o abandono deles, determinou que, mesmo persistindo no seio das famílias, ficassem sob a salvaguarda e fiscalização da autoridade pública.’”. (Taborda [et al.], 2004, p. 31).

“Designado como diretor de Bicêtre em 1793 aos 48 anos, Philippe Pinel percebeu que de nada servia, para o projeto terapêutico e para o estudo da loucura, o sistema cruel de reclusão e contenção existente em Bicêtre. A decisão de retirar as cordas, correias, algemas e correntes que prendiam os loucos obedecia não apenas ao ímpeto redentor da Revolução e seus homens, mas à preocupação rigorosamente médica com a necessidade de diagnóstico e tratamento corretos da loucura, que deveriam ser guiados pela razão e pela observação dos casos em seu estado natural, sem as distorções impostas pelo desconforto e pela violência, até cruel, das administrações dos velhos hospícios. Assim, a organização interna do instituto era instrumental: servia para assegurar uma correta observação da *natureza* da loucura.”. (Pessoti, 2001, p. 163).

Havia, para além da necessidade de humanização do tratamento, uma necessidade dos médicos de entenderem o que realmente se passava no quadro da doença; não era possível diagnosticar corretamente um paciente quando ele não tinha a possibilidade sequer de locomoção, ficando também presas as características do seu transtorno, não alcançável «do lado de fora» da mente do paciente. Ele deveria ter acesso a outros pacientes, conversar, interagir, para que se pudesse compreender melhor o seu caso específico, suas emoções, capacidades sociais, intelectuais, etc., mas como ainda não era possível simplesmente abrir as portas dos hospitais, foi desenvolvida, ainda no seguimento do *no-restraint*, a camisa-de-força que, apesar de manter o doente preso a si mesmo, poderia estar solto dentro dos limites da instituição.

Analisando hoje, não parece uma grande novidade, porém, na altura foi uma extraordinária inovação na contenção dos doentes que se apresentavam violentos sem que eles tivessem que estar atados aos móveis ou grades de ferro, ou ainda isolados em cômodos individuais, o que possibilitava a sua permanência no meio dos outros pacientes sem que se portasse de forma agressiva ou violenta. Pinel entendia que o manicômio deveria ser um edifício no plano térreo, a fim de facilitar a vigilância, e proporcionar mais do que simplesmente a custódia dos doentes, albergando-os sem tratá-los; na sua opinião, o próprio manicômio poderia ser um fator terapêutico, funcionando como reeducação do doente, na medida em que este deverá respeitar as normas institucionais, sendo estimulado a respeitá-las e desencorajado a desobedecê-las. (Pessoti, 2001).

Basaglia (2005: 26-27) contrapõe esta ideia com o que ocorria na realidade, asseverando que “despojado de qualquer elemento pessoal, dominado pelos outros, presa de seus próprios medos, o doente devia ser isolado num mundo fechado, onde, mediante o gradativo aniquilamento de qualquer possibilidade pessoal, sua loucura já não tivesse força.”.

O ano de 1978 foi deveras importante para a história da reforma psiquiátrica brasileira, pois foi o ano em que Franco Basaglia esteve no Brasil e apresentou suas ideias sobre a extinção do modelo manicomial. Conforme refere Gondim (2001), a reforma psiquiátrica brasileira teve o impulso inicial com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, da I Conferência Nacional de Saúde Mental e do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental.

De acordo com Gondim (2001, p. 31), “entre os anos de 1978 e 1980, configurou-se então, o atual movimento pela reforma psiquiátrica brasileira, tendo como protagonista principal o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Influenciado pelo pensamento de Franco Basaglia, de setores da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Preventiva, o MTSM era caracterizado pela resistência à institucionalização, pela participação de profissionais de várias categorias e da população em geral. Atuando no interior de outras instituições como universidades, conselhos profissionais, sindicatos

da área de saúde e de outros profissionais, entre outros, o movimento se expandia e influenciava cada vez mais esses setores como também os governamentais.”.

O documento apresentado pelo Ministério da Saúde (2005, p. 7) complementa a explicação da autora e nele é relatado que “é sobretudo este Movimento [Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental], através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência nos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.”.

1.1. Primeiro manicômio em Portugal

“Ao atravessarmos o portão de ferro de acesso ao pátio, que depois se fecha atrás de nós, como num rito de passagem, forçosamente sentimos o ingresso nesse outro mundo.”.

(Freire, 2009, p. 44).

O antigo Hospital de Alienados em Rilhãfoles, situado na cidade de Lisboa, que passou a chamar-se Hospital Miguel Bombarda, foi o primeiro manicômio português, tendo sido fundado em 1848 na antiga casa da Congregação dos Padres da Missão de São Vicente de Paulo, para onde foram transferidos os pacientes que estavam internados no Hospital Real de São José.

Apesar de a fundação do manicômio não ter acompanhado temporalmente as mudanças tanto na sociedade como na prática clínica, que já vinham ocorrendo desde os finais do século XVIII, surgiu para abafar a ideia de que os doentes mentais eram inferiores aos outros doentes e que mereciam um estabelecimento próprio para o seu tratamento. De acordo com Hespanha [et al.] (2012, p. 10), “a construção de instituições psiquiátricas ao longo do século XIX obedeceu a imperativos humanitários e permitiu retirar de prisões,

cárceres privados ou do simples abandono um grande número de pessoas com doença mental. Muitos desses pacientes tinham também problemas de pobreza e má nutrição, doenças infecciosas e parasitárias, passando a ser tratados medicamente e com uma compreensão e tolerância muito maiores do que no meio ambiente de onde provinham.”.

Como refere Freire (2009, p. 14), “o hospital destinava-se ao internamento, quer de doentes agudos, quer de doentes tidos por incuráveis, aliando uma vertente hospitalar curativa outra de tipo asilar, num perfil assistencial que se manteve até hoje.”.

Nas dependências do hospital e como métodos terapêuticos havia o Pavilhão de Segurança e o Balneário D. Maria II, tendo sido este idealizado para atrair as pessoas que viessem a necessitar de tratamento, através dos banhos terapêuticos, e sem aquele cariz institucional. Nas palavras de Freire (2009, p. 15. Grifo nosso), “um notabilíssimo espírito de *abertura à comunidade*, materializado no primeiro edifício psiquiátrico português, e *infelizmente sem paralelo até aos nossos dias*.”.

Apesar de o início das atividades do hospital inspirar renovação, logo surgiram os problemas institucionais, como a queda nas condições de assistência e a sobrelotação, bem como o financiamento insuficiente e a consequente deterioração do estabelecimento, o que levou a uma taxa de mortalidade superior a 25%. A fim de melhor assistir aos pacientes, promovendo mais espaço para acolhê-los, em 1883 foi fundado o Hospital Conde de Ferreira, na cidade do Porto, que não foi, contudo, suficiente para responder às demandas da população na área da saúde mental. Como bem ressalta Freire (2009), no curso do século XIX houve um grande aumento no número de pacientes admitidos nos hospitais psiquiátricos por toda a parte, fomentando a criação de mais e mais hospitais, ocasionando o que alguns chamam de a «grande internação».

Na literatura, Machado de Assis satirizou essa hospitalização maciça em *O Alienista*, de 1882: “Homem de ciência, e só de ciência, nada o consternava fora da ciência; e se alguma coisa o preocupava naquela ocasião, se ele deixava correr pela multidão um olhar inquieto e policial, não era outra

coisa mais do que a idéia de que algum demente podia achar-se ali misturado com a gente de juízo.” (Assis, 1994, p. 8).

Houve uma grande preocupação em separar os doentes mentais do restante da população, a dita «de bem», que não poderia ser conspurcada com tal atrocidade. Conforme o que já foi referido anteriormente, a doença mental era motivo de vergonha para a família, de tal maneira que era autorizado o internamento somente em razão de proteger a imagem da família perante a comunidade.

Freire (2009, p. 16) fala dessa grande internação como uma *“concepção que tendia a separar o doente mental da família e da comunidade, com efeitos especialmente negativos no caso dos doentes de evolução prolongada, imprecisamente designados crônicos*. A tendência também se fez sentir em Portugal, embora em menor escala, com a escassez de recursos a travar o aumento da capacidade hospitalar.” (Grifo nosso).

Miguel Bombarda percebe que a forma de tratamento oferecida não era compatível com as necessidades dos pacientes e “empreende uma profunda reformulação da assistência: moderniza a prática clínica, transforma o funcionamento e a orgânica hospitalar, beneficia as instalações e promove a construção de novos edifícios. Os pacientes são separados por categorias e por sexo, com sectores de observação específicos para doentes agudos, as unidades de internamento reestruturadas segundo critérios nosológicos, os registos clínicos e a estatística hospitalar aperfeiçoados. No domínio científico, deve-se-lhe a criação do laboratório, onde se encetaram no país os estudos histológicos e anátomo-patológicos para o qual Bombarda convidou os investigadores Mark Athias e Celestino da Costa, bem como a realização no hospital, desde 1896, do curso livre de psiquiatria, que à data não integrava os currículos universitários.” (Freire, 2009, p. 16-17). Em uma postura bastante revolucionária para a altura, Bombarda “combate a negligência e os abusos do pessoal, suprime vários meios de contenção a que estavam sujeitos os doentes tidos por mais agitados, como as cadeiras fortes, os babeiros de sola, como os coletes de forças, menos apertados e sob indicação médica.” (Freire, 2009, p. 17).

É sabido que naquela altura ainda não havia medicação específica para tratar as psicopatologias, mas ainda assim aquele médico entendia que não era através das amarras e das punições (completamente desmerecidas) que os pacientes recobriam a saúde mental, antes pelo contrário: ele entendia que o tratamento deveria ser realizado num ambiente o mais livre possível, e a primeira forma de libertação foi abrir as celas e deixar que os pacientes caminhassem pelo pátio do hospital. “No domínio das instalações é concluído em 1894 um espaçoso edifício a ocidente da cerca, de inovadora planta em «poste telefónico» (porventura a primeira desse tipo no país) com bloco central para circulação, um só piso e pátios ajardinados, adequado ao internamento hospitalar psiquiátrico, edifício cuja construção se arrastava desde 1885, elevando substancialmente a capacidade de internamento, erguido o Pavilhão de Segurança e, mais tarde, em 1901, inaugurado outro edifício para internamento, em forma de U (a 5ª e a 6ª Enfermarias de Homens).” (Freire, 2009, p. 17).

Ainda a respeito da forma do estabelecimento, temos que este foi o único panóptico da Europa, sendo que “a forma circular optimizava a função de vigilância, diríamos. Nas galerias de vigilância, uma para dois andares de celas, ocultadas por cortinados ou estores, o inspector emitia instruções aos *prisioneiros* e fiscalizava o respectivo cumprimento, observando as dezenas de celas e a actividade dos *reclusos* no seu interior, mas sem ser visto por estes: o recluso não saberia quando estava a ser observado.” (Freire, 2009, p. 31. Grifo nosso).

Este modelo foi idealizado por Jeremy Bentham, que acreditava que o fato de os indivíduos se sentirem observados o tempo inteiro fazia com que controlassem seus impulsos e modelassem o seu comportamento. “Para Bentham, o «Panopticon» assentava em dois aspectos essenciais. Um deles consistia na centralidade, isto é, no princípio da observação a partir de um ponto central, não sendo imprescindível que o edifício assumisse uma forma geral circular. Todavia, a centralidade do sistema teria de ser conjugada com a eficiência do dispositivo de «ver sem ser visto», possibilitando o controlo de dezenas ou centenas de reclusos por uma só pessoa («o recluso deveria sempre sentir-se sujeito a observação»), segundo ele, talvez o aspecto mais

importante. Um objectivo que actualmente, com a videovigilância e outros sofisticados meios electrónicos, nos fará sorrir...”. (Freire, 2009, p. 32).

Num trecho de 1984, Orwell (2004, p. 6-7) consegue demonstrar como deveria ser o sentimento daqueles que viviam em tal condição: “Por trás de Winston a voz da teletela tagarelava a respeito do ferro-gusa e da superação do Nono Plano Trienal. A teletela recebia e transmitia simultaneamente. Qualquer barulho que Winston fizesse, mais alto que um cochicho, seria captado pelo aparelho; além do mais, enquanto permanecesse no campo de visão da placa metálica, poderia ser visto também. Naturalmente, não havia jeito de determinar se, num dado momento, o cidadão estava sendo vigiado ou não. Impossível saber com que frequência, ou que periodicidade, a Polícia do Pensamento ligava para a casa deste ou daquele indivíduo. Era concebível, mesmo, que observasse todo mundo ao mesmo tempo. A realidade é que podia ligar determinada linha no momento em que desejasse. Tinha-se que viver – e vivia-se por hábito transformado em instinto – na suposição de que cada som era ouvido e cada movimento examinado, salvo quando feito no escuro.”.

Ainda que a proposta de Bentham não viesse acompanhada da propositada desumanidade que aquele tipo de estabelecimento trazia, vez que eram descritos como *“estabelecimentos prisionais arejados e higiênicos, confortáveis até, e que, mais importante, não constituíssem uma escola de vício e de criminalidade, antes um local de reflexão, de arrependimento e de reabilitação, por intermédio do trabalho obrigatório e da disciplina, da separação por graus dos detidos e de uma vida diária decente”* (Freire, 2009, p. 34. Grifo nosso), claramente violavam o direito à privacidade dos indivíduos ali internados.

De acordo com Freire (2009, p. 41), “a beleza e a tranquilidade do recinto contrastam fortemente com a atmosfera prisional que emana dos múltiplos pormenores securitários das portas das celas. E que de imediato nos remete para a finalidade do edifício. Ao choque junta-se a indignação perante a dureza e crueldade do regime prisional a que estavam submetidos os inimputáveis e os condenados vítimas de doença mental.”.

Após a morte de Miguel Bombarda o nome do hospital foi alterado em sua homenagem, foi aprovado um novo regulamento para o seu funcionamento e os subsequentes diretores do estabelecimento foram prestigiados clínicos, tais como Júlio de Matos e Sobral Cid, contudo, nada preveniu a queda na qualidade dos serviços prestados aos pacientes, que passaram novamente pela problemática da sobrelotação e redução das verbas.

Conforme afirmam Alves & Silva (2006), a primeira lei de assistência em saúde mental clamava pela criação de novos hospitais psiquiátricos, enfermarias psiquiátricas nos estabelecimentos prisionais e ainda um exame clínico aos sujeitos que ingressavam nas prisões e que demonstrassem alguma forma de transtorno psíquico. Todavia, os hospitais em questão somente viriam a ser construídos décadas mais tarde: na década de 1940, o Hospital Júlio de Matos, o Manicómio de Sena e o Hospital Sobral Cid, e nas décadas de 1950 e 1960, o Hospital de Magalhães Lemos e o Hospital Psiquiátrico do Lorrvão.

Somente no ano de 1959 foi oficialmente criado o ensino da disciplina de Psiquiatria, no Manicómio Miguel Bombarda, em Lisboa, no Hospital Conde Ferreira, no Porto e em Coimbra, no Hospital da Universidade.

Como acontece muitas vezes no curso da história, aqueles que ousam propor medidas inovadoras para a época são criticados, talvez por pessoas que desejavam ter tido a mesma ideia ou ao menos a coragem para propor a sua prática. Não foi diferente com Miguel Bombarda, que foi bastante criticado por seus sucessores no que diz respeito à forma do Pavilhão de Segurança. Contudo, ao fazerem as críticas não se lembram, ou ignoram propositadamente, das melhorias trazidas pelas medidas implementadas. Estamos falando de uma época em que o conhecimento sobre as patologias não tinha a profundidade de hoje em dia – e ainda assim ainda estamos longe de compreendê-las completamente – e nem havia o recurso aos psicofármacos, que notoriamente auxiliaram e ainda auxiliam no tratamento dos transtornos psíquicos.

Por essa razão não entendemos a razão das críticas, uma vez que Bombarda foi o responsável pela eliminação de métodos desumanos de «tratamento», como as ‘cadeiras fortes’, ‘coleiras’, melhorou as condições de

habitação, alimentação, vestuário, mobiliário, e que fez tudo isso em meio a um sistema penal e recursos clínicos «arcaicos».

Como é possível perceber do seguinte excerto, a disposição do hospital, apesar de ter uma aparência intimidatória e não proporcionar muita privacidade aos pacientes, “além de eficaz ventilação que preveniu a difusão de algumas patologias transmissíveis, proporcionou uma monitorização visual sobre o conjunto das instalações que noutra edifício não seria alcançada, e certamente possibilitou que uma larga maioria de doentes fosse autorizada a sair das celas durante o dia, concorrendo assim para o seu equilíbrio psíquico.”. (Freire, 2009, p. 59).

Certamente havia deficiências, não o negamos, apenas pretendemos ver reconhecido o esforço e a preocupação de Bombarda em promover melhores condições de vida aos pacientes que estavam sob os seus cuidados, apesar de nem sempre obter os melhores resultados e mesmo haver o cometimento de erros, como permitir a sobrelotação do estabelecimento. E as deficiências também decorriam da falha na legislação em vigor na altura, que permitia o internamento a tempo indeterminado de inimputáveis ou de condenados que necessitavam de tratamento, bem como do “regime de ‘clausura solitária’, causador da ‘loucura penitenciária’.”. (Freire, 2009, p. 61).

Bombarda contesta esta mesma legislação e determina: “Lançados naquele inferno, que é a cadeia celular, por uma grande parte daí saem para cair noutra inferno quase tão torturante que é o inferno de Rilhafoles, e uma vez aqui só conseguem libertar-se pelo repouso que a morte traz.”. (Bombarda, 1908, p. 10, citado por Freire, 2009).

Continua o seu discurso afirmando que “assim temos o criminoso que a Penitenciária endoideceu transferido para Rilhafoles e como em regra ele aqui não se cura, porque à uma vem tarde e à outra o meio, igualmente um encarceramento, é incompatível com a cura, o resultado é que o alienado que da Penitenciária se transfere para Rilhafoles vem aqui acabar os seus dias, vem aqui sofrer uma pena para a vida inteira. Se tais alienados pudessem entrar na vida comum, eles acabariam por se curar.”. (Bombarda, 1908, p. 14, citado por Freire, 2009).

Com este discurso vemos elevar-se ainda mais o valor de Miguel Bombarda, que já antevia que o sucesso do tratamento dos transtornos mentais residia exatamente do lado de fora do estabelecimento, na vida comum, como ele próprio determinou.

1.2. Primeiro manicômio no Brasil

“Hoje, restam menos de 200 sobreviventes. Parte deles morrerá internada, parte tenta inventar um cotidiano em residências terapêuticas, com os farrapos de delicadeza que lhe sobram. Como Sônia Maria da Costa, que às vezes coloca dois vestidos porque passou a vida nua.”

(Arbex, 2013, p. 17).

De acordo com o que nos informa Amarante (2008, p. 74), “a loucura só vem a ser objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir da chegada da Família Real, no início do século passado. (...) Em 1830, uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realiza um diagnóstico da situação dos loucos da cidade. É a partir desse momento que os loucos passam a ser considerados doentes mentais, merecedores, portanto, de um espaço social próprio, para sua reclusão e tratamento.”

Por volta dessa época, um grupo de médicos, particularmente higienistas, fundadores da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, uniram-se com a intenção de criar um hospital para os alienados – diferente dos Hospitais Gerais – que fosse arejado e limpo, onde os doentes pudessem receber um tratamento efetivamente médico.

O Hospício Pedro II foi inaugurado em 1852, no Rio de Janeiro, sendo o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil e da América Latina, e recebeu pacientes provenientes da Santa Casa de Misericórdia. Neste hospício, o fulcro do tratamento era a reabilitação dos doentes, contando inclusive com terapia ocupacional. Entretanto, como ainda não existiam os fármacos, a medida de contenção dos pacientes agressivos era o isolamento em quartos afastados

e/ou o uso da camisa de força, dependendo do grau de violência apresentado pelo doente.

Com a instauração da República, este hospício foi renomeado, chamando-se, a partir de então, Hospício Nacional de Alienados, cujo diretor era João Carlos Teixeira Brandão, que tinha adotado a escola francesa como linha terapêutica. Em 1893, com a criação do Pavilhão de Observação, eram realizados estudos de psicopatologia e atendimento aos pacientes, bem como aulas de Psiquiatria para os alunos da faculdade.

De acordo com Bettarello [*et al.*] (2008, p. 84), “em 1931, Pernambucano, ampliando as formas de tratamento psiquiátrico no Brasil, criou órgãos de prevenção de doenças mentais e propostas de tratamentos extra-hospitalares, serviços abertos e trabalhos com equipe multidisciplinar. Em julho de 1934 foi promulgada a Lei [na realidade é um Decreto] n. 24.559 que regulamentava a assistência psiquiátrica brasileira, em vigor até 1999.”.

Em 1938 houve a transferência do Instituto de Psicopatologia e Assistência a Psicopatas para a Universidade do Brasil (hoje Universidade Federal do Rio de Janeiro), no seu Instituto de Psiquiatria, o IPUB. No ano de 1923, foi criada por Gustavo Riedel, no Rio de Janeiro, a Liga Brasileira de Higiene Mental [LBHM], que pretendia melhorar o atendimento aos doentes mentais, modernizando o atendimento psiquiátrico ou, pelo menos, era essa a justificativa para a sua existência.

Nesta mesma cidade, até meados do século XIX, os doentes mentais não recebiam qualquer tipo de tratamento, tendo como alternativas vagabundar pelas ruas ou estar preso em cadeias comuns, por vagabundagem, ou em celas dos Hospitais Gerais. A LBHM inicialmente pregava a melhoria do serviço, contudo, a partir de 1926, o propósito central converteu-se na prevenção pela redução do número de doentes mentais e consequente «aprimoramento da raça brasileira», transformando por completo os princípios fundamentais da criação da Liga. (LBHM, 1925b, citado por Wanderbroock Júnior & Boarini, 2008).

A proposta era aproximar a prevenção psiquiátrica da prevenção orgânica, ou seja, prevenir antes que sintomas clínicos da doença apareçam. O que se seguiu foi que o foco dos cuidados psiquiátricos passou a ser o cidadão sadio, para que ele não viesse a tornar-se um doente mental. Como bem disse Costa (2010, p. 47): “o que interessava era a prevenção e não a cura.”.

Os psiquiatras da época acreditavam que para além das componentes biológica e hereditária, as doenças mentais se agravavam a cada nova geração, aumentando drasticamente a quantidade de doentes mentais crônicos na população como um todo, como que minando a estirpe, sendo este argumento suficiente para a pretensa eliminação destes doentes.

De acordo com Costa (2010, p. 19), “os psiquiatras passaram a pedir a esterilização sexual dos indivíduos doentes, a pregar o desaparecimento da miscigenação racial entre brasileiros, a exigir a proibição de imigração de indivíduos não-brancos, a solicitar a instalação de tribunais de eugenia e de salário-paternidade eugênico etc.”.

Relativamente à imigração, Juliano Moreira (um eminente psiquiatra da época da Liga, vindo a ser nomeado o diretor do Hospital Nacional, tomando o lugar de Teixeira Brandão) tendia erroneamente a associar problemas psiquiátricos a questões culturais, seguindo a ideologia da seleção biológica alemã.

A eugenia não foi uma ideologia adotada juntamente com a criação da Liga, ela era anterior, baseada na pureza da raça e tentativa de manutenção do nível cultural, ideais importados da Europa. “Com a eugenia, o racismo entrava na sua era *científica*, pois sentia-se legitimado pela Biologia.”. (Costa, 2010, p. 52).

No início da adoção da eugenia, o fundamento da sua utilização era a *melhoria* da raça, o que poderia ser resumido como o «embranquecimento» da população, e tratava-se de uma *higiene individual*, diferente do que aconteceu nas décadas de 1920-1930, aquando da criação da Liga, em que a base era a *pureza* racial não mais em razão da cor da pele, sobretudo da origem do indivíduo, e se tratava de uma *higiene social*.

Ao início da Liga, a intenção era a de eliminar os doentes mentais, e só eles, procedendo à eugenia individual para que um indivíduo não pudesse transmitir a sua doença aos seus descendentes. Neste momento ainda não importava a origem étnica do indivíduo, somente a presença ou ausência de doença mental e a supressão da possibilidade de herdá-la geneticamente.

Posteriormente, ainda que na ignorância de estar a seguir fielmente os preceitos eugênicos alemães e, conseqüentemente, nazistas, a Liga Brasileira transmutou seus ideais eugênicos, passando da higiene individual para a social, ainda que sem se dar conta completamente do que estava a acontecer.

Ao alterar o enfoque da prática da eugenia, fazendo-se agora a seleção pela pureza da raça, estavam a seguir piamente os princípios nazistas. Desta feita, não mais se estava a aplicar a eugenia com fins de eliminação da doença mental, mas da «limpeza» da comunidade em geral; passaram a comportar-se como sendo o interesse primordial a saúde da raça como um todo, como se pertencer a determinado grupo étnico por si só fosse uma doença.

Renato Kehl era um ferrenho defensor dos ideais eugenistas de higiene social num sentido aproximado à seleção natural, entendendo que os indivíduos mais fortes deveriam sobreviver, enquanto os mais fracos, sucumbir, fazendo esta seleção natural um papel importante na manutenção das instituições sociais: “Evidencia-se por toda a parte a preocupação dos governos de encontrar solução para abrigar e alimentar a elevadíssima percentagem de incapazes, de mendigos, de criminosos, de anormais de todo gênero que dificultam e oneram, pesadamente, a parte sã e produtiva da sociedade. (...) Para agravar, ainda mais, a calamitosa situação, a hygiene social de um lado, a medicina e a phylantropia de outro, salvam a vida de milhões destes *infra-homens* (que a seleção natural devia eliminar), aumentando, assim, o peso morto e as contribuições para conservá-los na inatividade ou reclusos nos estabelecimentos adequados.” (Costa, 2010, p. 63. Grifo nosso).

Acompanhando Renato Kehl, Alberto Farani arremata: “a eugenia não protesta contra a quantidade, ao contrário, mas ella pede uma quantidade

qualitativamente aproveitável. (...) Outro argumento é o desprestígio da dignidade humana. Em que? Será por acaso indigno quem for estéril congênito? Será mais digno procrearem-se indivíduos incapazes? (...) Que grande mutilação a ressecção de 2 cm do deferente ou de alguns centímetros da trompa, canaas vehiculadores, sem função maior.”. E ainda Ignacio Cunha Lopes: “As peores linhagens perpetuam-se graças aos sentimentos para com os direitos individuaes, ainda quando opostos ao bem da sociedade, e o Estado e a Igreja dão a ambos consentimento e bênção ao casamento e à propagação dos idiotas, insuficientes, loucos e depravados.”. (Costa, 2010, p. 71).

O próprio nome da Liga sugere a ideia de limpeza, «despoluição» da sociedade dos seres indesejáveis, o impedimento da reprodução destes a fim de reduzir o número de potenciais doentes mentais: este foi o alicerce da eugenia brasileira, que não por acaso se parece bastante com outra ideologia, o Nazismo. A crença da LBHM chegou ao ponto de acreditar que “se a doença mental era transmitida hereditariamente, a única prevenção logicamente possível era o extermínio físico ou a esterilização sexual dos indivíduos doentes.”. (Costa, 2010, p. 20).

Apesar da informação não ter sido tão difundida como em outras áreas, durante o Nazismo a Psiquiatria teve o seu papel exterminador dos doentes mentais, tanto praticando a esterilização como a eutanásia. Eram os psiquiatras quem denunciavam e tratavam da transferência dos pacientes dos hospitais para câmaras de gás ou mesmo salas comuns que haviam sido adaptadas para funcionar como câmaras, bem como forjavam certidões de óbito, a fim de mascarar a verdadeira causa da morte daqueles pacientes. (Strous, 2007).

Na verdade, não importava qual era a justificativa dada pelos psiquiatras para pôr em marcha a prevenção, uma vez que eles adaptavam a realidade para que coincidissem com o que quer que eles entendessem como certo no momento, corroborando o argumento de que a prevenção não tinha caráter médico, mas cultural, numa tentativa irrealista de criar os «brasileiros-modelo». O que a Liga pretendia eliminar não era exatamente a doença mental, mas os defeitos morais dos indivíduos, tais como o alcoolismo e a

libertinagem, considerados problemas sociais da época e que deveriam ser corrigidos.

Nos termos de Renato Kehl (1930), temos que “Eugenia – término preferido y adoptado en el Brasil por el ilustre filólogo João Ribeiro – es sinónimo de Eugenesia y de Eugénica. Tiene por objeto la mejora progresiva de la especie, mediante el fomento de la ‘buena generación’ y por la ‘procreación higiénica’, consistiendo, en suma, en el ennoblecimiento físico, psíquico y mental del hombre.”. (Wanderbroock Júnior & Boarini, 2008, p. 520).

Com isso podemos realmente constatar que a finalidade da eugenia brasileira era simplesmente uma limpeza moral, seja «reeducando» uns ou «purificando-se» de outros; o que se dizia pretender era uma melhoria da comunidade como um todo, sendo esta composta apenas por membros honrados, inteligentes e que contribuiriam para o desenvolvimento daquele corpo social, mas na verdade a real intenção era a de proceder a uma limpeza racial, onde somente poderiam restar os de origem pura e bem-educados, ou seja, a elite da elite, e que isso proporcionaria conforto e felicidade à população por estar no meio de seus pares.

As aspirações da Liga foram muito mais longe do que somente interferir na vida dos cidadãos brasileiros, vinculando ou, ao menos, tentando dificultar a entrada no país de imigrantes, selecionando quem estaria apto ao ingresso através de avaliações psicológicas realizadas pelos higienistas, o que acabou por fazer destes os primeiros psicólogos brasileiros, devido à sua exclusiva dedicação ao tema. A ideologia da eugenia não se aplicava mais somente aos cidadãos nacionais, agora esta era uma questão da ordem da soberania, tendo em vista que a intenção era a proteção da sociedade brasileira do contato, ou pior, da sua miscigenação, com os estrangeiros.

Portanto, com a imigração veio também a necessidade da realização de triagens e testes psicológicos a quem quer que pretendesse ingressar no país, a fim de «atestar a sua capacidade/compatibilidade com os glorificados nacionais brasileiros». Pacheco e Silva (1925) afirmam: “desnecessário se torna assinalar o alcance de providências nesse sentido, cujos efeitos se fariam sentir imediatamente, não só em relação à criminalidade que entre nós tem

aumentado extraordinariamente, como também contribuiria para a seleção da nossa raça, afastando elementos nocivos que só servem para influir maleficamente na constituição das futuras gerações brasileiras.”. (Wanderbroock Júnior & Boarini, 2008, p. 524).

Contudo, o Brasil não se encontrava em uma situação completamente propícia, não era como se o país estivesse fazendo um grande favor aos imigrantes ao permitir a sua entrada; na realidade o Brasil também necessitava e muito do ingresso dessas pessoas que seriam mão-de-obra qualificada, tendo em vista que o processo de industrialização ainda se estava a iniciar e os trabalhadores europeus já detinham alguma experiência no funcionamento das máquinas.

Ainda com essa necessidade, não poderia ser permitida a entrada no território de indivíduos com transtornos mentais: “no trabalho de defesa, de prevenção e de profilaxia, urge cuidar de medidas de eugenia, que visem diminuir os malefícios da hereditariedade patológica, agitando a necessidade de regulamentar o casamento, talvez a de segregar ou de esterilizar os grandes deficientes, mas certamente a de pôr cobro a livre entrada de imigrantes de mentalidade anormal e de deportar os que conseguiram penetrar no país, provado que já não desembarcaram no estado de saúde mental. (LBHM, 1925a, p. 194).” (Wanderbroock Júnior & Boarini, 2008, p. 522-523).

Como o país necessitava da imigração mas não queria receber pessoas não adequadas aos seus interesses de criação de uma população sadia física e mentalmente, capaz de soerguer o país em diversos níveis, fazia-se relevante a seleção eugênica, a fim de impedir que o ingresso dos imigrantes prejudicasse o crescimento nacional, seja em termos de produção como interferindo na saúde dos indivíduos.

Segundo Cavalcanti (1945), “é necessário valorizar tanto o brasileiro nato como incrementar em grande escala a imigração de elementos sadios, realizar uma triagem rigorosa entre os adventas, tanto adultos quanto crianças, sem distinção de nacionalidade, uma seleção perfeita principalmente quanto às suas características neuro-psíquicas, uma seleção de modo a não permitir que se integrem e permaneçam no meio gregário brasileiro, indivíduos tarados,

perturbados, cheios de complexos, desajustados, enfim, imigrantes que não servem porque, em lugar de nos ajudar, vêm como peso morto.”. (Wanderbroock Júnior & Boarini, 2008, p. 523).

Peso ainda mais morto, se tal expressão for possível, seria o imigrante doente mental, pois saúde física e mental deveriam caminhar juntas, emparelhadas com as necessidades produtivas do país, mormente no ambiente rural, e aquele que fosse considerado incapaz para o trabalho poderia decidir migrar para as cidades, adotando o papel daquele que uma vez já foi segregado da comunidade por vadiagem, aumentando o quinhão dos inconvenientes, que agora não seriam mais somente «problema nacional», mas teriam que cuidar dos «inconvenientes dos outros».

Com a seguinte frase fica reforçado o temor que a Liga tinha dos imigrantes serem não só incapacitados para o trabalho como ainda doentes mentais, ou seja, duplamente «inválidos» para a concepção da época, donde decorria uma série de encargos por parte do Governo, que já não se interessava pelos próprios enfermos, quanto mais por aqueles que viessem de além-mar: “a Liga temia que não somente esses imigrantes fossem «inaptos» para o processo produtivo, mas também que seu bilhete de viagem tivesse como destino não as fábricas ou os campos, mas o manicômio.”. (Wanderbroock Júnior & Boarini, 2008, p. 523).

Enquanto a vadiagem era uma preocupação, outra ainda maior passou a fazer parte das confabulações da Liga: a criminalidade. Como se já não bastasse a preocupação com a limpeza individual, mental e social, a possível componente criminógena por parte dos imigrantes faria elevar o índice de criminalidade, que no seio da população brasileira já estava em crescimento, contribuindo ainda para a «piora» da raça com a miscigenação dos brasileiros com os estrangeiros «potencialmente criminosos» que somente poderiam prejudicar o fruto das gerações brasileiras futuras. “Joseph Arthur Gobineau (1816-1882), conde de Gobineau, que veio para o Rio de Janeiro como chefe de uma missão francesa entre abril de 1869 e maio de 1870. Detestou residir no Brasil e afirmava que a miscigenação racial era impeditiva do desenvolvimento do país.”. (Taborda [et al.], 2004, p. 33).

Depois de tudo isso, somente restava pôr em prática a seleção dos estrangeiros que poderiam ingressar no país. Contudo, esta ação não foi tão bem sucedida como se poderia supor, uma vez que os testes que poderiam avaliar a propensão ou não à criminalidade dos imigrantes deveriam ser escritos e a maior parte dos imigrantes não sabia ler ou escrever, o que impossibilitava a aplicação de qualquer modo de apreciação.

A aptidão mental dos imigrantes não poderia ser auferida sem que eles fossem alfabetizados, sendo esta falta de alfabetização o primeiro obstáculo enfrentado pela Liga, e Gustavo Riedel entendeu que ao imigrante que não soubesse ler não deveria ser permitido entrar no país, uma vez que não era possível avaliar a amplitude da sua higiene mental, tanto educacional como psíquica.

A preocupação com a alfabetização não se concentrava nos estrangeiros, como é óbvio, mas para estes ela era um critério de inclusão ou exclusão; já para os brasileiros, a questão era mais significativa, do ponto de vista que não bastava que o indivíduo fosse alfabetizado, o que realmente estava em questão era que ele fosse educado. Todo este interesse na educação do povo brasileiro fundava-se na intenção de oferecer aos trabalhadores nacionais funções mais qualificadas e não só mão-de-obra pesada: “O país necessitava alfabetizar o maior contingente possível de trabalhadores para que, a partir daí, estes pudessem receber a educação necessária à sua formação técnica, moral, intelectual e higiênica.”. (Wanderbroock Júnior & Boarini, 2008, p. 524).

Por outro lado, outro fator de interesse em que o estrangeiro fosse alfabetizado residia no cumprimento de postos de trabalho na produção rural ou industrial, pois, nas próprias palavras do Presidente da República da época, Getúlio Vargas, “o imigrante tem de ser, entre nós, fator de progresso e não de desordem e desagregação (Vargas, 1943)”. (Wanderbroock Júnior & Boarini, 2008, p. 524). Com isso, não era unicamente o fator alfabetização que estava em xeque, mas uma componente psíquica, que de alguma forma «garantisse» que o potencial imigrante não ingressaria no país para difundir ideias que

pudessem gerar um desequilíbrio social, como ideias a respeito da luta de classes, para fornecer um exemplo.

Ou seja, o Governo tinha interesse na imigração desde que ela trouxesse trabalhadores qualificados, não inquisidores do Estado, que se conformassem com o trabalho dado e o salário recebido, não contestassem qualquer decisão e que não portassem qualquer tipo de doença, muito menos a mental. O que não era dito é que a publicidade feita pelo Governo não era sincera; não haveria as terras prometidas ao lavrador nem qualquer vantagem fantástica prometida a qualquer outro trabalhador; o real interesse governamental era a aquisição de trabalhadores capacitados que viessem elevar o padrão econômico e industrial do país às custas de pessoas que vinham fugidas da guerra, de campos de concentração, de zonas bombardeadas, resumindo, pessoas que não tinham mais hipótese de continuar suas vidas nos seus países de origem, que pretendiam recomeçar uma vida e terminavam por ser exploradas num lugar que deveria ser um pacífico recomeço.

Muitas dessas pessoas, que se perdiam de suas famílias ou eram roubadas, ou por qualquer razão não tinham um local para viver, terminavam sendo institucionalizadas como única opção de moradia, transformando, desta forma, o manicômio em um refúgio dos desempregados, perdidos e deixados à própria sorte. Uma vez mais o manicômio tornou-se o lar dos rejeitados, desempregados, os que ainda não podem ergue-se com os próprios pés... Temos a impressão de que esta situação não mudou assim tanto daquela época para cá...

CAPÍTULO II

Psicopatologias que co-ocorrem mais frequentemente com as práticas de fatos ilícito-típicos

*“Sentia-me um animal ferido e acuado, preso naquele quarto. Um garoto de dezessete anos, espinha na cara, barba nem pronunciada. Preso. Esperando o choque! Um lugar que jamais sonhara conhecer. Preso! Esperando o choque. Passando por pesadelos que fariam qualquer machão adulto ficar temeroso. Preso. Esperando o choque. Dizem que há trinta anos não usam mais eletrochoque na psiquiatria intitulada moderna. Preso. Esperando. O Choque. O que é que eu estou fazendo aqui dentro, então? Preso, esperando o eletrochoque! Esse eletrochoque é um terror, meus Deus! Por que fazem isso? Preso, esperando o choque. Sua aplicação é a seco, à unha nos agarram e aplicam essa p *. Por que permitem que façam isso comigo? Preso, esperando o eletrochoque. O que eles dizem para os nossos familiares é uma coisa – queria ver meu pai aqui dentro: preso, esperando o eletrochoque.”*

(Bueno, 2004, p. 102).

2.1. Transtorno Bipolar

Geller & Luby (1997); Findling [et al.] (2001); Masi [et al.] (2006) e Donfrancesco [et al.] (2011) concordam que o transtorno bipolar se apresenta de maneira diversa em adultos e adolescentes, acrescentando que frequentemente o transtorno bipolar vem acompanhado de comportamentos inadequados e em comorbidade com o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH).

O acompanhamento do curso da doença é sempre fundamental para que se possa confirmar o diagnóstico feito, uma vez que é ao longo do tempo que os sintomas são consolidados e transparecem todas as suas peculiaridades; a estabilização é considerada um elemento supremo de validação do diagnóstico de transtornos psicóticos.

No caso do transtorno bipolar, a importância da análise do curso da doença repousa em definir se o incidente tem uma periodicidade ou foi um episódio isolado e qual o prognóstico possível. Uma multiplicidade de autores concorda que um diagnóstico correto do primeiro episódio é importante para o planejamento do tratamento médico e psicossocial. (Bromet [et al.], 2005; Whitty [et al.], 2005; Fraguas [et al.], 2008; Kim [et al.], 2011).

Ghaemi [et al.] (2008) explicam que o transtorno bipolar é mais frequentemente demonstrado através da depressão, havendo a óbvia necessidade da presença de episódios maníacos ou hipomaníacos para o diagnóstico poder ser elaborado. O fato de a depressão ser o espectro mais evidente dificulta o diagnóstico, podendo ser determinado como se tratando de uma depressão unipolar, o que prejudica e muito a situação do paciente, no caso de ser iniciado um tratamento inadequado ao problema em causa.

Os autores acreditam que a simples ausência dos sintomas maníacos ou hipomaníacos passados não é suficiente para descartar o diagnóstico de depressão bipolar, pois o doente pode não ter descrito de forma precisa os sintomas maníacos ou hipomaníacos anteriores, sendo reforçados pelas pesquisas que demonstram que cerca de metade dos pacientes não demonstrou *insight* com relação aos seus sintomas. (Ghaemi [et al.], 1996; Lam & Wong, 1997; Dell’Osso [et al.], 2002; González-Ortega [et al.], 2010; van der Werf-Eldering [et al.], 2011). Por esta razão é fundamental o contato do psiquiatra com os familiares, na tentativa de obter mais informações acerca dos sintomas percebidos, com vistas a um diagnóstico mais preciso e, conseqüentemente, um tratamento mais eficaz.

Se por um lado o médico precisa ter em atenção cada paciente individualmente, não se precipitando em elaborar um diagnóstico quase único para todos os indivíduos que lhe são apresentados com sintomas algo semelhantes, correndo o risco de estar enganado, por outro lado, os sintomas foram determinados como forma de facilitar o diagnóstico, mantendo em mente as características peculiares a cada transtorno.

Seguindo as características do transtorno, foi desenvolvido o SIGECAPS³, um mnemônico para a depressão e também o DIGFAST⁴, um mnemônico para a mania, o que facilita para lembrar os sintomas.

Com relação ao início da doença, normalmente este se dá através do episódio depressivo, e não do maníaco, o que traz margem de 50% de possibilidade do paciente depressivo com início precoce desenvolver o transtorno bipolar.

A recorrência dos episódios de humor é um elemento importante na caracterização da doença, tendo em vista que “quase todos os pacientes bipolares vivenciaram um episódio de humor recorrente dentro de quatro anos de acompanhamento (Tohen [*et al.*], 1990), com a história natural usual de cerca de um episódio de humor por ano (Kessing [*et al.*], 1998)” (Ghaemi [*et al.*], 2008, p. 19), sendo a duração dos episódios depressivos bipolares menor que a dos episódios unipolares.

Em razão dos cuidados primários de saúde serem o primeiro suporte médico oferecido às pessoas, muitos doentes são erroneamente diagnosticados com outro tipo de doença, principalmente no caso do transtorno bipolar, o qual se apresenta, na maior parte das vezes, primeiramente sob a forma depressiva, dando azo ao diagnóstico de depressão unipolar, quando deveriam ser diagnosticadas por um psiquiatra, que se especializou na área de saúde mental e tem mais experiência e qualificações específicas para emitir um diagnóstico mais preciso, bem como um tratamento mais adequado.

³ SIGECAPS = *Sleep; Interest; Guilt; Energy; Cognition/Concentration; Appetite; Psychomotor; Suicide.*

⁴ DIGFAST = *Distractibility; Insomnia; Grandiosity; Flight of ideas; Activities; Speech, Thoughtlessness.*

2.1.1. Origens do transtorno

Numa tentativa de encontrar as origens do transtorno bipolar, podemos recorrer a algumas abordagens que, relacionadas, nos orientam com respeito à suscetibilidade de ocorrência do transtorno, as interações existentes, bem como os resultados dessas interações, contribuindo para um diagnóstico mais preciso, podendo vir a auxiliar na sugestão de tratamento.

Conforme nos ensina Kay Jamison (2009, p. 7) – que, para além de psicóloga desenvolveu o transtorno, estando capacitada para fornecer a perspectiva profissional e a de paciente –, “a doença maníaco-depressiva deforma o estado de humor e os pensamentos, estimula comportamentos aterradores, destrói a base do pensamento racional e, com enorme frequência, solapa o desejo e a vontade de viver. É uma doença biológica nas suas origens, mas que dá a impressão de ser psicológica na vivência que se tem dela; uma doença sem par no fato de proporcionar vantagens e prazer e que, no entanto, traz como consequência um sofrimento quase insuportável e, não raramente, o suicídio.”.

De acordo com Zarate [et al.] (2000), o transtorno bipolar é uma doença comum, crônica e severa, que causa forte morbidade psicossocial e interfere em aspectos da vida do paciente, tais como a família, o casamento, o trato com os filhos e a ocupação. Referem ainda que estudos recentes revelam altas taxas de comprometimento funcional na maior parte dos pacientes com transtorno bipolar, contudo, ainda não foi possível estabelecer quais as reais razões para tais resultados, podendo estar envolvidos sintomas intra-episódicos, tratamentos com uso de neurolépticos, baixo status socioeconômico e baixa função pré-mórbida.

Analisando as bases biológicas do transtorno bipolar percebemos que este provém da combinação de fatores genéticos, ambientais e suas consequências para o organismo do indivíduo acometido. A hereditariedade é um elemento de grande importância, sendo este fato comprovado por diversos estudos, como os de McGuffin [et al.] (2003); Tsuchiya [et al.] (2003);

Edvardsen [et al.] (2008); Hayden & Nurnberger (2008); Berk [et al.] (2009); Tramontina [et al.] (2009), que determinam o risco de um familiar em primeiro grau vir a ser portador do transtorno como sendo dez vezes superior ao de uma pessoa sem esta carga genética, para além de tratarem também da herança genética relativamente aos irmãos gêmeos, sendo, no caso de monozigóticos, o risco de 67% de ocorrência do transtorno.

Kelsoe (2003) defende que os familiares dividem características genéticas e ambientais (comportamentais, aprendidas pela experiência, exposição a toxinas) e que, por esta razão, a simples componente genética não seria um preditor tão forte, se considerado separadamente. Barnett & Smoller (2009) também concordam que o transtorno bipolar não se deve somente à hereditariedade, mas sim à sua combinação com agentes ambientais. Contudo, no que respeita aos irmãos gêmeos, descobriram que os monozigóticos têm aproximadamente 70% de possibilidade de apresentarem o transtorno, contra apenas 30% nos gêmeos dizigóticos do mesmo sexo. Vale ressaltar que em ambos os casos os irmãos foram criados juntos, o que uniformiza a característica ambiental, portanto, o que se pretende averiguar com esta pesquisa é que a partilha de todos os genes, em oposição a apenas metade, aumenta o risco de doença nos casos de gêmeos monozigóticos.

Corroborando o fato de a genética não ser a única responsável pela ocorrência do transtorno, Kelsoe (2003); Tramontina [et al.] (2009) explicam que fatores ambientais também têm a sua participação, e o primeiro segue esclarecendo que, em termos genéticos, não existe a probabilidade de 100% de manifestação do transtorno bipolar em um dos gêmeos em razão do outro apresentar o transtorno, para além de levantar um importantíssimo ponto: o de que não é um só gene o responsável pelo transtorno bipolar, mas a combinação deles.

Similarmente, Tramontina [et al.] (2009), relatando achados genéticos, defendem que não existe apenas um gene responsável pela ocorrência do transtorno bipolar, mas diversos genes que tanto podem representar suscetibilidade como proteção perante o mesmo.

Recentemente foram reconhecidos os fatores epigenéticos na origem do comportamento humano, referindo que alterações nestes fatores podem ter uma grande participação na origem de doenças, e isso importa não só para os transtornos físicos, como também para o transtorno mental.

Em realidade, tanto a componente genética quando a ambiental são importantes na origem dos transtornos, nomeadamente quando estamos em presença de um estudo com irmãos gêmeos. Marlow (2011) relembra que ainda não é totalmente compreendida a natureza da relação entre genes e ambiente, dando a ideia de que o ambiente possa influenciar o comportamento pela alteração da expressão dos genes (a autora utiliza a expressão 'genes em modo ligado', o que nos remete à pesquisa a respeito dos fatores epigenéticos), não sendo ainda possível perceber como esta influência seria controlada.

Ostiguy [*et al.*] (2009) chegaram à conclusão de que apesar de a genética ter imensa importância na etiologia do transtorno bipolar, os eventos stressantes da vida – especificamente os negativos e relacionados à perda – são comuns em pacientes bipolares e também podem participar da sua etiologia, estando mais restritos ao ano que precede o primeiro episódio de depressão e mania e sendo menos comuns na infância ou depois do primeiro episódio do transtorno, o que reforça o modelo de interação gene-ambiente-tempo defendido por Zalsman (2010). Para além disso, os resultados desta pesquisa confirmam os três fatores de interação entre eventos stressantes da vida e doenças psiquiátricas referidos num estudo anterior (Horesh [*et al.*] 2003).

Quanto à idade de início do transtorno, de acordo com Yildiz & Sachs (2003), temos que tanto para o transtorno bipolar tipo I como o tipo II a idade era similar (entre 23 e 28 anos), exceto nos casos em que a psicose teve um início anterior à mania, nos estados mistos ou na depressão maior. Como bem ressaltaram Baldessarini [*et al.*] (2010a; 2010b), havia uma pequena diferenciação entre indivíduos do sexo feminino e masculino na apresentação inicial do transtorno do tipo I, como também nas formas de mania e depressão

maior, e no transtorno tipo II os indivíduos tinham como marco de início para depressão maior quatro anos antes da apresentação da hipomania.

O transtorno bipolar, assim como a depressão, pertence à categoria dos transtornos do humor, que são caracterizados pelos desvios bruscos de humor. No transtorno bipolar temos a alternância entre o estado maníaco e o depressivo, havendo, frequentemente, períodos de remissão, em que o paciente se encontra com o humor normalizado (estado eufímico).

No estado maníaco o doente apresenta “alterações no humor, na cognição, na psicomotricidade e nas funções vegetativas, porém com características opostas àquelas observadas na depressão. O paciente apresenta elevação do humor, aceleração cognitiva, ativação psicomotora, aumento de energia e idéias de grandeza, que podem ser delirantes. A aparência pode tornar-se mais extravagante, colorida, até mesmo inadequada para a idade, a ocupação ou o clima, eventualmente bizarra ou «alternativa». A *facies* expressa emoções que vão do êxtase ao ódio, passando por euforia e irritabilidade, com olhar brilhante, sorriso abundante ou seriedade e, até mesmo, absoluta frieza.” (Moreno & Moreno, 2009, p. 134).

Mula [*et al.*] (2009), acompanhados por Hunter [*et al.*] (2004), apontam a despersonalização como um indicador da severidade do transtorno bipolar e da pouca aderência ao tratamento e também mostram-se intrigados com a correlação entre sintomas de desrealização em combinação com transtorno do pânico; sua pesquisa sustenta a hipótese de que sintomas de desrealização durante a vida podem sugerir comorbidade do transtorno bipolar com o transtorno do pânico.

2.1.2. Stress

Wes Burgess (2010) confirma a importância do stress na origem do transtorno, relatando, inclusive, que estes eventos precedem os sintomas bipolares.

Tsuchiya [et al.] (2003); Zalsman (2010) e Horesh [et al.] (2011) concordam que uma forma de analisar a influência do ambiente na origem do transtorno bipolar é a avaliação pela data de início e pela intensidade dos eventos stressantes da vida. Hayden & Nurnberger (2008) igualmente abordam este tema, designando que são percebidas cada vez mais evidências de que fatores ambientais desempenham um papel significativo na gênese do transtorno bipolar, ressaltando a emoção e eventos stressantes como sintomas do seu início.

Na pesquisa realizada por Horesh [et al.] (2011), relativamente aos eventos stressantes da vida, tendo sido consideradas mortes e separações, foi revelado que o número total de sujeitos era significativamente inferior nos grupos de bipolares do que nos grupos de controle (borderlines e depressivos), contudo, considerada a proporção de cada grupo, foram apresentados mais casos de eventos stressantes no grupo dos bipolares. Ainda assim, numa avaliação subjetiva, eles consideraram a si próprios como sofrendo um impacto menor do que os grupos de controle.

Em diversos trabalhos, autores referem a problemática do ambiente familiar como sendo um potencial fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, tais como Chang [et al.] (2001); Ellenbogen & Hodgins (2004); Romero [et al.] (2005), que relacionam a instabilidade da estrutura familiar com a disposição genética para o transtorno, de forma a aumentar a propensão ao desenvolvimento do transtorno e desajustamento futuro.

Ostiguy [et al.] (2009) ressaltam a relevância do efeito causado pelo stress nos filhos de pais portadores do transtorno bipolar, asseverando que níveis elevados de stress ocasional ou crônico mostram-se como marcadores de risco para transtornos do humor nestes indivíduos, como ainda mais alarmante é a descoberta de que para além de transtornos mentais, também são passíveis de comportamentos desviantes e até suicídio, sendo acompanhados por DelBello & Geller (2001); Reichart [et al.] (2004); Henin [et al.] (2005); Hillegers [et al.] (2005) e Singh [et al.] (2007).

2.1.3. Impulsividade, agressividade e violência

Swann [et al.] (2001); Swann [et al.] (2003) e Carpinello [et al.] (2011) referem que a impulsividade é uma característica central no transtorno bipolar, sendo complementados por Moeller [et al.] (2001), ao afirmarem que ainda não é seguro dizer que a impulsividade interepisódica é um fator de risco para o transtorno bipolar ou se é uma consequência da repetição de episódios da doença.

No que concerne à agressividade, esta parece estar relacionada com a impulsividade, não estando adstrita aos episódios maníacos e mistos, podendo apresentar-se, contudo, durante a remissão do transtorno. (Latalova, 2009).

Carpinello [et al.] (2011) retomam a discussão declarando que comportamentos agressivos e hostilidade são frequentemente observados em pacientes com transtorno bipolar, tendo sido corroborados por Cassidy [et al.] (2002); Sato [et al.] (2002); Maj [et al.] (2003). Todavia, para Garo [et al.] (2008) ainda não está claro se os traços agressivos representam uma característica intrínseca do transtorno bipolar.

No mesmo estudo de Garo [et al.] (2008), relativamente à agressividade, foi percebido que indivíduos portadores do transtorno bipolar em comorbidade com o transtorno de personalidade borderline apresentaram mais eventos agressivos durante a vida, comparativamente àqueles que apresentam somente o transtorno bipolar, o que suporta a hipótese de que esta comorbidade seria um fator de risco para a agressividade relativamente aos sujeitos portadores de transtorno bipolar.

De acordo com Jozef & da Silva (2003, p. 133), “a valorização do *fator doença mental*, no que diz respeito à violência, é fato que deve ser *enfrentado* pela Psiquiatria. Isto não significa que qualquer doente mental esteja inclinado a cometer crimes violentos: a vasta maioria não o fará. Lembremos, também, que outros grupos existem bem mais perigosos para a sociedade, como os psicopatas violentos. E nunca é demais repetir que o

grande problema de saúde pública da atualidade, envolvendo Psiquiatria e violência, diz respeito ao abuso de álcool.”.

Carpiniello [*et al.*] (2011) concordam que indivíduos bipolares e os portadores do transtorno borderline têm em comum traços de personalidade como a agressividade e a impulsividade e que é possível haver comorbidade, o que diversas vezes tem sido negligenciado como diagnóstico. Nesta seara são acompanhados por Zimmerman & Mattia (1999), que confirmam, na prática clínica, esta deficiência também em virtude da aplicação dos testes estandardizados.

2.1.4. Subtipos do Transtorno Bipolar

a) Transtorno Bipolar Tipo I

Ao falar da mania bipolar, Wes Burgess (2010) refere que o que geralmente se espera como sintoma é a euforia, mas que a irritabilidade tem sido suficiente para diagnosticá-la. Nos casos de crianças, a euforia não é frequentemente apresentada, sendo mais presente a irritabilidade e a ansiedade.

No transtorno bipolar tipo I existem episódios depressivos – de leve a grave – intercalados com fases normalizadas e fases maníacas –, em que o humor do paciente está exageradamente exaltado, eufórico.

Nos estados de mania os pacientes geralmente ficam hiperativos, com aceleração psicomotora, falando bastante e rapidamente, não conseguindo concentrarem-se, sendo marcada a fuga de ideias e a distração, têm ideias grandiosas, autoestima elevada, sentem pouca necessidade de sono, são desinibidos social e/ou sexualmente, está presente um aumento nos gastos e no envolvimento em atividades que lhe tragam prazer, sem a preocupação com consequências dolorosas e/ou indesejadas. Na realidade, apenas três destes sintomas já são necessários para que seja caracterizado o episódio maníaco, podendo, claramente, o paciente apresentar mais.

Durante o episódio maníaco é normal que o doente apresente sentimentos «superpositivos», percebendo-se como «o mais», «o melhor», «o maior», refere que “as idéias de grandeza, certeza, poder, riqueza, inteligência, etc. podem evoluir de supervalorização de habilidades pessoais a delírios grandiosos, de cunho religioso/esotérico/filosófico, financeiro, político, sexual e até mesmo científico.”. (Moreno & Moreno, 2009, p. 135). Todo o seu humor está positivamente alterado, fazendo com que apresente entusiasmo, alegria, excitação, risos exagerados, mas também podem ter comportamentos negativos, como agressividade e atitudes provocativas.

Esta atitude «superpositiva» é perigosa no sentido de o indivíduo perder o senso-crítico, o que pode aumentar a sua impulsividade. Moreno & Moreno (2009) fornecem exemplos do aumento da impulsividade podendo ser: aumento do consumo de álcool e/ou drogas, aumento de gastos em compras ou presentes e aumento da libido.

Uma vez que ele não se vê como é na realidade, ao se achar capaz de tudo, de se ver como melhor em tudo, não mede consequências para realizar os atos que pretende, afinal, teoricamente, a quem é o melhor em tudo, tudo é permitido, e isso pode trazer consequências bastante danosas ao paciente.

A aceleração da fala e do pensamento também são sintomas bastante recorrentes, fazendo com que o sujeito não consiga manter-se num determinado assunto, sendo facilmente distraído por reflexões próprias ou estímulos externos, ordinariamente não sendo capaz de retornar ao tema inicial. Outra consequência da aceleração da fala e do pensamento é a precipitação para chegar a conclusões ou tomar decisões, sendo «atropelado» por si próprio. Em casos mais graves, o sujeito perde-se tanto em meio ao seu pensamento acelerado que sequer é capaz de sincronizar as ideias por temas, ainda que remotamente relacionados, e passa a fazer a correlação dos assuntos pelo som das palavras, associando-as por rimas, mesmo que elas não tenham qualquer relação de significado.

Com frequência o doente apresenta uma instabilidade no humor, sendo capaz de num momento sentir um imenso bem-estar e, no outro, ter uma

crise de choro ou descontrolar-se, podendo até recorrer à violência. Moreno & Moreno (2009) explicam que geralmente o paciente maníaco apresenta concepções positivas, religiosas ou persecutórias, podendo ser realmente convincente acerca das suas ideias. Podem ainda ficar autocentrados e não dar ouvidos às outras pessoas, tamanha é a abundância de pensamentos simultâneos na sua mente.

No que toca ao comportamento, pacientes maníacos tendem a exagerar na energia despendida na atividade realizada, bem como nas próprias atividades – podem praticar muitas atividades físicas, trabalhar demais, caminhar quilómetros –, para além de ter aumentada a impulsividade. Como eles sentem uma menor necessidade de sono, acabam por passar mais horas acordados do que a maioria das pessoas, podendo chegar a dias sem dormir, abrindo a possibilidade de um esgotamento pela fadiga.

Moreno & Moreno (2009, p. 136) explicam que um paciente maníaco “mostra-se inquieto, fala alto, xinga, gargalha, canta, dança ou grita, e não consegue se manter sentado.”. Este é um traço do excesso de energia sentida por ele, acompanhada pela sua desorganização, que é maior quanto mais grave for o quadro em questão. “A conduta social torna-se desinibida e inadequada, o paciente fica indiscreto e invasivo. A ativação se expressa de diferentes maneiras, dependendo do paciente, mas sempre se caracteriza pelo excesso e pela desproporcionalidade, ou, ainda, por ser desnecessária e fora de hora, sem hierarquização de prioridades.”. (idem).

Jamison (2009, p. 43-44) apresenta seu depoimento, neste momento como paciente, e relata: “eu estava no último ano do segundo grau quando sofri minha primeira crise maníaco-depressiva. Uma vez iniciado o cerco, perdi a razão rapidamente. No início, tudo parecia tão fácil. Eu corria de um lado para o outro como uma doninha enlouquecida, cheia de planos e entusiasmos borbulhantes, mergulhada nos esportes, passando a noite inteira acordada, noite após noite, saindo com amigos, lendo tudo que me caísse nas mãos, enchendo cadernos com poemas e fragmentos de peças, e fazendo planos extensos, totalmente fora da realidade, para o futuro. O mundo era só prazer e esperança; eu me sentia ótima. Não apenas ótima; eu me sentia *realmente*

ótima. Tinha a impressão de que conseguiria fazer qualquer coisa, de que nenhuma tarefa seria difícil demais. Minha cabeça parecia ter clareza, uma capacidade de concentração fabulosa, e ter condição de fazer saltos matemáticos intuitivos que até aquele ponto me escapavam. Na verdade, eles ainda me escapam. Naquela época, porém, tudo não só fazia perfeito sentido como também tudo parecia se encaixar num tipo maravilhoso de inter-relação cósmica. Minha sensação de encantamento com as leis do mundo natural fazia com que minha efervescência transbordasse, e eu me descobria obrigando meus amigos a me escutar enquanto eu lhes dizia como tudo era lindo. Eles não ficavam exatamente em transe com meus *insights* dos entrelaçamentos e das belezas do universo, embora ficassem consideravelmente impressionados pelo grau de exaustão provocado em quem estivesse ao alcance das minhas divagações entusiásticas: ‘Você está falando rápido demais, Kay. Mais devagar, Kay. Você está me matando de cansaço, Kay. Mais devagar, Kay.’ E naquelas vezes em que eles não chegavam a dizer as palavras, eu ainda podia ver nos seus olhos: ‘Pelo amor de Deus, Kay, mais devagar’.”.

Durante os episódios maníacos do transtorno bipolar há uma diminuição do *insight* do paciente, levando-o a não reconhecer seu transtorno como um problema – acima demonstramos o exemplo de uma paciente –, inclusive entendendo como benéficos os seus sintomas. Nos casos de depressão psicótica vemos novamente um decréscimo do *insight*, contudo, no que toca aos sintomas depressivos agudos sem sintomas psicóticos, o *insight* do paciente parece inalterado e, em alguns casos, até aumentado.

Kunz [*et al.*] (2009, p. 82) explicam que “o *insight* preservado tem sido sugerido como sendo, pelo menos parcialmente, dependente de um funcionamento executivo intacto (Amador & David, 2004). (...) A falta de consciência para a doença pode ter um valor diagnóstico, nosológico e prognóstico (Ghaemi [*et al.*], 1996), podendo afetar as orientações terapêuticas ou de reabilitação a adotar (Varga [*et al.*], 2006)”. Os autores também relatam que uma das principais consequências da falta de *insight* é a não-adesão ao tratamento, e com Kay Jamison (2009) pudemos perceber o que a falta de *insight* pode acarretar: pela negação da doença, Kay negava-se a seguir a

medicação, o que fazia com que recorressem os sintomas que, também pela falta de *insight*, ela apreciava.

É possível perceber a vontade de abandonar o tratamento no seguinte excerto: “Muito tempo depois daquela longa viagem da minha mente e alma, Saturno e seus anéis de gelo adquiriram uma beleza elegíaca, e eu não vejo a imagem de Saturno agora sem sentir uma tristeza imensa pelo fato de ele estar tão distante de mim, por ser tão inacessível sob tantos aspectos. A intensidade, glória e absoluta ousadia do vôo da minha mente tornavam muito difícil que eu acreditasse, quando estivesse me sentindo melhor, que a doença era algo a que eu renunciaria de bom grado.”. (Jamison, 2009, p. 108).

b) Transtorno Bipolar Tipo II

No transtorno bipolar tipo I o doente apresenta episódios depressivos intercalados com episódios maníacos completos, apresentando humor predominantemente eufórico ou disfórico, ativação psicomotora, características psicóticas, irritabilidade e/ou agressividade e desorganização, diferenciando-se, assim, do transtorno bipolar tipo II, no qual o indivíduo apresenta episódios depressivos intercalados com episódios hipomaníacos, o que significa que há uma carga menos grave nos episódios.

Moreno & Moreno (2009, p. 138) ensinam que “para o diagnóstico [de hipomania], é essencial a existência de um período distinto em que o indivíduo sentiu seus pensamentos e suas percepções particularmente vívidos ou rápidos, o humor era irritável, com sensação de nervosismo, e o aumento de energia era tal que os outros não o acompanhavam. O hipomaníaco faz e/ou pensa exageradamente ou obstinadamente algo ou alguma coisa, e essa ativação psicomotora ou aceleração de pensamentos pode ocorrer de forma intermitente ao longo do dia.”.

Assim como ocorre com o episódio maníaco, no episódio hipomaníaco o indivíduo não sente que tem um problema, ficando satisfeito

com os sintomas sentidos, não os percebendo como sintomas, mas como parte positiva da sua personalidade, não procurando ajuda, sendo, normalmente, relatada por familiares ou amigos, ou seja, pessoas do seu convívio que percebam que há algo de diferente com o indivíduo.

O diagnóstico precoce do transtorno bipolar tipo II é importante porque este transtorno é normalmente confundido com a depressão unipolar ou um transtorno de personalidade, sendo diverso o tratamento para cada caso. Ainda mais complexo é o momento em que o paciente, erroneamente diagnosticado como depressivo, inicia o tratamento medicamentoso, pois é conhecido que os medicamentos antidepressivos, para além de não serem indicados para tratar sintomas de transtorno bipolar, ainda agravam a situação.

Moreno & Moreno (2009, p. 134) declaram que “sem tratamento, um episódio maníaco pode progredir de hipomania leve para mania psicótica, freqüentemente com delírios de grandeza ou paranóides. (...) Com tratamento, a progressão sintomatológica se inverte: do estado psicótico desorganizado, o paciente evolui para mania franca antes de remitir totalmente.”.

Um problema corriqueiro dos episódios maníacos e hipomaníacos é que o doente está muito satisfeito com o seu estado atual, não aceitando que tem um problema e, com isso, não procura ajuda.

Os pacientes que já se encontram medicados diversas vezes abandonam a medicação durante os períodos em que se sentem mais deprimidos, numa tentativa de fazer voltar o episódio maníaco e, com ele, a euforia, alegria, sensação de bem-estar, sem levar em conta que essas sensações não têm um tom normal, mas decorrem do transtorno.

Segundo o estudo realizado por Pompili [*et al.*] (2012), foi encontrada associação entre risco de suicídio em pacientes com transtorno bipolar tipo II, depressão, desesperança e temperamentos afetivos, o que auxilia na compreensão do risco de suicídio dos pacientes bipolares tipo II, identificando os pacientes que estão em risco particularmente alto, o que enseja novas técnicas de proteção e prevenção do suicídio.

Num estudo, Serretti & Olgiati (2005, citados por Kapczinski & Quevedo, 2009) compararam 158 pacientes bipolares do tipo I com 122 do tipo II e perceberam que no primeiro grupo os indivíduos comportaram-se de maneira mais imprudente, distraída, agitada, irritável e com a autoestima elevada, enquanto no segundo grupo houve duas situações distintas: os eufóricos e os que assumiram mais riscos, ficaram mais irritados e com aceleração do pensamento, o que seria a expressão disfórica da hipomania (Moreno & Moreno, 2009).

c) Transtorno Bipolar Ciclotímico

O transtorno ciclotímico é uma versão mais leve, contudo mais crônica do transtorno bipolar. Neste transtorno, nem a depressão nem a mania atingem os níveis de severidade observada no transtorno bipolar, e os pacientes normalmente se apresentam em estágio depressivo ou maníaco durante vários anos, sem muitos intervalos eutímicos de humor.

É exigido um período mínimo de dois anos para que seja caracterizado o transtorno, sendo o período reduzido pela metade se os pacientes forem crianças ou adolescentes.

Os doentes ainda não diagnosticados tendem a parecer para as outras pessoas como mal-humorados. Uma vez que os sintomas não são tão severos como os do transtorno bipolar, este transtorno pode passar despercebido por um longo período. No entanto, a flutuação dos estados de humor é importante o suficiente para interferir no funcionamento normal do indivíduo.

Outra questão que merece atenção é o risco da falta de diagnóstico do transtorno que, ao não ser tratado, pode evoluir para um transtorno bipolar mais grave.

d) Estados Mistos

Nos estados mistos, os sintomas de depressão e mania estão combinados, de maneira que até podem parecer ser um estágio de transição entre a mania e a depressão, apresentando-se os sintomas quase concomitantemente.

Del Porto & Grinberg (2009) descrevem os sintomas como sendo combinações entre alterações do humor, pensamento e atividade motora, como agitação, insônia, desregulação do apetite, aspectos psicóticos e comportamento suicida. Baldessarini [et al.] (2010a) referem ainda haver crescentes evidências no sentido de estados mistos serem seguidos por sintomas severos de disforia, depressão e risco de suicídio.

Ghaemi [et al.] (2008, p. 79) explicam que “um episódio misto caracteriza-se por um período de tempo (no mínimo, uma semana) durante o qual são satisfeitos os critérios tanto para episódio maníaco quanto para episódio depressivo maior, durante quase todos os dias. O indivíduo apresenta uma rápida alternância do humor (tristeza, irritabilidade, euforia) acompanhada dos sintomas de um episódio maníaco e de um episódio depressivo maior.”.

Del Porto & Grinberg (2009) fazem uma crítica relevante aos critérios exigidos pelo DSM-IV para a definição dos estados mistos como sendo muito rígidos, tendo em vista que é muito difícil – para não dizer impossível, como os próprios autores relatam – que os sintomas de um episódio maníaco e de um episódio depressivo maior ocorram ao mesmo tempo. Referem ainda uma confusão feita entre os episódios mistos e os ciclos ultrarrápidos, em razão da utilização da expressão «rápida alternância», fazendo parecer que são sinônimos quando na realidade não são.

e) Depressão Bipolar

Relativamente à fenomenologia, os sintomas da depressão bipolar são mais semelhantes aos da depressão atípica do que da depressão unipolar. Na depressão bipolar, temos como mais comuns os sintomas atípicos, psicose, estado misto depressivo, depressão ansiosa/agitada, depressão anérgica e irritabilidade/ataques de raiva, sendo que estes dois últimos são suspeitos mas ainda não assegurados. (Ghaemi [*et al.*], 2008).

O DSM-IV-TR define como sintomas atípicos o sono e o apetite aumentados, sensibilidade à rejeição, sensação de corpo pesado (paralisia plúmbea) e reatividade de humor, contudo, conforme nos ensinam Ghaemi [*et al.*] (2008), a maioria dos pacientes bipolares apresentam apenas um dos sintomas neurovegetativos invertido, significando que ou apresentam o sono aumentado ou o apetite diminuído, mas não os dois ao mesmo tempo.

Eidelman [*et al.*] (2010) confirmam a questão do sono no transtorno bipolar, sendo este alterado tanto no estado maníaco como no depressivo. São relatadas alterações de várias formas, desde a insônia, a hipersonia, redução da necessidade de sono até o desregulamento do sono.

A problemática do sono é uma questão fundamental no transtorno bipolar, pois tanto pode auxiliar no diagnóstico do transtorno como aumentar a sua amplitude, desregulando o humor e contribuindo para respostas hipersensíveis a estímulos corriqueiros.

Kunz [*et al.*] (2009), ao abordarem a depressão bipolar, referem como sintomas a lentificação ou até diminuição da emoção e comportamento, velocidade do pensamento, fala, energia, sexualidade e sentimento de prazer, o que é um claro contraste com os sintomas percebidos pelos indivíduos em estados maníacos.

A depressão psicótica tem-se mostrado com mais frequência na depressão bipolar, não sendo muito simples determinar a presença dos

sintomas psicóticos porque estes pacientes parecem ter mais *insight* dos sintomas, conseguindo com mais facilidade ocultá-los.

Ensinam-nos Kunz [*et al.*] (2009) que nos pacientes deprimidos psicóticos sintomas como a culpa e a agitação ou o retardo psicomotor são bastante aumentados, e que em se apresentando ao psiquiatra um paciente deprimido bipolar muito agitado, se deve suspeitar de que esteja em presença também de uma psicose.

É preciso ter particular atenção aos pacientes jovens que apresentam depressão psicótica, pois normalmente esta é uma característica inicial do transtorno bipolar, principalmente se houver histórico familiar do transtorno.

Durante o curso da depressão bipolar temos como características mais proeminentes: a idade de início precoce, a recorrência, o pós-parto, a ciclagem rápida, a duração breve de episódios depressivos e a personalidade basal hipertímica.

Swann (2008), ao tratar do curso da depressão bipolar, refere igualmente o início precoce, maior labilidade afetiva e maior suscetibilidade à recorrência, quando comparada com a depressão unipolar.

Atualmente é sabido que o uso de antidepressivos em pacientes com transtorno bipolar, mesmo no estado depressivo, é imensamente prejudicial, uma vez que pode causar uma rápida passagem deste estado para o maníaco.

Burgess (2010, p. 42) concorda com a posição de que os antidepressivos são altamente contraindicados nos casos de transtorno bipolar, asseverando que “eles funcionam aumentando substâncias químicas do cérebro, como adrenalina e dopamina, que tentamos controlar no transtorno bipolar. Os antidepressivos podem levar crianças com depressão bipolar a se tornarem maníacas, mais depressivas, instáveis ou psicóticas.”.

2.1.5. Suicídio

Ilgen [et al.] (2009) demonstram sua preocupação com a questão do suicídio em pacientes bipolares, sendo este transtorno responsável por altas taxas de mortalidade prematura, sendo acompanhados por Laursen [et al.] (2007), estando este transtorno entre os mais fortes fatores de risco para o suicídio dentre as doenças psiquiátricas.

Ressaltam ainda, acompanhados por Oquendo [et al.] (2000); Simon [et al.] (2007); Valtonen [et al.] (2005; 2007), que a ideação suicida e as tentativas de suicídio são mais comuns nos episódios depressivos e mistos do que nos episódios maníacos e que para além dos sintomas próprios do transtorno bipolar, outros indicadores relacionados com o risco de suicídio incluem a comorbidade com ansiedade, um diagnóstico do eixo II e um maior número de hospitalizações psiquiátricas.

A questão da comorbidade com o transtorno bipolar também se apresenta relativamente ao transtorno obsessivo-compulsivo, visto que, conforme nos relatam Magalhães [et al.] (2010), estes pacientes têm indicadores de doenças mais graves quando comparados com indivíduos que não têm comorbidade com ansiedade, para além de apresentarem mais sintomas ansiosos até do que os sujeitos que foram expostos a eventos stressantes da vida. Defendem que qualquer que seja a natureza do transtorno obsessivo-compulsivo e do transtorno bipolar, esta associação é clinicamente significativa, pois a falta de tratamento da ansiedade pode estar associada a uma fraca resposta e fraca melhoria na qualidade de vida.

2.2. Esquizofrenia

*“Tire suas mãos de mim,
Eu não pertenço a você,
Não é me dominando assim,
Que você vai me entender.”.*

(Russo, 1985).

2.2.1. Origem do transtorno

Da mesma maneira como trabalhamos com o transtorno bipolar, começaremos a tratar da esquizofrenia partindo da origem do transtorno, pois, similarmente àquele, a esquizofrenia também tem uma forte influência genética.

A esquizofrenia é um distúrbio neurológico debilitante cuja prevalência mundial é de aproximadamente 0,7% – 1%, tendo uma componente genética forte e possibilidade de transmissão genética de 80-85%. (Brennand [et al.], 2011). Hurford [et al.] (2011), acompanhados por Bilder [et al.] (2006), asseveram que os défices cognitivos presentes na esquizofrenia podem ser identificados desde a infância, a partir dos 6 ou 7 anos de idade, ou quanto mais cedo esta criança for submetida aos testes psicológicos formais.

Bilder [et al.] (2006) reforçam que a esquizofrenia é marcada por défices cognitivos substanciais, e uma grande dificuldade no estudo é determinar quando e se existe um período pré-mórbido. É ponto pacífico que o défice existe num estágio anterior ao primeiro episódio. No entanto, há controvérsia sobre quanto deste défice está presente desde o início da vida e quanto dele pode refletir um processo de declínio cognitivo precedente ao início dos sintomas.

Em continuação, Hurford [et al.] (2011) afirmam que em alguns casos a patologia está presente desde o nascimento e que na primeira classe – que é geralmente quando as crianças são expostas pela primeira vez aos testes estandardizados – os alunos que desenvolverão a esquizofrenia já apresentam uma performance inferior comparativamente àqueles que não apresentam a patologia.

Meltzer & Stahl (1976) apresentam um estudo a respeito da origem da esquizofrenia, tendo como tema principal a chamada «hipótese da dopamina», que seria uma explicação biológica na qual haveria um defeito neuroquímico (relativo excesso de atividades neuronais dependentes de dopamina) que causaria a patologia ou, em outras palavras, o excesso de dopamina no cérebro seria a causa neuroquímica da esquizofrenia. Os autores chamam a atenção para o estudo de Reis (1974, citado por Meltzer & Stahl, 1976), no qual este discute a dificuldade em estabelecer uma ligação entre neurotransmissores e o comportamento, e ainda afirma que dificilmente um determinado comportamento é decorrente exclusivamente de um transmissor.

Reis (1974, citado por Meltzer & Stahl, 1976) continua a sua explicação apresentando como exemplo um estudo realizado com ratos de laboratório, no qual se verificou que devido ao alto consumo de drogas estimulantes, tais como a anfetamina, foi induzida uma síndrome de hiperatividade motora e também apresentados comportamentos repetitivos, sendo esta síndrome chamada estereotipia.

Esta síndrome de comportamentos repetitivos e sem sentido também é observada em humanos quando em situação de abuso de anfetaminas e a possibilidade desta estereotipia pode ser devida, por um lado, pelo fato destas drogas causarem o estímulo dos receptores de dopamina e induzir ou aumentar o comportamento estereotipado ou, por outro lado, drogas que bloqueiam os receptores de dopamina inibem a estereotipia induzida pela anfetamina.

O acompanhamento do paciente antes de emitir um diagnóstico é fundamental, a fim de que este seja preciso, e deve ser realizado para todas as espécies de transtornos mentais.

Já Kraepelin (2004), no final do século XIX, havia percebido a dificuldade em se analisar uma pessoa nos momentos iniciais de contato, havendo a necessidade de um acompanhamento do curso dos sintomas para que se possa ter mais segurança em emitir um diagnóstico, tanto mais quando sinais e sintomas forem comuns a diferentes quadros clínicos.

Cardoso (2002, p. 31) afirma que “o diagnóstico faz-se mais pela negativa do que pela positiva, isto é, faz-se mais por aquilo que não é esquizofrenia do que por aquilo que é. Senão vejamos: enquanto os critérios A (sintomas característicos), B (disfunção social e ocupacional) e C (duração), funcionam pela presença, quer dizer quando existem e cumprem certa forma de manifestação, apontam para o diagnóstico, já os critérios D (exclusão de perturbação esquizo-afectiva ou do humor), E (exclusão de perturbações relacionadas com a ingestão de substâncias ou perturbações físicas) e F (relação com a perturbação global do desenvolvimento), funcionam de forma negativa ou condicional, isto é, só estamos diante de uma esquizofrenia se não se observarem certas condições.”.

Segundo Fiedorowicz [*et al.*] (2008), médicos experientes compreendem que o diagnóstico de esquizofrenia somente significa que o paciente alcançou ou ultrapassou o limiar dos sintomas característicos, por um período de tempo específico, o que leva a um comprometimento funcional não atribuível a outra doença mental ou causa médica.

Segarra [*et al.*] (2011) realizaram um estudo cujos resultados não detectaram o gênero como um fator prognóstico determinante para o surgimento e o curso precoce da esquizofrenia.

Em 1938 Franz Kallmann elaborou um estudo sobre a hereditariedade da esquizofrenia, demonstrando que filhos de pais esquizofrênicos tinham tendência para também desenvolver a doença, e tal probabilidade aumentava quanto mais grave fosse o transtorno de um dos pais ou dos dois, todavia o filho não necessariamente herdava a mesma forma de esquizofrenia. Ao invés disso herdaria uma predisposição geral para a esquizofrenia, que poderia ser diferente da apresentada pelos pais (Barlow & Durand, 2008).

Segundo Barlow & Durand (2008), quase 60 anos mais tarde Gottesman realizou uma compilação de estudos sobre a hereditariedade da esquizofrenia e o que mais chamou sua atenção foi o fato da ocorrência do transtorno estar relacionada à quantidade de genes que os indivíduos partilhavam, ou seja, quantos mais genes dois indivíduos tivessem em comum,

sendo um deles esquizofrênico, aumentava a possibilidade de o outro também vir a ser.

Com isso intensificaram-se as investigações sobre os irmãos gêmeos e a probabilidade da ocorrência da esquizofrenia entre eles e outros parentes. Barlow & Durand (2008) determinam como cerca de 1% a probabilidade de um indivíduo que não tenha qualquer parente esquizofrênico apresentar o transtorno, sendo este valor inferior ao dos indivíduos que têm um parente portador.

Bassett [*et al.*] (2001) defenderam a grande influência genética da esquizofrenia no comportamento dos indivíduos e concordam com a multiplicidade de genes responsáveis pela doença. Algumas pesquisas (O'Donovan & Owen, 1999; Pritchard & Rosenberg, 1999) que buscaram isolar o gene responsável pelo desenvolvimento da esquizofrenia falharam, não tendo sido possível determinar apenas um gene «causador».

Barlow & Durand (2008, p. 564) explicam-nos que “gêmeos idênticos, caso sejam criados juntos, possuem em comum 100% de seus genes e 100% de seu ambiente, ao passo que gêmeos fraternos têm em comum cerca de 50% de seus genes e 100% de seu ambiente. Caso o ambiente fosse integralmente responsável pela esquizofrenia, esperaríamos pouca diferença entre gêmeos idênticos e fraternos relativamente a esse transtorno. Caso apenas fatores genéticos fossem relevantes, ambos os gêmeos idênticos sempre teriam esquizofrenia (estariam em harmonia) e os gêmeos fraternos apresentariam o transtorno 50% do tempo. As pesquisas baseadas em estudos de gêmeos indicam que a verdade encontra-se próxima de um ponto médio.”.

Complementando a posição de Barlow & Durand (2008), Neiderhiser (2001) determina que dois tipos de influências ambientais também podem ser identificados em gêmeos: fatores ambientais partilhados (fatores não-genéticos que fazem com que membros da família pareçam semelhantes) e fatores ambientais não-partilhados (todos os fatores não-genéticos que fazem com que os membros da mesma família se distingam uns dos outros).

Bassett [*et al.*] (2001) referem que as diferenças encontradas entre gêmeos monozigóticos decorrem de suscetibilidade genética e não somente do ambiente.

A partir destas reflexões podemos perceber que apesar da genética ter uma grande componente na origem da esquizofrenia, não é a única responsável pelo transtorno, tendo também o ambiente a sua quota-parte. De qualquer das maneiras, ao falarmos a respeito das causas da esquizofrenia, dizem Tienari [*et al.*] (1985), estamos a falar da família, seja pela genética ou pelo ambiente familiar, porém estes elementos podem ser dissociados quando se trata de filhos adotados.

Um grande estudo foi realizado na Finlândia (Tienari [*et al.*], 2004) e as conclusões tiradas foram que os elementos dos estudos com crianças adotadas são mais facilmente isoláveis porque os pais biológicos não são os pais que criam esta criança, não havendo confusão entre a componente genética e o ambiente, que poderia(m) gerar a predisposição para a doença (Tienari [*et al.*], 1985). Consideram que nem o alto risco oferecido pela genética nem o ambiente familiar disfuncional individualmente predizem a esquizofrenia em filhos adotados, significando que o risco genético e o ambiente familiar têm um efeito interativo, no qual ambos promovem tanto o surgimento da doença como a proteção contra ela.

Em outro estudo, Tienari [*et al.*] (2003) defenderam que a personalidade esquizotípica se destacou dentre os filhos adotados que tinham maior risco de desenvolver transtornos do espectro da esquizofrenia. A diferença de prevalência entre os grupos de alto e baixo risco para personalidade esquizoide estava entre o transtorno de personalidade esquizotípica e a paranoide.

Já no que respeita ao ambiente como origem da esquizofrenia, Bassett [*et al.*] (2001), acompanhados por McGuffin [*et al.*] (1995); Betensky [*et al.*] (2008) defendem que apesar não haver fortes evidências de que o ambiente seja o primeiro causador da esquizofrenia, os fatores ambientais são capazes de influenciar e modificar elementos relativos à idade de início do transtorno, bem como outras manifestações no curso da doença.

Os autores seguem argumentando que pode haver influências ambientais que interagem com causas genéticas da esquizofrenia e que ao compreendê-las poderíamos identificar algum fator ambiental modificador no qual se pudesse intervir, o que seria muito mais praticável do que realizar uma mutação genética. Mais adiante reforçam que, uma vez que a maior parte das doenças psiquiátricas já tem tratamento, é provável que o conhecimento adquirido sobre a estrutura genética da doença possa levar a avanços no tratamento e que descobertas genéticas também podem identificar tratamentos específicos para subtipos específicos da doença, como já é possível em algumas formas de câncer.

Tsuang [*et al.*] (2010) argumentam que ao invés de nos questionarmos se são os fatores genéticos ou ambientais que causam a doença, mais importante é saber como eles interagem para produzir resultados positivos ou negativos. O que já sabemos é que as interações gene-ambiente descrevem o processo de como o ambiente e os genes trabalham juntos, mas ainda assim não temos elementos suficientes para compreender como essas interações ocorrem.

Em sua investigação sobre a relação do gene com o ambiente, Neiderhiser (2001) infere que se todos os familiares de primeiro grau apresentam risco de desenvolver a mesma doença psiquiátrica dos probandos e parentes de segundo e terceiro graus não, então os fatores ambientais se mostram mais importantes que os genéticos.

Bassett [*et al.*] (2001) concluem seu estudo revelando que estão a adquirir um melhor conhecimento sobre como a esquizofrenia se relaciona com outras doenças genéticas e psiquiátricas e que no futuro seguramente teremos mais desafios, como o de desenvolver melhores tratamentos baseados no nosso crescente conhecimento da genética da esquizofrenia.

Respondendo à questão de Bassett [*et al.*] (2001), Tsuang [*et al.*] (2010) defendem que sua investigação ajudará na compreensão da razão de algumas pessoas que são diagnosticadas com algum nível de risco genético ou ambiental desenvolverem a doença enquanto outras pessoas não, podendo, no futuro, auxiliar no diagnóstico e no tratamento de diversas doenças mentais.

Em estudos mais recentes foi revelada a influência endogenética na gênese da esquizofrenia, nos quais é afirmado que fatores ambientais são capazes de transformar características genéticas, podendo inclusive ser responsáveis pelo desenvolvimento de transtornos mentais.

Fidanboyu (2011) faz referência a pesquisas nas quais foram reveladas 40 mutações genéticas relacionadas à esquizofrenia esporádica, sugerindo que 50% das pessoas que desenvolvem a esquizofrenia não têm histórico familiar da doença, sendo esta decorrente de mutações 'de novo' do DNA, significando que a patologia não foi herdada dos pais, mas derivada da formação do óvulo, ou do espermatozoide, ou ainda aquando da fertilização do óvulo pelo espermatozoide. Segue explicando que os investigadores encontraram 40 mutações em 40 genes diferentes nos indivíduos portadores da esquizofrenia esporádica, e que esses genes não estavam presentes em quaisquer dos pais.

Arremata asseverando que as mutações 'de novo' desses genes podem explicar porque a esquizofrenia é tão comumente apresentada ao redor do mundo, fazendo parecer que não há uma componente ambiental tão forte para justificar a sua presença.

Pesquisas recentes realizadas na Universidade da Califórnia, lideradas por Jonathan Sebat, identificaram uma mutação genética fortemente relacionada a distúrbios cerebrais, o que parece facilitar o tratamento, uma vez que este pode ser feito através dos meios já existentes.

Esta descoberta é especialmente importante no campo do tratamento da esquizofrenia e da neurobiologia e o gene identificado pelos pesquisadores foi considerado um objetivo atrativo para o desenvolvimento de novas drogas, sendo inclusive afirmado pelo próprio Sebat (2011) que este tipo de gene é o que a indústria farmacêutica tem estado à espera. Vacic [et al.] (2011) também referem o interesse no desenvolvimento de novos medicamentos antipsicóticos e informam que algumas regiões do genoma [15q13.3, 16p11.2 e 22q11.2] estão bem documentadas como conferindo risco acrescido para esquizofrenia.

Os pesquisadores revelam que uma variedade de duplicações dos genes podem influenciar a transcrição do VIPR2, e que este mecanismo ainda não é claro, não sendo possível explicar a origem da esquizofrenia somente pelo aumento da quantidade de genes. Todavia, no que se refere ao papel do VIPR2 no cérebro, os resultados encontrados suportam a hipótese de que a origem da esquizofrenia, em alguns pacientes, possa estar relacionada com a desregulação dos processos celulares, tais como a neurogênese no adulto e a transmissão sináptica dos processos cognitivos correspondentes ao aprendizado e à memória.

Terminam seu estudo afirmando que apesar da duplicação do VIPR2 somente ser responsável pela origem da esquizofrenia em uma pequena parte dos pacientes, o rápido crescimento de raros CNVs [variação do número de cópias de segmentos do DNA] que estão implicados na esquizofrenia indicam que esta doença é, em parte, uma constelação de múltiplas doenças raras.

2.2.2. Stress

No que respeita ao stress no desenvolvimento da esquizofrenia, Barlow & Durand (2008) ensinam-nos que mesmo quando um indivíduo tem predisposição para tal, é necessário saber quanto e qual tipo de stress faz com que o transtorno se desenvolva.

Betensky [*et al.*] (2008) referem as pesquisas de Lazarus & Folkman (1984) e Lazarus (1999) no que toca ao modelo transaccional de stress e que este modelo vem emergindo como a abordagem preferida na avaliação do stress dos pacientes esquizofrênicos. Explicam que uma razão para a escolha deste modelo é que os pacientes podem avaliar o impacto dos eventos stressantes que poderiam afetar sua saúde e funcionamento mais facilmente do que avaliar a frequência dos eventos stressantes.

Kurzban [*et al.*] (2010) defendem que abordagens reabilitativas – como o treinamento de capacidades sociais – envolvem intervenções

direcionadas a treinar o paciente para que ele adquira importantes habilidades para a sua vida, reduzindo, assim, as deficiências sociais e de funcionamento.

Barlow & Durand (2008), juntamente com Breitborde [*et al.*] (2009), referem ainda a importância da família na recuperação do paciente, sendo ponto consensual entre diversos estudiosos que a reincidência dos episódios mostra-se muito mais frequente quando o doente é exposto à chamada emoção expressa, que seria a exposição do paciente desinternado a críticas, hostilidade e também excesso de envolvimento emocional expresso pela família no seu retorno ao lar.

Fazenda (2008, p. 67-68) relembra que “um ambiente demasiado estimulante provocava recaídas em doentes com esquizofrenia já compensados. (...) Este facto podia explicar a razão por que muitos doentes pioravam pouco depois de regressarem a casa e ao convívio com as famílias.”.

Rotelli (2008, p. 154) refere sabiamente que é necessário ajudar “as famílias a entenderem que a diversidade não deve se tornar um momento de destruição de algum membro da família.”. Essa família, acreditando estar a ajudar o doente, acaba por expô-lo ao stress, tentando forçá-lo a interagir mais ou a praticar atividades para as quais ele ainda não se sente preparado. Nos casos de retorno ao lar, o melhor para o indivíduo é deixar que ele retome a sua rotina ao seu próprio tempo, dando-lhe espaço para acomodar-se e acostumar-se à sua nova realidade.

Marshall & Ferris (2012) referem a demonstração de que intervenções psicoeducacionais voltadas para a família têm um impacto positivo no indivíduo com transtorno mental e nas suas famílias, para além de as famílias demonstrarem uma melhora no funcionamento junto ao sistema de apoio ao doente. No estudo de Dinzeo [*et al.*] (2004) foi declarado como imperativo levar em consideração tanto os fatores internos como externos que podem afetar a experiência subjetiva de uma pessoa relativamente ao stress na tentativa de compreender a relação entre o stress e a doença mental.

Kirmayer (2009, p. 67-68) menciona um estudo realizado inicialmente com ratos e, posteriormente, comprovado quando realizado com

humanos, onde relata que “é fácil ver como isto pode acontecer com os humanos, com a ansiedade dos pais a influenciar o comportamento parental que, por sua vez, influencia a ansiedade da geração seguinte. Tal transmissão intergeracional por meio de mecanismos biológicos pode ser temperada ou exacerbada por práticas culturais que regulem a educação das crianças e outras experiências de aprendizagem social.”.

Szasz (2009) afirma que em não havendo atenção à família, de maneira que a ensine a lidar com o familiar doente, esta pode sentir-se sobrecarregada e acabar por recorrer aos psiquiatras em busca do internamento do parente de forma a livrar-se do fardo que ele representa, chamando esse encarceramento de cuidado e tratamento.

Lehman & Steinwachs (1998); McDonell [*et al.*] (2003); Ornelas (2007); Nasr & Kausar (2009); Rofail [*et al.*] (2009) abordam o tema do «fardo» carregado pela família do paciente, ressaltando os encargos financeiros, a tensão e a angústia sofrida pelos familiares cuidadores, elucidando que a tensão emocional, as dificuldades financeiras e o estigma social, em conjunto, são referidos como fardo da família; isto para evitar serem mal interpretados, não tendo o significado de um fardo como na linguagem vulgar.

Nasr & Kausar (2009) seguem sua explicação, acompanhados por Roick [*et al.*] (2006), analisando que o curso da doença do paciente é influenciado pelo fardo suportado pela família e a maneira como as famílias lidam com esta situação. Por esta razão, a intervenção psicoeducacional da família é fundamental e já demonstrou redução no fardo percebido, na diminuição das recaídas e da severidade dos sintomas. (McFarlane [*et al.*], 1995; Dyck [*et al.*], 2002; Gutiérrez-Maldonado [*et al.*], 2009).

Dixon [*et al.*] (2004) referem ainda os benefícios econômicos e sociais advindos do alívio do fardo e da angústia sofridos pelos cuidadores, sendo complementados por Magliano & Fiorillo (2007); Economou [*et al.*] (2011); Mackay & Pakenham (2012), que ressaltam a combinação da psicoeducação com a intervenção medicamentosa que, juntas, beneficia tanto o paciente como a família cuidadora.

Na mesma linha, Bäuml [et al.] (2006) acrescentam que a abordagem psicoeducacional auxilia na participação ativa dos familiares no tratamento do seu familiar enfermo. O comportamento da família no sentido de evitar as emoções expressas serve também como um elemento protetor da reincidência dos sintomas da esquizofrenia.

Leff & Warner (2008, p. 92) também concordam que a ajuda ao familiar no sentido de ensiná-lo a melhor se relacionar com o parente enfermo é de grande valia, afirmando que “as intervenções para mudar as atitudes dos familiares e dos profissionais que cuidam dos doentes são um prelúdio importante para se ganhar a sua cooperação no combate aos sintomas negativos dos mesmos.”.

Em um estudo transcultural realizado por Aguilera [et al.] (2010), foi revelado que a emoção expressa sugere que quando as famílias são hostis e críticas – emoção expressa elevada –, os sintomas do familiar esquizofrênico são agravados e eles têm taxas mais altas de recaídas e consequente reinternação.

Myers (2010) e Taylor [et al.] (2009) concordam no que diz respeito à cultura como um elemento que auxilia os pacientes a gerir o stress percebido, podendo promover uma melhor prognose, e Taylor [et al.] (2009) assentem que os mesmos caminhos psicofisiológicos nos quais o stress é internalizado também podem ser usados para promover a resiliência ao stress.

Nos Estados Unidos da América são utilizadas técnicas de redução do stress como a yoga e a meditação e Shannahoff-Khalsa (2004); Duraiswamy [et al.] (2007); Jha (2008); Chadwick [et al.] (2009) e Taylor [et al.] (2009) relatam que a utilização destas técnicas em pessoas com esquizofrenia obteve resultados positivos.

2.2.3. Estigma

Yang [*et al.*] (2010) exemplifica a questão do estigma da própria família – assunto anteriormente abordado no primeiro capítulo desta tese – e refere que as famílias chinesas criaram uma expressão para designar seus parentes esquizofrênicos, dizendo que eles «pensam demais» e reforçam a ideia afirmando que todas as pessoas em um momento ou outro da vida acabam por pensar demasiado e nem por isso são consideradas esquizofrênicas.

Saravanan [*et al.*] (2008) também referem a mesma questão, todavia na Índia, e todos os supra mencionados autores concordam que essas famílias, ao se referirem ao seu familiar não como doente mas como tendo um comportamento algo anormal, evita que os próprios pacientes se recusem a aceitar a doença, pensando ser algo de errado, e, ao invés de aceitar a doença, acabam por atribuir os comportamentos a fatores espirituais. Por fim, os autores assentem que essas estratégias podem contribuir para a melhora do paciente, uma vez que as famílias, ao não expor o indivíduo, o protegem do estigma e do julgamento por parte da comunidade.

Sendo a esquizofrenia talvez a mais severa doença mental (Mäki [*et al.*], 2005; Cohen [*et al.*], 2009), pessoas leigas têm a impressão errônea de que os pacientes esquizofrênicos são indivíduos agressivos, violentos ou perigosos e os meios da comunicação social não ajudam em absoluto com suas manchetes, séries ou filmes retratando os doentes mentais como loucos desvairados e completamente descontrolados.

Segundo Leff & Warner (2008) e Barros (2008), diversos estudos contradizem a imagem que o público tem dos indivíduos portadores de transtornos psiquiátricos, vendo-os como perigosos agressivos, quando, pelo contrário, eles têm aparecido nos estudos mais vezes como vítimas do que como perpetradores.

Wahl (1995, citado por Leff & Warner, 2008, p. 22) relembra que “quando o filme premiado pela Academia de Cinema *Voando Sobre um Ninho*

de *Cucos* foi realizado no Hospital Estatal do Oregon em 1975, os directores tiveram a oportunidade de utilizar doentes do hospital como figurantes. No entanto, rejeitaram a ideia, porque os doentes reais não pareciam ser suficientemente estranhos de maneira a irem ao encontro da imagem que o público tinha dos doentes mentais.”.

A Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais (FNERDM) também ressalta este ponto, protestando pelo pouco debate sobre a saúde mental e, quando eles existem, normalmente denigrem a imagem do doente, e reiteram que “este tipo de situações e circunstâncias são *reduzores* e veiculam apenas informação particular e específica sendo, por isso, *frequentemente desajustada e até contraditória* em relação à situação da *maioria das pessoas com problemas de saúde mental*.”. (2005, p. 3. Grifo nosso).

Lougon (2006, p. 163) também compartilha dessa ideia, asseverando que “filmes policiais e outras formas de comunicação de massa apresentam internos e ex-internos como figuras bizarras, agressivas, violentas, capazes de reações imprevisíveis, como os *serial killers*, confirmando antigos estereótipos.”. Fiedorowicz [et al.] (2008) também abordam esta questão, afirmando que muitas pessoas associam diversos mitos ao termo esquizofrenia, tais como perigosidade ou múltiplas personalidades, o que incorretamente caracteriza a maior parte dos indivíduos com o transtorno.

Segundo Souza [et al.] (2003, p. 268), “os distúrbios de comportamento apresentados por pacientes esquizofrênicos são elementos essenciais para sua aceitação pela comunidade e podem excluir a possibilidade de alta hospitalar para pacientes que os apresentem.”. Isso ocorre tanto pelo estigma da comunidade/família que o terá que receber de volta como por parte dos profissionais que, pelo receio de que o paciente possa vir a reincidir – como se a reincidência não fosse uma realidade em meio prisional – não atestam a sua aptidão para voltar ao convívio em meio social, não institucionalizado.

Almeida (2007, p. 10) lembra que “todos os estudos realizados sobre a evolução da esquizofrenia, desde os primeiros trabalhos de Bleuler,

mostram que, se é verdade que cerca de um terço dos casos tem uma evolução grave, não é menos verdade que há um número significativo de casos que não tem recaídas após o primeiro surto e que mantém um bom nível de adaptação social.”.

Wahl (1995, citado por Leff & Warner, 2008) concorda que há esta estigmatização e ainda enfatiza assegurando que apesar dos indícios de que os esquizofrênicos não são mais violentos que os demais membros da sociedade, mais de 70% de personagens nos dramas que mostram a esquizofrenia no horário nobre da televisão são retratados como violentos e mais de um quinto são exibidos como assassinos.

Leff & Werner (2008, p. 21) referem que “os títulos e as notícias têm tendência para dramatizar as raras situações em que um elemento do público é ferido ou morto por uma pessoa que sofre de uma doença mental. A linguagem utilizada é geralmente pejorativa, com termos em calão, tais como ‘desnaturado’ e ‘tresloucado’. A ligação permanente da doença mental com a violência gera ou reforça um estereótipo já existente.”.

Lúcio (2007, p. 148) explica que “impõe-se, assim, antes do mais, arredar a *etiquetagem* e os seus subseqüentes mecanismos de selecção, afastando, ao mesmo tempo, as práticas, sedimentadas em hábitos não sindicáveis, que tendem a valorizar a doença e a desvalorizar o doente. É o que acontece, por exemplo, com a apressada relação que se estabelece entre doença mental e violência, relação esta forçada pelo recurso, desnecessário e desproporcionado, a processos de segregação e de isolamento da pessoa doente. Ao invés, importa promover comportamentos inclusivos competentes, treinados à luz de modelos que enalteçam, não o valor da doença, mas o valor da pessoa com doença e, assim, travar o cortejo de graves violações de direitos humanos a que estão sujeitos, naquelas circunstâncias, os doentes mentais.”.

Num estudo de 2001, Corrigan [*et al.*] discutem acerca do distanciamento social dos doentes mentais, referindo, especificamente, que este distanciamento provém de duas formas de preconceito, sendo, por um lado, através do autoritarismo, que faz crer que os enfermos mentais não têm

capacidade de cuidarem de si próprios, sendo necessário um sistema de tratamento paternalista, e por outro, através da benevolência, transmitindo a ideia de que os indivíduos são inocentes, ingênuos como crianças. Afirmam ainda que estas formas de preconceito são influenciadas pelas crenças dos familiares do paciente acerca da própria doença e sua intimidade com ela, bem como pela etnia do paciente e sua família.

Corrigan (2004) refere que o impacto do estigma por parte da sociedade, como o evitamento, rejeição, preconceito e discriminação, dificulta a total integração do paciente desinternado, interferindo com os seus esforços para desenvolver amizades, encontrar emprego ou mesmo participar em atividades de grupo.

Foi levantada a questão de a esquizofrenia estar relacionada a fatores étnicos e culturais, sendo fruto dessas pesquisas o fato de que grupos étnicos minoritários estariam sujeitos a preconceito e a ideias estereotipadas, ou seja, estão mais suscetíveis a receber o diagnóstico de esquizofrenia do que os membros de um grupo dominante. (Barlow & Durand, 2008).

Myers (2011) defende a posição de que fatores étnicos e culturais influem na predisposição para o surgimento da esquizofrenia, declarando que sintomas positivos de esquizofrenia podem variar através das culturas e que num estudo em sete países, com 1.080 utentes que tiveram o diagnóstico de esquizofrenia pelo DSM-IV, a maior taxa de prevalência de alucinações auditivas e visuais foi identificada entre os participantes africanos da parte oeste, tendo como expoentes Gana, com 90.8%, e Nigéria, com 85.4% de ocorrência para as alucinações auditivas e Gana, com 53.9%, e Nigéria com 50.8% de ocorrência para as alucinações visuais.

É referido ainda, por Bauer [*et al.*] (2011), que a menor taxa de prevalência para as alucinações auditivas foi encontrada na Áustria (66.9%) e para as alucinações visuais no Paquistão (3.9%); delírios e alucinações podem variar regionalmente dentro do mesmo país, sugerindo que os efeitos culturais não são necessariamente determinados por limites geopolíticos.

Bresnahan [*et al.*] (2007) concordam com a posição defendida por Myers (2011) no que toca à maior probabilidade de negros (americanos africanos) desenvolverem a esquizofrenia, e os primeiros informam-nos a sua descoberta de serem os negros três vezes mais suscetíveis ao diagnóstico de esquizofrenia do que os brancos (americanos europeus).

Ainda relacionado à etnia, Bourque [*et al.*] (2011) afirmam que as minorias imigrantes têm uma maior incidência para o desenvolvimento da esquizofrenia, e acrescentam que há um risco aumentado dentre os imigrantes cuja pele é mais escura, sendo este estudo grandemente elogiado por Myers (2011), asseverando ser esta a análise mais profunda que relaciona às questões da imigração com a psicose.

Temos que nos lembrar que em grande parte os doentes psiquiátricos são pobres (Alves em Silva [*et al.*], 2013; Barros, 2008 também refere esta questão, contudo sem limitar-se à esquizofrenia) e necessitam do auxílio dos hospitais públicos, o que favorece às estatísticas. No entanto, os pacientes esquizofrênicos ricos, que são tratados em «clínicas de repouso» e muitas vezes em suas próprias casas, com auxiliares de cuidados médicos, ficam fora das estatísticas, fazendo parecer que somente em razão da cor ou da raça os indivíduos têm maior propensão ao desenvolvimento do transtorno, quando pode se tratar simplesmente de uma questão de fornecimento e análise dos dados reais. Manning & Zucker (1976) também referem que as diferenças nas classes sociais influenciavam as percepções de insanidade, do seu curso, do tratamento e dos resultados.

Fátima Alves, em Silva [*et al.*] (2013, p. 40-41), continua a sua explicação afirmando que “a doença mental é um significante cultural e social. Ela está implicada nas condições sociais da vida. Ela funciona como um espelho da sociedade e da cultura. (...) entre pobreza e doença mental estabelece-se uma relação quase circular: a pobreza é potencialmente geradora de doença mental e esta, por sua vez, potencia a pobreza gerando desemprego, e com este a falta de condições materiais que conduzem à deterioração das condições sociais, das redes sociais e das relações de sociabilidade.”.

Vascon (2001, p. 16) também participa desta posição, que se apresenta em diversos países, e afirma que “os hospitais psiquiátricos são os mais pobres. Para as instituições provinciais italianas vão os miseráveis: se a família pode arcar com a despesa e quer proteger seu parente, confia-o a uma clínica particular ou o mantém em casa. Mas se as condições do orçamento familiar não o permitem, ou se falta coesão e consenso no grupo quanto ao destino a ser dado ao parente, o hospital psiquiátrico torna-se, também para o doente de ‘boa família’, o último refúgio.”.

Lougon (2006, p. 108) traz-nos o relato de um psiquiatra, diretor do Centro de Reabilitação e Integração Social, no Rio de Janeiro, que só reforça o que acabamos de declarar: “A meu ver, as pessoas foram jogadas na Colônia [Juliano Moreira], como em qualquer outro asilo, pelo estado de classe, nunca pela doença em si (...) é um problema do apanhado, do desvalido, você não vê pessoas de nível socioeconômico elevado dentro do asilo.”. Passos (2009, p. 66) relembra que na França, na altura do processo de setorização, “a população desses asilos era constituída – e ainda é em sua maioria – de pessoas de baixa extração social, imigrantes indigentes e velhos.”.

Goater [*et al.*] (1999) explicam que, num estudo realizado em Londres, foi possível chegar à conclusão de que apesar de as consequências da esquizofrenia serem semelhantes nos grupos dominantes e nos minoritários, era mais provável que negros fossem detidos contra sua vontade, levados ao hospital pela polícia e fossem medicados em caráter de emergência, o que fortifica o entendimento de que não parece ser em razão da etnia ou cultura que a esquizofrenia tem mais ocorrência, mas em razão do preconceito contra as minorias e com a finalidade de «livrarem-se» desses indivíduos.

Glatt [*et al.*] (2004) confrontam esta posição acrescentando que podem haver variações genéticas de determinados grupos étnicos que contribuem para o desenvolvimento da esquizofrenia.

2.2.4. Subtipos da Esquizofrenia

Foi feita uma demarcação entre os sintomas da esquizofrenia, podendo ser positivos, negativos e de desorganização. Segundo Barlow & Durand (2008), acompanhados por Ho [et al.] (2003), no espectro da esquizofrenia foi efetuada uma subdivisão, em razão de haver diferenças identificáveis entre os subtipos, inclusive ao nível de prognóstico, sendo elas a esquizofrenia paranoide, a desorganizada e a catatônica.

Na esquizofrenia paranoide temos os sintomas positivos, que são os mais evidentes da psicose, os que são visíveis inclusive pelos leigos, e são os delírios, como por exemplo, o delírio de perseguição e o de grandeza, e as alucinações. (Barlow & Durand, 2008).

Na esquizofrenia desorganizada, ou hebefrênica, temos os sintomas negativos, e são os que demonstram inexistência ou deficiência de comportamento considerado normal, como o distanciamento emocional e social, apatia e empobrecimento do pensamento ou da expressão verbal. Temos como exemplos a abulia, a alogia, a anedonia e o embotamento afetivo. (Barlow & Durand, 2008).

Já na esquizofrenia catatônica, temos os sintomas desorganizados, que são caracterizados por uma confusão do comportamento, que podem afetar a fala, a motricidade e as reações emocionais.

No discurso desorganizado o paciente tende a intercalar tópicos no seu discurso ou mesmo não ter um discurso lógico. Com a motricidade afetada, o paciente tende tanto a movimentar-se intensamente – agitar excitadamente os braços, mover os dedos ou caminhar excessivamente – como a não se mover, surgindo a imobilidade catatônica, envolvendo tanto a flexibilidade cética (Kraepelin) como a tendência para manter o corpo ou membros numa determinada posição (por si próprio ou por alguém o colocar nessa posição).

Nas reações emocionais inapropriadas o paciente pode apresentar reações emotivas exacerbadas, como rir ou chorar sem qualquer razão

aparente ou apresentar outros comportamentos inadequados, como acumular objetos ou agir de modo incomum em público. (Barlow & Durand, 2008).

A esquizofrenia indiferenciada é aquela que, como o próprio nome diz, não se enquadra nas demais subespécies de esquizofrenia, partilhando os principais sintomas da patologia, mas não atendendo suficientemente aos critérios para serem consideradas paranoide, desorganizada ou catatônica.

Finalmente, a esquizofrenia residual é aquela na qual os indivíduos apresentaram pelo menos um episódio da patologia, contudo deixaram de apresentar os principais sintomas positivos com tanta veemência, podendo ter ideias incomuns, não sendo totalmente delirantes, ou ainda apresentar os sintomas negativos, porém mais suavizados, como isolamento social, inatividade e embotamento afetivo.

Existem ainda outros transtornos psicóticos que não se encaixam exatamente sob a rubrica da esquizofrenia, partilhando, contudo, alguns sintomas de forma mais leve, e são eles: o transtorno esquizofreniforme, o transtorno esquizoafetivo, o transtorno delirante, o transtorno psicótico breve e o transtorno psicótico induzido, também chamado *folie à deux*, e o DSM-IV-TR determina os critérios diagnósticos para cada um destes transtornos.

2.2.5. Problemas relacionados à medicação

De acordo com Souza [*et al.*] (2003, p. 269), “a introdução dos antipsicóticos nos hospitais psiquiátricos, no final dos anos 1950, promoveu uma revolução no tratamento da esquizofrenia e foi responsável por uma redução dramática no número de pacientes esquizofrênicos internados. Segundo Holloway [*et al.*] [1999], o número de leitos em hospitais psiquiátricos na Inglaterra e no País de Gales passou de 150 mil em 1954 para 40 mil em 1996.”.

Antes, sem a medicação, realmente a solução parecia ser o internamento, entretanto, hoje em dia, com a medicação e novas técnicas terapêuticas/ocupacionais, tal medida não mais se justifica.

Quando passamos à fase do tratamento medicamentoso, encontramos um grande obstáculo: a não-aceitação da medicação. Reis [et al.] (2008) ressaltam que a negação da doença também pode resultar na interrupção do tratamento. Como em outras doenças, na esquizofrenia, se não for seguida correta e ininterruptamente a prescrição do psiquiatra, retornarão os sintomas.

Swanson [et al.] (2007) afirmam que quase metade dos portadores de esquizofrenia apresenta comorbidade com abuso de substâncias, o que gera uma gama de problemas, tais como a não-aderência ao tratamento, recaídas dos sintomas psicóticos, reinternamento, violência, vitimização e comportamentos sexuais arriscados. Swartz [et al.] (2003) e Haro [et al.] (2007) consideram a manutenção da medicação antipsicótica como um bom padrão de efetividade do tratamento.

Kane (2003); Kane (2006); Rofail [et al.] (2009) e Lee [et al.] (2010) referem que as recaídas estão fortemente associadas à interrupção ou à não adesão à medicação e que esta, administrada através de injeções de risperidona de longa duração, tem sido bastante eficaz, segura e bem tolerada pelos pacientes, uma vez que eles têm experimentado menos efeitos secundários quando comparados com a medicação via oral. (Kane [et al.], 2003; Keith [et al.], 2004).

Stroup [et al.] (2011) explicam que a medicação antipsicótica pode tratar eficazmente os sintomas psicóticos entre pacientes esquizofrênicos ou com transtornos relacionados, todavia, essa medicação – especialmente a mais comumente utilizada – está associada a sérios efeitos secundários metabólicos, que podem levar a patologias cardíacas ou diabetes. Em muitos casos a medicação é mantida mesmo quando o paciente está a experimentar os efeitos secundários, em razão da sua eficácia.

Referem ainda a explicação de Thomas R. Insel (NIMH), quando este diz que o tratamento dos sintomas da esquizofrenia é um delicado balanceamento entre os riscos e os benefícios e que possíveis benefícios da mudança de medicamentos com a intenção de reduzir os riscos metabólicos deveriam ser cuidadosamente considerados, em contraposição aos potenciais riscos de recaídas ou falha da medicação.

Neste estudo, com 215 pacientes, descobriram que após 24 semanas da alteração da medicação (olanzepina, quetiapina ou risperidona) para aripiprazol, os pacientes melhoraram seus níveis de colesterol, bem como outros fatores metabólicos, e perderam mais peso (com uma média de aproximadamente 4kg) do que os pacientes que mantiveram a sua medicação (cerca de 600g). Em ambos os casos todos os participantes receberam intervenção comportamental, que incluía dieta e programa de exercícios, com vista a reduzir o risco de doenças cardiovasculares. Outra importante descoberta foi o fato de que os pacientes que tiveram a medicação alterada não experimentaram recaídas nem piora nos sintomas psicóticos, em comparação com os pacientes que mantiveram a medicação original.

Entretanto, os indivíduos que fizeram uso do aripiprazol eram mais suscetíveis a descontinuar o tratamento medicamentoso do que os que seguiram com a medicação original (quase 44% descontinuaram o uso do aripiprazol contra 24.5% da quetiapina, risperidona ou olanzepina). Ainda assim, os autores sugerem que a alta descontinuação deve-se ao fato de que, no estudo, tanto os pacientes quanto os clínicos sabiam qual droga o paciente estava a tomar. Ressaltam que alguns pacientes sentiram-se desconfortáveis ao alterar a medicação, interrompendo a toma, bem como se sentiram desmotivados em razão da monitorização intensificada por parte dos clínicos, que intervinham antes que o paciente experimentasse dificuldades sérias.

Gutiérrez-Maldonado [*et al.*] (2009), ao também tratar da questão da medicação, associam-na ao tratamento psicossocial com intervenções junto aos familiares dos pacientes esquizofrênicos, trabalhando para reduzir as dificuldades clínicas, sociais e familiares, tendo um impacto positivo tanto emocional como econômico.

Alguns fatores têm sido percebidos como relacionados ao fato de o paciente interromper o tratamento medicamentoso e Barlow & Durand (2008) elencam-nos algumas possibilidades: relacionamento negativo entre o médico e o paciente, os custos dos medicamentos, o pouco apoio social e ainda os efeitos secundários negativos, que parecem ser o fator de maior relevância para os utentes.

Estes incômodos fatores secundários podem surgir sob a forma de fraqueza nas pernas, visão embaçada, secura na boca, e ainda os sintomas chamados extrapiramidais, que compreendem os sintomas parkinsonianos – dificuldades motoras similares às da Doença de Parkinson –, acinesia – ausência de expressão facial, atividade motora lenta e fala monótona –, discinesia tardia – movimentos involuntários da língua, face, boca ou mandíbula. (Barlow & Durand, 2008). Em razão desses sintomas, Barlow & Durand (2008) relatam que um terço dos pacientes considerou o tratamento benéfico, contudo, cerca de 25% considerou inaceitáveis os efeitos secundários, negando-se a seguir o tratamento.

Vários estudos destacaram que as intervenções psicossociais tradicionais não auxiliam no tratamento da esquizofrenia, sendo, inclusive, prejudiciais. Apesar disso, é necessário o apoio psicológico em conjunto com o medicamentoso para que o tratamento tenha sucesso. (Mueser & Berenbaum, 1990; Scott & Dixon, 1995 e Barlow & Durand, 2008). Uma vez que a interrupção, e até mesmo a desistência do tratamento medicamentoso é frequente, lança-se mão do apoio psicológico a fim de, por um lado, tentar promover uma maior aderência ao tratamento por parte do paciente e, por outro, auxiliar na recuperação das suas aptidões sociais.

Uma inovação no tratamento psiquiátrico foi trazida por Paul & Lenz (1977), a chamada economia baseada em fichas, na qual foi criado um ambiente onde os pacientes internados eram incentivados a socializar, participar em sessões em grupo e cobrados pelos próprios cuidados pessoais, para além de desencorajar comportamentos violentos. (Barlow & Durand, 2008). No sistema de economia das fichas os pacientes que se comportassem bem teriam alguns privilégios, como comprar cigarros com as fichas que

ganhassem por manter seu quarto em ordem, e de outra parte, ao se comportarem mal, perdiam os privilégios e recebiam uma espécie de multa, perdendo as fichas se, por exemplo, se comportassem de modo violento.

Ao comparar o sistema desenvolvido por eles com o sistema tradicional de internamento, Paul e Lenz (1977) perceberam que o seu método obtinha resultados mais favoráveis, com melhor desempenho social, cuidados pessoais e um maior número de desinternação, comprovando, com este estudo, que indivíduos portadores de esquizofrenia são capazes de demonstrar algumas aptidões que fazem com que consigam viver de maneira mais independente. (Barlow & Durand, 2008).

2.2.6. Suicídio

Pompili [*et al.*] (2007) determinam o suicídio como a causa de morte mais comum entre os esquizofrênicos, indicando que 5 a 13% dos pacientes esquizofrênicos morrem em razão de suicídio e ainda referem que os indivíduos mais suscetíveis são os do sexo masculino, jovens, brancos, solteiros, com boa função pré-mórbida, depressão pós-psicótica, sintomas afetivos, agitação ou inquietação, percepção da perturbação do funcionamento mental e histórico de abuso de substâncias, juntamente com tentativas anteriores de suicídio. (Hawton [*et al.*], 2005).

Em contrapartida, Sørensen [*et al.*] (2009) afirmam que o suicídio, quer tentado ou consumado, advém do stress provocado pela emoção expressa por familiares e histórico familiar de suicídio (Brent, 1995; Wagner, 1997; Koplin & Agathen, 2002; Qin [*et al.*], 2002; Beautrais, 2003; Portzky [*et al.*], 2005 e Stenager & Qin, 2008). No entanto, no que se refere aos indivíduos mais suscetíveis, asseveram que estes seriam do sexo feminino (Qin & Mortensen, 2003; Stenager & Qin, 2008).

Nesta seara Wagner (1997) refere que histórico de abusos físicos ou sexuais representam fatores de risco para o suicídio em crianças e

adolescentes, bem como pouca comunicação entre os membros da família, perda de um cuidador em decorrência de morte ou separação, e familiares de primeiro grau que apresentaram sintomas psicopatológicos. Diversos estudos confirmam a característica genética como predisposição ao comportamento suicida. (Roy [et al.], 1991; Glowinski [et al.], 2001 e Baldessarini & Hennen, 2004).

Bondy [et al.] (2006), ao abordarem a temática da genética no cometimento de suicídio, referem ter encontrado dois genes envolvidos na vulnerabilidade para o suicídio – polimorfismos intrônicos (A218C e A779C) do TPH1. Por um lado, este fato desencadeia um fator de risco para o comportamento suicida, e por outro, a inserção/remoção do polimorfismo do transportador da serotonina (5-HTTLPR) não parece estar envolvida no comportamento suicida em geral, mas em tentativas repetidas e violentas de suicídio.

Sørensen [et al.] (2009) terminam seu estudo certificando que o risco de suicídio dos filhos está extremamente relacionado ao histórico familiar de suicídio (Qin [et al.], 2002; Qin & Mortensen, 2003 e Baldessarini & Hennen, 2004), não dependendo da hospitalização dos pais nem do status social. Sugerem ainda que o suicídio dos pais é o primeiro fator de risco de suicídio para os filhos sem hospitalização anterior.

Pompili [et al.] (2007) referem como fatores de risco que os levam ao suicídio a falta de esperança, isolamento social, hospitalização, deterioração da saúde – com o medo constante do agravamento da deterioração mental –, recente perda ou rejeição, suporte externo limitado e stress ou instabilidade na família.

2.2.7. Promoção da independência dos indivíduos

Tal independência deve ser incentivada inclusive por empregadores que, ao contratar um indivíduo portador de esquizofrenia, lhe promovem um

meio de subsistência, para além do sentimento de pertença à comunidade, aumento da autoestima e diminuição da estigmatização. (Corrigan [*et al.*], 2006; Perkins [*et al.*], 2009).

Pactuando com esta posição, Seeman (2009) atesta que a maior parte das pessoas com histórico de doença mental quer trabalhar, se considera apta ao trabalho (Rofail [*et al.*], 2009) e repetidamente expressa a necessidade de treinamento e suporte para o trabalho. Como este é uma forma de definição social, e o utente muitas vezes é definido pela sua doença, a ocupação reforça a sua definição como indivíduo e não somente como um portador de doença mental.

Priebe [*et al.*] (1998) afirmam que na população em geral o status do trabalho é um forte preditor da satisfação na vida e Drake [*et al.*] (1994) complementam-nos afirmando que o trabalho geralmente traz benefícios em áreas como a socialização, aquisição de habilidades, autoestima, criatividade e rendimentos. Almeida (2007, p. 11) também refere que “tal como para a maioria das pessoas, para o doente mental o trabalho representa uma oportunidade única de ver reconhecido o seu valor, de obter uma recompensa financeira que é essencial para o seu bem estar e de estabelecer relações significativas com outras pessoas.”.

Um problema comum aos esquizofrênicos é a diminuição das suas habilidades sociais, diminuindo a sua relação com as demais pessoas, o que lhes dificulta manter um emprego ou amizades, e é por isso que parte do tratamento é dedicada à reaquisição de competências sociais, treinamento de conversação. Tudo isto para dizer que todas as pessoas necessitam de trabalho, seja como ocupação do tempo ou todos os outros elementos acima referidos.

Bryson [*et al.*] (2002) arrematam com o argumento de que o trabalho pertence exatamente ao domínio psicossocial que está prejudicado no que toca às pessoas portadoras de esquizofrenia, o que acaba por influenciar na sua qualidade de vida, sendo óbvio que o envolvimento em atividades laborais pode fazer progredir esses domínios.

Hopper & Wanderling (2000) determinam que trabalhos menos stressantes podem promover melhores resultados, bem como a abolição da segregação dos doentes mentais.

Seeman (2009), acompanhada por Dunn [*et al.*] (2008), ainda completa que, através de entrevistas com pacientes, é possível perceber a importância que eles dão ao trabalho e como este é crucial na sua recuperação. Todavia, a taxa de emprego nos Estados Unidos da América [também em diversos países como o Brasil e Portugal] é baixa para os doentes mentais quando comparada à população em geral.

Conforme nos relembra Lougon (2006, p. 163), “a discriminação contra ex-pacientes dificulta que estes obtenham emprego e, isolados de qualquer função social produtiva, também não conseguem, por exemplo, alugar um imóvel para residir, pois não podem comprovar renda. Assim, forma-se um círculo vicioso que coloca pessoas com dificuldades mentais entre os grupos mais rejeitados.”.

Hurford [*et al.*] (2011); Green (1996); Green [*et al.*] (2000) afirmam que nos pacientes esquizofrênicos os défices cognitivos podem comprometer o funcionamento diário e contribuir para uma disfunção mais crônica e até para o desemprego. Cook (2006) elenca variadas razões para a baixa contratação de indivíduos portadores de doenças mentais: deficiências relacionadas à doença – o que pode dificultar a manutenção do trabalho –, dificuldades relacionadas com o tratamento, lapsos na educação em razão do início precoce da doença, falta de autoconfiança durante a seleção para o emprego, e discriminação por parte dos empregadores.

Marwaha & Johnson (2005) nos lembram de uma importante matéria: muitos indivíduos não têm *insight* da sua condição de doente, e aqueles que têm, muitas vezes não revelam aos seus possíveis empregadores a sua condição de enfermo com receio de sofrer discriminação durante o processo de seleção.

Fischer [*et al.*] (2002) referem que as pessoas com esquizofrenia consideram o emprego como um dos principais objetivos das suas vidas,

atribuindo-lhe um grau de prioridade superior àquele que é atribuído pelos profissionais de saúde que lhes prestam cuidados.

De acordo com Barlow & Durand (2008), o Programa de Aptidões de Vida Independente da Universidade da Califórnia é um excelente exemplo de bom tratamento, no qual ajudam as pessoas a cuidar delas próprias utilizando métodos que identifiquem a reincidência e o aprendizado de controlar a medicação.

O que se pode resumir a respeito do tratamento da esquizofrenia é que este deve ser multidisciplinar; são necessários: a gestão dos sintomas – identificação dos sinais de alerta para a reincidência, gestão destes sinais de alerta, confronto dos sintomas persistentes, distanciamento do álcool e outras drogas – e a gestão da medicação – obtenção de informações sobre os medicamentos antipsicóticos, conhecimento da sua autogestão, identificação dos efeitos secundários dos medicamentos e discussão de temas relativos à medicação com os profissionais da saúde. (Barlow & Durand, 2008).

2.2.8. Qualidade de vida

Hansson [*et al.*] (1999) e Browne [*et al.*] (2000) tratam da qualidade de vida dos doentes mentais e asseguram que o reconhecimento da sua importância é devido ao resultado do processo global de desconstitucionalização.

Wilson & Cleary (1995) acreditavam que uma vez esclarecida a relação entre as variáveis clínicas pertinentes à qualidade de vida poderia ser facilitado o desenvolvimento de um modelo que fosse mais efetivo às intervenções clínicas e que somente quando forem compreendidas as determinantes da qualidade de vida poderemos desenvolver estratégias racionais e com um custo-benefício compatível. Monteiro, Santos & Martin (2006) reiteram que o quanto antes for iniciada a intervenção em pacientes psicóticos, melhores são as possibilidades de um prognóstico favorável.

Horan [et al.] (2001) enfatizam que indicadores subjetivos predizem melhor o bem-estar global do que indicadores objetivos, e isto faz completo sentido, uma vez que quando os sujeitos podem avaliar o seu próprio sentimento de bem-estar, podem graduá-lo numa escala que é mais fidedigna do que simplesmente responder a um questionário. Desta forma, seguem os autores, as condições de vida analisadas objetivamente não têm tanta influência na qualidade de vida percebida pelos pacientes.

Chan & Yeung (2008), sendo corroborados por Browne (1999) e Yildiz [et al.] (2004), determinam em sua pesquisa que, ao nível da prática, os resultados encontrados têm implicações na prestação ou melhoramento dos serviços, o que, em última análise, visa à promoção da qualidade de vida, e as estratégias de reabilitação que ampliam as competências funcionais ou sociais podem ampliar também a qualidade de vida entre os pacientes esquizofrênicos.

Apesar do que foi dito acima, Weber (2012, p. 23) coloca uma questão de suma importância: “por que as pessoas demoravam tanto para chegar ao atendimento psiquiátrico?”. O que o pesquisador encontrou, como já era esperado, foi uma preocupação do doente não se sentir rotulado e da família em não perceber a estereotipia por parte das outras pessoas, por acreditarem que a doença mental poderia significar, quase imediatamente, violência e delinquência.

No estudo de Horan & Blanchard (2003) foi demonstrado que a afetividade negativa e o não enfrentamento estão significativamente associados à variabilidade na resposta emocional ao stress psicossocial entre os indivíduos com esquizofrenia. Com isso é possível determinar se a afetividade negativa e/ou o não enfrentamento são fatores específicos de vulnerabilidade ou simplesmente refletem tendências mais gerais relativamente ao transtorno.

A participação em diferentes formas de reabilitação pode facilitar a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e indiretamente aumentar o seu nível de funcionamento (Bryson [et al.], 2002; Bell [et al.], 2005), sempre em conjunto com o tratamento medicamentoso; complementando, Mueser [et al.]

(1997) encontraram em seu estudo que a participação laboral estava relacionada com a diminuição dos transtornos no pensamento.

Para terminar, trazemos uma colocação feita por Myers (2010), na qual ela anuncia que ajudar pessoas com esquizofrenia a lidar com e reduzir o stress na sua vida quotidiana, de forma pessoalmente relevante e culturalmente viável, pode ser uma peça-chave em qualquer tratamento orientado de recuperação.

2.3. Retardo Mental

2.3.1. Definição

De acordo com a *American Association of Mental Retardation* o retardo mental é definido como “uma incapacidade caracterizada por importantes limitações, tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo, está expresso nas habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas. Essa incapacidade tem início antes dos 18 anos.”. (AAMR, 2006, p. 20). Aylward (2002); Vasconcelos (2004) referem ainda que o retardo mental apresenta-se em maior número em indivíduos do sexo masculino.

A CID-10 define como retardo mental “uma condição de desenvolvimento interrompido ou incompleto da mente, a qual é especialmente caracterizada por comprometimento de habilidades manifestadas durante o período de desenvolvimento, as quais contribuem para o nível global de inteligência, isto é, aptidões cognitivas, de linguagem, motoras e sociais. O retardo pode ocorrer com ou sem qualquer outro transtorno mental ou físico. Entretanto, indivíduos mentalmente retardados podem apresentar a série completa de transtornos mentais e a prevalência destes é pelo menos três a quatro vezes maior nessa população do que na população em geral. Em adição, indivíduos mentalmente retardados têm maior risco de serem explorados e sofrerem abuso físico/sexual. O comportamento adaptativo está

sempre comprometido, mas em ambientes sociais protegidos, onde um suporte está disponível, este comprometimento pode não ser absolutamente óbvio em pacientes com retardo mental leve.”. (2008, 221).

O DSM-IV-TR o determina que “a característica essencial da Deficiência Mental é um funcionamento intelectual global inferior à média (Critério A) que é acompanhado por limitações no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das áreas seguintes: comunicação, cuidados próprios, vida doméstica, competências sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autocontrole, competências académicas funcionais, trabalho, tempos livres, saúde e segurança (Critério B). O início deve ocorrer antes dos 18 anos (Critério C). A Deficiência Mental pode ter etiologias diferentes e ser considerada uma via final comum de vários processos patológicos que afectam o funcionamento do sistema nervoso central.”. (2002, p. 41).

No início do estudo sobre o retardo mental (desde 1850) algumas foram as hipóteses levantadas, como a de Seguin, o primeiro presidente da AAMR, que se referia aos elementos do retardo mental como sensibilidade, inteligência e vontade. (AAMR, 2006).

Schoen-Ferreira [*et al.*] (2010) reforçam que dentre as causas possíveis, estão fatores como a hereditariedade, alterações genéticas, anomalias pré ou perinatais e fatores socioculturais.

“Em seu discurso presidencial na AAMR, em 1936, Edgar Doll também criticou as definições que baseavam o diagnóstico de retardo mental apenas nos resultados de um teste de QI. Para Doll, a deficiência mental era até melhor entendida em termos da incompetência social do que do retardo intelectual. Por isso, no conceito original do retardo mental, o comportamento adaptativo era fundamental e uma característica distintiva da deficiência.”. (AAMR, 2006, p. 84).

2.3.2. Avaliação

Ao analisar a possibilidade de retardo mental é necessária uma estrutura para essa avaliação, que recai sobre três etapas: diagnóstico, classificação e planejamento dos apoios.

a) Diagnóstico

Na fase do diagnóstico são utilizados instrumentos e medidas de avaliação do funcionamento intelectual – tais como os testes de QI –, escalas de comportamento adaptativo e idade do início dos sintomas, para que se possa estabelecer a necessidade ou não dos serviços de saúde mental, direito aos benefícios ou ainda proteção legal. Sanches & Berlinck (2010) referem que para além da escala de QI, também são considerados critérios e habilidades relativos aos aspectos educacionais, culturais e médicos do indivíduo em análise.

De acordo com a AAMR (2006, p. 95), “um diagnóstico da presença de retardo mental, na definição de 2002, requer um julgamento que a inteligência e o comportamento adaptativo da pessoa estão significativamente abaixo da média e que a combinação estava presente durante o período desenvolvimental. Tipicamente, isso requer a administração de uma avaliação individualizada da inteligência, uma avaliação individualizada do comportamento adaptativo e uma determinação feita por meio de documentos e entrevistas com observadores importantes que possam dizer se a deficiência estava presente antes dos 18 anos.”.

Vasconcelos (2004) refere a pesquisa de Croen [*et al.*] (2001), na qual foi verificado que fatores como mães da raça negra, bebês que nasceram com peso inferior a 2,5 kg, nível educacional da genitora baixo, idade avançada da mãe durante a gestação e defeitos estruturais congênitos, têm maior

prognóstico para o desenvolvimento de retardo mental. Uma pesquisa semelhante foi referida por Aylward [*et al.*] (1989).

Jelliffe-Pawlowski [*et al.*] (2003) afirmam ainda que defeitos congênitos são responsáveis pela ocorrência do retardo mental em crianças de até 7 anos de idade quando comparadas com crianças sem defeitos congênitos diagnosticados, independentemente de qual defeito se trate. Sanches & Berlinck (2010) referem que o grau de gravidade do retardo mental é devido a uma reunião de fatores, dentre os quais os psíquicos, os ambientais e os orgânicos.

i. Avaliação do Funcionamento Intelectual

Grossman (1983); Gottfredson (1997) determinaram a inteligência como “uma capacidade mental geral que inclui a habilidade do indivíduo para raciocinar, resolver problemas, pensar abstratamente, planejar e aprender pela experiência, e reflete uma capacidade mais ampla para compreender o mundo ao seu redor.”. (AAMR, 2006, p. 63).

Um dos critérios diagnósticos do retardo mental é o funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, o que traz a necessidade de utilização de instrumentos psicométricos para tal avaliação. Tamanha a importância e delicadeza desta avaliação que somente profissionais bastante especializados podem realizá-la, sendo algumas vezes necessária uma avaliação interdisciplinar.

Maris [*et al.*] (2013) explicam que a capacidade intelectual reduzida pode ser representada por grandes mudanças anatômicas na estrutura cerebral ou problemas menos evidentes no metabolismo do cérebro e que uma vez que o retardo mental for reconhecido, já não é mais possível reverter o quadro, limitando o papel dos médicos a controlar os sintomas e investigar as causas da doença.

Como refere a AAMR, “as medidas padronizadas apropriadas devem ser determinadas com base em vários fatores individuais, incluindo a *origem social, lingüística e cultural* do indivíduo. Se necessário, devem ser feitas as adaptações apropriadas para qualquer limitação motora ou sensorial.”. (2006, p. 59. Grifo nosso).

Apesar da pontuação alcançada como o valor do QI não ser aceita pela totalidade dos investigadores, ainda é a determinação mais encontrada na prática clínica, nomeadamente através do teste WAIS-III⁵, que foi utilizado tanto pelos profissionais em Portugal como no Brasil, conforme veremos no enquadramento empírico desta tese.

Ainda assim, a escala WAIS-III não foi elaborada para avaliar populações consideradas extremas, com pontuações muito acima ou muito abaixo da média, tendo, em contrapartida, sido desenvolvida para avaliar indivíduos cujas pontuações rondassem dois desvios-padrão acima ou abaixo dos pontos de corte definidos.

Os próprios pontos de corte não podem ser considerados como números definidos em última instância, sendo explicados pela AAMR da seguinte forma: “uma pontuação-padrão de QI é melhor vista quando sendo limitada por uma extensão que seria de aproximadamente três a quatro pontos acima e abaixo da pontuação obtida. Essa extensão pode ser considerada como uma «zona de incerteza» (Reschly, 1987). Por isso, um QI de 70 é mais precisamente entendido, não como uma pontuação precisa, mas como uma extensão de confiança com parâmetros de pelo menos um EPM [erro-padrão da medição] (isto é, pontuações de cerca de 66 a 74; 66% de probabilidade) ou parâmetros de dois EPM (isto é, pontuações de 62 a 78; 95% de probabilidade) (Grossman, 1983).”. (2006, p. 64-65).

Esta consideração acerca dos desvios-padrão é fundamental na tomada de decisão sobre se um indivíduo apresenta ou não o critério diagnóstico de funcionamento intelectual comprometido para o retardo mental,

⁵ Não trabalharemos aqui com as outras escalas existentes em razão da utilização da escala WAIS-III em toda a amostra presente na tese.

uma vez que apesar de ter que ser estabelecido um valor como ponto de corte, este valor não pode em tempo algum ser a única avaliação feita, sendo necessário ainda considerar as habilidades adaptativas e a avaliação clínica.

ii. Avaliação do Comportamento Adaptativo

O comportamento adaptativo compreende três áreas de habilidades adaptativas: conceitual, social e prática, e o comportamento adaptativo (ou não adaptativo) relevante para o diagnóstico não pode ser mensurado completamente, sendo estabelecidos graus de adaptação nos diferentes domínios ou áreas. É também importante analisar o indivíduo desde o seu nascimento até o momento em que se tenha contato com ele para que seja possível avaliar o desenvolvimento (ou o comprometimento) das habilidades específicas no curso da sua vida.

Como já referimos anteriormente, deve haver um balanceamento entre a avaliação do funcionamento intelectual e do comportamento adaptativo, sendo defendido por Doll que o retardo mental era melhor compreendido considerando o comprometimento social como tendo mais peso na decisão sobre o transtorno do que o comprometimento intelectual, sendo o comportamento adaptativo comprometido elemento imprescindível para a declaração da presença de retardo mental.

Schoen-Ferreira [*et al.*] (2010, p. 35) relembram que “o impacto positivo do ambiente familiar sobre o desempenho escolar requer a combinação de dois fatores principais: experiências ativas de aprendizagem que promovam competência cognitiva, um contexto social que promova autoconfiança e interesse ativo em aprender.”. Arrematam explicando que “o nível sócio-econômico-cultural do indivíduo portador de Retardo Mental e/ou Dificuldades de Aprendizagem é bastante relevante para o prognóstico desenvolvimental. Logo, um nível mais baixo implica ao indivíduo mais barreiras a transpor e, menos probabilidade de ele atingir um patamar ideal de desenvolvimento.”. (p. 40).

Tendo todo o exposto em consideração, ainda assim a avaliação da inteligência através das pontuações de QI superou a avaliação do comportamento adaptativo na prática clínica, tendo em vista que é uma forma mais simples de análise, apesar de todos os cuidados necessários na aplicação das escalas padronizadas.

Conforme explica a AAMR (2006, p. 78), “como as pontuações de subescala nas medidas de comportamento adaptativo são moderadamente correlacionadas, supõe-se a existência de um déficit generalizado, mesmo que a pontuação em apenas uma dimensão satisfaça os critérios operacionais de estar dois ou mais desvios-padrão abaixo da média.”.

Uma vez que nem todas as habilidades adaptativas podem ser mensuradas por uma escala de avaliação – como a ingenuidade ou a vulnerabilidade –, é imprescindível a avaliação clínica do indivíduo para que o profissional possa perceber a presença ou ausência de habilidades que não puderam ser medidas.

O comportamento problemático, apesar de não ser considerado como limitação significativa do funcionamento adaptativo, influencia muitas vezes na aquisição ou no desempenho deste, para além de ser um fator a ser considerado na análise clínica do indivíduo para fins diagnósticos. Em rigor, os comportamentos problemáticos referem-se aos comportamentos que atrapalham as atividades quotidianas dos indivíduos ou das pessoas próximas, e não à ausência de comportamento adaptativo.

Outra nota importante é que “habilidades intelectuais reduzidas podem ser responsáveis tanto por problemas na aquisição de habilidades de comportamento adaptativo (déficit de aquisição) quanto/ou pelo uso apropriado de habilidades que foram aprendidas (déficit de desempenho)”. (AAMR, 2006, p. 79).

O contexto ambiental é mais uma característica de grande relevância na avaliação, uma vez que o fator cultural pode influenciar o desempenho, a motivação e as oportunidades oferecidas ao indivíduo.

Como referem Cardozo & Soares (2011, p. 111), acompanhados por, Bolsoni-Silva; Del Prette & Del Prette (2000) e Barros (2008), “os pais que apresentam dificuldades interpessoais podem prejudicar a qualidade desse relacionamento, além de oferecer modelos inadequados de desempenho social.”.

Sendo certo que são necessárias limitações importantes no comportamento adaptativo para que se possa diagnosticar o retardo mental, esta medição deve ser feita por comparação com indivíduos considerados normais, da mesma faixa etária e desempenho, bem como a pontuação nas medidas padronizadas e as limitações no comportamento adaptativo devem ser comprometidas ao nível conceitual, social ou prático.

A AAMR reforça que “a definição operacional de uma limitação significativa no comportamento adaptativo requer um desempenho que seja no mínimo dois desvios-padrão abaixo da média em *pelo menos um domínio* ou na pontuação total de um instrumento que meça todos os três domínios. (...) Além disso, uma pontuação de dois desvios-padrão abaixo da média em um domínio terá um impacto suficientemente amplo sobre o funcionamento do indivíduo a ponto de constituir um déficit geral no comportamento adaptativo. Se estiver claro que um indivíduo está funcionando dentro da média ou acima da média nos outros dois domínios, o julgamento clínico deve ser usado para determinar se o déficit está limitado a uma área do comportamento adaptativo, e não ao devido [sic] retardo mental.”. (2006, p. 82).

Quando trabalhamos com escalas de comportamento adaptativo, as informações utilizadas foram obtidas através de uma ou mais pessoas relacionadas ao indivíduo em análise, e não numa entrevista direta ao próprio.

Nesse tipo de análise, é fundamental que essa pessoa fornecedora de informações conheça o indivíduo em análise há um período de tempo considerável e em ambientes diversos, a fim de que possa fornecer informações mais precisas e completas.

iii. Avaliação Clínica

Para além da avaliação utilizando medidas padronizadas do comportamento adaptativo e das avaliações das habilidades intelectuais, a avaliação clínica sobre o comportamento adaptativo pode fornecer informações muito úteis a respeito da intensidade com que o sujeito responde às exigências da vida diária.

Este julgamento clínico envolve diversos fatores:

- A saúde física e mental do indivíduo – o avaliador deve saber diferenciar entre limitações no comportamento adaptativo e limitações sensoriais, emocionais ou físicas;

- Oportunidades de participação ou interação – o avaliador deve saber diferenciar entre limitações no comportamento adaptativo e oportunidade para participar na vida em comunidade, seja por razões emocionais, físicas ou geográficas;

- Multiplicidade de fontes de informação – a avaliação de dados oriundos de diversas fontes é importante para que o profissional possa determinar com mais segurança o caso com o qual se depara; somente analisar as escalas padronizadas não é suficiente para perceber a consistência das informações obtidas, para além de, como mencionamos acima, algumas habilidades não serem passíveis de medição.

- Ambientes relevantes – o comportamento típico de um indivíduo em um ambiente atípico (como residências para pessoas com deficiência) também é um fator que deve ser levado em consideração, pois há aqui uma padronização dos comportamentos que devem ser mantidos dentro desses ambientes, o que faz com que não se revele o real comportamento do sujeito.

- Fator sociocultural – o diagnóstico de retardo mental deve ser realizado tendo atenção ao contexto sociocultural (etnia/cultura) e a faixa etária do sujeito a fim de perceber se há alguma diferença entre os pares, uma vez que claramente indivíduos de idades diferentes e oriundos de culturas ou etnias

diferentes comportar-se-ão de maneira distinta e isso não significa que algum deles apresente retardo mental.

A AAMR (2006) também refere que ao avaliar um indivíduo é necessário analisar cinco hipóteses para que a definição se adeque ao retardo mental, e são elas: “1. As limitações no funcionamento atual devem ser consideradas dentro do contexto dos ambientes da comunidade característicos das pessoas da mesma faixa etária e da mesma cultura do indivíduo. 2. A avaliação válida considera a diversidade cultural e lingüística, e também as diferenças nas comunicação [sic], nos fatores sensoriais, motores e comportamentais. 3. Em cada indivíduo, as limitações freqüentemente coexistem com as potencialidades. 4. Um propósito importante ao descrever as limitações é o de desenvolver um perfil aos apoios necessários. 5. Com apoios personalizados apropriados durante um determinado período de tempo, o funcionamento cotidiano da pessoa com retardo mental em geral melhora.”. (p. 25 e 95).

Tendo em atenção todos esses fatores, a AAMR entende que a análise deve ser feita através de uma abordagem multidimensional e esta “requer que uma descrição abrangente de uma pessoa com retardo mental inclua: a existência de retardo mental (em oposição a outras condições incapacitantes); uma consideração da participação, das interações e dos papéis sociais da pessoa na vida atual, escola ou trabalho e nos ambientes comunitários que facilitem ou restringem fatores de bem-estar pessoais; uma consideração da condição de saúde da pessoa, incluindo saúde física, saúde mental e fatores etiológicos relevantes; os ambientes e sistemas de apoio adequados que facilitem a independência da pessoa, seus relacionamentos, contribuições, participação na escola e na comunidade, e bem-estar pessoal; um perfil dos apoios necessários baseados nos fatores anteriormente mencionados.”. (p. 48-49).

b) Classificação

i. Sistemas de classificação

Na fase da classificação, “as medidas e as ferramentas apropriadas podem incluir escalas de intensidade de apoio, variações ou níveis de QI, categorias de educação especial, avaliações ambientais, sistemas de etiologia e fator de risco, níveis de comportamento adaptativo, medidas de saúde mental, níveis de financiamento ou categorias de benefícios.” (AAMR, 2006, p. 22). A classificação por intensidades de apoios necessários é um dos principais sistemas de classificação, o qual não é baseado nos índices de QI, mas nas necessidades dos indivíduos, que podem ser determinadas como Intermitentes, Limitadas, Extensivas ou Penetrantes (ILEP).

De acordo com a AAMR, “estes podem incluir os fatores de (a) duração no tempo (quanto tempo um apoio é necessário), (b) frequência no tempo (com que frequência um apoio é necessário), (c) locais em que o apoio é necessário, (d) recursos necessários para os apoios (por exemplo, custo pessoal, perícia) e (e) grau de invasão na vida da pessoa.” (2006, p. 103).

Apesar disso, na prática a classificação mais utilizada em primeiro plano é a dos níveis de QI, como podemos perceber na CID-10, que considera a avaliação do comportamento adaptativo de forma suplementar à do QI. Todavia, a CID-10 é utilizada como forma de classificação do transtorno e não na determinação dos apoios necessários.

Há também a CIF – Classificação Internacional do Funcionamento, da deficiência e da saúde –, que não foi utilizada no Brasil nem em Portugal. Desta forma, faremos apenas alguma referência sobre o que se propõe, até porque, como refere a AAMR, “a própria *CIF* não é um instrumento de avaliação; é um instrumento conceitual geral para criar modelos de deficiência e um instrumento de classificação fundamentalmente destinado a propósitos estatísticos.” (2006, p. 110).

Desta forma, a CIF consiste numa espécie de classificação mais voltada para o funcionamento do indivíduo, avaliando esse funcionamento ou a sua deficiência relativamente à saúde e aos fatores ambientais da pessoa, e não tão voltada à etiologia do transtorno. Um elemento importante que a CIF traz são as várias direções que a interação do indivíduo com as outras pessoas e o ambiente pode ter, significando que se um sujeito tem alguma deficiência ela não é explicada somente por uma incapacidade primária como o baixo nível de QI; a análise deve ser feita num contexto onde relevem também as oportunidades que a pessoa teve.

Há também o DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais – que, apesar de não ter sido desenvolvido para avaliar de forma padronizada o comportamento adaptativo, apresenta cinco domínios de informações que podem ser obtidas sobre o indivíduo.

Os diagnósticos são organizados em cinco eixos: o eixo I trata dos transtornos clínicos, incluindo principalmente transtornos mentais, bem como problemas do desenvolvimento e aprendizado; o eixo II trata dos transtornos de personalidade ou invasivos, bem como retardo mental; o eixo III trata das condições médicas agudas ou desordens físicas; o eixo IV trata dos fatores ambientais ou psicossociais contribuindo para desordens; e o eixo V trata da Avaliação Global das Funções (*Global Assessment of Functioning*) ou Escala de Avaliação Global para Crianças (*Children's Global Assessment Scale*) para jovens abaixo de 18 anos (numa escala de 0 a 100).

De acordo com o DSM-IV, “o código de diagnóstico específico para o Retardo Mental é selecionado com base no nível de gravidade, como indicado antes, e codificado no Eixo II. Se o Retardo Mental está associado com um outro transtorno mental (por ex., Transtorno Autista), o transtorno mental adicional é codificado no Eixo I. Se o Retardo Mental está associado com uma condição médica geral (por ex., síndrome de Down), esta é codificada no Eixo III.”.

ii. Etiologia e prevenção

De acordo com Peer & Hillman (2012), sujeitos com retardo mental experimentam mais stress do que pessoas com desenvolvimento considerado normal.

A etiologia, com sua natureza multifatorial, compreende quatro categorias de fatores de risco para a presença do transtorno – biomédico, social, comportamental e educacional – e permite a escolha de estratégias de tratamento ao paciente e apoio à família, seja evitando o surgimento dos fatores de risco ou gerindo-os através das estratégias.

A partir do fator de risco biomédico podemos ter situações em que problemas da saúde física influenciam o funcionamento psicológico, ou, no caso em que a etiologia do transtorno possa ser tratável, se utilizarmos estratégias de intervenção próprias é possível minimizar ou prevenir o surgimento do transtorno.

A AAMR (2006, p. 122) fornece exemplos disso como “saber que um adulto com declínio cognitivo tem síndrome de Down alertaria o provedor para buscar hipertireoidismo ou depressão. Saber que uma criança com declínio cognitivo tem síndrome de Angelman alertaria o provedor.”.

O reconhecimento dos fatores de risco sociais, comportamentais e educacionais também fornece elementos para a prevenção do transtorno. A natureza multifatorial da etiologia do retardo mental condensa que “o modelo dos fatores de risco múltiplos reflete corretamente que fatores de risco biomédicos podem estar presentes em pessoas com retardo mental leve de origem cultural-familiar, e os fatores de risco sociais, comportamentais e educacionais podem estar presentes em pessoas com retardo mental severo de origem biológica.”. (AAMR, 2006, p. 123).

A respeito do momento em que os fatores causais surgem podemos referir o aspecto intergeracional, significando a presença do transtorno em gerações seguidas. Esse aspecto contribui para um maior entendimento do

transtorno por parte da família e, com isso, um apoio maior ao indivíduo e à própria família, que estará mais informada e apta ao cuidado.

No diagnóstico etiológico temos como elementos fundamentais a anamnese, que concentra, entre outros elementos, a história médica do paciente desde a sua concepção – incluindo também os períodos pré-natal, perinatal e pós-natal –, bem como o exame físico, de forma a determinar o(s) fator(es) de risco possivelmente presentes.

De acordo com Curry, [et al.] (1997, citado por AAMR, 2006, p. 127), “é necessária uma história familiar detalhada para identificar etiologias genéticas potenciais”, entendendo ser importante a extensão para três gerações acerca das condições de saúde – física e mental – dos familiares conhecidos, sendo ainda mais importante a verificação de familiares que tenham sido identificados com alguma condição relacionada com o retardo mental, ou ainda a presença do próprio retardo. Como bem relembram, “a ocorrência de retardo mental em outros membros da família *não implica necessariamente um mecanismo genético*.”. (AAMR, 2006, p. 127. Grifo nosso).

Há também a avaliação psicológica, que compreende informações detalhadas a respeito do paciente, da sua família e dos locais de convívio social, como a escola, o trabalho ou a comunidade. “São necessárias informações sobre o ambiente psicossocial para avaliar possíveis fatores de risco sociais, comportamentais e educacionais que podem ter contribuído para a ocorrência de retardo mental.”. (AAMR, 2006, p. 127-128).

A cultura e o local de origem também podem ser fatores que influenciam na adaptação ou não do indivíduo, sendo possível que para a sua população de origem o indivíduo não seja considerado portador de retardo mental e no local ou país atual sim. O desenvolvimento do sujeito durante as fases da vida também devem ser observados, como a idade em que começou a falar, andar, ingresso e anos passados na escola, interação com os colegas e rendimento acadêmico.

Outro elemento importante é o exame físico, que só apareceu nos relatórios periciais psiquiátricos da população brasileira. Através dele é possível recolher evidências que sugiram a etiologia de retardo mental e ainda outras etiologias que já haviam sido sugeridas com base em outros dados, como o exemplo que a AAMR (2006, p. 128) apresenta: “uma diplegia espástica associada a uma história de nascimento prematuro.”.

Os exames neurológicos são relevantes ainda que não apontem diretamente para a patologia de que padece o paciente, pois podem revelar indícios importantes que não seriam notados, como a hipotonia ou a ataxia. Uma vez que em grande parte dos casos não é possível identificar o retardo mental simplesmente através do exame físico, esta pode ser a razão para os profissionais portugueses não o realizarem na prática psiquiátrica forense. Contudo, apesar de não ser fundamental para a descoberta da etiologia de retardo mental, é um exame necessário, pois através dele é possível descobrir outra(s) patologia(s) de que o paciente padece e que de outra forma não seriam identificadas.

A prevenção do desenvolvimento da patologia pode ser dividida em três partes: a primária, a secundária e a terciária.

A prevenção primária pode ser realizada através da abstenção da prática de comportamentos nocivos ao feto como, por exemplo, o uso de álcool e/ou drogas durante a gestação.

A prevenção secundária pode ser realizada através da tentativa de evitamento de condições já existentes de que poderiam derivar o retardo mental, como o «teste do pezinho» (Teste de Guthrie), que pode identificar doenças como o hipertireoidismo e a fenilcetonúria.

A prevenção terciária consiste na redução da gravidade de incapacidades funcionais relacionadas à etiologia ou na prevenção de condições secundárias que se podem desenvolver ao longo da vida, como uma cirurgia corretiva de défices cardíacos congênitos em um bebê ou criança com síndrome de Down.

A razão de se estudar a prevenção sob uma perspectiva multifatorial e intergeracional reside no fato de que assim é possível abordá-la de forma mais ampla, enfatizando as oportunidades de apoio a serem prestados. Sendo certo que a interação entre o indivíduo e os fatores de risco presentes na sua vida é contínua, não se deve pensar na prevenção somente partindo dos provedores de cuidado, mas também dos próprios indivíduos, que saberão melhor do que qualquer pessoa o que é o *seu* bem-estar e como está sendo a *sua* experiência em tudo isso.

c) Planejamento de Apoios

Na fase do planejamento dos apoios, o desígnio essencial é elevar o nível de independência do indivíduo, desde ser responsável e capaz de realizar os seus afazeres, até o relacionamento interpessoal, a participação em atividades escolares e/ou laborais e o seu sentimento de pertença àquela comunidade.

Brown [et al.] (2011) reforçam que a falta de acesso dos indivíduos com retardo mental às psicoterapias os leva à exclusão das pesquisas principais, limitando a evidência baseada nas intervenções efetivas e nas abordagens terapêuticas.

Robinson & Chenoweth (2011) completam o pensamento explicando que o resultado da sua pesquisa demonstra que as políticas dominantes e as abordagens práticas não dão a consideração adequada à prevenção e proteção dos indivíduos contra os maus-tratos, focando em primeiro plano na resposta às instâncias individuais de maus-tratos.

De acordo com a AAMR (2006, p. 141), “embora o conceito de apoios não seja de modo algum novo, *o que é novidade é a crença de que a aplicação criteriosa dos apoios pode melhorar a capacidade funcional dos indivíduos com retardo mental.* Essa crença está exemplificada na ênfase atual no emprego do apoio, na vida apoiada e na educação inclusiva. A importância

dos apoios é que eles mantêm a promessa de proporcionar uma base mais natural, eficiente e contínua para melhorar os resultados pessoais.”.

Temos a abordagem socioecológica como o modelo dos apoios a serem oferecidos aos portadores de retardo mental, de forma a compreender o comportamento do sujeito e a desconexão entre as competências pessoais e as competências adaptativas necessárias para um bom funcionamento social. Esse conceito apresenta-se através da relação entre as competências específicas do indivíduo e as exigências de desempenho do ambiente no qual ele se encontra.

Nesta seara não podemos deixar de falar sobre a deficiência que, por se tratar de uma limitação no funcionamento do indivíduo dentro de um contexto social, converge numa desvantagem para o sujeito, não sendo fixamente estabelecida, mas dependente das limitações, bem como dos apoios oferecidos ao indivíduo, podendo ser reduzida com a introdução de apoios concentrados na prevenção dos comportamentos disfuncionais e na promoção dos comportamentos adaptativos.

Através da abordagem igualitária dos apoios, o foco dos apoios repousa na igualdade da pessoa humana, nomeadamente no que diz respeito aos direitos sociais, políticos e econômicos, como vem determinado no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que determina o acesso à educação pública, gratuita e adequada, serviços em ambiente comunitário (Artigo 13º), e a não-discriminação (Artigo 2º).

O que se pretende com essa abordagem é realçar o papel importante que os apoios adequados representam na vida das pessoas, proporcionando uma maior aproximação ou não afastamento dos portadores de retardo mental da comunidade, uma vez que “à medida que continuamos a entender melhor a distinção entre ‘viver na comunidade’ e ‘ser parte da comunidade’, fica claro que a ‘comunidade’ é uma experiência, não um local. Mais especificamente, comunidade é a experiência de compartilhar sua vida com as outras pessoas, com a presença da comunidade sendo uma precondição (Rapley, 2000).”. (AAMR, 2006, p. 146).

A intensidade dos apoios não pode ser previamente estabelecida como algo comum a todos as pessoas, somente sendo possível determiná-los em virtude da necessidade de cada uma, e a intensidade dos apoios pode ser subdividida em: a) intermitentes, que são prestados esporadicamente ou num espaço curto de tempo; b) limitados, que são prestados por um período mais longo, ininterruptamente; c) extensivos, que são prestados de maneira regular em determinados ambientes e sem limite de tempo; d) pervasivos, que são prestados em alta intensidade e necessários para a manutenção da vida do sujeito.

Ao elaborar um plano de apoios individualizado são necessárias informações sobre o sujeito que necessita do apoio e das pessoas que o acompanham, sejam familiares ou profissionais da equipe, e o direcionamento dos apoios aponta para o futuro da pessoa que os recebe, a fim de estar incluída, integrada e produtiva, e não somente permanecer onde está atualmente.

De acordo com a AAMR (2006, p. 154), “um PAI [plano de apoios individualizados] está pronto quando a equipe identificou: (a) os interesses e preferências do indivíduo, (b) as áreas e atividades de apoio necessárias, (c) os locais em que a pessoa tem maior probabilidade de estar, assim como as atividades das quais o indivíduo vai participar, (d) as funções de apoio específicas que vão lidar com as necessidades de apoio identificadas, (e) os apoios naturais disponíveis à pessoa, (f) resultados pessoais valorizados e (g) um mecanismo do plano para monitorar a provisão e os resultados pessoais do apoio proporcionado.”.

Diferente do que ocorria anteriormente, no Sistema de 2002 o foco não é mais voltado simplesmente para os programas de apoio aos indivíduos portadores de retardo mental, mas para a cidadania dos mesmos, ou seja, foi mudado o ponto de vista da questão de maneira a pensar nessa pessoa como cidadã que é, viabilizando a sua inclusão efetiva na vida em comunidade, de forma plena, não mais sendo pensada como uma limitação que deve tentar ser contornada.

Como refere a AAMR (2006, p. 176), os apoios “são baseados na comunidade; são centralizados na pessoa e planejados, desenvolvidos e personalizados individualmente; melhoram o funcionamento e a participação do indivíduo; facilitam o exercício da autodeterminação e são dirigidos ao consumidor.”.

O status de membro da comunidade reconhecido ao portador de retardo mental foi muito importante para a mudança nos serviços de apoio, valorizando a intervenção precoce, a preferência por apoios em meio comunitário, a melhora na qualidade de vida – através do domínio da própria vida, da própria casa, do emprego –, devolvendo ao indivíduo o domínio sobre si mesmo.

Sines [et al.] (2012), ao relatar o seu estudo, afirmam que os indivíduos portadores de retardo mental que deixaram o hospital e retornaram à comunidade de maneira apoiada demonstraram uma significativa melhora na qualidade de vida no geral e em cada um dos itens dos testes realizados, sendo acompanhados por questionários e entrevistas aos familiares e aos profissionais cuidadores que confirmaram essa melhora. Conforme Gettings & Thaler (2000), “a tarefa essencial para os sistemas públicos que servem as pessoas com retardo mental é se tornarem sistemas centralizados na pessoa, equilibrando escolhas pessoais com segurança e seguridade.”. (AAMR, 2006, 180).

CAPÍTULO III

Enquadramento Jurídico

“O trabalho de tradução cria as condições para emancipações sociais concretas de grupos sociais concretos num presente cuja injustiça é legitimada com base num maciço desperdício de experiência. O trabalho de tradução, assente na sociologia das ausências e na sociologia das emergências, apenas permite revelar ou denunciar a dimensão desse desperdício. O tipo de transformação social que a partir dele pode construir-se exige que as constelações de sentido criadas pelo trabalho de tradução se transformem em práticas transformadoras.”.

(Santos, 2003, p. 770).

Das teorias dos delitos que tiveram lugar ao longo da história do pensamento jurídico-criminal, as teorias finalista e analítica do delito assentam que para que se possa considerar um fato como crime, este deve ser típico, antijurídico e culpável, e que, à falta de qualquer dos elementos, este não se realiza. (Welzel, 2004).

No caso em estudo importa ressaltar a culpabilidade, a qual só se perfaz quando existe liberdade de vontade na prática de um fato, bem como a capacidade real de comportar-se de maneira diversa, isto é, ser capaz de se comportar de acordo com as normas ou decidir por ignorá-las e infringi-las. (Dias, 2000).

Dias (1995, p. 67) arremata que “inimputável (ou incapaz de culpa) será *todo aquele*, mas também *apenas aquele*, que, em virtude de uma anomalia psíquica (no seu mais amplo sentido), for incapaz de avaliar a ilicitude do seu comportamento ou de se determinar segundo essa avaliação.”.

No que se refere às sanções criminais existentes no ordenamento jurídico, com brilhantismo explica Dias (2005, p. 428-429) que “em matéria de finalidades das reacções criminais, não existem diferenças *fundamentais* entre penas e medidas de segurança. Diferente é apenas **a forma de relacionamento entre as finalidades de prevenção geral e especial**: nas

penas, a finalidade de prevenção geral de integração assume o primeiro e indisputável lugar, enquanto finalidades de prevenção especial de qualquer espécie actuam só no interior da moldura construída dentro do limite da culpa, mas na base exclusiva daquelas finalidades de prevenção de integração; nas medidas de segurança, diferentemente, as finalidades de prevenção especial (de socialização e de segurança) assumem lugar absolutamente predominante, não ficando todavia excluídas considerações de prevenção geral de integração sob uma forma que, a muitos títulos, se aproxima das (ou mesmo se identifica com as) *exigências mínimas de tutela do ordenamento jurídico*.”.

Diante do exposto, não há mais que questionar a natureza jurídica das medidas de segurança nem o seu regime, devendo ser utilizados os recursos inerentes às penas em falta de regulação específica a respeito das medidas de segurança.

3.1. Inimputabilidade em razão de anomalia psíquica

3.1.1. Capacidade

“Não ter capacidade de querer e de entender é mais ‘perigoso’ do que aquele que mata um estranho, ‘com motivo aparente?’”.

(Mattos, 2006, p.125).

A questão da inimputabilidade em razão de anomalia psíquica pode apresentar-se em relação aos portadores de alguma debilidade mental, tanto do seu desenvolvimento – que pode não ter sido realizado da forma esperada, no sentido clínico, restando, este indivíduo, com disfunções que o fazem permanecer sempre na infância (mental) –, ou em relação aos sujeitos que obtiveram o desenvolvimento psíquico considerado normal, no entanto, não importando a razão, foram acometidos de um transtorno mental que os tornaram incapazes de serem culpabilizados pelos seus atos.

A respeito da delimitação sobre o que é efetivamente considerado como o conceito de doença mental relevante para o Direito Penal, Balbi (1991)

discorre que o modelo nosográfico, comparativamente aos modelos psicológico e sociológico, é o único capaz de determinar um conceito unitário de enfermidade mental.

Refere ainda, acompanhado por Bertolino (1981), que naquele momento de transformações pelo qual passava a Psiquiatria – esta ainda fragmentada e o próprio objeto de estudo não individualizado –, a doutrina criminalística tinha dificuldade em determinar um conceito de inimputabilidade em razão de anomalia psíquica.

Balbi (1991) relembra que na prognose de perigosidade do sujeito não havia parâmetros suficientemente definitivos para a determinação do que seria uma patologia que pudesse vir a excluir a culpabilidade do autor do fato e que, em razão de toda essa dúvida, em diversas ocasiões foi utilizado o modelo nosográfico como forma de delimitar o conceito de inimputabilidade em decorrência de transtornos psíquicos.

Já Kraepelin, em 1883, fazia uma classificação nosográfica dos transtornos mentais, configurando os tipos de transtorno de acordo com a sua sintomatologia, e esse tipo de classificação, mais que uma simples recolha e catalogação de informação, veio a inserir a Psiquiatria na sua era moderna, na qual eram imperativos instrumentos de cognição e resolução de problemas, impondo requisitos de certeza e verificabilidade, saindo da obscuridade do misticismo.

A este respeito, Balbi (1991) reforça que a escola nosográfica, ao afirmar a natureza orgânica da loucura, a individualizou como enfermidade passível de documentação, sendo certa e verificável, vindo a permitir que a patologia se pudesse afirmar perante o Direito.

Bertolino (1981) apresenta como alguns exemplos casos verídicos da Justiça Italiana nos quais era exigida, a fim de se levantar a questão da (in)imputabilidade, a causa biológica do transtorno mental, uma vez que este pode apresentar-se desacompanhado de lesões orgânicas, manifestando-se apenas através de distúrbios funcionais.

Este é um ponto fulcral da nossa temática, uma vez que trata das garantias dos indivíduos perante a intervenção do Estado, sendo certo que este não pode, sem regulação específica, violar liberdades e garantias dos cidadãos, ainda que portadores de anomalia psíquica, pois eles, em razão da doença, não perdem a condição de pessoa humana detentora de direitos.

Em razão disto, o conceito de psicopatologia penalmente relevante deve delimitar, sem margem para dúvidas, se o indivíduo é portador de um transtorno mental e, em caso afirmativo, em que medida ele perdeu a capacidade de compreensão e vontade, de maneira a praticar um fato ilícito-típico e poder ser considerado um inimputável.

Mattos (2006, p. 169) satiriza a questão da aplicação da medida de segurança revelando que “a «mágica» do direito penal chega a ser bem simples: se há comprometimento mental, não pode haver crime. Se não há crime, mesmo assim pode haver sanção, travestida de «medida de segurança», para defesa social e para o próprio agente «contaminado» pela incapacidade de querer e de entender.”.

Posto isto, temos que o artigo 20º do Código Penal Português define como sendo “inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com esta avaliação”, e o artigo 26º do Código Penal Brasileiro afirma que “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 carácter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”.

O Código Penal Italiano, no seu artigo 85, que se refere à capacidade de compreensão e vontade, explica que ninguém pode ser punido por um fato previsto pela lei como crime se, ao momento em que o haja praticado, não era imputável, sendo imputável aquele que tem capacidade de compreensão e vontade.

No artigo 88 é explicada a situação da anomalia psíquica, não sendo considerado imputável quem, no momento em que haja cometido o fato, era,

por enfermidade, em tal estado mental que excluía a capacidade de compreensão e vontade.

O § 20 do Código Penal Alemão determina que não tem culpa quem cometer o ato em razão de distúrbios psíquicos patológicos, profundos da consciência, deficiência mental ou outra grave anomalia psíquica, vez que o agente era incapaz de compreender o injusto do ato ou de se conformar segundo este entendimento.

Aqui percebemos a intenção da Lei em não culpabilizar o enfermo mental, estando protegido da aplicação da pena, sendo os pressupostos para esta não aplicação de pena: a anomalia psíquica incapacitante presente no momento da prática do fato e a prática do fato equiparado ao crime, que seria assim chamado não fosse a ausência de culpabilidade do seu autor.

Escolhemos mencionar os sistemas jurídicos Italiano e Alemão em virtude dos contributos importados tanto no campo da Psiquiatria como do Direito Penal. Todavia, em razão da base legislativa em saúde mental – tanto a Portuguesa como a Brasileira – ser a chamada Lei Basaglia, no curso da tese aparecerão mais referências e comparações com a norma Italiana do que com a Alemã.

Desta forma, podemos concluir que em todos os sistemas jurídicos *supra* referidos, é adotado um critério semelhante de avaliação da (in)imputabilidade, harmonizando o entendimento dentre os diferentes sistemas, ou seja, a presença ou não de um transtorno psíquico devidamente definido como tal, e que este transtorno seja de tal magnitude que não permita a compreensão pelo sujeito de que a prática de determinado fato é ilícita nem o capacite para comportar-se de outra maneira, obedecendo às normas penais.

Nas palavras de Sutherland & Cressey (1996, p. 226), uma pessoa doente mental, no momento em que comete um ato lesivo proibido pela lei, não comete um crime em sentido próprio, uma vez que “o termo anomalia psíquica é usado para descrever comportamentos antijurídicos perpetrados em circunstâncias nas quais o autor não conhecia a natureza ou qualidade do acto, ou simplesmente não distinguia o justo do injusto.”.

Collica (2005) entende que como este agente declarado inimputável praticou o delito tendo uma falta ou grave limitação da sua capacidade cognitiva e volitiva, não podendo avaliar o mal que estava fazendo, não poderá, por certo, entender a pena como «justa». A autora ainda fornece um exemplo julgado pela Sezione Unite, para corroborar a sua posição, no qual partem do conceito de imputabilidade acolhendo, dentre as diversas interpretações possíveis, a de «pressuposto» ou «capacidade de culpa», ao invés de «mera capacidade de pena».

Dias (1995, p. 22) apresenta a tese de que “eticamente só parece poder censurar-se alguém por aquilo que, do ponto de vista da vontade, fez culposamente: tudo o resto, tudo aquilo contra o que o agente *nada podia* do ponto de vista da vontade, pode ser lamentado ou objectivamente desaprovado, mas não lhe pode ser imputado como culpa. *Culpa é a censurabilidade do comportamento humano, por o culpado ter querido actuar contra o dever quando podia ter querido actuar de acordo com ele.*”.

Também para os italianos, assim como entre Portugueses e Brasileiros, há a necessidade de capacidade por parte do agente para que este possa ser considerado culpado em relação à conduta por si praticada, não sendo possível analisar somente os aspectos formais do delito e aplicar a sanção aparentemente cabível a qualquer agente sem antes ter em atenção as características pessoais de cada indivíduo.

É imprescindível ter em mente que cada indivíduo é uma pessoa diferente com capacidades e necessidades diferentes, não podendo o Estado juntá-los a todos e tomar uma decisão única que em teoria se encaixaria em qualquer situação.

É preciso também ter em atenção as diferenças de cada indivíduo para evitar que, querendo resolver um problema – aplicar a sanção àquele que cometeu um fato ilícito-típico – se termine por criar novos problemas, violando a esfera de direitos fundamentais pessoais deste mesmo agente.

Não é, nem pode ser simplesmente em razão da prática de um fato ilícito-típico que o sujeito merece ver a sua vida completamente invadida e

transformada, não mais do que aquilo que é necessário, e se houver meios de minimizar esses danos para o agente não há razão para não fazê-lo, obedecendo ao princípio da proporcionalidade na aplicação da sanção.

Da mesma forma entende a doutrina italiana, quando determina que as pessoas incapazes de compreensão e vontade não se encontram, em verdade, em condição psicológica de se deixar motivar pela norma penal (Fiandaca, 1987), vindo encontrar a imputabilidade penal o seu primeiro fundamento na capacidade de autodeterminação do homem (Bertolino, 1990).

Com isso entende-se que não se pode pensar em culpabilidade quando se tratar de uma pessoa que não consegue entender como deveria se comportar ou como e porque deveria portar-se de maneira diversa.

Jakobs & Meliá (2003) chegam a trabalhar com a ideia de considerar o sofredor de transtornos psíquicos na ótica do direito penal do inimigo, pois, como estes não compreendem a estrutura e normas do Estado de Direito kantiano, deveriam ser considerados inimigos da sociedade. Nesta hipótese, o enfermo mental estaria sendo punido não pelo que fez, mas pelo que poderia, eventualmente, fazer e, assim, a segregação seria uma forma de prevenção da prática de um fato considerado como crime.

Claramente esta é uma posição que deve ser abominada: em primeiro lugar porque o doente não é e nem pode em tempo algum ser considerado inimigo de quem quer que seja simplesmente pela presença da patologia; em segundo lugar, a imposição de uma medida pré-delitual restritiva da liberdade é inadmissível, exatamente por não haver a materialidade do fato, como melhor explicaremos mais adiante.

Ainda que houvesse a mera intenção de praticá-lo, seja por um indivíduo imputável ou inimputável, o pensamento sobre o fato não faz parte do crime e ninguém pode ser processado e muito menos ter a sua liberdade ambulatoria tolhida simplesmente por pensar, ou então todos nós estaríamos presos por um pensamento qualquer que não fosse considerado adequado.

Para Bertolino (1990), somente se pode cogitar a possibilidade de culpa do agente quando este seja dotado de capacidade, importando esta

condição, inclusive, para a função da pena, que simplesmente não pode ser exercida quando o agente a ela submetido não é capaz de se autodeterminar, não estando apto a compreendê-la nem evitar qualquer comportamento que possa vir a ser punido, não podendo, tampouco, exigir deste agente que se comporte de acordo com a lei, que para ele é estranha ou, no mínimo, incompreensível.

O jurista italiano Gabriele Fornasari (2005) opina que relativamente à matéria da inimputabilidade em razão de anomalia psíquica não há muita profundidade no objeto em estudo, escusando-se a lei de individualizar as causas nas quais se possa falar em uma doença mental capaz de excluir a capacidade de compreensão e vontade – gerando propriamente a inimputabilidade em razão de anomalia psíquica – havendo uma lacuna de excessiva discricionariedade ao intérprete em um âmbito extremamente delicado.

Estando estabelecido que os sofredores de transtornos mentais não possuem capacidade de compreensão da situação e, conseqüentemente, vontade consciente para a prática dos atos, não é possível – nem seria legítimo – pretender obrigar estes indivíduos à obediência das normas sociais e jurídicas estabelecidas para a organização do convívio em sociedade, bem como seria inócua qualquer tentativa de punição pelo cometimento de algum fato estabelecido como ilícito pela norma penal.

“O agente carente de capacidade não optou por proceder contrariamente à disposição legal, também por este motivo não pode ser penalizado da mesma forma que seria um outro agente que deliberadamente escolheu por praticar uma conduta criminosa, ignorando os preceitos legais existentes, não se importando com as conseqüências, para si e para, em primeiro plano, a(s) vítima(s) da sua conduta e, em segundo plano, a própria sociedade, que experimenta uma quebra na sua paz social e jurídica, quando se vê ameaçada por uma prática ilícita que viola direitos individuais e colectivos das pessoas.”. (Oliveira, 2009).

Greco & Catanesi (1988, p. 25) concordam que relativamente ao enfermo mental não se deve impor uma sanção ao fato praticado, pois em

decorrência da sua doença este indivíduo se encontra incapaz de compreender o seu fato e também as consequências advindas deste comportamento, e explicam que “o delinquente é visto como um sujeito doente, e o crime não é outro que a manifestação de um sintoma da sua doença; em consequência, a maior parte dos réus [portadores de anomalia psíquica] não pode ser considerada responsável pelos próprios actos e, portanto, não há sentido punir-lhes. Falta totalmente, em uma perspectiva determinística, a possibilidade de redimir-se do próprio comportamento utilizando, como instrumento dissuasivo, o poder intimidativo da pena; *não é dever da sociedade o de puni-lo* mas o de o pôr em condições de não representar um perigo para a comunidade.”. (Grifo nosso).

Retomando a temática da ausência ou diminuição da consciência por parte do sofredor de transtornos psíquicos, Coelho (2007, p. 71) vem ilustrar esta questão com uma nota interessante, comparando-os às crianças⁶, referindo que “os doentes mentais e as crianças não eram capazes de formar uma «intenção culpada» porque não tinham capacidade de associar a intenção à vontade para fazer o mal.”.

Com esta afirmação uma vez mais podemos perceber a coerência do conceito de (in)imputabilidade ter partido, primeiramente, da órbita médica/psicológica e só em um segundo momento puderam advir as normas jurídicas relativas aos enfermos psíquicos.

Igualmente, Palma (1996, p. 61) partilha desta opinião, quando declara que “o direito não pode definir a imputabilidade penal em função de uma abstracta e pressuposta capacidade de determinação pela norma, que prescindia de investigar a maturação da inteligência e as reais capacidades de abstracção, discernimento, apreciação ética e determinação da vontade.”.

Novamente Bertolino (1990) retorna ao ensinamento de que o homem merece a pena na medida em que tenha agido com liberdade. Uma vez

⁶ “A máxima romana equiparava a irresponsabilidade do louco àquela da criança (de 0 a 7 anos).” (Fornari, 1989, p. 4).

mais fica caracterizado que é imprescindível, para que seja avaliada a imputabilidade, a liberdade do agente em praticar a conduta:

(1) Liberdade de entendimento da situação e em comportar-se de acordo com a sua convicção de que está a praticar uma conduta lícita, ou então assumir que está a praticar uma conduta ilícita e aceitar e compreender as consequências que poderão advir dessa conduta;

(2) Liberdade de vontade em poder escolher entre o que acha certo ou errado, se tal for minimamente possível, isto não querendo dizer que o certo ou errado para o agente portador de anomalia psíquica corresponda ao certo ou errado acatado pelo restante da sociedade, como uma regra social geral da qual todos compartilham quando aceitam fazer parte daquele grupo social e não de outro.

O agente imputável é capaz de valorar a intensidade das consequências dos seus atos, sendo capaz de escolher conscientemente entre praticar ou não a conduta, sabendo o que lhe pode acontecer ou, então, refrear os seus impulsos e não praticar a conduta, ou por entender que é errado e que não deve, ou por temer uma futura punição, ou ainda, por saber, por experiência própria, o que é sofrer uma sanção criminal, e não querer voltar a ser punido.

3.1.2. Relação de causalidade entre a psicopatologia e o delito

Dias (1995, p. 67) ensina que “inimputável e incapaz de culpa será só aquele que não detém a requerida capacidade de avaliação ou determinação *por força de uma anomalia psíquica*; e que, pelo contrário, se uma tal falta ficar a dever-se a qualquer outro motivo, *a capacidade de culpa permanece e o agente pode eventualmente vir a ser punido.*”.

Assim como Bertolino (1981) já ensinava, Coelho (2007, p. 64) afirma que “o conceito legal de ‘insanidade’ está contido no conceito médico.”. A Medicina e a Psicologia têm a possibilidade de determinar atitudes características da considerada normalidade ou não de comportamento,

podendo nos dizer se esta ou aquela atitude tomada por um indivíduo foi ocasionada por uma doença mental ou se não a foi.

Também Arata & Azzarà (1993) concordam que deve haver uma relação de causalidade entre o fato praticado e a doença mental, e declaram ser importante assinalar que as doenças mentais em sentido psiquiátrico relevam, segundo as regras gerais, somente se existirem no momento no qual o sujeito praticou a conduta criminosa.

Em caso positivo, deve ser analisado se esta doença influenciou diretamente na ação ou se a doença, apesar de apresentar-se num espaço temporal concomitante ao do fato praticado, nada tem a ver com ele. “Será necessária a existência de um nexó causal entre a patologia mental e o facto ilícito praticado, ou seja, é necessário que o delito seja expressão do distúrbio.”. (Coelho, 2007, p. 65). Arremata afirmando que “para se considerar um delinquente inimputável, não basta constatar a existência de patologia mental. Isso só acontecerá se o crime for a expressão comportamental dessa mesma patologia.”. (p. 46).

Para Bertolino (1990), a ausência de aplicação de uma medida de segurança refere-se a um sujeito a respeito do qual o fato-crime não pode ser considerado sintoma de perigosidade, na medida em que não é manifestação da doença mental, ou seja, não havendo a relação da doença mental com o fato, o indivíduo deve ser considerado imputável.

No que se refere à questão da prevenção da violência por parte dos sofredores de transtornos psíquicos, Silver (2006) acredita que o conjunto «doença mental + tratamento» constitui uma peça importante na prevenção da violência e ainda refere estudos comprovando que o envolvimento no tratamento está associado a menores taxas de violência entre os pacientes psiquiátricos libertados do tratamento, sendo corroborado por outros autores, tais como Monahan [et al.] (2002); Skeem [et al.] (2002).

Marques (2000, p. 116) comenta que “para além do estado psíquico, teremos que levar em consideração a situação e a gravidade do quadro psiquiátrico.”.

Silver (2006) continua a sua explanação revolucionando ainda mais a ideia do relacionamento da doença mental com a violência, entendendo que não nos devemos limitar apenas à circunstância da presença ou não da anomalia psíquica e a violência ter ocorrido em sua decorrência, mas que devemos ir mais além, necessitando de uma abordagem estabelecida ao nível individual, analisando teórica e empiricamente a validade dos fatores de risco que podem aumentar a probabilidade de violência, em conjunto ou independentemente, da doença mental e o seu tratamento. Mais especificamente, assegura que é necessária uma visão para além da doença mental como causa primária e solução do problema da violência. Entende que, ao contrário, é preciso haver uma investigação com o propósito de entender tanto o fator clínico como o criminológico que podem levar à violência, seja independentemente ou em conjunto.

3.1.3. Estigma

A pesquisa realizada por Taylor & Gunn (1999) comprova, através dos estudos realizados, que “apenas uma porção minúscula de doentes mentais comete crimes violentos, só uma pequena quantidade deles comete homicídios”, afastando de vez a razão de estigmatização, vivamente exagerada pela comunicação social, conforme já referido.

Arbex (2013, p. 39) oferece-nos um exemplo de grande importância a respeito do estigma, incutido de forma tentada nos valores morais das pessoas, desde crianças, quando apresenta a história de uma funcionária do Hospital Colônia de Barbacena, que frequentava o estabelecimento desde os dez anos de idade porque sua mãe lá trabalhava: “cresceu lidando de perto com o estigma da loucura, sem compreender por que pessoas feitas de carne e osso como ela tinham perdido a liberdade. Cansou de ouvir histórias sobre os loucos perigosos, mas as pessoas que ofereciam risco eram as mesmas que passavam a noite na porta do quarto dos plantonistas para proteger a filha da funcionária que dormiria lá.”.

A autora fornece ainda outro exemplo, o de Luiz Felipe, que também cresceu no Colônia, por ser filho do mestre de obras e neto do administrador do hospital: “ouvia tantas histórias sobre os loucos perigosos, mas não conseguia compreender como aqueles homens que ele via trabalhando ofereciam tanto risco. – Mas que loucura eles têm? (...). Em 1916, quase metade da receita do hospital foi garantida pelo suor dos pacientes e pela venda dos alimentos que eles plantavam. (...) De longe, Luiz Felipe observava a lida daquela gente. Não pareciam doentes, mas *escravos*, embora a escravatura no Brasil tivesse terminado havia quase trinta anos.” (Arbex, 2013, p. 60-61).

De acordo com a FNERDM (2005, p. 3), “a concentração da atenção da opinião pública em episódios negativos ou exclusivamente focalizados na descrição das características e dos sintomas das doenças mentais, não contextualizando os acontecimentos nem as situações vividas, tendem a acentuar os sentimentos de insegurança por parte da sociedade.”.

Deegan (1993) também realça este papel negativo da comunicação social para com os doentes mentais quando diz que é importante que entendamos que os doentes são confrontados com a recuperação não só da doença mental, mas também dos efeitos de terem sido rotulados como doentes mentais.

De acordo com a reportagem de Gomes (2012). “o grande problema deste universo de doentes é que é preciso trabalhar ‘um duplo estigma, o do assassino e do louco’, resume Manuel Cruz, médico psiquiatra e director do Serviço de Psiquiatria forense.”.

Acompanhando esse raciocínio, Link & Phelan (2006) advertem que apesar de existirem rótulos informais e rótulos oficiais, estes últimos mostram-se especialmente perigosos por carregarem fortes significados culturais, sendo inclusive mais difícil de livrar-se dessas nomenclaturas do que das informais, e as consequências mais negativas da rotulação oficial cristalizam-se no estigma.

Jones [*et al.*] (1984) explicam o estigma como uma marca: o estigma destaca uma pessoa das demais e associa esta pessoa a características não

desejadas e quando alguém é associado a tais características surge mais um aspecto do estigma, que é a rejeição e o evitamento da pessoa rotulada.

Esta declaração reforça a nossa posição de que é realmente necessário investir mais os nossos esforços no aperfeiçoamento do tratamento se queremos melhorar o bem-estar dos indivíduos a ele submetidos, pois pertencer a uma rede social influencia positivamente na saúde das pessoas. (Silva, em Silva [et al.], 2013). Em adição, ao analisar as redes sociais, passamos também pelo estigma em virtude da doença mental e a consequente ruptura na estrutura social do indivíduo, sendo ele transportado para o ambiente institucional que agora será o seu campo social, desde o espaço físico até aos companheiros do dia-a-dia.

3.2. Medida de segurança de internamento

“Quando se questiona a medida de segurança, o que mais se ouve é sobre a necessidade de «humanizá-la», dotá-la de limites mais nítidos, «operacionalizá-la» melhor. Para aqueles que apreciam ainda as metáforas da linguagem biológica, tais arremedos de solução funcionariam como dizer: «Eu tenho um câncer de estimacão».”.

(Mattos, 2006, p. 149).

3.2.1. Finalidades da medida de segurança

Relativamente à sanção jurídica cabível ao indivíduo sofredor de um transtorno psíquico que venha a praticar um fato ilícito-típico temos a medida de segurança de internamento, cuja finalidade é a prevenção especial positiva, ou de socialização, uma vez que tem como escopo o tratamento do sujeito a ela submetido, e é baseada na perigosidade do agente, não na culpa do mesmo, como ocorre com as penas.

Acreditamos ser importante, antes de, efetivamente, iniciarmos o estudo das medidas de segurança, apresentar uma definição a fim de facilitar o

entendimento, e para isto contamos com o ilustre jurista Figueiredo Dias (2005, p. 414-415), que explica que a “medida de segurança é assim toda a reacção criminal, detentiva ou não detentiva, que se liga à prática, pelo agente, de um facto ilícito-típico, tem como pressuposto e princípio de medida a sua perigosidade, e visa, ao menos primacialmente, finalidades de defesa social ligadas à prevenção especial, seja sob a forma de pura segurança, seja sob a forma de (re)socialização.”.

Enquanto podemos dizer que a finalidade precípua da pena é a prevenção geral positiva ou de integração, estando intimamente ligada à própria função do Direito Penal, que é tutelar, subsidiariamente, os bens jurídicos, possuindo, também, a finalidade de prevenção especial dentro da moldura estabelecida pelo limite da culpa, podemos dizer que a finalidade primordial da medida de segurança é a prevenção especial, seja de socialização ou de segurança, devendo-se, contudo, dar primazia à primeira, somente podendo a segurança constituir-se como finalidade autônoma quando a socialização mostrar-se inatingível, possuindo, também, em um segundo plano de apreciação, a finalidade de prevenção geral positiva ou de integração, que se identifica com as exigências de tutela do ordenamento jurídico. (Oliveira, 2009).

Concordamos com Dias (2007) quando o autor coloca que devemos recusar a prevenção especial no sentido da correção ou emenda moral do delincente. A este nada deve ser imposto para além da privação da sua liberdade e a obediência às normas institucionais decorrentes da sanção que sofreu.

É inegável que o indivíduo, ao sofrer a aplicação de uma sanção criminal, sofre também por ver limitados alguns dos seus direitos fundamentais. Contudo, este sofrimento é, podemos dizer, um sofrimento mínimo necessário, pois a sanção deve ser aplicada a este agente. “Todavia, não se pode aproveitar desta permissão de aplicação da sanção para extrapolar a órbita desses direitos fundamentais e violá-los de forma mais gravosa do que o que é minimamente necessário para o cumprimento da sanção, tornando, destarte, o sofrimento que era o mínimo necessário em indevido.”. (Oliveira, 2009, p. 24).

Antunes (2003, p. 97) também participa do mesmo entendimento, e explica que “é, por conseguinte, a finalidade preventivo-especial, de tratamento e/ou de segurança que deve presidir à imposição da medida de segurança de internamento. Com o que deverá ser rejeitado o entendimento daqueles para quem a prevenção geral positiva ou de integração também vale de forma autónoma no âmbito das medidas de segurança.”.

De acordo com Silva (2009, p. 11; Silva, 2010, p. 114), “se a medida de segurança não tem carácter punitivo – e de direito não tem – a sua feição terapêutica deve preponderar. (...) A questão deixa de ser focada unicamente sob o prisma da *segurança pública* e é acolhida definitivamente pelos serviços de *saúde pública*. Não será a cadeia, tampouco o manicômio, o destino desses homens e dessas mulheres submetidos à internação psiquiátrica compulsória.”.

Assentindo que a medida de segurança de internamento tem como finalidade principal o tratamento, este serve também como uma forma de prevenção de reincidência⁷, uma vez que, ao tratar o indivíduo, o está a (re)socializar, transmitindo a ele habilidades sociais que o vão auxiliar no convívio fora do meio institucional, o que, no plano da comunidade, agrega um sentimento de segurança.

Debruçando-nos sobre as finalidades das medidas de segurança, que têm por escopo a proteção de bens jurídicos e a (re)inserção do indivíduo em sociedade, se o agente não compreende o próprio fato que praticou, muito menos compreenderá qualquer sanção relativa a ele, não havendo, destarte, valor algum a sanção com uma função retributiva.

A respeito do que a sanção penal representa, Foucault (2008b, p. 196) refere que “retirando tempo do condenado, a prisão parece traduzir concretamente a idéia de que a infração lesou, mais além da vítima, a sociedade inteira.”.

⁷ Dias (2005, p. 450) também aceita como pressupostos a prática do fato ilícito-típico e o perigo de reincidência criminal, quando declara que “é todavia em dois pressupostos de aplicação e no seu mútuo relacionamento que vamos encontrar os pontos de referência dos critérios de aferição da proporcionalidade: por um lado, no facto ilícito-típico praticado pelo agente; por outro lado, no significado do(s) facto(s) cuja repetição no futuro seja razoavelmente de esperar e, conseqüentemente, no grau de perigosidade que do relacionamento daquele com este(s) resulte.”.

Com o objetivo de melhor fazer conhecer as finalidades das sanções penais, passamos a explicar rapidamente o sentido da sua aplicação, estando incluída a pena de prisão somente a título de explicação, não significando que ela faça parte do nosso repertório sancionatório nos casos relacionados aos portadores de transtornos psiquiátricos.

A pena, que fora outrora vista como forma de castigo puro, de expiação do «pecado» cometido, passou a ser encarada como um mal atribuído ao agente que praticou um crime, tendo início o pensamento de maior consideração e atenção para com aqueles indivíduos que, não pelo simples fato de serem criminosos, devessem sofrer punições cruéis ou não proporcionais ao fato praticado.

De acordo com Foucault (2008b, p. 196), “a prisão não foi primeiro uma privação de liberdade a que se teria dado em seguida uma função técnica de correção; ela foi desde o início uma ‘detenção legal’ encarregada de um suplemento corretivo, ou ainda uma empresa de modificação dos indivíduos que a privação de liberdade permite fazer funcionar no sistema legal.”.

Foram desenvolvidas reflexões no sentido de, apesar de ter de aplicar a pena, que a sua função não fosse a simples punição ou compensação pelo injusto cometido, mas que servisse como forma de prevenção ou profilaxia criminal, numa tentativa de minimizar os efeitos da própria aplicação da sanção. Apesar de nos defrontarmos com o paradoxo do Direito Penal – respondemos com o mal (a pena) ao mal praticado pelo indivíduo (crime) –, isso não significa que não devamos buscar respostas sancionatórias que preservem ao máximo os direitos, liberdades e garantias dos sujeitos a elas submetidos.

O Direito Penal tem a função de tutelar, subsidiariamente, os bens jurídicos, no entanto, isso não é sinônimo de uma permissão para transgredir contra o transgressor. Já não admitimos, no ordenamento jurídico atual, a Lei de Talião, antes pelo contrário: as sanções criminais devem ter, sempre que possível, um cariz socializador, em vez de retributivo.

A prevenção ou profilaxia criminal pode ser apresentada, por um lado, sob a forma de coação psicológica dos indivíduos, no sentido de intimidá-los a não praticar condutas ilícitas, seja pelo receio de vir a ser punido pela prática de tal conduta ou, por outro, pela confiança dos cidadãos na força das normas jurídicas, irradiando um sentimento de segurança, estabilidade e vigor da ordem jurídica.

No primeiro caso estamos a falar da prevenção geral negativa ou de intimidação que, como o próprio nome insinua, intimida os indivíduos a não praticarem condutas ilícitas e típicas por temerem as suas consequências; já no segundo caso, estamos a falar de prevenção geral positiva ou de integração, que de uma maneira positiva inspira confiança na sociedade e a integra num movimento da não-prática de crimes, para que não se quebre este sentimento de segurança partilhado pelos concidadãos, esperançoso em manter a paz jurídica.

De outra parte, a prevenção especial, apresentada sob a forma de prevenção de reincidência criminal, atua particularmente sobre o indivíduo delincente, no sentido de evitar que ele, no futuro, pratique condutas ilícitas.

Uma modalidade é a intimidação (não mais da comunidade, mas do indivíduo, pessoalmente), infligindo tanto receio da consequência da prática do fato cometido, por já ter passado pela experiência de uma sanção criminal e conhecê-la de perto, que não voltaria a cometê-lo, e a outra modalidade é a segregação, com o objetivo de neutralizar a sua perigosidade, alcançando, desta forma, um efeito de defesa social, livrando a sociedade do convívio com este infrator, tratando, em ambos os casos, de prevenção especial negativa ou de neutralização.

Outra modalidade de prevenção especial é a reestruturação moral do agente, no sentido de este indivíduo passar a entender, aceitar e agir conforme os valores estabelecidos pela ordem jurídica da qual faz parte, podendo voltar a pertencer à comunidade onde vive sem mais haver choques conceituais de condutas, passando a haver, inclusive, um respeito por parte deste agente relativamente aos cidadãos e ao sistema em si, pois, uma vez que ele se sente integrado na sociedade, quer cada vez mais fazer parte dela e

preservá-la, buscando sempre agir em conformidade com as normas, ou ainda através do tratamento das capacidades cognitivas do agente – não se trata aqui de reforma moral; é apenas um ajustamento do controle das capacidades do indivíduo, com uma parte de treinamento das habilidades sociais –, do mesmo modo como se trataria qualquer outro paciente, falando, em ambos os casos da prevenção especial positiva ou de socialização.

A questão fundamental da doutrina da prevenção especial é o respeito pelas convicções do delinquente, pois de nada serve querer implantar nele valores que ele não conhece ou nos quais não acredita somente para satisfazer o sentido da pena, porque na verdade não o fará, estar-se-á a mascarar a verdade e ninguém sairá vencedor deste ajuste.

A única forma de se obter uma situação na qual ambas as posições encontrem um resultado positivo é criar as condições necessárias para que este agente dê continuidade à sua vida sem voltar a cometer crimes, e essas condições que o Estado deve prover esbarram em duas questões de suma importância nesta problemática: a *inserção social* e a *socialização* do delinquente.

No caso de um indivíduo declarado inimputável em razão de anomalia psíquica, toda a função de intimidação da sanção cai por terra, vez que se o indivíduo não percebe o fato praticado como errado, também não perceberá a razão de uma punição em sua decorrência.

Gimbernat Ordeig (1981, citado por Escamilla, 1991) também partilha desta opinião, e determina que o inimputável não responde, já que a pena não tem sentido algum para ele, nem do ponto de vista de prevenção especial, nem tampouco de prevenção geral, e isso se dá pela escassa ou nula motivação do inimputável, pelo que a pena não supõe nem *ex ante* nem *ex post* um inibidor sério.

Não há sentido em esperar que o indivíduo portador de um transtorno psiquiátrico tenha controle sobre o seu comportamento, sentindo-se ameaçado pela sanção que deve vir a ser imposta relativamente a este fato por ele praticado, tanto por não compreender que o seu comportamento não se

acomoda à norma, quanto por não entender o sentido da sanção, sendo escusado ainda, esperar que este agente aprenda com a experiência de ter sofrido uma sanção, que ele nunca entendeu o sentido nem o porquê do seu fato praticado ter sido punido, ficando, desta forma, também de lado, a função especial preventiva.

3.2.2. Pressupostos da aplicação da medida de segurança

Relativamente aos pressupostos de aplicação da medida de segurança de internamento, de acordo com o artigo 12º da Lei nº 36/98, temos que “1 – O portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico⁸ pode ser internado em estabelecimento adequado; 2 – Pode ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado.”.

Não nos podemos esquecer que este fato ilícito-típico exigido deve ser um que, se não se tratasse de um agente inimputável, chamaríamos de crime. Dias (2005, p. 467) declara que “pressuposto da aplicação de uma medida de segurança de internamento é a prática, pelo inimputável, não de um mero ilícito-típico, mas de um facto criminoso, com ressalva de todos os elementos que pertençam à categoria da culpa ou dela decorram.”.

Seguindo o disposto no artigo 91º -1 do Código Penal Português, temos três pressupostos a que se vincula a aplicação da medida de segurança de internamento de inimputáveis: 1. A prática de um fato ilícito-típico; 2. O

⁸ Francisco Miller Mendes entende que, apesar de haver uma controvérsia acerca de se admitir ou não a perigosidade social como um pressuposto do internamento compulsivo, *isto não quer dizer que a perigosidade criminal passa a constituir-se como único fundamento deste mesmo internamento.* (Mendes, 2000. Grifo nosso).

agente que praticou este fato deve ser considerado inimputável nos termos do artigo 20º do Código Penal; 3. O fundado receio da prática de novos fatos da mesma espécie, em virtude da anomalia psíquica e da gravidade do fato praticado, lembrando que devemos valorizar o fato e não o agente que o praticou, em conformidade ao que estamos habituados a fazer com a pena, que tem em atenção o crime em si mesmo, e não o sujeito que o cometeu.

Na legislação brasileira – Lei nº 10.216/2001 – temos, no artigo 6º, que “a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.”. Aparentemente, a legislação brasileira não exige explicação acerca dos pressupostos do internamento – como a situação de perigo para os bens jurídicos –, limitando-se a mencionar o laudo circunstanciado.

De acordo com o artigo 97 do Código Penal Brasileiro, “se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.”.

Ao contrário da explicação fornecida pelo Código Penal Português, o Brasileiro não menciona a questão do fundado receio de práticas de novos fatos, e ainda se limita a distinguir o internamento do tratamento ambulatorial em comparação ao regime das penas, consoante o potencial ofensivo do fato praticado.

Entendemos ser de grande relevância essa ausência de norma a respeito do fundado receio de novos fatos, sendo certo que quando tratamos de indivíduos imputáveis esta questão não é aventada, nem mesmo no que concerne à limitação da sanção no tempo, não devendo sê-la, pois, no caso dos inimputáveis, ou estaríamos a tratar de forma diversa indivíduos que praticaram exatamente o mesmo fato e a distinção entre regime ambulatorial e internamento também é bastante pertinente, levando-se em consideração o nível de potencial ofensivo da conduta, novamente prezando pela simetria entre as penas e as medidas de segurança.

Tendo a compreensão de que a inimputabilidade é uma causa de exclusão de culpabilidade, ou de exclusão da aplicação da pena àquele agente especificamente, e não uma exclusão de ilicitude do fato, torna-se evidente a paridade entre os fatos praticados pelo agente imputável e pelo inimputável, identificando-se, por esse motivo, as questões atinentes às causas de exclusão da ilicitude e culpa, assim como as questões relacionadas com o dolo e a negligência.

Com isto queremos dizer que para que seja possível aplicar uma medida de segurança a um agente inimputável em razão de anomalia psíquica, esse agente tem que ter praticado um fato que não esteja protegido por uma causa de exclusão de ilicitude, ou o fato que o agente pratica deixa de ser ilícito, perdendo, dessa forma, a motivação da aplicação da medida de segurança de internamento. Nesse caso, não estamos analisando a imputabilidade ou inimputabilidade do agente, mas o fato praticado que, não sendo ilícito, não poderia ser punível ainda que praticado por um agente imputável.

Monteiro (1997, p. 82) corrobora esta afirmação quando declara que “não há medida de segurança sem a prática anterior de um crime (ou de facto que seria crime não fora a inimputabilidade do agente)”. É estabelecido um paralelo entre as penas e as medidas de segurança, uma vez que aos crimes puníveis com reclusão, será aplicada uma pena de prisão em regime fechado, que corresponde ao internamento compulsivo no caso dos agentes inimputáveis, e aos crimes puníveis com detenção, um tratamento ambulatorio.

Similarmente, este é o entendimento aceito entre os italianos, como podemos perceber no teor do artigo 202º do Código Penal, que exige que estas somente possam ser aplicadas às pessoas socialmente perigosas que cometeram um fato previsto pela lei como crime. Contudo, a legislação italiana não mais equipara, para fins de determinação do tempo de cumprimento da medida de segurança, a pena que seria aplicada ao agente imputável, não sendo pré-estabelecido qualquer período de tempo, o que significa que no momento em que o paciente se encontrar estabilizado será posto em liberdade.

A partir deste preceito podemos admitir que dois são os pressupostos para a aplicação de uma medida de segurança de internamento no sistema jurídico italiano: o cometimento de um fato penalmente relevante ou, como eles próprios chamam, um «quase-crime», e a perigosidade social do agente, assemelhando-se aos sistemas jurídicos Português e Brasileiro, que também exigem, de acordo com o artigo 91º do Código Penal Português e artigo 97 do Código Penal Brasileiro, a prática de um fato ilícito-típico, preocupando-se também com a perigosidade do agente.

Não é possível fazermos uma distinção neste ponto, ou estar-se-ia a fazer uma distinção entre os agentes na caracterização do fato, algo inadmissível. O que deve ser observado é a característica intrínseca do agente para, na no momento da aplicação da medida, esta sim ser diferente, por se tratar de um indivíduo com características diferentes, que fazem com que seja considerado inimputável, conseqüentemente passível de uma medida de segurança no lugar da pena.

Não se trata de um benefício, mas de uma medida justa, devida à condição cognitiva e intelectual do agente. Também na Itália percebemos que para o portador de transtorno psiquiátrico existe a necessidade de um tratamento individualizado que, exatamente em consideração às particulares necessidades e particulares características subjetivas do réu doente mental, poderiam não coincidir com as modalidades de execução das sanções relativas aos psicicamente sadios. (Arata & Azzarà, 1993).

Wolff (2006, p. 576) também traz uma noção interessante sobre a problemática do internamento, e declara que “as pessoas com doença mental são, antes de mais, pessoas e podem ser motivadas pelas mesmas razões que levam as outras a envolver-se no crime. Para controlar eficazmente qualquer problema de comportamento, é importante compreender a causa ou causas do problema e incluí-las no plano de tratamento.”.

Este fato ilícito-típico do qual falamos é um fato enquanto fato pressuposto da aplicação da medida de segurança, e não, simplesmente, um fato desencadeador da sua imposição, e somos acompanhados por Antunes (2002, p. 331), quando ensina que “o facto, condição da imposição da sanção,

deve ser encarado como facto pressuposto, procedendo à caracterização deste por recurso ao critério da transposição das características do crime do agente imputável para o facto do agente inimputável.”.

Dias (2005, p. 439) declara que “neste sentido se pode e deve afirmar que a concepção mais moderna da medida de segurança obriga à sua referência ao facto praticado, num sentido paralelo (se bem que não igual) àquele em que a mesma afirmação se faz relativamente à pena.”.

Na realidade, equiparamos o fato ilícito-típico praticado pelo agente inimputável ao crime cometido pelo agente imputável com a intenção de não ferir o princípio da proporcionalidade, não aplicando, desta forma, uma medida que seria mais gravosa ao portador de anomalia psíquica do que aquela que seria aplicada a um agente psicologicamente sadio. Apesar de tratarmos de medidas diversas, falamos da mesma prática pelos dois agentes – o imputável e o inimputável –, divergindo, todavia, na sanção criminal a ser aplicada a cada um deles, dependendo de suas características intrínsecas.

Outro pressuposto relacionado à aplicação da medida de segurança de internamento é a prognose desfavorável, que se cruza com o receio da reincidência delituosa. Em rigor, a prognose deve fundar-se na prática de fatos ilícito-típicos graves, pelo menos tão graves quanto foram os primeiros, devendo, ainda, ser da mesma espécie, não querendo dizer o tipo concreto idêntico, para além de terem sido praticados em decorrência da anomalia psíquica, demonstrando a relação de causalidade entre a anomalia psíquica e o fato ilícito-típico praticado.

Aqui há que se ter muitíssimo cuidado, pois existe a tendência para o alargamento da prognose desfavorável, fazendo com que os pacientes submetidos à medida de segurança sejam perpetuamente internados, com o receio de novas práticas delituosas da sua parte, o que não ocorre na situação dos indivíduos condenados a uma pena privativa de liberdade, a qual, uma vez cumprida, não se há o que questionar acerca da prognose desfavorável, por mais que o recluso não tenha demonstrado qualquer réstia de socialização ou aprendizado decorrente da pena sofrida: será sempre posto em liberdade.

3.2.3. Limites da aplicação da medida de segurança

Tendo em consideração tudo o que já expusemos, esta tão almejada segurança não pode ser o estímulo primeiro para a imposição do tratamento, somente tendo lugar na hipótese da socialização mostrar-se desnecessária ou impossível, e isto por uma simples razão: “através da segurança não se torna possível lograr a socialização; enquanto esta, quando tenha lugar no quadro de uma medida institucional, arrasta consigo um elemento de segurança pelo tempo do internamento respectivo.”. (Dias, 2005, p. 425).

Ainda assim, somente é permitido aplicar esta medida quando houver uma real necessidade, ou seja, uma real ameaça à paz jurídica, estando encerrada na prática de um fato ilícito e típico, sendo inadmissível a aplicação de uma medida de segurança de internamento antes da prática do referido fato, ou, como apresenta Monteiro (1997, p. 124), “o facto é a porta de entrada no sistema sancionatório de carácter penal.”.

Como nos ensina a ilustre jurista Antunes (2002, p. 171), “o direito penal vigente não prevê medidas de segurança pré-delituais. Medidas, repita-se, que seriam ilegítimas do ponto de vista jurídico-constitucional.”. Existe realmente a necessidade da prática de um fato ilícito-típico concreto que fundamente a aplicação desta medida.

Szasz (2009) suporta esta posição defendendo que não existe fundamentação científica que apoie o internamento psiquiátrico preventivo, sendo esse procedimento uma violação do devido processo legal e do princípio da presunção de inocência.

Outra questão interessante que se apresenta é a da aplicação da medida de segurança unicamente em função da perigosidade do agente. Acreditamos, sendo acompanhados por Dias (2005), que a pura perigosidade do agente não é capaz de fundamentar esta aplicação, devendo, antes, esta perigosidade estar vinculada a uma prática delituosa.

Contudo, não parece ser satisfatória, a fim de evocar a aplicação da medida, a prática de um fato ilícito-típico qualquer, mas um que seja grave, e vemos esta necessidade descrita no teor do artigo 91º -1 do Código Penal Português, que refere a “gravidade do facto praticado”, e do artigo 97, §1º do Código Penal Brasileiro, que, pela negativa, refere a “cessação de periculosidade do agente”, bem como no Código Penal Português, artigo 40º, - 3 e a Constituição da República Portuguesa, artigo 18º, que velam pelo princípio da proporcionalidade.

Apesar de a legislação brasileira não apresentar expressamente o referido princípio, é bastante claro que este deve ser obedecido, uma vez que os direitos e garantias assegurados pela Constituição devem ser ponderados com os outros direitos eventualmente em atuação.

Conforme refere Taiar (2007), é necessária a observação do princípio da proporcionalidade na relação entre a gravidade do fato praticado e a sanção possivelmente aplicada – proporcionalidade abstrata – e também na relação entre a gravidade do fato e a sanção efetivamente imposta – proporcionalidade concreta.

Reforçando esta noção vem Lyra (2006) relatar a necessidade da proporcionalidade da sanção ao delito praticado, relacionando a proporcionalidade à importância social do fato praticado ou, como utilizamos anteriormente, ao potencial ofensivo do fato.

3.3. Direitos fundamentais e respeito à dignidade da pessoa humana

“Essas sedações, quase que generalizadas, são, sem dúvida, uma prova de enorme desleixo. É comum um número grande de pacientes altamente sedados dentro das instituições. Usar as drogas em massa, como se faz com os pacientes desses hospitais-acionistas de laboratórios químicos, é um crime contra os direitos humanos.”.

(Bueno, 2004, p. 143).

Como disse Brundtland (2002, p. xiii), na mensagem como ainda Diretora-Geral da Organização Mundial da Saúde, “o primeiro desses princípios [proclamados pela ONU] é o de que não deverá existir discriminação por doenças mentais. Outro é o de que, na medida do possível, deve conceder-se, a todo doente, o direito de ter os cuidados necessários na sua própria comunidade. E o terceiro é o de que todo o doente deverá ter o direito de ser tratado de forma menos restritiva e intrusiva, num ambiente o menos limitativo possível.”.

O portador de anomalia psíquica já sofre com os sintomas relativos à sua enfermidade, não sendo necessário – inclusivamente vindo a atrapalhar a sua recuperação – qualquer tipo de diferença que se possa fazer entre ele e uma pessoa psicologicamente sadia.

Hespanha [*et al.*] (2012, p. 9) fazem a brilhante constatação de que “muito para além da dor física e das dependências, a doença mental é uma fonte de sofrimento social pois o mal-estar que traz para as pessoas que dela sofrem e para os seus familiares próximos resulta, em grande parte, da discriminação e da estigmatização social que lhe estão associadas. Em proporção escandalosa, quem sofre de doença mental grave continua ainda a ser excluído os direitos fundamentais da cidadania e de padrões de vida minimamente dignos, para além de ser privado de participar nas decisões que afetam a sua vida pela simples razão de que se generalizou a ideia de que essas pessoas não podem assumir quaisquer responsabilidades.”.

Segundo Link & Phelan (2006), o estigma produz fortes e profundas consequências, que estão sempre presentes e são bastante debilitantes, para além de que a vida diária dos indivíduos pode ser fortemente influenciada pelas expectativas e experiências de rejeição, pelo tratamento e pelas estruturas de controle social.

Hespanha [*et al.*] (2012) afirmam ainda que “fora dos hospitais psiquiátricos, o risco de isolamento e de estigma é muito mais reduzido. As pessoas permanecem no seu meio conhecido, as suas famílias não perdem o contato com elas e a comunidade é mais tolerante e compreensiva.”. (p. 9).

A assertiva dos autores é verdadeira na medida em que os indivíduos nem cheguem a ser institucionalizados, pois, uma vez que o são, a dificuldade no retorno à sua comunidade de origem é bastante maior, como podemos perceber do seguinte excerto: “Rafael, que tem um diagnóstico de esquizofrenia, é um dos doentes inimputáveis internados no Serviço de Psiquiatria forense do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (Hospital Júlio de Matos), que dificilmente poderá voltar à sua vida no local de onde veio, mesmo tendo já condições para ser livre por já ter cumprido a sua medida de segurança. Os técnicos e médicos que trabalham com doentes inimputáveis designam a razão que torna muitos destes regressos impossíveis como ‘alarme social’. Rafael não poderá voltar porque, mesmo passadas quase duas décadas após o seu crime, ainda é visto pela população local como perigoso.”. (Gomes, 2012).

Cavadino (1989) afirma que quando definimos as pessoas como «doentes mentais» e as tratamos como tais, nada é feito para ajudar na cura da sua «doença», somente aumentando-a. A diferença que se pode fazer entre uma pessoa considerada normal e o portador de anomalia psíquica reside na sua capacidade de autodeterminação e vontade e não na sua qualificação como pessoa humana ou respeito pelos direitos fundamentais como tal.

De acordo com Mannoni (1978, p. 53), “a ciência psiquiátrica, sem uma intenção deliberada, acabou por fazer do ‘doente mental’ um cidadão sem direitos, entregue ao arbítrio do corpo médico. No contexto social de hoje, logo que alguém é diagnosticado como doente mental vê-se privado de todo o valor social e só é tratado em termos de poder (de violência). Ele não tem, por assim dizer, nenhuma base de apoio, face ao poder quase absoluto do médico. Quando quer opôr-se ao zelante, só o pode fazer recorrendo a condutas anormais.”.

Bertolino (1981) faz um confronto entre os conceitos de psicótico e psicopata, explicando que se por um lado o indivíduo psicopata é criminalmente responsável pelos seus atos, sendo a sua personalidade desviante, e não doente, existindo um desvio de carácter e não distúrbio patológico, por outro o indivíduo psicótico apresenta uma causa biológica para

a alteração dos seus processos de inteligência e vontade, o que faz descaracterizar qualquer intenção para a prática dos fatos por não haver capacidade de compreensão e vontade.

Ao estabelecer o princípio da culpa – não pode haver pena sem culpa e a medida da pena não pode em caso algum ultrapassar a medida da culpa – como fundamental e imprescindível na questão da aplicação da sanção, o que se pretende é sempre proteger um bem preciosíssimo do ser humano, a sua dignidade enquanto tal, que não pode, simplesmente pela aplicação de uma sanção, ser violada. (Oliveira, 2009).

Um Estado Democrático de Direito não pode admitir usurpar dos seus cidadãos mais direitos, liberdades ou garantias do que o mínimo extremamente necessário, aquilo que eles abdicam por fazerem parte desta sociedade, para que aquele pudesse assumir o controle do *ius imperii*, não havendo aí espaço para aproveitar-se disso e extravasar para outros direitos, ou ainda exceder-se no controle dos direitos, liberdades e garantias mencionados anteriormente.

Dias (1995, p. 17) defende que “ao direito penal compete, antes de tudo, uma função de protecção de bens e valores fundamentais da comunidade social, a fim de proporcionar as condições indispensáveis ao livre desenvolvimento e realização da personalidade ética do homem; e logo a partir daqui surge a *necessidade* como fundamento de intervenção de todo o direito penal: este arranca sempre da protecção de *bens jurídicos* e, portanto, de interesses *socialmente* relevantes.”.

A limitação estritamente necessária de direitos existe somente com o escopo de proporcionar uma convivência possível entre os membros da sociedade, fazendo-se respeitar a individualidade e o desenvolvimento da personalidade⁹ de cada um deles, podendo-se compreender que para tal objetivo ser atingido não haveria a possibilidade de permitir que os próprios

⁹ “Podemos definir positivamente o bem da personalidade humana juscivilisticamente tutelado como o real e o potencial físico e espiritual de cada homem em concreto, ou seja, o conjunto autónomo, unificado, dinâmico e evolutivo dos bens integrantes da sua materialidade física e do seu espírito reflexivo, sócio-ambientalmente integrados.” (Capelo de Sousa, 1995, p. 117).

cidadãos fossem completamente regidos por si próprios, sem a presença de uma unidade independente de qualquer um deles, que pudesse dirimir qualquer conflito com imparcialidade e objetividade crítica.

Com isso queremos dizer que é papel do Estado, como o ente que, neste momento, veio para organizar as relações em sociedade, proteger bens jurídicos dos cidadãos e, para atingir este propósito, não se pode deixar levar por uma sanção que venha a lesar, de maneira monstruosa, direitos, liberdades e garantias de pessoas que, apesar de haverem cometido uma infração penal, não deixaram de ser seres humanos e, conseqüentemente, não perderam, nem podem perder em qualquer tempo, o seu direito à dignidade humana, como a merecem todos os indivíduos.

Hespanha [*et al.*] (2012, p. 150-151) referem que “é certo que a extensão dos direitos – designadamente os direitos sociais – depende de fatores como os níveis de desenvolvimento econômico ou a estrutura da formação política e isso pode explicar a variação significativa dos padrões sociais que são assegurados ao longo do tempo. Mas a existência de limites constitucionais a respeitar é inquestionável. Para além disso, e no que respeita às situações mais dramáticas de pobreza e exclusão social que ofendem a dignidade humana e tocam a essência dos direitos humanos é sempre possível invocar a própria CRP que remete a interpretação e integração dos direitos fundamentais para a Declaração dos Direitos Humanos adotada pela Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas a qual reconheceu e proclamou a dignidade como inerente a todos os membros da família humana e como fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo.”.

Abreu (2007) concorda conosco que os portadores de anomalia psíquica são, antes de mais, pessoas como outras quaisquer, detentoras de direitos e merecedoras de respeito por parte dos outros indivíduos. “A exclusão social a que têm sido votadas as pessoas com problemas de saúde mental é objectivamente injusta e limitadora dos ‘direitos humanos e de cidadania’ exigindo uma visão equitativa da Justiça com o reconhecimento do direito à

dignidade da pessoa humana, à reabilitação, ao trabalho e à inclusão social.”. (Abreu, 2007, p. 160).

Algumas vezes parece que não são considerados seres humanos como os demais. Eles são seres humanos que sofrem em razão da sua própria condição de padecedores de uma enfermidade, mas que sofrem também em razão de um preconceito existente na sociedade contra eles, que há algum tempo ainda eram totalmente isolados do convívio social como se padecessem de alguma doença contagiosa.

O artigo 5º da Lei de Saúde Mental Portuguesa aborda os direitos e deveres do utente e determina que, para além dos direitos garantidos pela Lei de Bases da Saúde, ainda tem o direito de “a) Ser *informado*, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis; b) Receber *tratamento e protecção*, no respeito pela sua *individualidade e dignidade*; c) *Decidir* receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros; d) Não ser submetido a electroconvulsivoterapia sem o seu prévio *consentimento* escrito; e) *Aceitar ou recusar*, nos termos da legislação em vigor, a participação em investigações, ensaios clínicos ou actividades de formação; f) Usufruir de *condições dignas de habitabilidade, higiene, alimentação, segurança, respeito e privacidade* em serviços de internamento e estruturas residenciais; g) *Comunicar* com o exterior e ser visitado por familiares, amigos e representantes legais, com as limitações decorrentes do funcionamento dos serviços e da natureza da doença; h) Receber *justa remuneração* pelas actividades e pelos serviços por ele prestados; i) Receber *apoio* no exercício dos direitos de reclamação e queixa.”. (Grifo nosso).

A legislação brasileira, no seu artigo 2º, parágrafo único, determina: “I - ter acesso ao *melhor tratamento* do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com *humanidade e respeito* e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser *protegida* contra

qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de *sigilo* nas informações prestadas; V - ter direito à *presença médica*, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de *comunicação* disponíveis; VII - receber o maior número de *informações* a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em *ambiente terapêutico* pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em *serviços comunitários* de saúde mental.”. (Grifo nosso).

Como podemos perceber, nos dois sistemas jurídicos, ao nível legislativo, existe o interesse fundamental na criação e manutenção do bem-estar dos indivíduos submetidos ao tratamento.

O artigo 8º da Lei nº 36/98, que trata dos princípios gerais, obedece ao princípio da proporcionalidade em sentido amplo, abrangendo a necessidade, a adequação e a própria proporcionalidade, determinando que o internamento compulsivo somente terá lugar quando for a *única* forma de compelir o indivíduo ao tratamento, que este deverá ser proporcionado ao grau de perigosidade do agente e ao bem jurídico em causa, podendo ser *substituído por tratamento em regime ambulatorio*, e as restrições aos direitos fundamentais decorrentes do internamento serão as estritamente necessárias e adequadas à efetividade do tratamento. De acordo com o texto do referido artigo 8º, no nº 1 temos que “o internamento compulsivo só pode ser determinado quando for a *única* forma de garantir a submissão a tratamento do internado e finda *logo que cessem* os fundamentos que lhe deram causa.”. (Grifo nosso).

O nº 2 do mesmo artigo trata da obediência ao princípio da proporcionalidade, quando refere que “o internamento compulsivo só pode ser determinado se for proporcionado ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa.”. O nº 4 encerra a preocupação com os direitos fundamentais dos pacientes submetidos à medida de segurança, afirmando que “as restrições aos direitos fundamentais decorrentes do internamento compulsivo são as *estritamente necessárias e adequadas* à efectividade do tratamento e à

segurança e normalidade do funcionamento do estabelecimento, nos termos do respectivo regulamento interno.”. (Grifo nosso).

No ordenamento jurídico brasileiro, de acordo com a Lei nº 10.216/2001, em seu artigo 4º, §1º, “o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”, e no ordenamento jurídico português, de acordo com a Lei nº 36/98, em seu artigo 2º -1, “a protecção da saúde mental efectiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive”, consolidando a identidade da finalidade da medida de segurança de internamento em ambos os sistemas jurídicos.

No *caput* do artigo 4º da Lei Brasileira, é determinado que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será *indicada* quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”, revelando a intenção da Lei de somente internar no caso em que outra forma de tratamento se mostre impossível. (Grifo nosso).

No §1º temos a preocupação com a inserção social, no §2º a determinação de que o tratamento deverá oferecer assistência integral ao paciente e no §3º temos o impedimento de internamento em instituições desprovidas dos recursos descritos no §2º ou que não preservem os direitos elencados no artigo 2º da mesma Lei.

Esta Lei tenta evitar o internamento de tal forma que recomenda que ainda que o fato praticado seja punível com pena de reclusão, no caso dos agentes inimputáveis deve ser preferida a medida não-detentiva, restando o internamento somente para os casos em que se mostrar indispensável. Apesar de tudo isso ainda vemos milhares de pessoas serem internadas compulsivamente nos hospitais psiquiátricos.

Além disso, no campo da preservação dos direitos fundamentais, resta uma questão de enorme importância, que é a tortura. No ordenamento jurídico brasileiro existe, para além da vedação constitucional e a ratificação da

Convenção da ONU, a Lei nº 9.455/97, a chamada Lei de Tortura, que explica, no seu artigo 1º, I, o que constitui o crime de tortura: “constranger alguém com emprego de violência ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental.”.

No §1º do mesmo artigo temos que “na mesma pena incorre quem submete pessoa presa ou sujeita a medida de segurança a sofrimento físico ou mental, por intermédio da prática de ato não previsto em lei ou não resultante de medida legal.”. Os parágrafos 2º e 3º tratam dos casos de omissão em face das condutas referidas e da eventual ocorrência de lesão corporal grave, gravíssima ou até morte, já estipulando a moldura penal para as hipóteses em questão.

Ao analisar o teor das Leis, dá a impressão de que não temos qualquer problema relativo ao tratamento das pessoas sofredoras de transtornos mentais, no entanto não é assim que a realidade se nos apresenta.

Como bem diz Amarante (2010, p. 71), “sabemos que falar de cidadania e direitos não basta, como não basta apenas aprovar leis, pois não se determina que as pessoas sejam cidadãos e sujeitos de direito por decreto. A construção de cidadania diz respeito a um processo social e, tal qual nos referimos no campo da saúde mental e atenção psicossocial, um processo social complexo. É preciso mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais.”.

3.3.1. À procura dos princípios da isonomia e proporcionalidade

“Nada de acessibilidade às soluções instituídas na civilização como garantias mínimas que edificariam um sentido compartilhado para as condições pactuadas de humanidade... Apenas o silêncio, o isolamento, o massacre cotidiano da sua condição subjetiva e o sequestro institucional dos direitos fundamentais válidos para qualquer pessoa humana.”.

(Barros-Brisset, 2010, p. 19).

A Constituição da República Portuguesa declara, no seu artigo 1º, que "Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária", sendo completado pelo artigo 13º -1, que determina que "todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei" e tendo como desfecho o artigo 25º -1, que garante que "a integridade moral e física das pessoas é inviolável", tudo isso apontando para o fato de que todos os indivíduos – e não foi feita a distinção entre os que cometeram crimes e os que não o fizeram, nem entre os portadores e não portadores de anomalia psíquica – têm dignidade social; a todos é assegurada a dignidade como pessoa humana, e nada pode violar a sua integridade física ou moral, só sendo permitido ao Estado, no momento de aplicar uma sanção, suprimir o mínimo possível e indispensável dos direitos, liberdades e garantias dos cidadãos.

Já a Constituição da República Federativa do Brasil afirma, no seu artigo 1º, III, que "a República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: a dignidade da pessoa humana, sendo definidos como objetivos fundamentais da República."

De acordo com o artigo 3º, IV, deve-se "promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação", sendo complementado pelo artigo 5º, que determina que "todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: III – ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante; XLI – a lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais; XLVII – não haverá penas: b) de caráter perpétuo; XLIX – é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral."

Finalmente, o artigo 196 determina que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem

à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”.

Tendo em consideração o disposto na CRFB, a preservação e manutenção dos direitos fundamentais da pessoa humana é um objetivo essencial do Estado, sendo vedada qualquer forma de discriminação entre os indivíduos, bem como não será permitida qualquer forma de tratamento desumano ou degradante, sendo ainda proibidas as penas de caráter perpétuo.

“No ordenamento jurídico brasileiro, as pessoas com transtornos mentais que cometem crimes são consideradas inimputáveis, isto é, isentas de pena. Estas pessoas são submetidas, no entanto, à medida de segurança, espécie de tratamento compulsório, cuja principal consequência é a segregação *perpétua* ou por longo período, através da internação, da pessoa acometida de transtornos mentais que cometeu um crime ou uma infração.”. (Ministério da Saúde, 2005, p. 23. Grifo nosso).

Neste momento apresenta-se uma questão muitíssimo relevante: por que as penas não podem ser perpétuas e nada é dito especificamente a respeito das medidas de segurança? Devemos, como temos feito em todos os outros momentos, equiparar a pena à medida de segurança no que se refere ao regime, sendo diversificada a sua execução (por razões óbvias)? Ou deveria estar estabelecido um regime específico para as medidas de segurança na Constituição da República?

Creemos que na ausência de regulação devemos continuar a utilizar-nos do regime jurídico aplicado às penas, *mutatis mutandis*, no caso específico das medidas de segurança, como por exemplo, o local da sua execução.

Se nos vamos utilizar do regime das penas surge a pergunta vital: Por que a pena de prisão não pode ter o caráter perpétuo e as medidas de segurança sim? É sabido que mesmo que para a medida de segurança de internamento tenha sido estipulado um período para a sua execução, este nem sempre (ou algumas, poucas vezes?) é respeitado, fazendo com que o indivíduo submetido a ela encontre-se indefinidamente institucionalizado.

Não estaríamos nós diante de uma violação de preceito constitucional?

No que respeita à duração da medida de segurança, o artigo 92º -1 do Código Penal Português determina que o internamento deverá durar enquanto dure a perigosidade criminal do agente que houver dado origem ao internamento, sendo complementado pelo nº 2 do mesmo artigo, quando dispõe que este internamento *não poderá exceder o limite máximo da pena correspondente ao tipo do crime cometido* pelo inimputável, o que quer dizer que a duração do internamento, na realidade, é regida pela duração da pena que concretamente seria aplicada ao fato ilícito-típico praticado pelo agente inimputável.

Já o Código Penal Brasileiro apresenta a atrocidade do artigo 97, §1º, que determina que “a internação, ou tratamento ambulatorial, será por *tempo indeterminado*, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade¹⁰. O prazo *mínimo* deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.”. (Grifo nosso).

E se, por acaso, nos depararmos com um caso no qual o paciente já esteja estabilizado em tempo inferior ao mínimo estipulado pela legislação? Devemos mantê-lo internado unicamente porque o código assim determina em abstrato?

Mattos (2006, p. 147) concorda com o nosso posicionamento e o demonstra quando declara que “o comprometimento da capacidade de querer e de entender trouxe para o portador de sofrimento mental infrator, além de um

¹⁰ Diniz (2013, p. 255) reforça a falta de interesse nos pacientes e na salvaguarda dos seus direitos, liberdades e garantias fundamentais quando relata que “das 114 medidas de segurança do HCTP-Heitor Carrilho, 54% (61) estavam em atraso e 13% (15) estavam em dia com a realização anual do exame de cessação de periculosidade. O indivíduo em medida de segurança por conversão de pena estava em dia com a realização do exame de cessação de periculosidade. Um exame encontra-se em atraso quando contados doze meses desde o último exame, depois do período mínimo de internação obrigatória determinado pela sentença judicial. Nos demais estabelecimentos do país, os exames de cessação de periculosidade estavam atrasados em 40% das medidas de segurança. A média de atrasos no HCTP-Heitor Carrilho era de 30 meses, ao passo que nos demais estabelecimentos era de 32 meses. Os casos ‘sem informação’ correspondiam a dossiês que não apresentavam alguma data específica necessária para realizar o cálculo de atrasos, como data de internação, da sentença ou da realização do exame de cessação de periculosidade.”.

instituto que, quanto mais quer se distanciar da pena, tanto mais dela se aproxima, uma perplexa possibilidade de coisa muito pior: a exclusão *ad vitam*, mesmo em países, como o Brasil, onde tal exclusão eterna é vedada pela constituição.”.

Barros-Brisset (2010, p. 16) aponta que “ainda hoje, no rigor do Código Penal brasileiro, apenas a alguns indivíduos cabe atribuir a presunção de periculosidade, a saber, àqueles que forem considerados, no momento do cometimento do ato/crime, portadores de alguma patologia mental” e confronta esta realidade com a ausência de afirmação legal de perigosidade de indivíduos claramente perigosos. A autora exemplifica a situação referindo-se ao caso do – entre outros atributos – traficante de entorpecentes, Fernandinho Beira-Mar, que é notoriamente um indivíduo perigoso, mas que não recebe, em razão desta sua «particularidade», o rótulo de perigoso e, mesmo existindo o risco (diríamos quase certeza) de reincidência criminosa, não é admissível uma pena com duração indeterminada.

“Beira-Mar não poderá ficar preso além do tempo previsto em sua condenação. Ele tem direito a seus direitos! Seu crime é um crime *racionalmente realizado*, ele é um sujeito responsável, e seus crimes respondem aos motivos que localizam a razão de ser da lógica penal. Juridicamente, não é correto predicar sua pessoa com a presunção de periculosidade visto que ele é um sujeito responsável. O Código Penal apenas presumirá perigoso aquele que for considerado inimputável, e, portanto, não responsável.”. (Barros-Brisset, 2010, p. 18. Grifo nosso).

Uma vez mais questionamos a razão de considerar o indivíduo perigoso *somente* em razão de uma psicopatologia e não em razão da sua motivação para a prática infracional. *O perigo não deveria residir exatamente na intenção em delinquir, na completa desconsideração pela norma penal e pela sociedade, nessa atitude consciente e voluntária?*

Por que um sujeito que não compreendia que estava a praticar um «quase-crime» deve ser considerado perigoso ao passo que o outro, que teve completa compreensão do que estava a fazer e com plena motivação para a

prática não é sequer considerado perigoso, muito menos cumprirá uma pena de prisão perpétua?

Barros-Brisset (2010, p. 31) acompanha esse raciocínio e determina que “a presunção da periculosidade é outro absurdo que deveria desaparecer dos textos normativos, assim como a indeterminação do tempo da medida de segurança e a própria lógica das medidas de segurança.”.

Ao concordar com a autora, Mattos (2006, p. 166. Grifo nosso) afirma: “observe-se a tripla exclusão: *criminoso, portador de sofrimento mental e perigoso. Sempre para sempre. Não importando o quanto este último rótulo, o de perigoso, não possua qualquer significação científica.*”.

Por não possuir uma capacidade cognitiva perfeita, o padecedor de transtornos psíquicos não é capaz de compreender integralmente a situação com a qual se defronta, por vezes não sendo capaz de optar pela conduta mais apropriada segundo os moldes definidos pela sociedade, não estando apto, conseqüentemente, a antever as possíveis conseqüências dos seus atos, o que o exime de culpabilidade por um fato ilícito-típico.

Todavia, isto não significa que este sujeito será completamente abonado das conseqüências relativas aos fatos que praticou, antes pelo contrário: uma vez que o fato de não ter sido condenado a uma pena de prisão, não quer dizer que ele não seja passível de outra medida sancionatória. Em boa verdade é passível de uma sanção incomparavelmente mais gravosa. Arriscamos dizer até desproporcionada ao fato praticado, qualquer que tenha sido, pois permanecer trancado eternamente em um estabelecimento soa algo desarrazoado perante o injusto penal que tenha cometido esse ser que nem tinha consciência nem livre vontade de praticá-lo.

O não cumprimento de pena de prisão gera ainda alguma confusão por parte do público em geral, que pensa que por não ter sido aplicada uma pena haja impunidade, quando o extremo oposto tem ocorrido. O sujeito portador de um transtorno psíquico é julgado como qualquer outro réu, entretanto, o resultado é uma sentença absolutória que determina o internamento em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.

Barros-Brisset (2010, p. 41) relembra que “embora o Código preveja a realização do exame [de cessação da periculosidade] a qualquer tempo, veremos cotidianamente esses pacientes serem condenados à prisão perpétua, *não pelo crime cometido, mas pela lógica da cultura que os interpreta.*”. (Grifo nosso). Arbex (2013, p. 97) fornece um exemplo precisamente sobre a eternidade do cárcere dos inimputáveis: “mesmo sem ter sido julgado, foi sentenciado à pena de morte: a internação no Colônia”, tendo em vista que naquela altura (o paciente de que trata ingressou no hospital em 1959) ninguém era desinternado. *O fim do internamento era uma questão de tempo. Quanto tempo de vida ainda tem aquele sujeito, despido desde as roupas até aos seus direitos.*

No Relatório de Gestão 2007-2010 (2011, p. 38. Grifo nosso) assumem que “nas comunidades de origem dos pacientes e também nos órgãos de justiça, que, muitas vezes, sugerem a reinternação de pacientes em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), *mesmo na ausência de novo delito.*”.

No entanto, no mesmo Relatório de Gestão 2007-2010 (Ministério da Saúde, 2011, p. 38. Grifo nosso) é referido que “a experiência vem demonstrando que a reincidência delituosa é evento *extremamente raro entre egressos de HCTP* em acompanhamento na rede de saúde mental”, o que reforça ainda mais a confiança no tratamento e vai demovendo a ideia de que os doentes mentais são especialmente perigosos unicamente em razão do seu diagnóstico.

O mesmo não se pode dizer dos egressos do sistema prisional e, ainda assim, uma vez alcançado o fim do período determinado para a sua prisão, são postos em liberdade, sem qualquer avaliação sobre a sua reabilitação ou sequer preocupação com o risco de reincidência.

No caso da pena de prisão, a única medida praticada foi o retiro de determinado indivíduo do seio da comunidade, o que, só por si, não promove qualquer inserção social, não prevenindo em absoluto a prática de novos crimes por parte do mesmo indivíduo, diferentemente do que ocorre dentro do

hospital, onde, por mais precárias que sejam as condições de tratamento, sempre haverá alguma forma de integração dos sujeitos.

Isso sem mencionarmos que os indivíduos que lá estão não estão por vontade própria, mas praticaram a conduta em razão de uma patologia, ou seja, não tiveram a intenção consciente da prática ilícita, como ocorre com os indivíduos presos. Então por que rotular os sujeitos enfermos de perigosos em contraposição aos psicicamente sadios?

Qual a razão de aceitar uma pessoa que só praticou determinada conduta porque estava doente como sendo mais perigosa do que aquela que praticou uma conduta idêntica por sua própria vontade? Qual a razão de reter o indivíduo doente mais tempo em custódia em comparação com o indivíduo mentalmente sadio?

Mattos também parece não compreender a razão desta discriminação contra os portadores de transtornos psíquicos, que sofrem sempre uma medida mais severa que os ditos psicicamente sadios, e complementa: “Não pode haver justiça – em minúsculas que seja – sem que sejam respeitados os limites de mínimo e máximo para a fixação de qualquer medida. Vise ela punição e vendeta do Estado, conforme acreditamos. Só se mudará a ótica do trato ao portador de sofrimento mental infrator, repita-se, quando tivermos banida, como outras tantas idéias sem sentido, as medidas de segurança – e também seus defensores, ia agregando, mas refreei-me a tempo. Este trabalho tem a pretensão de servir como alerta para a necessidade da desconstrução daquelas medidas de caráter pseudo-científico, calcadas em absurda idéia de periculosidade.”. (2006, p. 105).

Perguntamo-nos qual a razão de ser deste preceito [Código Penal Brasileiro, artigo 97, §1º], uma vez que a Constituição da República repugna a prisão com caráter perpétuo e, na falta de um regime específico para as medidas de segurança, sempre nos utilizamos do regime das penas, ou seja, está, no mínimo, havendo uma contradição.

Por que as penas têm um período determinado de cumprimento e o período de cumprimento das medidas de segurança é estabelecido “por tempo

indeterminado”? Onde está sendo respeitado o princípio da isonomia entre os cidadãos?

Para nós este preceito viola o princípio da proporcionalidade, uma vez que a sanção aplicada é claramente mais gravosa que o fato praticado, ficando isto demonstrado pela discrepância entre aplicar uma pena de prisão, com tempo determinado de duração, e a aplicação de uma medida de segurança que pode nunca ter fim em razão do mesmíssimo fato praticado.

Isto para não falar sobre a falta de coerência interna do ordenamento jurídico, que permite que sejam utilizados «dois pesos e duas medidas», explicitamente prejudicando o sofredor de transtornos psíquicos que, pela prática do mesmo fato ilícito-típico pode ser condenado (apesar de na sentença vir escrito absolvido) à eternidade institucional.

Como se não bastasse toda essa atrocidade cometida contra os portadores de transtornos psíquicos, Barros-Brisset (2010, p. 17. Grifo nosso) ainda refere mais uma distinção feita entre os doentes e os delinquentes voluntários: “a condição para o encerramento da sanção penal está legalmente condicionada ao atestado psiquiátrico de cessação da presumida condição perigosa do indivíduo. Mesmo assim, *será apenas decretada a sua liberdade condicional por um ano*; a custódia judicial somente cessará definitivamente se, após esse prazo, não ocorrer nenhum incidente que possa indicar a permanência da presunção da periculosidade do indivíduo”, condição inexistente quando se trata de delinquentes por opção.

Se analisarmos os dados globais fornecidos pelo Ministério da Justiça (2008; 2009), percebemos que apenas uma ínfima parte da população carcerária sofre de transtornos psiquiátricos. No ano de 2008, do total de 25.540 indivíduos inseridos no sistema prisional, apenas 9 cumpriam medida de segurança de internamento e no ano de 2009, do total de 26.651, 76 cumpriam medida de segurança de internamento. Em dados mais globais, de acordo com Diniz (2013), temos, no total do Estado do Rio de Janeiro, apenas 341 pessoas internadas de um total de 16.369.179 de habitantes (IBGE, 2013), o que corresponde a 0,002% da população, ou seja, 2 em cada 100.000.

3.3.2. Cessaçãõ da medida de segurança de internamento

“Inúmeros são os casos de portadores de sofrimento mental em contato com o direito penal que aguardam, há anos, o laudo de cessaçãõ de periculosidade. E o mais perverso: outros, incontáveis, mesmo com o laudo positivo para a cessaçãõ de periculosidade, aguardam pelo resto de suas vidas o único alvará de soltura possível: a morte.”.

(Mattos, 2006, p. 93).

Chegando ao fim da execuçãõ da medida de segurança de internamento, as questões da cessaçãõ e alteraçãõ do estado de perigosidade do agente mostram-se relevantes.

Quanto à primeira hipótese, se a cessaçãõ da perigosidade do agente ocorrer simultaneamente ao término do que havia sido legalmente fixado como duraçãõ do internamento, nada há a questionar. Contudo, se a cessaçãõ da perigosidade ocorrer antes do prazo estabelecido, seguindo o determinado pelo Código Penal Português, no seu artigo 92º -1, o internamento deverá ter-se por terminado por pronunciamento do tribunal, quando este verificar que cessou a perigosidade que deu origem ao internamento.

Conforme já referimos anteriormente, o artigo 97, §1º do Código Penal Brasileiro propõe como período mínimo de internamento entre um e três anos e, no §2º, determina que a perícia médica que falará a respeito da manutençãõ ou não da perigosidade do agente será realizada no fim do prazo mínimo, devendo ser repetida anualmente ou a qualquer tempo, dependendo da determinaçãõ do juiz da execuçãõ.

Encontramos aqui mais uma justificativa para não admitir a medida de segurança de internamento como uma sançãõ que possa ter caráter perpétuo.

Se assumirmos para as medidas de segurança, em razãõ do nível de potencial ofensivo do fato praticado, o mesmo regime das penas – ou seja, para os crimes de maior potencial ofensivo uma pena de reclusãõ e para os de menor potencial ofensivo a de detençãõ e para os fatos de maior potencial

ofensivo uma medida de segurança de internamento e para os de menor potencial ofensivo um tratamento em regime ambulatorio – faz todo o sentido que assumamos também que se as penas não podem ter caráter perpétuo, também não o podem ter as medidas de segurança. Ambas são sanções criminais que estão no mesmo patamar, não sendo uma superior à outra, somente sendo destinadas a sujeitos que apresentam características distintas uns dos outros.

Com toda essa liberdade temporal para realizar as perícias, sem falar no absurdo tempo mínimo estipulado para o cumprimento da medida, não é difícil compreender o porquê de tantos pacientes serem literalmente esquecidos nos hospitais, tamanho é o tempo desperdiçado cronificando essas pessoas.

Levando em consideração que a decisão sobre se a perigosidade realmente cessou é difícil de ser tomada, já que dificilmente conseguir-se-á ter a certeza absoluta de que este indivíduo não voltará a delinquir, na hipótese de dúvida sobre a propensão ou não deste agente à reincidência, não será aplicado um princípio largamente difundido no Direito Penal, o princípio do *in dubio pro reo*, uma vez mais prejudicando o indivíduo inimputável, enquanto no caso dos sujeitos imputáveis, estes serão postos em liberdade desde que tenham cumprido o período de tempo estipulado na sentença penal condenatória.

CAPÍTULO IV

Tratamento oferecido aos utentes dos serviços de saúde mental

“Aquele canto era qualquer coisa diabólica. Como se o demônio tivesse o comando de suas mentes, nelas derramando sua ira e divertindo-se e, atormentá-los.

Aquilo era satânico: pessoas urinadas, defecadas, revirando os olhos, cabeças, querendo entrar dentro do concreto. Todo aquele tormento só podia ser comparado ao inferno. Se ele realmente existisse, sem dúvida eu estava vendo um pedacinho dele, ali naquele canto, o canto dos malditos...”

(Bueno, 2004, p. 55).

4.1. Passos iniciais da reforma psiquiátrica

“A reforma vive um momento de impasse. O maior risco é o de retrocesso. O discurso manicômio versus antimanicômio está ultrapassado, porque a existência dele já não se sustenta, é indefensável. Precisamos avançar e repensar o modelo da reforma psiquiátrica. Nunca hesitei em defender a reforma, assim como hoje não hesito em criticá-la. Ela precisa se superar.”

(Francisco Paes Barreto, em Arbex, 2013, p. 230).

Nesta etapa pretendemos fazer um breve relato dos sistemas francês e italiano – bases do nosso sistema atual – para compreendermos como aqui chegamos e o que podemos aproveitar para propor um sistema mais adequado às necessidades do paciente, claramente em consonância com a preservação dos seus direitos fundamentais.

Ainda estaremos a tratar, em parte, do ordenamento jurídico, no entanto decidimos cindir do capítulo anterior por aquele tratar de Direito Penal material e este da aplicação da legislação ao caso específico.

Segundo nos informa Passos (2009, p. 48), na França “o modelo asilar teve seus pilares plantados na dupla face, disciplinar e assistencialista, da psiquiatria francesa, iniciada por Pinel e Esquirol no século XIX.”

O fato de se ter estabelecido o modelo francês com caráter fundamentalmente repressivo, sustentado pelos três eixos – perigosidade social, tutela do louco e inimputabilidade –, só veio a reforçar a exclusão social e a limitação dos direitos dos indivíduos enfermos mentais, considerados, na altura, pela simples razão da doença, perigosos.

A partir deste discurso podemos perceber a discricionariedade do internamento, com cariz disciplinar e assistencialista, que, por um lado, tinha como pressuposto afastar da comunidade aquele indivíduo indesejável, e, por outro, colocava o Estado na posição de único agente cuidador do indivíduo, do qual somente se deveriam interessar os profissionais adstritos ao serviço (supostamente protegendo o indivíduo debilitado de uma sociedade que não o compreende nem sabe como zelar por ele e, ao mesmo tempo, protegendo a sociedade de um indivíduo «potencialmente perigoso»).

Passos (2009, p. 57) explica que “os primeiros defensores do setor propunham trocar uma doutrina por outra, um modelo por outro, o modelo alienista pela doutrina de setor”, significando que eles pretendiam a exclusão da exclusão – deixando para trás ideias de perigosidade simplesmente em razão da doença, bem como a sua incurabilidade e conseqüente afastamento do indivíduo – e um real tratamento curativo deste sujeito, visando a sua recuperação.

A partir da doutrina de setor podemos vislumbrar o início dos Centros de Atenção Psicossocial, cujo fundamento é exatamente utilizar diversas modalidades de tratamento, realizadas por profissionais de diferentes áreas de atuação, com o intuito de oferecer à pessoa um tratamento mais completo e, por conseqüência, mais eficaz, sem a necessidade de mantê-la fechada em um estabelecimento.

A intenção dessa nova forma de abordagem da Psiquiatria era utilizar estratégias de intervenção ao nível da prevenção, cura e do acompanhamento do desinternado, visando um tratamento mais voltado para a comunidade, repensando e evitando, sempre que possível, o internamento.

Passos continua a sua explicação afirmando que “o que os psiquiatras franceses pareciam não querer assumir integralmente é que trazer a loucura e os loucos de volta para a sociedade, como pretendiam, significava ter de enfrentar aspectos políticos, mais que técnicos, envolvidos em processos de exclusão social, dominantes nesta mesma sociedade, para as quais não estavam preparados ou que não queriam enfrentar. Processos de exclusão não só irracionais, como o medo da loucura, os quais se achavam capacitados a combater, mas processos de exclusão bastante racionais, fundados em razões econômicas e sociais. O movimento não politizava a ação profissional, como que não querendo sujar as mãos na realidade social.”. (2009, p. 66).

Como assumem Coldefy [et al.] (2009), a política de setorização francesa foi conquistada apenas *parcialmente* e acreditamos que a não observação de um elemento essencial à mudança do tratamento tenha influenciado este resultado: a não-desinstitucionalização dos pacientes.

Como bem refere Passos (2009, p. 69. Grifo nosso), “a circular [orientação do Ministério da Saúde, no sentido de designar departamentos em setores sanitários a determinadas regiões geográficas, publicada em Março de 1960] não só *não indicava a desativação progressiva dos hospitais psiquiátricos* (como faz, por exemplo, a psiquiatria comunitária inglesa), mas, ao contrário, previa sua *construção* naqueles departamentos que ainda não os possuísem e cuja necessidade de leitos fosse superior a trezentos”, o que embatia frontalmente com o discurso da setorização do serviço, o qual, desde o início, teve como prerrogativa o tratamento *extramuros*.

Ao que parece, o que ocorreu foi uma equivocada interpretação da circular, sendo entendido que em vez de encerrar os hospitais, o que deveria ser feito era modernizar os existentes e, havendo necessidade, abrir outros. Com isso é possível perceber que a reforma psiquiátrica francesa regrediu de maneira abissal e perdeu-se no caminho pró-reforma, retornando ao estágio repressivo e autoritário de outrora, não mais cabível naquele momento.

Posteriormente, em 1972, foram assinadas várias circulares que viriam a especificar os detalhes da gestão dos setores, referindo elementos como a necessidade de equipes pluridisciplinares e a criação de estruturas

extra-hospitalares, e na década de 1980 surgiram as leis que legalizariam efetivamente o setor, contudo, em nossa opinião, foi dado mais um passo atrás, uma vez que a gestão dos setores ficou centralizada nos hospitais, sob a administração do mesmo diretor, distribuindo, discricionariamente o orçamento para o tratamento hospitalar e extra-hospitalar.

Como se não pudesse agravar ainda mais a situação, o governo francês decide promulgar a Lei nº 90-527, que permite um maior controle sobre os internamentos compulsivos, fato que desagradou alguns psiquiatras por perderem uma fração do controle para os poderes administrativo e judiciário.

No entanto, esta questão não parece ser um problema para eles, levando em consideração o depoimento do pesquisador Philippe Bernardet (1993), que explica que “a materialidade dos fatos não interessa mais a ninguém. Uma total liberdade é dada à interpretação subjetiva dos decididores [juiz, prefeito de polícia ou chefe de estabelecimento], para quem o parecer do médico-especialista substitui toda enquete prévia minuciosa sobre os fatos e a realidade.”. (Passos, 2009, p. 77).

Este depoimento foi dado relativamente à questão levantada por Isabel Passos em respeito à Lei francesa, na qual “é a administração que decide sobre a necessidade de se adotar medidas repressivas e de segurança pública. (...) Em caso de ato delituoso, uma vez que o juiz de instrução do caso decida que se trata de doença mental, o acusado ganha imediatamente a qualificação de inculpável. Como inculpado, *não terá direito a advogado, e nenhuma investigação dos fatos em torno do suposto ato demente-delituoso será realizada. A mera suspeita de demência permitirá ao juiz estar dispensado de ouvir o interessado e de informá-lo sobre as conclusões do processo.*”. (2009, p. 77. Grifo nosso).

Final e felizmente, em 05 de Julho de 2011, foi promulgada a Lei nº 2011-803, que veio reformular o ordenamento relativo ao internamento compulsivo, conferindo ao paciente mais segurança de que vai ver os seus direitos respeitados, sendo assegurado o período de observação de 72 horas para avaliação do estado clínico do sujeito antes que qualquer medida coerciva seja imposta, período este que pode nem ser levado a termo se não for

justificada a necessidade da manutenção da custódia. Havendo necessidade de tratamento – decisão que deve ser tomada dentro destas 72 horas –, o indivíduo será admitido em assistência ambulatoria de cuidados psiquiátricos.¹¹

Outra alteração importante foi a da decisão sobre o internamento compulsivo, sendo agora do diretor do estabelecimento – claramente com o amparo dos relatórios periciais dos profissionais que observaram o paciente –, e não mais do juiz, que no regime anterior não necessitava preocupar-se com o devido processo legal, tendo em vista os internamentos compulsivos ordenados sem sequer haver investigação a respeito dos fatos imputados ao sujeito.

Já na Itália, a psiquiatria era sedimentada na organização institucional e nas teorias terapêuticas (dando atenção somente às causas das doenças). Barros (2008, p. 175) reforça que “a proposta italiana representa um confronto não apenas com o hospital psiquiátrico, mas, também, com o próprio modelo da comunidade terapêutica inglesa e com a política de setor francesa, embora tenha conservado destas, respectivamente, o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a idéia de territorialidade.”.

O processo de desinstitucionalização italiano não partiu da legislação, mas da prática que decidiram adotar no Hospital de Gorizia. Inicialmente, Basaglia constitui, juntamente com outros profissionais do hospital, um movimento autodenominado Psiquiatria Democrática. De acordo com Barros (2008, p. 178), “não se trata, portanto, de criar alternativas, mas de desconstruir o manicômio, substituindo-o na prática e desconstruindo, ao mesmo tempo, o contágio cultural em termos das teorias e valores a ele vinculadas.”.

¹¹ No sistema jurídico brasileiro o prazo para a manutenção da internação psiquiátrica involuntária é de 72 horas (Artigo 8º, §1º, da Lei nº 10.216/2001) e no sistema jurídico português o prazo para a decisão judicial é de 48 horas, a contar da admissão no hospital (Artigo 26º, -2, da Lei nº 36/98).

Assim como na França, o ano de 1972 também foi importante na Itália, tendo sido aprovado o regulamento para a instituição de pensões para os idosos institucionalizados daquela província. Para além disso, foi ainda criada a Cooperativa dos Trabalhadores Unidos (*Cooperativa Lavoratori Uniti* – CLU), como uma forma de terceirização dos serviços prestados pelo setor público.

No ano de 1973 o Hospital de Trieste foi reconhecido como plano piloto na pesquisa em Psiquiatria pela Organização Mundial da Saúde, bem como foi reconhecido o estatuto de hóspede para os pacientes desinstitucionalizados que ainda dependiam de assistência no caminho para a sua reinserção social, sendo somente residentes no hospital, que servia como uma habitação temporária.

Em Setembro de 1977 foi definitivamente fechado o hospital de Trieste, contudo, somente com a Lei nº 180 (1978) este fechamento foi oficializado, e em 1981 foi criado o *Dipartimento di Salute Mentale*, que veio organizar o novo sistema dos serviços psiquiátricos.

Amarante (2010) refere que a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional tiveram grande importância no processo de encerramento do hospital, entendendo-as não como um fim, “mas como estratégias provisórias e intermediárias de desmontagem da estrutura manicomial.”. (p. 57).

Passos (2009) alude que a retirada do hospital psiquiátrico do ambiente de tratamento não foi um ponto de partida, mas o auge de radicalidade da transformação proposta. O encerramento dos hospitais foi o momento no qual a reforma psiquiátrica obteve visibilidade mundial, contudo não se pode resumir a reforma a este evento; ele é o ápice do movimento, mas não teve início nem fim neste momento.

Comparando as legislações francesa e italiana podemos perceber que, no início, a segunda segue em tudo à primeira, sendo o passo inicial a organização administrativa, que inclusive abordava a definição do estatuto de doença mental e a «desrotulação» do doente como alguém perigoso

unicamente em razão da doença, e, posteriormente, a regulamentação do procedimento de hospitalização, sempre visando à recuperação do paciente.

Todavia, foi aqui que França e Itália se separaram, uma vez que para a França o tratamento deveria ter continuação nos mesmos estabelecimentos de outrora, ainda que fossem realizados de forma diversa, e para a Itália era fundamental o divórcio da instituição, até como forma de afastamento daquela condição anterior de pacientes institucionalizados, submetidos àquelas regras que tanto os feriam.

Como forma de fortalecer esta afirmação, Rotelli (2008) refere que, ao contrário do que ocorreu na Itália, a França e a Inglaterra ainda tinham a mesma quantidade de pacientes psiquiátricos de há vinte anos, sem haver mudança nas formas de tratamento oferecido.

4.1.1. Portugal

“A maior parte dos doentes tinha longos anos de internamento, determinado pelos tribunais pela prática de ilícitos criminais graves, inclusive de homicídios, devidos à doença. E, simplesmente, foram ficando esquecidos e abandonados, exemplificando à evidência o efeito progressivamente alienante do isolamento e da falta de estímulo do velho asilo Psiquiátrico.”

(Hespanha [et al.], 2012, p. 60).

No que toca à tentativa de reforma psiquiátrica em Portugal, temos que ainda na década de 1920, Sobral Cid já considerava que os cuidados psiquiátricos deveriam ter lugar num espaço diferente do asilo, todavia, o que o início do século XX trouxe foi um grande falhanço na criação de uma rede de cuidados especificamente psiquiátricos.

Como já referimos anteriormente, somente a partir da década de 1940 foram criados os manicômios de que tanto se sentia necessidade, entretanto, havia uma enorme demanda não suprida de médicos e enfermeiros, para além da constante sobrelotação dos estabelecimentos.

De acordo com Hespanha [et al.] (2012, p. 40), “a abertura do Hospital Júlio de Matos, em 1942, vai permitir a Barahona Fernandes e outros discípulos de Sobral Cid (falecido em 1941) inaugurar uma época de progresso, empenhamento e entusiasmo, com avanços diversos em diferentes direções: regime de internamento aberto, aplicação organizada de terapias físicas (insulinoterapia, eletroconvulsoterapia, sonoterapia) que facilitaram a abolição dos meios de contenção, adoção da terapia ocupacional, conceptualizada como ergoterapia e terapêutica institucional.”.

Naturalmente, na década de 1950, como em outros países, a introdução dos neurolépticos foi um grande facilitador no tratamento dos pacientes psiquiátricos, sendo agora possível alterar a forma de tratamento oferecido, não sendo mais tão restritiva ao corpo do paciente – que era atado a si próprio ou a algum móvel –, permitindo a introdução de psico e socioterapias.

Como referem Hespanha [et al.] (2012), na década de 1960 a especialidade Psiquiatria foi estendida aos hospitais universitários, sendo posteriormente criados os Centros de Saúde Mental. Nas décadas de 1970 e 1980 diversas associações profissionais da prática terapêutica foram criadas, promovendo e disseminando formas distintas de psicoterapia.

“Segundo Sampaio Faria (1990), há três períodos que podem ser claramente demarcados ao estudar-se a evolução do sistema de cuidados de saúde mental em Portugal: o da hospitalização, o da descentralização e o da integração.”. (Hespanha [et al.], 2012, p. 41).

O primeiro período, o da hospitalização, teve início com a criação do primeiro manicômio português, o já mencionado Hospital de Rilhafoles, em 1848, e termina em 1945, em razão da promulgação da Lei nº 2006, que instituía a “criação de centros e dispensários de assistência psiquiátrica com funções de seguimento de doentes em regime ambulatorio e domiciliário e com ação profilática e de higiene mental, o que era uma nova etapa.”. (Hespanha [et al.], 2012, p. 41).

Nesta fase há uma ligação muito próxima entre o hospital e a Universidade, tendo Egas Moniz participado em grande parte na investigação,

e recebido o Prêmio Nobel no ano de 1949. O Hospital Júlio de Matos foi o precursor no tratamento dos doentes através da Terapia Ocupacional, tendo inspirado a sua utilização, assim como de outras estratégias semelhantes em diversos hospitais psiquiátricos, ao mesmo tempo humanizando o tratamento oferecido e melhorando a qualidade de vida dos doentes.

O segundo período, o da descentralização, teve início com a promulgação da Lei nº 2006 (1945), caracterizada pela criação de ambientes de tratamento fora das instituições e voltados para as necessidades comunitárias, deixando de servir somente como diagnóstico e tratamento para ter também atividades de prevenção e promoção da saúde (física, mental, individual e coletiva).

Outra medida foi a divisão do país em três regiões (norte, centro e sul), e essas estruturas, que funcionavam quase exclusivamente nos grandes centros urbanos, passaram a atender a população em territórios mais distantes. A Lei nº 2006 já previa a união dos médicos de saúde pública com os médicos professores, contudo, com a promulgação da Lei nº 2118, de 1963, houve a possibilidade de criar Centros de Saúde Mental, que prestavam atendimento de uma forma mais descentralizada, apesar dos poucos recursos.

O terceiro período, o da integração, teve início com a promulgação dos Decretos-Lei nº 413 e 414 (1971), onde foi definido “um sistema estruturado e hierarquizado de cuidados de saúde completos à população baseado numa rede local de centros de saúde.”. (Hespanha [*et al.*], 2012, p. 42).

Isso quer dizer que a partir daquele momento os serviços de saúde mental ambulatoriais (na rede dos Centros de Saúde) e o internamento psiquiátrico (na rede dos Hospitais Gerais e Psiquiátricos) estariam incorporados. Uma vez que nesta altura ainda havia atendimentos aos pacientes de uma forma mais individualizada, por não ter sido ainda estabelecida uma equipe multidisciplinar, o ingresso dos assistentes sociais no serviço trouxe grandes melhoras no tratamento.

De acordo com Hespanha [et al.] (2012, p. 63-64), “a queda da ditadura, em 1974, e a redemocratização da sociedade portuguesa que se lhe seguiu vieram tornar mais compreensível a necessidade e a urgência de uma reforma dos hospitais psiquiátricos e de toda a política de saúde mental. Nos anos imediatos à revolução, todas as causas foram ardentemente defendidas e debatidas, favorecendo decerto os radicalismos, mas contribuindo para o surgimento de uma consciência social particularmente atenta aos grupos mais marginalizados da sociedade. Foi, sobretudo, no campo das mentalidades que as mudanças foram mais profundas: consciência da situação de discriminação e marginalização dos doentes mentais, reconhecimento de direitos dos doentes fundados na dignidade humana e na cidadania, reconceptualização da doença mental como problema social e dos cuidados como fator de ressocialização, indissociação da intervenção em saúde mental, em cuidados primários e em saúde pública, consciência das dinâmicas de poder dentro e entre as profissões da saúde e muitos outros aspectos.”.

Em 1985 foi aprovado o Programa de Saúde Mental que assegura a assistência em saúde mental nos cuidados de saúde primários, numa tentativa de aproximá-los da população. No ano de 1988, no decorrer de uma mudança nos serviços de saúde mental, foi aprovado um programa no qual os serviços seriam prestados em meio comunitário, em substituição aos hospitais.

Hespanha [et al.] (2012) referem ainda um 4º período, que surge a partir da década de 1990, no qual entram em vigor alguns diplomas legais importantes para a evolução dos serviços de saúde mental, dentre os quais destacam-se o Decreto-Lei nº 127/92, a Lei nº 36/98, o Decreto-Lei nº 35/99 e o Plano da Reforma (2007-2016).

Como ensina Pedro Hespanha, “os grandes desafios de uma reforma do sistema português estão bem identificados: a descentralização dos cuidados e a organização dos serviços à escala local, a desinstitucionalização com garantias de acompanhamento técnico aos doentes que abandonem o internamento hospitalar, a existência de serviços de retaguarda que complementem a nível regional a ação dos serviços locais e a gestão do

processo de transferência das competências e de meios dos hospitais desativados.”. (Fontes [et al.], 2013, p. 127).

4.1.2. Brasil

“A história de Sônia foi construída dentro do Colônia. (...). Sônia cresceu sozinha no hospital. Foi vítima de todos os tipos de violação. (...). Assim como a interna Celita Maria da Conceição, ela passou as próprias fezes no corpo durante o período em que esteve grávida no hospital. Questionada pelo ato repugnante, Sônia justificou: – Foi a única maneira que encontrei de ninguém machucar meu neném. Suja deste jeito, nenhum funcionário vai ter coragem de encostar a mão em mim. Assim, protejo meu filho que está na barriga.”.

(Arbex, 2013, p. 50-52).

A assistência direcionada ao doente mental só teve início com a ida da Família Real para o Brasil, tendo havido uma comissão, em 1830, que alterou o status dos loucos para serem considerados doentes mentais que precisavam de um espaço próprio para o seu tratamento.

Com a inauguração do Hospital D. Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, em 1852, os doentes que antes eram cuidados pela Santa Casa de Misericórdia passaram para esse novo estabelecimento, especialmente desenvolvido para eles, sendo arejados, limpos e onde os pacientes pudessem receber um tratamento específico para o seu tipo de patologia, ou seja, diferente dos Hospitais Gerais onde dantes eram simplesmente albergados.

Uma vez que o Hospital D. Pedro II não era suficiente para tratar todos os pacientes, os eminentes psiquiatras da época, Juliano Moreira e Franco da Rocha, decidiram criar as colônias agrícolas para os alienados, sendo este o marco inicial da psiquiatria científica brasileira, fundada na ergoterapia.

De acordo com Bettarello [et al.] (2008, p. 84), “em 1931, Pernambucano, ampliando as formas de tratamento psiquiátrico no Brasil, criou órgãos de prevenção de doenças mentais e propostas de tratamentos extra-

hospitalares, serviços abertos e trabalhos com equipe multidisciplinar. Em julho de 1934 foi promulgada a Lei¹² nº 24.599 que regulamentava a assistência psiquiátrica brasileira, em vigor até 1999.”. Os autores prosseguem no seu relato afirmando que leitos privados passaram a ser contratados a fim de aumentar o número de vagas em virtude do aumento da demanda e da melhora na qualidade do serviço, e que tal situação promoveu a «indústria da loucura», o que veio a significar internações dispensáveis, prolongadas e a sobrelotação dos hospitais.

Durante as décadas de 1950 e 1960, influenciados pela Psiquiatria europeia, alguns segmentos da Psiquiatria brasileira decidiram criar, em diversas regiões do país, hospitais-dia, comunidades terapêuticas, lares de egressos, oficinas abrigadas, etc.

No final da década de 1970 teve início a reformulação dos serviços psiquiátricos e em 1982 foi estabelecido o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica. No ano de 1985 ocorreu o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, que disseminou a tendência não-hospitalocêntrica, tentando fazer com que as internações tivessem sempre um tempo de duração determinado e a preferência seria o tratamento extra-hospitalar.

Relativamente aos pacientes crônicos, deveriam ser desenvolvidos programas de assistência que visassem a sua reabilitação e reinserção social, contando também com a instalação de unidades psiquiátricas nos Hospitais-Gerais e programas de reabilitação.

Em 1988, ano da promulgação da Constituição da República, foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), que, dentre outros, teve o papel de facilitar a desinstitucionalização psiquiátrica, através da criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), oficinas terapêuticas e hospitais-dia.

No ano de 1990 foi aprovado o Projeto de Lei nº 3.657/89 de autoria do Deputado Paulo Delgado, que tratava da internação psiquiátrica compulsiva, da extinção progressiva dos manicômios e da criação de outras formas de

¹² Na realidade não se trata de uma Lei, mas de um Decreto.

tratamento. Nesse mesmo ano, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) promoveu a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina e também neste ano a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou uma conferência de mesmo nome, em Caracas, na Venezuela, tendo sido resultado desta Conferência a Declaração de Caracas, da qual constam:

"1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; 2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; 3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário; 4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento; 5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação; 6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais."

No ano de 1991 a Assembleia Geral das Nações Unidas eliminou o item 5 da Declaração, deixando de ser possível a internação psiquiátrica, a fim de tentar combater o hospitalocentrismo. Novamente deparamo-nos com um texto vago e inespecífico, que serve como norma geral, mas não se aplica diretamente aos casos que aparecerão. Entretanto, por ser uma norma que

abrange diversos países é perfeitamente compreensível que assim seja, ou estaríamos inclusive invadindo a soberania dos países abrangidos.

Como relembra Bettarello [*et al.*] (2008, p. 91), "a ausência da participação da universidade no processo de Reformulação da Assistência Psiquiátrica possibilitou, pela via normativa, ao Ministério da Saúde do Brasil, atendendo às recomendações da Conferência de Caracas, expedir a partir de 1991 regulamentos para viabilizar a reestruturação da assistência psiquiátrica, culminando com a Lei Federal n. 10.216, de 6 de abril de 2001."

4.2. A instituição e os seus problemas

"O eletrochoque era tão comum na unidade, que muitas vítimas se tornavam algozes depois que o efeito da descarga elétrica passava. Funcionário aposentado do hospital, Geraldo Magela Franco, sessenta e sete anos, admite que o tratamento de choque e o uso de medicações nem sempre tinham finalidades terapêuticas, mas de contenção e intimidação. (...) Não havia prescrição. A gente aprendia na prática sobre o que fazer, quando ocorria qualquer perturbação."

(Arbex, 2013, p. 35).

Rotelli (2008, p. 151) define a instituição como sendo "o conjunto que liga os saberes, as administrações, as leis, os regulamentos, os recursos materiais, que estruturam a relação médico-paciente; e, em uma visão objetivante, naturalística, o médico faz-de-conta que não vê o que está implicado nesta rede institucional."

Com isso quis Rotelli dizer que, mesmo sem perceber, o psiquiatra trata o paciente com distância, estabelecendo entre os dois uma separação em razão do poder de um sobre o outro, onde o psiquiatra analisa a doença e não o doente, dando mais atenção às normas institucionais do que às necessidades dos doentes.

O jornalista Hiram Firmino (Arbex, 2013, p. 213), em uma visita ao Colônia, notou que "a comida oferecida aos pacientes era triturada, já que eles não podiam usar faca nas refeições ou sequer possuíam dentes para mastigar.

Constatou, ainda, que em cada um dos dezesseis pavilhões havia dois funcionários para cuidar de mais de 200 pacientes, e a maioria dos contratados não tinha formação. Passou por uma ala onde havia 400 mulheres peladas. Levantou dados sobre o alto índice de infecção hospitalar, apurando, ainda, que o Colônia não existia para fins terapêuticos, mas políticos. (...) Ouviu pessoas que foram internadas apenas porque tinham perdido a carteira e ficado sem os documentos. Outras foram pegas usando maconha e levadas para lá. Constatou, ainda, a falta de critérios médicos para as internações, a ausência de voz dos pacientes e a impotência diante do sistema. Também se comoveu com o fato de os considerados doentes terem sido presos sem terem cometido crime algum.”. Esse tipo de covardia representa a nulificação dessas pessoas sem qualquer razão que a justifique (a internação, pois a nulificação não pode em tempo algum ser justificada por qualquer argumento).

Dantas & Pereira (2009, p. 144) apontam outra violação dos direitos dos pacientes e seus familiares: “na prisão, nos hospitais penais, o estado de exceção (que, por vezes, imaginamos acontecer apenas nos regimes ditatoriais) define um «estado da lei»” e a partir daí relatam um acontecimento observado por elas próprias: “Junto à mesa de revista de objetos, próximo à portaria, a inspetora penitenciária gritava, exasperada, com a mãe de um paciente que trouxera para o filho bermudas e camisetas. A inspetora apontava o aviso colado na parede de que só estava autorizada a entrada de ‘calças azuis escuras e camisetas brancas’. A mãe argumentava que só tinha aquelas roupas para oferecer ao filho preso e que já tinha visto durante as visitas muitos presos de bermudas, calças e camisetas diversas. A inspetora, em gritos contínuos, perguntava a todos à sua volta: ‘Ora, para quê, então, estou aqui? É para cumprir a ordem que está *aqui na parede*’. As roupas trazidas pela mãe não foram autorizadas a ser entregues ao respectivo paciente.”. (p. 144. Grifo nosso).

Relativamente a essa tentativa de demonstração de poder temos por detrás algumas falhas do sistema, uma vez que, em primeiro lugar, se pretendem que todos os internos se vistam de determinada forma, então que forneçam o material necessário; em segundo lugar, a lacuna deixada pela administração pública é «suprida» pela pseudoautoridade no assunto em

questão, atuada pela inspetora penitenciária, uma vez que se, por um lado, não há uma norma específica a esse respeito, por outro, um simples papel colado na parede não tem a força necessária para obrigar as famílias a obedecerem-na.

Em terceiro lugar, é sabido que a grande maioria dos pacientes institucionalizados tem um status socioeconômico baixo, o que pode, por muitas vezes, impedir que a família tenha condições de seguir a «regra do papel colado»; em quarto lugar, a combinação do não fornecimento de material com a falta de normatização a respeito do vestuário banalizam a violação dos artigos 10 e 11 da Lei de Execuções Penais (Lei nº 7.210/1984): “Art. 10. A assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade. Parágrafo único. A assistência estende-se ao egresso. Art. 11. A assistência será: I - material; II - à saúde; III - jurídica; IV - educacional; V - social; VI - religiosa.”.

A razão desse sentimento de absoluta necessidade do encerramento dos hospitais residia no fato de os italianos acreditarem ser este local, com estas políticas de tratamento em que os profissionais quase não sabiam o que estavam fazendo, somente seguindo as regras estabelecidas, a raiz de todo o problema, e a manutenção desta instituição manteria também as práticas, que já não mais eram admissíveis.

Segundo referem Giovanella & Amarante (2008, p. 141), “o aparato manicomial, é preciso insistir, não é o hospital psiquiátrico, embora seja a mais expressiva instituição na qual se exercita o *isolamento*: é o conjunto de gestos, olhares, atitudes que fundam limites, intolerâncias e diferenças, em grande parte informadas pelo saber psiquiátrico, existentes de forma radicalizada no hospício, mas presentes também em outras modalidades assistenciais e no cotidiano das relações sociais.”.

Barros (2008) e Amarante (2010) lembram-nos que a ideia de se realizar uma reforma psiquiátrica surgiu do olhar para os manicômios, no pós-guerra, e enxergar as condições de vida oferecidas aos pacientes, que em nada pareciam divergir das condições nos campos de concentração.

Segundo Arbex (2013, p. 27), “os deserdados sociais chegavam a Barbacena de vários cantos do Brasil. Eles abarrotavam os vagões de carga de maneira idêntica aos judeus levados, durante a Segunda Guerra Mundial, para os campos de concentração nazistas de Auschwitz. A expressão «trem de doido» surgiu ali.”.

Birman & Costa (2008) relatam que no período da II Guerra Mundial, em função da grande instabilidade econômica, política e social, os países se viram com um número de mão-de-obra ativa bastante reduzido, o que quase impedia a satisfação das necessidades básicas dos indivíduos.

Com um novo olhar para as instituições foi percebida a ausência de preservação da dignidade da pessoa humana e a urgente necessidade de mudar o sistema vigente. De acordo com Basaglia [*et al.*] (2008, p. 16), foi necessária “a negação da instituição manicomial: da psiquiatria enquanto ciência; do doente mental como resultado de uma doença incompreensível, do papel de poder puro do psiquiatra em relação ao paciente; do seu mandato social, exclusivamente de custódia; do papel regressivo do doente, colocado junto à cultura da doença; a negação e a denúncia da violência à qual o doente é sujeito dentro e fora da instituição” para que pudessem abrir definitivamente as portas do hospital.

Todavia, a partir deste ponto se depararam com a consequência de ter aberto as portas: o que fazer com os pacientes desinstitucionalizados (alguns necessitando permanecer no estabelecimento por não ter condições de viver autonomamente) e como lidar com a comunidade, que insiste em recusar a presença deles no seu meio.

Nesta situação o psiquiatra representa o poder sobre os doentes, sendo a mais alta autoridade da instituição, ao passo que o doente está no extremo oposto, sendo submetido a todas as decisões daquele. O poder que o médico exerce sobre o paciente não emana somente do primeiro, mas também da própria regressão experimentada pelos pacientes que, por fim, «objetificam-se» e são «objetificados», através da restrição física e psicológica que atravessam.

Basaglia [et al.] (2008, p. 18) culminam nessa posição afirmando que “a diagnose assume o valor de uma «etiquetagem» que serve para distanciar quem a usa e para estabelecer, através desta distância, a natureza ‘diversa’ de uma classe, uma categoria: a dos doentes mentais.”.

Em 1976, Clare fala sobre a situação dos hospitais ingleses e explica que “o padrão médio da prática na Grã-Bretanha é assustadoramente baixo. Os próprios psiquiatras são, às vezes, relutantes em fazer essas admissões, embora as evidências sejam inequívocas. Em um hospital psiquiátrico comum, é provável que um paciente de longa permanência veja um médico *por cerca de dez minutos apenas a cada três meses (...)*. Escândalos sobre o tratamento nocivo dado aos pacientes em hospitais psiquiátricos, incluindo aqueles de reputação relativamente boa, ocorrem com uma regularidade monótona.”. (Thornicroft & Tansella, 2010, p. 26. Grifo nosso).

Goffman (1974, p. 24) percebe o mal que a instituição impõe ao paciente, diminuindo-o de forma a quase anulá-lo como pessoa, e defende que “a barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu. (...) Em muitas instituições totais, inicialmente se proíbem as visitas vindas de fora e as saídas do estabelecimento, o que assegura uma ruptura inicial profunda com os papéis anteriores e uma avaliação da perda de papel.”.

É a ruptura com os papéis anteriores que representa a cisão entre o indivíduo considerado normal e o doente, que agora não tem mais lugar na comunidade da qual fazia parte, e a perda de contato com o «mundo lá fora» só reforça essa visão, pois até esse escasso contato por vezes lhe é tirado. Essa impressão por ele sentida reforça o nosso posicionamento de que não deve mesmo haver o internamento e que este, ao invés de tratar, cuidar, promover a reabilitação, parece só diminuir a autoestima, cronificar os sintomas da doença, isolar o indivíduo do mundo exterior até que um dia nem a própria família se lembre dele. (Cordo 2003; Lougon, 2006).

Conforme é referido pela FNERDM (2005, p. 4), “a reabilitação psicossocial é um processo abrangente, e não simplesmente uma técnica.”. Para que se possa realmente tratar a pessoa, é preciso que as diferentes

estratégias disponíveis sejam escolhidas de acordo com as necessidades e a realidade de cada indivíduo.

A respeito disso, Amarante (2010, p. 66-67) explica que “se a psiquiatria havia colocado o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença, a proposta de Basaglia foi a de colocar ‘a doença entre parênteses’ para que fosse possível se ocupar do sujeito em sua experiência. (...) E na mesma medida em que a doença é posta entre parênteses, aparecem os sujeitos que estavam neutralizados, invisíveis, opacos, reduzidos a meros sintomas de uma doença abstrata.”.

O «simples» fato de se encontrar institucionalizado já faz com que qualquer pessoa sinta ferida a sua individualidade, para além da óbvia perda da liberdade. No hospital o paciente não consegue ver-se «do lado de fora», pois sabe que na maior parte das vezes não sairá de lá dentro do espaço de tempo que lhe foi atribuído – se vier a sair – e será «coisificado» em razão do internamento, o que diversas vezes é causa da não adesão às atividades oferecidas.

Basaglia (2005, p. 24-25) ainda lembra que “a ausência de qualquer projeto, a perda de um futuro, a condição permanente de estar à mercê dos outros, sem a mínima iniciativa pessoal, com seus dias fracionados e ordenados segundo horários ditados unicamente por exigências institucionais que – justamente enquanto tais – não podem levar em conta o indivíduo singular e as circunstâncias particulares de cada um: este é o esquema institucionalizante sobre o qual se articula a vida no asilo. O novato, no momento em que ingressa no complexo sistema de internação, deve deixar atrás de si os vínculos que não pode mais manter, os projetos que já não poderá realizar, enfim, a vida que não pode viver pois o próprio hospital o impede de continuar a buscar o seu lugar, de projetar-se no futuro, inibindo a «conquista» da própria subjetividade. Trancado no espaço estreito da sua individualidade perdida e oprimido pelos limites impostos pela doença, o doente mental é impelido pelo poder institucionalizante do asilo a objetificar-se nas próprias regras que o determinam, num processo de diminuição e de restrição

de si mesmo que – originariamente superposto à doença – nem sempre é reversível.”.

Encontramo-nos diante do paradoxo do internamento, onde este, que deveria promover a melhora/compensação (se a cura não for possível) dos sintomas apresentados pelo paciente, elevação da autoestima, auxílio nas competências sociais e no reingresso na comunidade, não os promove, e além do mais deixa os indivíduos indignados com a sua atual situação, e qualquer movimento de questionamento a respeito desta forma de «tratamento» é considerada sintoma da doença, pelo que acabam sendo aplicadas doses maiores de medicação e exílio (dentro do exílio) do doente.

Basaglia (2005, p. 28), ao tratar da administração dos medicamentos no interior do hospital, relembra que “se o hospital, simultaneamente à ação do fármaco, não fizer um movimento de defesa da liberdade, de cuja perda o doente já padece, o medicamento – ao lhe proporcionar, com sua ação, um limite mais vasto de consciência – aumentará nele a convicção de estar definitivamente condenado, e de que nenhuma apelação poderá rever a sentença inicial. A atitude particular do paciente em tratamento farmacológico – a indiferença, a apatia sob muitos aspectos, semelhantes à perda de qualquer interesse pela vida por parte do institucionalizado – pode ser atribuída ao constante poder institucionalizante do hospital, que continua a agir sobre ele no sentido de uma posterior deterioração.”.

Tendo em vista os desabafos proferidos por alguns pacientes – em meio hospitalar ou mesmo na apresentação do Teatro do Oprimido –, podemos compreender que esta é mesmo a realidade partilhada por eles, ao relatarem que preferiam ter sido condenados a uma pena de prisão, em lugar do internamento, pois desta forma já teriam cumprido a pena determinada e poderiam estar em liberdade, diferentemente do que ocorre com o ingresso no hospital.

Mattos (2006, p. 148) confirma a nossa percepção, e declara que “em várias discussões com usuários do sistema de saúde mental do estado de Minas Gerais, a partir de 1999, à ‘pergunta de como gostariam de ser tratados, caso viessem a cometer um crime’, a resposta, invariável, era a de ser ‘punido

como todo mundo’, ‘sem ser internado em hospício’. Mesmo aqueles que tiveram vivência em ambos os locais de segregação, a prisão e o manicômio, não hesitavam em ‘escolher’ o primeiro para cumprimento do ‘castigo’ pelo crime hipoteticamente praticado.”.

4.3. Legislação aplicável

“Afirmar que a doença não totaliza o indivíduo significa dizer que uma pessoa pode estar mal, mas continuar a viver em sua casa, e que os serviços de saúde mental podem jogar melhor com a contradição saúde-doença sem aprisioná-lo em sua doença.”.

(Barros, 2008, p. 182).

Consideramos que, na atualidade, a questão do tratamento no internamento compulsivo em razão de anomalia psíquica encontra-se um tanto quanto estagnada, e dizemos isso por pensarmos que tanto o Código de Processo Penal quanto as Leis que regulamentam essa política (Lei nº 36/98 e Lei nº 10.216/2001) não determinam especificamente as práticas que devem ter lugar nem as modalidades de intervenção.

No Código de Processo Penal, tanto o Português como o Brasileiro, não vem especificado como deve ser o tratamento oferecido ao portador de anomalia psíquica que houver praticado um fato ilícito-típico, tratando, em termos gerais, da possibilidade de aplicação da medida de segurança.

De acordo com a Lei nº 36/98, artigo 3º, que trata dos princípios gerais de política de saúde mental, temos que “1 – Sem prejuízo do disposto na Lei de Bases da Saúde, devem observar-se os seguintes princípios gerais: a) A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da *comunidade*, por forma a *evitar o afastamento* dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua *reabilitação e inserção social*; b) Os cuidados de saúde mental são prestados no meio *menos restritivo possível*; c) O tratamento de doentes mentais em regime de internamento ocorre, tendencialmente, em hospitais gerais; d) No caso de doentes que fundamentalmente careçam de

reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, *inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes.*” (Grifo nosso).

A Lei nº 10.216/2001 é bastante mais sintética, estabelecendo, no seu artigo 3º, que “é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.”.

Como é possível perceber, as intenções e prioridades das leis Brasileira e Portuguesa são bastante semelhantes, prezando pela combinação do tratamento em ambiente comunitário com reabilitação e inserção social e a promoção da autonomia dos indivíduos.

Serra (2000, p. 56-57) concorda que a Lei de Saúde Mental poderia ser mais detalhada e ativa, e declara que “como psiquiatra gostaria de ver produzida uma lei mais inovadora e dinâmica, que abordasse assuntos formais mas, ao mesmo tempo, deixasse antever estratégias, planos e programas de acção, que respondessem ao desafio da prevenção primária, secundária, terciária e de reabilitação que os transtornos psiquiátricos suscitam, em toda a sua amplitude.”.

Essa visão do psiquiatra português é também compartilhada no Brasil, sendo possível perceber esta relação a partir do seguinte excerto: “a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, *mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.*” (Ministério da Saúde, 2005, p. 8. Grifo nosso).

Alves & Silva (2006, p. 56) concordam que a legislação perdeu-se pelo caminho, quando afirmam que “em Portugal, a legislação definiu a

desinstitucionalização dos doentes mentais na segunda metade do século XX mas, na prática, as condições definidas como suporte de tal mudança da instituição hospitalar para a vida na comunidade nunca se efectivaram, apesar de sucessivamente legisladas. Esta contradição entre 'o mundo da lei' e 'o mundo da vida' revela o papel do Estado, os poderes profissionais e a sociedade providência como compensação das deficiências da produção estatal.”.

No Decreto-Lei nº 304/2009 é possível perceber que ainda recentemente, após todas as discussões já ocorridas, é assegurada a possibilidade de internamento, como podemos depreender do teor do artigo 10º, -1: “Aos serviços locais de saúde mental compete assegurar a prestação de cuidados globais essenciais de saúde mental, quer a nível ambulatorio quer de *internamento*, à população de uma área geográfica determinada, através de uma rede de programas e serviços que assegurem a continuidade de cuidados.”. (Grifo nosso).

Tudo isso aponta para o fato de que a primeira dificuldade encontrada não é a completa falta de legislação, mas a sua correta aplicação, e, em segundo lugar, podemos pensar sobre a minúcia dessa legislação, que concordamos ser bastante ampla e comportar inúmeras lacunas que já poderiam ter sido preenchidas há bastante tempo. Como refere Almeida (2007, p. 9), “estamos ainda muito longe do que o estado da arte nos permite esperar nos dias de hoje.”.

Percebemos que a posição do jurista norte-americano John Petrila (2004) converge com a nossa quando refere que nos dados referentes aos pacientes somente existem informações gerais, como o internamento ter sido em razão de um historial de violência contra outra pessoa, mas não refere a proposta de tratamento, por exemplo.

Pela ótica do Direito, a Lei de Saúde Mental apresenta alguns pontos interessantes, contudo a nossa proposta não é estudá-la somente por este prisma, mas analisar se, para o indivíduo que sofrerá esta medida, existe uma real proteção e segurança contra práticas exploratórias que se voltam contra pessoas em situação de fragilidade, debilidade, física e mental, visto

que, apesar de repreensível, é, todavia possível pensar-se na possibilidade de algum funcionário de um estabelecimento aproveitar-se desta qualidade desfavorável do internado para não tratá-lo como deveria, inclusive podendo maltratá-lo.

Marques (2000, p. 119) demonstra a sua apreensão sobre essa temática, quando declara que “esperamos que os direitos dos doentes e desde logo os direitos do homem, estejam salvaguardados de abusos, quer dos agentes terapêuticos, quer principalmente dos outros intervenientes no processo de tratamento compulsivo.”.

Amarante (2010) também refere a questão do abuso e relata que na Inglaterra, no fim da década de 1950, foi percebido que os pacientes internados eram vítimas de violência, não só dentro da instituição como da própria família, que deveria protegê-lo. Campbell (2010) também trabalha com essa questão e acresce que os profissionais devem gostar do seu trabalho e querer permanecer nele e, adicionalmente, muitos profissionais que lidam com os comportamentos mais complexos não têm as habilidades necessárias para programar uma mudança de comportamento do doente.

Almeida (2007, p. 7) também divide a sua experiência sobre a negligência sofrida pelos pacientes: “Quando comecei a trabalhar em psiquiatria, nos anos 70, largos milhares de pessoas que sofriam destas doenças no nosso país continuavam internadas, em muitos casos por toda a vida, em instituições psiquiátricas, onde *viviam em condições deploráveis, separadas do mundo, privadas de direitos fundamentais e sem grande esperança de algum dia poderem voltar às suas comunidades de origem, para junto dos seus familiares.*” (Grifo nosso).

Por razões como essa acreditamos que as normas que se referem a este assunto deveriam delimitar, tanto quanto possível, como deveria ter lugar o tratamento, num sentido um pouco amplo, de maneira que pudesse ser comum a todos os indivíduos que fossem passíveis ao tratamento para, mais adiante, ir afunilando, até ao ponto de ser possível delinear uma forma de tratamento específico e individual para cada um deles, obedecendo à especial necessidade de cada um, seja pelo prisma da necessidade pessoal como da

necessidade de si para com os demais, visando a socialização, em primeiro plano, e a segurança, logo após.

Hespanha [*et al.*] (2012, p. 148) corrobora a nossa posição e esclarece que “uma fase decisiva para a eficácia das políticas é a implementação. A aplicação *concreta e personalizada* de um programa a um destinatário (indivíduo ou família) envolve uma margem de manobra relativamente elevada da parte dos agentes de terreno (profissionais) para permitir ajustar melhor os recursos (meios de intervenção) à situação real do caso. São eles quem determina os objetivos específicos e quem escolhe os meios para os atingir. *A discricionariedade de que gozam os agentes não deve ser arbitrária, mas antes vinculada a normas e critérios.*”. (Grifo nosso).

A Lei nº 38/2004 é um bom exemplo a ser seguido, uma vez que enumera os princípios fundamentais (artigos 4º a 15º) a serem obedecidos, de forma a promover a prevenção, habilitação, reabilitação e participação das pessoas com deficiência, sendo aqui incluídos os utentes dos serviços de saúde mental.

De acordo com o artigo 12 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, “§1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental; §2. As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar: (...) 4. A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.”.

Aqui é possível perceber que a importância da qualidade dos serviços de saúde mental não é adstrita às comunidades ou aos países, tanto que a Organização das Nações Unidas protege esses direitos e impõe a obediência ao Pacto aos países aderentes.

A Portaria nº 148/2012, no seu artigo 3º, I apresenta uma importantíssima mudança relativa ao tempo de hospitalização: “internações de

curta duração, até a estabilidade clínica do usuário, respeitando as especificidades de cada caso.”. (Grifo nosso).

Do nosso ponto de vista, como também parece ser o caso da Itália, que determina o fim do cumprimento da medida de segurança no momento em que o paciente se encontrar estabilizado, não há qualquer razão para delimitar um período mínimo de tempo de duração do tratamento, tendo em vista que cada paciente tem a sua própria velocidade de recuperação. Por esta razão concordamos que o tratamento deve ser oferecido “até a estabilidade clínica do usuário”, aconteça no momento em que acontecer.

Utilizamos propositadamente a expressão tratamento a fim de mantermos a coerência da ideia que vem sendo explicada ao longo deste trabalho, no qual jamais caberia, da nossa parte, considerar o internamento compulsivo como uma forma de tratamento possível.

A Portaria nº 148/2012, comparada às anteriores, é bastante revolucionária, uma vez que pretende que na hipótese de haver necessidade de internamento, este ser de *curta duração* (Artigo 3º, I), contrariando o disposto no Código Penal Brasileiro que, apesar de não ser assim tão antigo, expõe um pensamento arcaico e, a nosso ver, inadmissível, no artigo 97, §1º.

Sem negar o interesse da norma, é triste pensar que esses princípios basilares só são obedecidos por força da própria norma, e não pela solidariedade dos indivíduos, que, pelo simples fato de não serem considerados portadores de transtornos mentais, sentem-se, e muitas vezes comportam-se, como se fossem superiores aos diagnosticados.

4.4. Avaliação do risco e prevenção de reincidência

A prática do fato só por si não prediz uma inclinação para condutas delituosas, pois este fato pode ser único na vida do seu autor, para além de ser imprescindível considerar a motivação para tal prática, visto que, em resposta a

uma tal provocação, uma reação violenta pode ser inevitável, mesmo por um sujeito considerado psicologicamente sadio.

A simples prática de um fato ilícito-típico não pode ser a única fundamentação para que seja lançado o alerta de reincidência criminosa e acreditamos que relativamente à motivação, menos ainda se aplica aos sofredores de transtornos psíquicos, que por vezes praticam a conduta em decorrência de sintomas da doença, e não da vontade de delinquir, presente nos indivíduos albergados pelo sistema prisional.

Monteiro (1997) une a relação de causalidade entre o fato praticado e a presença de transtorno mental à perigosidade do agente, expondo que se por um lado está afastada a suscetibilidade de aplicação de pena a este agente, por outro, esta tríade representa imediatamente a sua perigosidade.

Do mesmo modo que nos posicionamos anteriormente (Oliveira, 2009), continuamos a acreditar que não nos devemos precipitar na afirmação de perigosidade do agente fundada unicamente nesta tríade, pois pode dar-se que apesar de preencher estes três «requisitos», o indivíduo não se mostre agressivo nem violento, ou jamais volte a delinquir, não oferecendo o mínimo risco para novas práticas delituosas.

Novamente reiteramos que o indivíduo deve ser observado e acompanhado, não sendo possível emitir um juízo de valor sobre a sua personalidade ou possibilidade de reincidir somente com uma entrevista ou a simples análise processual, visto que se temos os sintomas da doença estabilizados, temos também controladas as emoções que levaram à prática do fato. Consideramos esta estabilidade um preditor muito mais fiel de prevenção da delinquência do que a dita normalidade psíquica da qual disfrutavam os indivíduos oriundos da prisão, que não são obrigados a passar pelo crivo da cessação da perigosidade ao deixarem o estabelecimento.

Almeida (2007) refere a descompensação dos psicóticos no momento da prática do fato, devendo esta descompensação ser levada em consideração aquando da avaliação sobre a perigosidade do agente, já que foi ela a desencadeadora da prática. Afirma ainda que os primeiros dias

subsequentes ao internamento são cruciais na recuperação do paciente esquizofrênico em estado de descompensação, e que é precisamente neste período de tempo que a perigosidade oferecida baixa drasticamente os seus níveis, sublinhando uma vez mais a posição de que uma vez estabilizados os sintomas da doença, o indivíduo deixa de oferecer risco de praticar condutas delituosas.

Dias (2005) relembra que todos os seres humanos são capazes de praticar fatos ilícito-típicos e também de reincidir na sua prática, não sendo possível admitir, imediatamente, que a simples presença de um transtorno mental fará com que esta ou aquela pessoa tenha maior probabilidade de delinquir. O autor entende que a medida de segurança de internamento somente deve ser aplicada quando violar bens jurídicos relevantes, ou seja, quando existir uma real situação de perigo, e não para «acalmar a população», afastando um indivíduo que não fez qualquer coisa de errado, sendo simplesmente doente, e que se comporta de maneira diferente.

O Decreto-Lei nº 126/2007, que estabelece a estrutura orgânica da Direcção-Geral de Reinserção Social, determina, no seu artigo 2º, -1, que esta executará as políticas de prevenção criminal e reinserção social das medidas de segurança, entre outras. De acordo com o seu artigo 2º, -2, 'd', a DGRS irá “conceber, executar ou participar em programas e acções de prevenção da criminalidade e contribuir para um maior envolvimento da comunidade na administração da justiça penal e tutelar educativa, através da cooperação com outras instituições públicas ou particulares e com cidadãos que prossigam objetivos de prevenção criminal e de reinserção social”; na alínea 'g', afirma que irá “assegurar ou participar na gestão de equipamentos, programas e acções de prevenção da criminalidade na comunidade de apoio à reinserção social.”.

Joyal [et al.] (2007) defendem que enquanto as possibilidades para a violência praticada por pessoas com graves transtornos mentais são maiores do que as associadas à população em geral, o número absoluto de atos violentos atribuíveis aos doentes na comunidade são *muito baixos*, reforçando o ponto de que não é a simples presença da enfermidade mental que faz o

indivíduo ser mais violento que outro considerado normal. Essa assertiva reforça a posição anteriormente estabelecida de que não é puramente a anomalia psíquica que vai fazer o indivíduo mais violento ou agressivo que qualquer outra pessoa.

Montañés-Rada [*et al.*] (2006) pactuam do entendimento que a motivação é um fator elementar no que toca à violência, entendendo que qualquer pessoa, sob intensa emoção – como a injusta provocação da vítima –, é capaz de ser violenta, e isto serve tanto para os psiquicamente sadios como para os enfermos.

Como bem explicam Tolman & Rotzien (2007), nas avaliações de risco devem ser considerados dois elementos conflitantes que devem ser analisados objetivamente: a segurança pública e os efeitos negativos latentes que podem afetar de grande forma o sujeito em análise. Aqui é necessário identificar características intrínsecas dos sujeitos em análise para sermos capazes de propor uma medida que lhe seja adequada e eficaz, preservando tanto a integridade dos seus direitos como a segurança da comunidade.

Joyal [*et al.*] (2007) assentem que o correto tratamento seja essencial na redução da violência por parte desses pacientes, e afirmam que quando ele é bem acompanhado, com controle da medicação e consequente estabilização do quadro, a possibilidade de ocorrência de violência é baixa (como foi anteriormente comprovada), podendo significar que ela estava mais relacionada à impulsividade do que propriamente à doença.

4.5. Interdisciplinaridade

A importância da interdisciplinaridade no cuidado dos utentes dos serviços de saúde mental foi percebida e valorizada desde o princípio do tratamento especificamente direcionado a estes indivíduos, tendo sido observada pelo eminente psiquiatra Heitor Carrilho (1936) quando este refere que “a recuperação de delinquentes só poderia ser previsível através de um

estudo de suas personalidades, mediante investigações «biotipológicas» rigorosas. O prognóstico de recuperação dos criminosos, ou seja, a *reforma moral*, expressa na modificação de conduta, cujas tendências são consideradas nocivas à sociedade, só pode ser obtida através de um estudo técnico-científico, onde o médico precisa ter conhecimentos diversos, tais como: antropologia, psiquiatria, medicina legal, direito penal, penologia e pedagogia de anormais.”. (Lougou, 2006, p. 71).

Em tempos passados era aceitável falar sobre reforma moral e pedagogia de anormais, que hoje sabemos não serem mais termos cabíveis. Todavia, o espírito do que foi dito permanece, sendo o tratamento a busca pela melhora – a cura, quando possível – dos pacientes através da indispensável interveniência das diversas áreas de atuação, com suas complementares abordagens e a finalidade de fornecer o suporte mais completo possível.

Gonçalves (2004) reforça que muitas vezes os médicos e outros profissionais da saúde passam por cima de questões culturais e sociais ao focalizarem somente na patologia e do sofrimento que esta traz, reduzindo o papel dos referidos agentes nessa relação, o que resulta num olhar para o doente e só ter a visão da doença ou do órgão doente, e não da pessoa que sofre.

O autor reitera o grande problema com o qual nos deparamos no trabalho com saúde mental: a «ignorância preordenada» – i.e., a consciente intenção de não se aprofundar nas ramificações do assunto – de profissionais que pretendem «apenas resolver a parte do problema que lhes compete», deixando o beneficiário do serviço desamparado, sendo «coberto por alguns pedaços de pano, mas não por uma colcha inteira».

Isto é o que acontece quando os profissionais tendem a aplicar-se somente nas suas competências primárias e não se envolvem com as demais práticas que levarão à melhora ou até à cura do paciente em questão.

4.6. Saúde mental comunitária

“Não se pode reduzir o sujeito à doença, ao distúrbio de comunicação, nem autonomizar o corpo ou o psíquico, mas somente reinscrevê-lo no corpo social.”

(Giovanela & Amarante, 2008, p. 144).

Se por um lado temos que um passo importante na retomada da autonomia por parte dos pacientes seria a desospitalização, por outro não nos podemos esquecer que a simples saída do hospital não significa a devolução da autonomia que foi deprivada pelo período da institucionalização. É preciso, para além da óbvia saída do hospital, que haja uma rede de apoio que receba esta pessoa que, por vezes, há anos não tem contato com o «lado de fora» e não sabe mais lidar com as dificuldades do dia-a-dia.

Quando falamos a respeito da reforma psiquiátrica temos que ter em mente não só a já mencionada desinstitucionalização, mas também a criação e/ou expansão dos serviços que possam acolher esses indivíduos, bem como de estratégias que impeçam o reingresso do sujeito ao hospital por não ter se adaptado à realidade exterior.

Como bem explica Alves (2001, p. 78), “o complexo processo de reabilitação exige o suporte de um *sistema integrado e abrangente* da intervenção nas várias áreas de vida: dispositivos residenciais/ambientes que ofereçam diferentes níveis de supervisão; serviços de reabilitação psicossocial que proporcionem experiências socializadoras diversificadas (treino de competências sociais, actividades de vida diária, reabilitação profissional, entre outros); trabalho sistemático com as famílias; gestão de casos em equipa; coordenação integrada dos vários serviços comunitários de saúde mental e sociais que potencialmente podem responder às necessidades de inserção social das pessoas com doença mental; serviços psiquiátricos adequados que permitam uma avaliação multidisciplinar das situações (psicossocial), uma intervenção na crise (urgências e internamento), planos de tratamento individualizados, medicação e tratamento (individual e grupal), médico, social e

psicológico e tratamento compulsivo (nos casos em que, nos termos da lei, se justifique)”. (Grifo nosso).

No momento final da explicação da autora lembramos que a nossa posição mantém-se no sentido de o internamento representar o direito ao asilo, e não um internamento compulsivo, e ainda quando a autora refere o tratamento compulsivo preferimos acreditar que pretende realizar o tratamento ainda na comunidade, não recorrendo aos internamentos compulsivos, estando ambas as situações compreendidas na Lei de Saúde Mental.

Novamente contamos com Alves (2001, p. 81), que enfatiza que “o processo de desinstitucionalização dos últimos 40 anos tem demonstrado que a maior parte dos doentes crónicos pode viver em sociedade. Mas tem também demonstrado que sem uma continuidade de serviços disponíveis na comunidade não se pode considerar que eles estejam em sociedade, já que apresentam uma deficiente integração e um funcionamento social desadequado, parcial e precário. Sem recursos suficientes, o que se produz na prática é uma mudança de lugar, com uma vida isolada e marginal com sucessivas re-institucionalizações (porta giratória)”.

Na ausência de serviços comunitários de saúde mental, e à falta de habilidades da família para acolher apropriadamente o parente doente (quando elas o acolhem, que infelizmente não é a fortuna de todos) depois da alta médica grande parte dos indivíduos descompensam e perdem a estrutura que tinham, inclusive na tomada da medicação, que por diversas vezes é interrompida.

Quanto mais tempo o indivíduo passou internado, mais difícil será a sua reintrodução na comunidade, tanto por seu lado, que não se sente parte daquele meio, não reconhece nas pessoas os amigos que antes eram, sentem falta das pessoas que com ele conviviam diariamente, etc., como por parte das pessoas à sua volta, que já não sabem como lidar com aquela pessoa que tanto tempo passou distante, não mais reconhecendo seus hábitos – também porque esses podem ter mudado – nem veem mais aquela pessoa que um dia saiu de casa e agora retorna outra.

Uma psicóloga depõe que “eles estão aqui compensados [...], mas depois são recolocados na comunidade sem nenhum tipo de apoio, nem social, nem médico, nem psicológico, nem nada [...] Se não forem perfeitamente vigiadas, se não se fizer um exercício de psicoterapia, se as pessoas não forem perfeitamente controladas pela parte de enfermagem, pela parte de serviço social, com visitas regulares, há determinado tipo de doentes, ou a maior parte deles, que [...] deixam de tomar a medicação [...] e [...] descompensam sob o ponto de vista de saúde mental (PCA)”. (Hespanha [*et al.*], 2012, p. 84).

Conforme nos explicam Botha [*et al.*] (2010), corroborados por Ledoux & Minner (2006); Grinshpoon [*et al.*] (2007), o processo de desospitalização causa uma pressão nos serviços para que apenas os pacientes em estados mais severos sejam admitidos e mantidos nos hospitais, ocasionando um abandono dos outros pacientes que ainda necessitavam de tratamento e que, apesar de já se encontrarem em melhor estado do que os que agora ingressavam, ainda não estavam preparados para serem removidos.

Essa pressa em desinternar os pacientes que demonstrassem a mínima melhora, ainda que não suficiente para deixar a instituição, foi o que causou os fenômenos como o da porta giratória e o dos usuários de alta frequência, que são aqueles frequentemente admitidos nos hospitais e que só conseguem manter-se estabilizados por um curto período de tempo.

A chamada porta giratória é um problema grave e recorrente em diversos casos de desospitalização, nos quais o doente não se consegue adaptar à vida em comunidade, tanto por não se sentir seguro ou estabilizado o suficiente quanto por não receber o apoio de que necessita nesta dura transição.

Diversas são as possibilidades de ocorrer o fenômeno da porta giratória em razão de uma desinstitucionalização mal realizada, e Thornicroft & Bebbington (1989) elencam os seguintes: “doentes em risco constante proveniente de isolamento, segregação, ausência de tratamento, admissões recorrentes, doentes negligenciados, hipóteses de se tornarem sem-abrigo e objeto de reinstitucionalização”. (Hespanha [*et al.*], 2012, p. 12).

Segundo Diniz (2013, p. 246), “no HCTP-Heitor Carrilho, pelo menos 63% (72) dos indivíduos em medida de segurança não deveriam estar internados por cumprirem medida de segurança com a periculosidade cessada ou por terem sentença de desinternação, medida de segurança extinta ou internação sem processo judicial.”.

De acordo com Ledoux & Minner (2006), os pacientes que tendem a necessitar de um retorno ao hospital são mais jovens e com um status socioeconômico mais baixo que os que não retornam, adicionando o dado de que não só são dependentes da assistência social como também têm um risco acrescido de viver institucionalizados, e aqui ponderamos que o fato de residir na instituição esteja umbilicalmente ligado ao baixo status socioeconômico.

Hespanha [*et al.*] (2012, p. 13) fornecem elementos essenciais a um bom retorno à comunidade: “é indispensável assegurar a criação de um conjunto de respostas às necessidades fundamentais: a) número adequado de recursos comunitários habitacionais de vários tipos; b) serviços psiquiátricos e serviços reabilitativos adequados e acessíveis; c) serviços ou unidades de crise acessíveis; e d) um sistema responsável pelos doentes mentais crônicos a viver na comunidade, para assegurar que cada paciente tem um técnico de saúde mental responsável pela avaliação médica e psiquiátrica, capaz de formular com o paciente um tratamento individualizado e um plano reabilitativo, incluindo farmacoterapia, monitorização do doente e assistência na resolução de problemas.”.

Seguindo os ensinamentos de Abreu (2007), que é acompanhado por Fazenda (2008); Bettarello [*et al.*] (2008) no que se refere à reabilitação psicossocial, é preciso manter o foco de atenção na iniciativa de superação das limitações de cada indivíduo que precisa de tratamento em saúde mental, a fim de que, através das motivações necessárias, seja possível desenvolver as suas capacidades, bem como deve haver uma adaptação da comunidade – com a criação de estruturas e serviços – para recebê-lo e reintegrá-lo.

Bettarello [*et al.*] (2008) lembram que em razão das diferenças econômicas e socioculturais de cada localidade onde os serviços serão prestados é compreensível que cada detalhe das estratégias a ser levado a

cabo não possa ser previamente definido, como uma «estratégia universal de reabilitação», termo utilizado por eles próprios.

Leff & Warner (2008) defendem os serviços de saúde mental comunitária, pois acreditam ser esses uma forma mais completa de prestar tratamento, uma vez que comportam as necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes, preservam seus direitos fundamentais, para além de promoverem a inclusão na comunidade.

Fazenda (2008) aponta muito bem que a reabilitação psicossocial não pode ser realizada através da padronização dos comportamentos, limitando os papéis sociais a serem desempenhados, e isso implica em não cingir-se às classificações médicas e considerar as condições sociais do caso em questão a fim de compreender o que impede que a emancipação do sujeito seja conseguida. Refere que “os doentes evoluem melhor quando têm o apoio da família” (p. 56) e, a esse respeito, Alves (2001, p. 84) explica que “não se trata de estar atento exclusivamente às suas necessidades mas também às suas potencialidades no processo terapêutico.”.

Contudo, e apesar de a família ter um papel muito importante na recuperação do seu parente doente, esta muitas vezes não está preparada para toda a carga que advém do acolhimento e Alves (2001, p. 86) refere que “em Portugal, a desinstitucionalização operou-se sem os serviços e com o «peso» nas famílias”, sendo esse processo criticado por não mais fazer que transferir os indivíduos de umas instituições para outras, ao invés de realmente reintegrá-lo e promover a sua autonomia, sendo o acolhimento pelas famílias mais uma forma de substituição de alojamento do que propriamente emancipação dos sujeitos.

Portugal (2006); Hespanha [*et al.*] (2012) acenam que na população portuguesa há uma grande preocupação por parte da família em receber o doente e ajudá-lo nesse processo de reintegração na comunidade, “por sentimentos muito fortes de obrigação familiar” (Hespanha [*et al.*], 2012, p. 15), inclusive referindo que recai sobre as mulheres da família um papel maior nesta promoção de bem-estar do doente.

Já no Brasil, infelizmente não vemos na mesma proporção essa ajuda por parte da família no retorno do parente à comunidade; pelo contrário, muitas vezes os pacientes desinternados tornam-se desabrigados ou residentes no hospital por não terem onde viver nem quem os aceite receber, seja pela perda do vínculo, que já se deu desde o internamento, com as visitas cada vez mais escassas, seja pela família não aderir ao trabalho requerido no acompanhamento de um doente psiquiátrico.

Segundo alude Fazenda (2008), a rede de contatos do sujeito tende a ficar mais rarefeita em razão do seu desequilíbrio e os familiares cuidadores tendem a se sentir pouco recompensados com os lentos resultados alcançados, levando-os ao cansaço e à perda de interesse em participar desse processo.

Torres (2001) também trata da dificuldade na reinserção social dos indivíduos hospitalizados por longos períodos de tempo, chamando-a mesmo de violenta, significando que os pacientes acabam por se habituar à clausura e a estabelecer relações sociais apenas com os outros pacientes, sendo a sua saída uma ruptura com as únicas relações sociais a que têm contato por culpa da exclusão social que sofreu com o internamento.

Apesar de no Brasil o percentual de famílias que recebe o parente desinternado em casa ser inferior ao de Portugal, essa situação infelizmente ocorre nos dois países, como podemos perceber do excerto de Hespanha [*et al.*] (2012, p. 86) que, apesar de não mencionar o Brasil na sua explicação, fica clara a similitude: “embora estas pessoas pudessem ser desinstitucionalizadas, «pois não estão a fazer nada num hospital psiquiátrico» (PCA) a verdade é que não o são pois ninguém as recebe.”.

Pereira (2007, citada por Hespanha [*et al.*], 2012) resume bem a questão da falta do apoio por parte da família, e o que ela constata pode ser aproveitado tanto para a população portuguesa como para a brasileira: “o facto de estes doentes se encontrarem institucionalizados há muitos anos tornou as suas ligações ao exterior muito ténues ou nulas, bem como o contacto que mantêm com os seus familiares. A sua família de origem, quando existe, tem dificuldade em manter o contacto de outrora, pois os pais são idosos e com

problemas de saúde o que complica a deslocação para o Hospital; (...) Alguns doentes passam curtos períodos junto dos seus familiares nas épocas festivas ou no período de verão, após o qual regressam novamente ao Hospital. Com o enfraquecimento das relações na comunidade, os doentes «viram-se» para o interior do Hospital, onde estabeleceram ligações afectivas com os outros doentes e muitas vezes com os próprios profissionais da instituição, adquirindo rotinas que dificultam uma eventual saída e adaptação a um novo meio.”.

Bettarello [*et al.*] (2008) defendem a internação psiquiátrica como uma forma de tratamento desde que ela não cause prejuízo ao paciente nem dure mais que o período estritamente necessário. Rotelli (2008) acompanha em parte Bettarello [*et al.*] (2008) quando defende a possibilidade de o sofredor de transtornos psíquicos receber um tratamento que o retire da comunidade, sem que isto signifique que ele vai ser sugado para dentro de um hospital sem direito de sair; é apenas um direito da pessoa de se retirar de uma situação com a qual não consegue lidar e ter um tempo para colocar seus pensamentos em ordem.

Rotelli (2008, p. 162. Negrito nosso) continua: “nós pensamos que muitas vezes em situações agudas, em crises agudas, as pessoas têm necessidade daquilo que uma vez se denominava de *o direito ao asilo*, como alguma coisa da qual os hospitais psiquiátricos foram conseqüência, mas também isso é um direito humano em todo o seu sentido, que foi mais uma vez totalmente colocado ao avesso pela psiquiatria. O direito ao asilo do qual eu estou falando é aquele direito de você poder sair de uma situação de crise quando a situação está totalmente insuportável e pode ser **hospedado** por outros.”.

No que se refere à legislação, a Portaria nº 517/2007, apesar de tratar, no seu artigo 2º, da direção dos serviços da Direcção-Geral de Reinserção Social na área penal, continua a não explicitar como deve ser levado a cabo o tratamento, limitando-se a utilizar expressões como “conceber, implementar e acompanhar” e “promover as condições necessárias”. Como já foi referido anteriormente, existe uma necessidade, também percebida por outros profissionais da área da saúde mental, de uma maior especificidade na

legislação a fim de evitar abusos de poder ou até maus-tratos aos utentes do serviço. (Silva, 2009).

Hespanha [et al.] (2012) lembram que ainda hoje em dia, depois dos diversos estudos e experiências a que se teve acesso, a questão da saúde mental ainda é considerada em segundo plano nas prioridades relacionadas à saúde. E referem que “muito além da dor física e das dependências, a doença mental é uma fonte de sofrimento social pois o mal-estar que traz para as pessoas que dela sofrem e para os seus familiares próximos estão associadas. *Em proporção escandalosa, quem sofre de doença mental grave continua ainda a ser excluído dos direitos fundamentais da cidadania e de padrões de vida minimamente dignos, para além de ser privado de participar nas decisões que afetam a sua vida pela simples razão de que se generalizou a ideia de que essas pessoas não podem assumir quaisquer responsabilidades.*” (p. 9. Grifo nosso).

Tendo atenção ao exposto, passaremos a apresentar algumas modalidades de cuidado psiquiátrico em meio comunitário, ainda que estes não sejam dedicados aos nossos pacientes, os inimputáveis, mas que podem servir de base para a criação de um modelo especialmente desenvolvido para que eles possam ser cuidados sem passar pelo penoso internamento compulsivo.

i. Hospitais-Dia

Tendo em vista que a hipótese de tratamento em Hospitais-Dia (HD) existe nos dois países compreendidos na presente tese, decidimos abordar esta modalidade de uma maneira geral, sendo os seus princípios semelhantes tanto em Portugal como no Brasil.

Desta maneira, temos os HD como uma forma de tratamento na qual o doente não abandona o seu lar nem a sua família para receber os cuidados de que necessita, sendo utilizados métodos muito menos invasivos, como a vigilância ou a intervenção, caso seja necessário, excluindo os longos

internamentos como medida cabível, sendo o atendimento emergencial feito em regime ambulatorio.

Com a substituição do internamento por um tratamento ambulatorial reduz-se também o afastamento do doente da sua família, o estigma social e os gastos com cuidados hospitalares. Bitencourt (2012) refere que o próprio ambiente do HD é mais agradável e confortável em razão da arquitetura do local.

Bettarello [et al.] (2008, p. 55) concordam com o exposto e acrescentam que “o HD exhibia, na arquitetura e na decoração, características próximas às do ambiente comunitário, com móveis confortáveis, cortinas nas janelas, objetos de louça, jogos de talheres completos e portas abertas simbolizando, para o usuário, o caráter voluntário do tratamento.”.

Tanto no Brasil como em Portugal o período máximo de permanência do paciente é de 12 horas, já que o HD é destinado a ser um método *alternativo* ao internamento, e não uma fração dele. Outro benefício dos HD é que proporcionam um tratamento individualizado, em contraponto à simples distribuição de medicação e alguns trabalhos manuais vistos nos hospitais.

4.6.1. Portugal

“Para o êxito da reforma, reconhece-se ser decisivo que desta vez as mudanças não fiquem aquém do prometido (e planeado).”.

(Hespanha [et al.], 2012, p. 85).

a) Pro Actus

De acordo com Esteves (2011, p. 45), “o Pro-Actus é um projecto de articulação da Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas (UCCPO) com os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Estruturas

Comunitárias (EC) do concelho. Faz parte integrante da UCCPO pertencente ao Sector A do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL)”, portanto adstrita ao concelho de Odivelas.

Como é possível perceber, trata-se de um programa restrito a uma pequena área do país, fazendo dele um programa descentralizado e muitas vezes não conhecido por outras regiões. Este projeto é baseado no Decreto-Lei nº 8/2010, que visa adaptar as estruturas já existentes ou que ainda serão criadas para que seja possível receber os doentes em meio comunitário, atendendo às necessidades psicossociais detectadas.

O Pro Actus teve início no ano de 2010 e norteia-se pelas necessidades presenciadas pela equipe, tais como a falta de resposta a algum paciente grave que não está a ter o tratamento de que precisa por falta de condições da estrutura que presta o serviço, nem foi encontrado outro serviço na comunidade que possa acolher este paciente e atender às suas necessidades.

Os objetivos do projeto são semelhantes às leis e aos outros programas existentes, sempre visando prestar assistência ao doente e à sua família, promover a assistência do paciente fora do hospital, melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental e dar apoio às famílias dos pacientes.

Consoante o Plano Nacional de Saúde Mental (2008, p. 3), “a falta de planeamento e de apoio consistente à melhoria dos serviços de saúde mental levaram a que Portugal se tenha atrasado significativamente neste campo em relação a outros países europeus.”.

b) Unidades de Saúde Mental Comunitária (USMC)

De acordo com a Direcção-Geral da Saúde (2012a, p. 3 e 2012b, p. 2), “*temos em Portugal uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa; uma percentagem importante das pessoas com doenças mentais graves permanecem sem acesso a cuidados de saúde mental, e*

muitos dos que têm acesso a cuidados de saúde mental continuam a *não beneficiar* dos modelos de intervenção (programas de tratamento e reabilitação psicossocial) hoje considerados essenciais.”. (Grifo nosso).

Apesar dessa constatação ainda não foram criados programas nacionais que sejam efetivamente abrangentes a todo o território, estando mais presentes nas cidades de médio e grande porte.

A Direcção-Geral da Saúde (2012a) fala expressamente que ainda existem regiões onde os serviços não são prestados e naquelas onde já existem, não são prestados de maneira suficiente. Os Serviços Locais de Saúde Mental atendem, basicamente, ao nível farmacológico, não oferecendo, ou oferecendo em pequena quantidade, cuidados psicossociais. Uma razão para a continuação de cuidados em meio institucional é a falta de recursos financeiros suficientes para que os cuidados na comunidade possam ter lugar.

Embora a Direcção-Geral da Saúde refira que Portugal está a caminhar no sentido correto no que se refere ao tratamento em comunidade, a realidade é que no momento as mudanças necessárias ainda não estão sendo feitas.

Como já foi aludido a respeito da Lei de Saúde Mental, apesar de ao ser lida parecer muito interessante e inovadora, a realidade é que se nada do que foi prometido for posto em prática, não se resolve a questão, e quem sofre não são os legisladores, mas os utentes dos serviços de saúde mental que se mantêm na mesma situação apesar de aos olhos da legislação interna e apresentação internacional as propostas reluzirem.

Temos consciência que nos encontramos em tempos de crise financeira e que essa circunstância caminha em sentido contrário à melhora dos serviços. Por falta de recursos, a saúde mental é secundarizada e estes meios que deveriam destinar-se a ela acabam sendo utilizados em outros ramos da saúde, dificultando, senão impedindo, a transição dos pacientes institucionalizados para um ambiente comunitário de tratamento em saúde mental.

c) Hospitais Gerais e Centros de Saúde

A Direcção-Geral da Saúde (2012a; 2012b) refere que os cuidados de saúde mental passaram a ter lugar nos serviços locais de saúde mental integrados no sistema nacional de saúde, o que fez com que sobrecarregassem os ambulatórios.

De acordo com o Decreto-Lei nº 35/99 (alterado pelo Decreto-Lei nº 304/2009), *seis meses* após a entrada em vigor do presente diploma deveria haver uma articulação funcional e integração progressiva dos cuidados de saúde mental entre os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde. Ademais, esses cuidados não podem ser realizados apenas por uma frente, mas devem estar umbilicalmente ligadas às atividades de reabilitação psicossocial.

De acordo com o Despacho conjunto nº 407/98, nº 3.1, que trata das respostas no âmbito do apoio social, temos, no nº 3.1.1., que “o apoio social é desenvolvido em equipamentos ou mediante a prestação de serviços através de um sistema de cooperação do Ministério do Trabalho e da Solidariedade com as instituições particulares de solidariedade social, misericórdias e mutualidades, com as seguintes propostas: a) serviço de apoio domiciliário; b) centro de dia; c) acolhimento familiar; d) lar; e) centro de actividades ocupacionais; f) lar de apoio; g) lar residencial.”. Segundo o nº 3.1.2., também passam a ser consideradas hipóteses de resposta aos doentes psiquiátricos: “a) unidade de vida apoiada; b) unidade de vida protegida; unidade de vida autónoma; e d) fórum sócio-ocupacional.”.

d) Plano Nacional de Saúde Mental

Em resposta às dificuldades apontadas pela própria população até as referidas no Relatório da Comissão para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, a Direcção-Geral da Saúde (2012a) defende que o Plano

Nacional de Saúde Mental (PNSM) – que compreende os anos de 2007 a 2016, somente sendo possível avaliar efetivamente a sua contribuição a partir de 2017 – “articula-se a nível nacional com as outras reformas de saúde, nomeadamente com as que têm vindo a desenvolverem-se nos cuidados primários e no campo dos cuidados continuados, sendo possível criar sinergias importantes com estas reformas.”. (p. 35).

Os cuidados em saúde mental são, *nos ideais do Plano*, oferecidos por serviços locais que congregam um ou mais Centros de Saúde que oferecem cuidados de saúde primários e agora passarão a também oferecer atendimento em saúde mental em nível ambulatorio, sendo os Centros distribuídos por áreas geográficas e sempre articulados com os outros Centros de Saúde.

Essa é uma grande inovação que ainda não havia sido proposta e que pensamos ser indispensável para um atendimento mais igualitário quanto seja possível, vindo a dar atenção também àquelas comunidades que não o têm tido. Seria bastante interessante se já tivesse sido iniciada a prática, no entanto, ainda hoje somente são atendidos nos Centros de Saúde os pacientes do próprio Centro que eventualmente necessitem de algum acompanhamento psiquiátrico, que o seu médico de família não se sinta apto a oferecer, não recebendo os egressos dos hospitais psiquiátricos. Os egressos podem ser atendidos nos Centros de Saúde desde que as suas queixas não sejam de ordem psiquiátrica.

O fato de os serviços locais terem de se reportar a uma unidade de escalão nacional fomenta uma uniformização das oportunidades e dos recursos dirigidos a este fim, equilibrando o tratamento oferecido entre as comunidades mais ou menos populosas e financeiramente abastadas.

Este é o preceito utilizado no Brasil e em razão do país estar dividido em municípios, estados e governo federal acarreta um maior controle e colaboração entre as diferentes esferas do Governo.

4.6.2. Brasil

a) Centros de Atenção Psicossocial

"Vocês precisam entender que não somos tomadores de conta. Somos cuidadores. Os doentes têm o direito de retornar para a sociedade."

(Jairo Toledo, em Arbex, 2013, p. 239).

Basaglia (2001) utilizou-se do modelo dos Centros de Saúde Mental, de raiz francesa, todavia não o seguiu na totalidade, ou seja, os centros de Trieste acolhiam os doentes que haviam sido desinternados e ainda necessitavam de cuidados, contudo não era possível a hospitalização de pacientes que necessitassem de cuidados mais intensos e estavam a ser tratados na comunidade.

Ele entendia que uma vez que os centros chamavam para si a responsabilidade no tratamento daqueles pacientes, não haveria retorno ao regime anterior, o de internamento. A nova forma de tratamento era *integralmente substitutiva* do internamento, não uma alternativa ao hospital.

Este é o entendimento acolhido no Brasil, absorvendo, do teor do relatório do Ministério da Saúde (2005, p. 27), que "os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico."

Em consonância com esse entendimento, Yasui (2010, p. 115) defende que "o Centro de Atenção Psicossocial (Caps), o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. Nesse sentido, *não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. O Caps é meio, é caminho, não fim.* É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz apenas em um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores." (Grifo nosso).

Diferentemente dos estabelecimentos hospitalares, os Centros apresentam uma atmosfera mais acolhedora, implicando isto também na sua decoração, que não tem mais aquele aspecto hospitalar, monocromático, triste, sendo agora um ambiente colorido e que inspira a esperança, a mudança, a melhora, e apresenta também características provenientes da sua própria história de criação, o que reflete a nova situação.

Todavia, de acordo com Mello & Furegato (2008), de nada serve alterar os locais de cuidado se não forem alteradas as representações sociais relacionadas às psicopatologias. É preciso desvincular totalmente a loucura da violência, improdutividade e inaptidão ao contato social.

A mudança de visão somente por parte dos profissionais do serviço não resolve o problema; a comunidade também precisa repensar seus conceitos adquiridos automaticamente e se questionar se eles são realmente válidos. A importância da intersectorialidade do tratamento reside na distribuição de competências aos profissionais de cada área, não mais sendo um bloco conciso. Se os CAPS assumirem uma postura totalitária, não se diferenciarão do hospital psiquiátrico de sempre, indo contra a proposta que se encontra em andamento, ou seja, o abandono do internamento compulsivo e quase sempre eterna.

A proposta dos CAPS é exatamente ajudar o doente na transição para a vida do lado de fora do hospital e reintegrá-lo na comunidade. No entanto, caso não seja permitida a sua independência, os usuários continuarão subordinados a uma outra instituição, ou seja, muda-se o nome mas não a forma de tratamento ao manter o indivíduo debaixo do manto da dependência.

Silva (2000, p. 8) lembra-nos que apesar de os CAPS oferecerem cuidados mais intensivos que os ambulatoriais, não há internação, e exemplifica a articulação dos CAPS, com o Instituto Pinel e o IPUB/UFRJ como “uma das principais inovações deste Programa – garantindo um atendimento completo ao paciente.”.

A Portaria nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes

do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, determina, no seu artigo 2º, que “constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: I – Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; II – Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; III – Combate a estigmas e preconceitos; IV – Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V – Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI – Diversificação das estratégias de cuidado; VII – Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; VIII – Desenvolvimento de estratégias de Redução de danos; IX – Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e seus familiares; X – Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integridade do cuidado; XI – Promoção de estratégias de educação permanente; e XII – Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.”.

Do teor desta Portaria e do relatório do Ministério da Saúde (2004a) podemos perceber o quanto tem evoluído o pensamento e a própria legislação relativamente aos portadores de sofrimento mental, sendo esta norma a mais completa no que se refere tanto aos direitos, liberdades e garantias dos indivíduos quanto aos objetivos a serem alcançados com o tratamento, inclusive abordando especificamente hipóteses de tratamento, vindo de encontro com o que em outras oportunidades já nos tínhamos questionado, isto é, normas que especificassem tanto mais quanto fosse possível a forma de tratamento que possa vir a ser utilizado.

Finalmente parecemos estar diante de uma norma que efetivamente parece se preocupar com o combate ao estigma e ao preconceito, com a qualidade e a humanização dos serviços prestados, diversificando as estratégias de cuidado (fator vital na busca de um tratamento eficaz, sendo amplamente sabido que a utilização dos mesmos meios para todos os

pacientes não apresenta resultados positivos, antes pelo contrário, uma vez que cada pessoa é diferente da outra, sentindo e inclusive apresentando os sintomas de maneira própria), para além de esforçar-se para que o tratamento seja realizado na comunidade, favorecendo a inclusão e o desenvolvimento de capacidades sociais com vistas à autonomia dos indivíduos.

Do artigo 5º da mesma Portaria podemos deduzir que há uma real preocupação com a forma de cuidados prestados, sendo bastante específicos em cada uma das modalidades de atenção à pessoa, promovendo também equipes de consultório na rua e centros de convivência, a fim de se aproximar mais dos indivíduos que não tiveram a oportunidade de recorrer a um CAPS ou nunca estiveram institucionalizados, ou ainda os que estiveram, mas se tornaram moradores de rua.

Com esta iniciativa é possível uma real inclusão social, pois o cuidado chega até onde o indivíduo está, isto sempre articulado com os serviços formais de tratamento, como os centros de atenção da rede de saúde, com a finalidade de auxiliar as pessoas de todas as formas possíveis, incluindo a família, sempre que possível, por um lado reintegrando e por outro ensinando como lidar da melhor forma com o paciente, e isto tudo em meio à sua própria comunidade, promovendo a sua autonomia.

Para além do apoio psicossocial há ainda a distribuição de medicamentos, e o conseqüente acompanhamento, de acordo com a necessidade de cada indivíduo, que é sempre avaliada pelos profissionais dos Centros.

Ponto fulcral desta temática refere-se às estratégias de desinstitucionalização, uma vez que têm como pressuposto utilizar soluções substitutivas ao internamento para o tratamento do portador de um transtorno psíquico visando garantir seus direitos fundamentais e promover a sua autonomia e inclusão social.

Nesta seara, temos atividades realizadas nos CAPS tais como: tratamento medicamentoso, atendimento a grupo de familiares e individualizados às famílias, orientação, atendimento psicoterápico, atividades

comunitárias e de suporte social, oficinas culturais, visitas domiciliares e desintoxicação ambulatorial (Ministério da Saúde, 2004b).

A Portaria nº 148, de 31 de Janeiro de 2012 também tem grande importância no que se refere ao tratamento dos portadores de transtornos mentais, pois define as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar para que se adeque às normas estabelecidas pela Portaria nº 3.088/2011.

b) Comunidade Terapêutica

“A liberdade é terapêutica.”

(Muro de um manicômio encerrado em Trieste)

Barros (2008, p. 183) refere que “a agressividade, violência e imprevisibilidade são atributos historicamente associados à doença mental, mas que a prática da reforma, desde a comunidade terapêutica aos serviços territoriais, tem demonstrado que na verdade, também a agressividade pode ser dialeticamente trabalhada e transformada.”.

Basaglia [et al.] (2008, p. 11-12) explicam que para analisar uma instituição psiquiátrica em crise, é preciso substituir o modelo de referência por um “antimodelo, capaz de destituir a possibilidade de acomodar-se em novos esquemas de referência, contrapostos aos tradicionais. Isto significa a *destruição da instituição manicomial*, não somente como abandono real do sistema coercitivo punitivo sobre o qual se fundamenta, mas como tomada de consciência do plano global sobre o qual o sistema hierárquico-punitivo se insere.”. (Grifo nosso).

O encerramento do hospital, e a seguinte criação das Comunidades Terapêuticas, não teriam lugar senão pela negação do regime anterior e a experimentação de novas propostas, o que não significa que devam ser seguidas fórmulas, ou a combinação delas, à risca, sem qualquer adaptação.

A substituição da ideologia institucional pela ideologia comunitária emergiu da recusa àquela realidade opressora, e não era possível, no início da mudança, passar diretamente a um estágio estruturado sem antes passar pela efetiva destruição dos muros, das cercas, daquilo que expressasse a opressão.

Ao tratarem especificamente da Comunidade Terapêutica, Basaglia [et al.] (2008) relatam que, apesar de ela ter surgido como uma forma de renovação das instituições, como uma transição entre o modelo opressor e a realidade que se estava a formar, terminou por ter que aceitar ser uma outra forma de instituição, que mantém as mesmas relações de poder, contudo, num estabelecimento mais moderno e eficiente. Não negam, em absoluto, a virtude da Comunidade Terapêutica, por ter evidenciado as contradições existentes na realidade institucional e, apesar de todas as contradições, continuar tentando não cair no esquema anterior, na falta de problematização da instituição psiquiátrica tradicional.

Concluem com a ideia de que “impõe-se, aqui, uma atividade de reflexão e de crítica que tem que ligar-se a uma *práxis comum* e articular-se em um *trabalho de pesquisa* com os internos capaz de revelar de maneira mais objetiva o jogo das dinâmicas sociais e psicológicas, e o interior da comunidade hospitalar no curso da sua maturação.”. (Basaglia [et al.], 2008, p. 40).

A resposta da FNERDM ao Livro Verde é baseada no fato de que um elemento crucial na mudança do tratamento é que não pode ser somente direcionada ao indivíduo, mas também à comunidade, que deve estar apta a recebê-lo. Continuam sua exposição afirmando que “o acesso às alternativas de saúde mental, nos seus vários níveis, deverá ser uma prioridade que favoreça a qualidade de vida e proporcione confiança no futuro das pessoas que vivenciaram problemas de saúde mental e lhes permita *favorecer a sua integração em comunidades naturais*, pelo que a reabilitação psicossocial destas pessoas deverá fundamentar-se na *compreensão e exercício dos seus direitos humanos*.”. (FNERDM, 2005, p. 4).

De acordo com Passos (2009), elemento vital na reintegração social do doente é a transformação do hospital em “instrumento terapêutico de ressocialização”, e a autora entende ser a Comunidade Terapêutica uma

excelente opção. Relata que em decorrência da guerra, e a consequente superpopulação hospitalar, fez-se necessário, pelo estado de necessidade no qual as pessoas se encontravam, o ingresso dos pacientes no trabalho rural para a obtenção de alimentos, ou o retorno desses mesmos para as suas famílias, onde teriam o seu sustento garantido.

Com a verificação de que os ex-internos obtiveram uma notável readaptação à comunidade, “se constatou a possibilidade real de retirá-las da inércia institucional em que se encontravam, com a transformação da instituição num lugar de convivência e reaprendizagem da vida coletiva.”. (Passos, 2009, p. 63).

Como explica Almeida (2007), um forte receio de que os doentes venham a praticar fatos ilícito-típicos pela simples saída do hospital e o reingresso na comunidade é um argumento que tem sido largamente utilizado contra os serviços de saúde mental comunitária para os agentes inimputáveis. Entretanto, Leff e Warner (2008) demonstram que a realidade é bem diversa, ou melhor, explicando as pesquisas realizadas para este fim demonstraram que não houve aumento na criminalidade em razão do encerramento dos hospitais psiquiátricos e somente uma pequeníssima parte dos doentes mentais praticam fatos ilícito-típicos.

c) Serviços de Residência Terapêutica

"Uma casa... é o habitar da cidade. É você poder habitar a cidade, tendo um lugar para voltar... para voltar no fim do dia. Eu habito esta cidade!"

(Morador de um SRT. Ministério da Saúde, 2004a, p. 13).

As residências terapêuticas, criadas através da Portaria nº 106/2000, compõem outro elemento no processo de desinstitucionalização, buscando a efetiva reintegração dos indivíduos com transtornos mentais graves, tenham eles vivido nos hospitais ou não.

Esta Portaria é bastante clara nos seus objetivos e atribuições, reforçando sempre o caráter substitutivo, assistencial e comunitário do serviço, inclusive determinando a redução de leitos no SUS à medida que as pessoas forem sendo transferidas dos hospitais onde se encontravam para as residências terapêuticas e redirecionando os recursos correspondentes para o estado ou município onde se localiza a residência que passará a abrigá-las.

No Relatório de Gestão do Ministério da Saúde (2007, p. 17-18) é referido que “a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial, o desativamento de leitos psiquiátricos e, em especial, a instituição pelo Ministério da Saúde de incentivo financeiro, em 2004, para a compra de equipamentos para estes serviços foram alguns dos fatores que contribuíram para a expansão desta rede, que contava, em dezembro de 2002, com apenas 85 residências em todo o país e que hoje quintuplicou o número de serviços. De fato, o incentivo financeiro antecipado, isto é, repassado aos municípios antes de a residência estar em funcionamento, parece ter sido um dos mais importantes fatores de incentivo à expansão desta rede.”.

Amarante (2010, p. 90) arremata esta temática afirmando que “nunca é demais advertir para o risco de institucionalização das residências. Para que seja possível evitar este destino, é preciso ter em mente, todo o tempo, que se trata de casas, e recusar cotidianamente as tendências à banalização, repetição, padronização de atitudes ou de ‘serialização’ (como nos aponta Sartre). Devemos lembrar que o dia-a-dia deve ser de uma casa!”.

A primeira função das residências terapêuticas é promover a moradia dessas pessoas, que muitas vezes são desinstitucionalizadas e não têm onde viver, ou ainda as que já viviam nas ruas por não ter capacidade de manter um trabalho e uma casa em razão do transtorno sofrido.

Vejamos um exemplo concreto no qual uma pessoa, por viver nas ruas e não possuir apoio familiar, viu negada a sua apelação para seguir o tratamento ambulatorial e, em vez disso, foi sentenciada ao cumprimento de uma medida de segurança de internamento (TJ-DF – Apelação Criminal APR 20110110284758 DF 0008327-76.2011.8.07.0001 (TJ-DF)).

De acordo com a cartilha do Ministério da Saúde (2004b, p. 6), “o suporte de caráter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe da atenção básica, sejam outros profissionais) deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores. O acompanhamento a um morador deve prosseguir, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado.”.

Outra função dessas residências é promover o apoio necessário para que os moradores realizem as tarefas, solucionem os conflitos, ou seja, estejam aptos para dirimir os conflitos quotidianos de habitar e circular na comunidade de forma autônoma, buscando sempre a progressiva inclusão social desta pessoa.

Como Weber (2012, p. 21) explica, “são conjuntos de casas, uma fileira para os moradores da vila, outra para os doentes mentais desospitalizados”, o que realça o caráter extremamente integrador deste modelo terapêutico, no qual os ex-pacientes vivem literalmente lado a lado com as demais pessoas da comunidade.

O artigo 4º da Portaria nº 106/2000 destaca o caráter terapêutico da iniciativa quando determina: “estabelecer que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes: a. Ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social; b. Ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários; c. Respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.”.

Como já foi mencionado anteriormente, existe sempre a possibilidade de a pessoa, ao ser desinternada, sentir-se deslocada e até

insegura. Para que sejam evitadas experiências negativas são montadas estratégias entre os moradores e os diversos profissionais, de maneira que seja estabelecido um vínculo de confiança entre os moradores, os profissionais e a proposta do serviço.

O acompanhamento terapêutico é um elemento de vital importância no retorno à comunidade e se deve ir adaptando às necessidades em constante evolução de cada morador que, ao tornar-se cada vez mais independente, requer novas formas de acompanhamento.

d) Cooperativas, Centros de Convivência e Empresas Sociais

A ideia do trabalho terapêutico teve origem na proposta de criação das «colônias de alienados». Amarante (2010) conta-nos uma história que supostamente aconteceu no século VI, na Irlanda. Diz-se que uma princesa, para escapar ao casamento forçado com seu próprio pai, viúvo, fugiu para a Bélgica. Ao ser encontrada, recusou-se ao casamento e, em razão disto, foi decapitada em praça pública.

Não obstante, um enfermo psíquico presenciou a cena e surpreendentemente recuperou a sanidade mental. Por este feito a princesa teria sido canonizada pelo Vaticano e intitulada a Santa Protetora dos Insanos (Santa Dymphna). Posteriormente, no aniversário de sua morte, foram organizadas romarias com a participação dos doentes e seus familiares, à procura de uma cura milagrosa.

Como os «milagres» não aconteciam imediatamente, os doentes eram deixados na aldeia, à cura dos aldeões, até a chegada do próximo aniversário, da próxima romaria. Durante o período em que permaneciam nas aldeias os doentes começaram a trabalhar no campo e a progredir na sua recuperação, através do trabalho, que passou a ser considerado terapêutico.

As cooperativas, os centros de convivência e as empresas sociais tiveram início com o entendimento, por parte de Basaglia, de que o trabalho

realizado pelo paciente internado no hospital o ajudava a recuperar, contudo, entendia que este trabalho também deveria ser remunerado ao invés de ser considerado voluntário.

Birman & Costa (2008); Leff & Warner (2008) referem, em situações distintas, a melhoria de vida trazida pelo trabalho aos pacientes psiquiátricos, ressaltando que retirá-los da posição passiva de pacientes, submissos ao tratamento, estrutura seu o dia-a-dia, aumenta a autoestima e ainda proporciona a independência financeira, elemento essencial à vida de um adulto.

Rotelli (2008, p. 158) critica a metodologia inglesa de cooperativas, pois “não se pode nunca trocar o trabalho pela liberdade. Por exemplo, nos hospitais psiquiátricos ingleses existem programas que dizem que quanto mais cedo e melhor você aprender a trabalhar, mais cedo você pode sair do manicômio. Existem escalas de avaliação disto, e isto se chama trocar trabalho com liberdade, e eu acho que isso não pode ser terapêutico.”.

Ele refere que na Itália, enquanto funcionavam os hospitais como o de Gorizia, era utilizada a Ergoterapia, que consistia basicamente em fazer com que os pacientes realizassem trabalhos necessários à manutenção do estabelecimento sem qualquer referência ao trabalho como trabalho, e que o «pagamento» era normalmente efetuado com troca por cigarros. E continua: “ou seja, o trabalho é um direito do cidadão, não pode ser transformado em tratamento. Embora – repito – possuir um trabalho, possuir um salário, é um elemento em Saúde Mental na nossa sociedade. Então nós fizemos um contrato, nós constituímos a primeira cooperativa e fizemos um contrato de aliança com a administração, para que esse trabalho fosse reconhecido como trabalho; o trabalho de limpeza – portanto, pago – com um contrato e com uma relação entre esta cooperativa e a administração que fornecia este trabalho.”. (Rotelli, 2008, p. 156).

Basaglia enfrentou um impasse, em 1973, em Trieste, que culminou na ‘primeira greve de loucos’ – conforme refere Amarante (2010) –, com a desinternação dos referidos pacientes e a consequente contratação de trabalhadores para cumprir as funções antes desempenhadas pelos pacientes.

Mais tarde, a OMS decidiu apoiar a iniciativa dos *Lavoratori Uniti* e aprovou uma lei que sanciona a criação das cooperativas sociais, com a finalidade de promover trabalho aos sofredores de transtornos psiquiátricos e, a partir desta atitude, a Comunidade Europeia terminou por apoiar financeiramente esta iniciativa, agora chamada de Empresa Social.

De acordo com o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ONU), no seu artigo 6º, §1, “os Estados Membros no presente Pacto reconhecem o direito de *toda pessoa* de ter a possibilidade de ganhar a vida mediante um trabalho livremente escolhido ou aceito e tomarão medidas apropriadas para salvaguardar esse direito.”. (Grifo nosso).

No artigo 7º é referido que “os Estados Membros no presente Pacto reconhecem o direito de *toda pessoa* de gozar de condições de trabalho *justas e favoráveis*, que assegurem especialmente: 1. Uma remuneração que proporcione, no mínimo, a todos os trabalhadores; 2. Um salário equitativo e uma remuneração igual por um trabalho de igual valor, *sem qualquer distinção*; em particular, as mulheres deverão ter a garantia de condições de trabalho não inferiores às dos homens e perceber a mesma remuneração que eles, por trabalho igual; 3. Uma *existência decente* para eles e suas famílias, em conformidade com as disposições do presente Pacto; 4. Condições de trabalho seguras e higiênicas; 5. Igual oportunidade para todos de serem promovidos, em seu trabalho, à categoria superior que lhes corresponda, sem outras considerações que as de tempo, de trabalho e de capacidade; 6. O descanso, o lazer, a limitação razoável das horas de trabalho e férias periódicas remuneradas, assim como a remuneração dos feriados.”. (Grifo nosso).

Nas Empresas Sociais o trabalho não é apenas uma atividade terapêutica, mas uma estratégia de autonomia e emancipação social, que insere os indivíduos no mercado econômico, a fim de promover a dignidade da pessoa humana e a sua integração social.

Ornelas (2007) assente que a estruturação do suporte oferecido e das estratégias de integração do indivíduo são essenciais ao seu sucesso profissional. Já não há mais espaço para investir na melhora institucional;

agora é tempo de preparar os indivíduos para uma vida «do lado de fora», uma vida com qualidade, e não uma mera sobrevivência.

Leff & Warner (2008, p. 161) apresentam o exemplo de um paciente desinternado que conseguiu um emprego, e deste relato é possível perceber a melhora na qualidade de vida e o aumento da sua autoestima: “Alarguei meus horizontes. Estou diariamente a ganhar confiança e alguma segurança a nível financeiro – não é muito, mas estou a ganhar qualquer coisa. Peguei no meu primeiro cheque-ordenado – foi o meu primeiro em sete anos – e emoldurei-o. Fotocopiei-o porque tinha de o depositar, mas pus a cópia numa moldura em minha casa. Depois preenchi um cheque pessoal e coloquei-o numa moldura mais pequena. Sinto-me ligado à sociedade porque trabalho. Estou a fazer amigos por isso o meu isolamento é agora limitado. Posso isolar-me durante um fim-de-semana, mas é mais ou menos como um período de recuperação.”.

Fontes [et al.] (2013) também suportam essa posição e afirmam que quando os pacientes são desinstitucionalizados sem uma rede de apoio, muitas vezes apresentam resultados negativos, tais como a falta de abrigo, de trabalho, de suporte humano, de afeto e cuidado, podem experimentar dependência ao álcool e/ou outras drogas e abandono da medicação.

No entanto, ao oferecermos a oportunidade de trabalho não podemos sufocar essa pessoa; é preciso respeitar a capacidade e a velocidade de transição de cada um, pois, se por um lado o trabalho é altamente gratificante, por outro, se não for supervisionado por alguém que tenha esta sensibilidade, pode ser um fardo mais pesado que a pessoa possa aguentar.

Nas palavras de Alves (2001, p. 78), “o ideal deve ceder lugar ao que é exequível e realista para cada situação particular”, reforçando a ideia de que algumas atividades demasiado competitivas podem aumentar a ansiedade e o sentimento de inaptidão para o trabalho, reduzindo a autoestima, podendo até retroceder na recuperação.

Como referido anteriormente por Rotelli (2008), é muito importante preservarmos o *direito ao asilo*, pois pode acontecer que qualquer pessoa, ainda que nunca tenha sido utente dos serviços de saúde mental, necessite de

auxílio e um tempo consigo própria a fim de redimensionar a vida, e isso não faz dela pior que os outros, tampouco este retiro quer dizer internamento. É, somente, um momento de repouso e organização interna, a que todos temos direito.

e) Programa de Volta para Casa

"A comunidade, aos poucos, foi enxergando o ser humano por trás da deficiência que os fazia babar ou passar o dia balançando o corpo de frente para trás. (...) A comunidade passou a chamar cada um pelo nome, a não atravessar mais a rua."

(Arbex, 2013, p. 110).

Temos, por fim, o Programa de Volta para Casa (criado pela Lei nº 10.708/2003), que é considerado um dos mais efetivos para a reintegração na comunidade de pacientes que passaram longos períodos institucionalizados.

As iniciativas de desinstitucionalização e reinserção do indivíduo na comunidade devem ser utilizadas em simultâneo, não ficando o indivíduo adstrito a uma só estratégia, inclusive porque quanto mais ele se envolver nos variados programas e na comunidade, mais rapidamente será integrado. O Relatório de Gestão 2003-2006 (2007) refere que o Programa de Volta para Casa proporcionou o retorno ao lar de um número bastante significativo de utentes.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005, p. 17), "o objetivo do Programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais, aproximadamente 110 dólares) aos seus beneficiários."¹³

¹³ O valor do benefício foi reajustado para R\$ 320,00 (trezentos e vinte reais) de acordo com a Portaria nº1.954/2008.

Leff & Warner (2008), acompanhados por McCrone & Thornicroft (1997, citados por Leff & Warner, 2008), ao se referirem aos benefícios recebidos pelos doentes, reforçam que “mesmo nos países mais desenvolvidos, as quantias semanais pagas quase não chegam para as despesas básicas do dia-a-dia, e as barreiras burocráticas aos benefícios desejados são de tal maneira grandes que mais de metade dos doentes qualificados para receber apoios sociais não está a receber a quantia total a que tem direito.”.

Somos da opinião que a iniciativa é altamente válida, contudo o valor estipulado é extremamente baixo para que possa suprir as necessidades do beneficiário. Compreendemos que ao considerar o número de beneficiários, para o Estado o valor é vultoso, todavia, conforme determina o Ministério da Previdência Social, a partir de 01 de Janeiro de 2012 (Portaria nº 02, de 6/1/2012), o benefício auxílio-reclusão (“devido aos dependentes do segurado recolhido à prisão, durante o período em que estiver preso sob regime fechado ou semi-aberto”) é de, no máximo, R\$ 915,05, valor substancialmente superior ao conferido aos egressos dos hospitais.

Confessamos não compreender a razão de todas as vezes em que comparamos as situações dos presos com a dos pacientes institucionalizados, ou os que deixaram de o ser, a situação destes últimos é menos favorecida, seja pelo valor do benefício recebido ou pelo desrespeito ao preceito constitucional de não haver prisão perpétua, e confirmamos a crença em que o preceito não se referia exclusivamente às penas de prisão, mas às sanções penais em sentido lato. Temos também consciência de que o valor do benefício auxílio-reclusão não será remetido para o preso, e sim para sua família, mas ainda assim entendemos ser deveras desproporcionais os valores dos benefícios.

Conforme percebemos através de Arbex (2013, p. 54), apesar de o valor do benefício ser baixo, já tem início o processo de empoderamento das pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos: “empoderadas financeiramente, Sônia e Terezinha passaram a consumir. O mesmo aconteceu com os outros 160 pacientes que ocupam as vinte e oito residências terapêuticas existentes

em Barbacena. A injeção de recurso na economia seduziu o comércio local. *De lá para cá, os loucos que tanto envergonhavam a cidade passaram a ser disputados por vendedores e lojistas.*” (Grifo nosso).

4.7. A renúncia do poder centralizado na Justiça em favor da Saúde

“A recuperação de uma doença mental é mais do que livrarmo-nos dos sintomas e permanecer fora de um hospital. É reconquistar o sentido de identidade e de pertença e o sentido da vida.”

(Leff & Warner, 2008, p. 18).

De acordo com os ensinamentos de Passos (2009, p. 59), “o movimento francês, protagonizado por uma elite intelectual de psiquiatras bem pensantes e preocupados em construir novos princípios de tratamento para as doenças mentais, guarda certa autonomia, em uma luta constante, e em grande parte perdida, *para garantir que a política de saúde mental não saia das mãos legítimas de psiquiatras comprometidos com a prática profissional, para cair em mãos suspeitas de uma elite administrativa.*” (Grifo nosso).

Já foi bastante debatida a questão de desconstruir o poder dado à psiquiatria como forma de construir um conhecimento ecológico, que envolve não só o corpo técnico, mas também os próprios pacientes, as suas famílias e a comunidade. Sob esse prisma o paciente sai da posição de objeto de estudo e passa a interagir com as experiências que ele próprio, juntamente com a equipe, está passando.

Nesta seção serão tratadas estruturas de programas de tratamento que utilizarão estratégias terapêuticas tais como as referidas no ponto ‘centros de atenção psicossocial’. Pelo fato de no item anterior termos tratado de iniciativas que ainda estão tuteladas pela justiça, foi feita esta cisão, uma vez que o ponto a seguir trabalha numa interface mais colaborativa entre a justiça e a saúde, em esquema de cooperação, e não mais a simples tutela.

4.7.1. Portugal

Conforme o posicionamento anteriormente expressado, apesar de no ano de 2012 ter havido a Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental, ainda não houve uma maior abertura para o Ministério da Saúde ter voz mais ativa no que se refere ao tratamento dos utentes dos serviços de saúde mental, ficando totalmente dependente do Ministério da Justiça.

Antes pelo contrário: o que temos percebido é o retorno de pacientes que já estavam inseridos na comunidade – internados em centros e que eram recebidos pelos vizinhos como visita e inclusive fazerem as refeições – aos hospitais mais centralizados, como ocorreu com os hospitais do Lorvão e de Arnes, cujos pacientes foram transferidos – e desarticulados da comunidade – para o Hospital Sobral Cid. Adicionalmente, os centros de saúde não estão preparados para receber os pacientes egressos do internamento compulsivo, conforme explicado por uma médica do serviço, através de informação dada por meio informal.

Por esta razão não teceremos maiores considerações, tendo em vista que no Brasil foram desenvolvidos dois programas de maior repercussão e aceitação, como mais adiante será exposto, e o mesmo não ocorreu em Portugal.

4.7.2. Brasil

Não obstante os seguintes Programas não estarem em funcionamento em todo o país *formalmente*, em todos os Estados da Federação há Programas explicitamente baseados nesses, como é o caso da Bahia, Pernambuco, Rio de Janeiro, São Paulo, etc. Ademais, esses Projetos encontram-se, no momento, em vias de expansão formal para todo o território nacional.

a) Programa Novos Rumos (PAI-PJ)

“É preciso lembrar que, antes do ato criminoso, existe uma longa trajetória de sofrimento mental. O crime é uma consequência dessa história. No entanto, mesmo diante de um ato trágico, é possível apostar que essa pessoa é capaz de outras respostas em sua convivência social.”.

(Resende, 2010, p. 7).

No final do ano de 1999 teve início uma mobilização no setor da saúde mental com vistas a tornar pública a violação dos direitos fundamentais dos pacientes psiquiátricos que se encontravam institucionalizados, bem como procurar alternativas mais inovadoras e humanizadoras para o seu tratamento.

De acordo com o artigo 7º da Resolução nº 633/2010, do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, “o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, PAI-PJ, tem por objetivo assessorar a Justiça de Primeira Instância na individualização da aplicação e da execução das medidas socioeducativas, penas e medidas de segurança aos pacientes judiciários, conforme o disposto nesta Resolução. Parágrafo único – Considera-se paciente judiciário, para os fins desta Resolução, o indivíduo em situação de sofrimento psíquico que seja: I – indiciado, réu ou sentenciado em processo criminal; II – adolescente autor de ato infracional.”.

Também ano de 1999 Barros-Brisset iniciou uma pesquisa sobre a “situação jurídica, clínica e social de 15 processos criminais envolvendo loucos infratores, na Comarca de Belo Horizonte.”. Esses casos deveriam ser acompanhados por uma equipe multidisciplinar (artigo 10 da Resolução nº 633/2010) a fim de “identificar os principais problemas em torno do tratamento jurisdicional aplicado ao louco infrator”, bem como “desenhar um projeto de acompanhamento dos casos na rede pública de saúde, buscando construir uma mediação entre o tratamento e o processo jurídico.”. (2010, p. 20-21).

Ao mesmo tempo em que foram verificadas violações aos direitos fundamentais dos pacientes internados, como a precariedade das condições de vida e do próprio tratamento, foi percebida também a superlotação do único

manicômio judiciário do Estado e o conseqüente desvio dos que seriam os novos internos para os hospitais da rede pública de saúde. Diante dessa nova demanda para os hospitais da rede pública foi percebida uma tensão entre os hospitais e a justiça criminal, que determinava o cumprimento da medida de segurança, num momento em que a intenção era desinternar.

Em razão dessa tensão foi composta uma comissão que tinha por escopo analisar os casos provenientes da Justiça e oferecer acompanhamento clínico e social direcionado a cada paciente individualmente, em consonância com os princípios da luta antimanicomial. Com isso foi sendo criado um projeto de tratamento baseado na troca de informações dos múltiplos profissionais envolvidos e na prática clínica daqueles casos, permitindo que fosse moldado de acordo com a singularidade clínica e social do paciente e, ao mesmo tempo, tendo em atenção à validade jurídica daquela proposta, todavia não mais aceitando como opção viável o isolamento deste paciente.

Barros-Brisset (2010, p. 23) explica que “a experiência que inventávamos presumia que a solução se apresentaria *no espaço da convivência e não no silêncio do isolamento consentido pela presunção da periculosidade*. A lógica era outra. Precisariamos recolher da convivência o que ali poderia se apresentar como uma pista sobre o que provocava o embaraço, o que despertava sua angústia, que artifícios e soluções o acalmavam... Eram as respostas de sujeito que serviriam de guia quanto a uma possível via de construção de um laço social razoável, no tempo em que era acompanhado por muitos, antes e durante o cumprimento da sentença.”. (Grifo nosso).

No curso dessa pesquisa foi percebido que apesar de os pacientes não estarem cumprindo uma medida retributiva, alguns demonstravam a necessidade de sentir-se responsáveis pelo fato que praticaram, no sentido de quitar o seu mal praticado com a sociedade e, assim, libertar-se do peso do seu ato, uma vez que «pagaram» por ele como qualquer outra pessoa.

Com relação a isso, Barros-Brisset (2010, p. 31) afirma que “a possibilidade de responder pelo crime cometido é uma condição humanizante, um exercício de cidadania que aponta para a responsabilidade e para a

capacidade do sujeito de se reconhecer como parte de um registro normativo que serve para todos.”.

Essa atitude demonstra também uma conexão com a comunidade, uma vontade de voltar a fazer parte dela quando o tratamento terminar. Barros-Brisset (2010, p. 24) apresenta como exemplo um paciente que “escrevia nuns papezinhos pequenos relatos do seu crime, da sua esquisitice; dizia que escrevia para não esquecer quando fosse falar com o juiz. (...) Em cada um daqueles casos, foi aparecendo aos poucos, com a extensão do tempo de convivência entre nós, um sujeito novo, vivo, capaz de, ao seu modo e na sua medida, surpreender com suas respostas de sociabilidade.”.

Concordando com a autora, Mattos (2006, p. 148) levanta as seguintes questões: “não seria «menos ruim» a responsabilização do portador de sofrimento mental infrator? Por que a manutenção do binômio punição e tratamento, se apenas se estabelece a punição e a custódia para sempre?”. O autor questiona a responsabilização do portador de sofrimento mental com a finalidade de deixar de alienar, «coisificar» esses indivíduos, e Selmini (1998) adiciona que a doença mental não exclui nem diminui a imputabilidade, e continua afirmando que deveria ser revogada a perícia psiquiátrica fazendo, desta forma, desaparecer o conceito de perigosidade.

Na nossa perspectiva esta foi como uma figura de linguagem e em absoluto deve ser revogada a perícia psiquiátrica, no entanto concordamos com o autor no ponto em que deveria ser abolido o conceito de perigosidade, ainda mais quando este se funda na simples presença de uma psicopatologia e nada mais.

Karam (2004, p. 9) arremata afirmando que “a «periculosidade» do inimputável é uma presunção, que não passa de uma ficção, baseada no preconceito que identifica o «louco» – ou quem quer que apareça como «diferente» – como «perigoso».”.

Em Março de 2000 a Corregedoria do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais implementou o projeto-piloto de tratamento, que continuaria

acompanhando os 15 pacientes participantes da pesquisa e também os novos casos.

Barros-Brisset relata que um paciente, ao saber que seria desinternado, preocupou-se com a sua imposta perigosidade e revelou que sentia necessidade de acompanhamento «do lado de fora» caso houvesse uma situação de perigo. Esse caso só reforça o que Rotelli já afirmava sobre o direito ao asilo, e que se uma pessoa sentir necessidade de cuidados e de uma readaptação à comunidade acompanhada, que assim seja.

Em Abril de 2001 foi promulgada a Lei nº 10.216 e em Dezembro do mesmo ano o Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais transformou esse projeto-piloto em um programa (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ), tendo o reforço da Lei na sua estruturação.

A partir do seminário nacional realizado em Junho de 2002 – *A atenção ao louco infrator: uma questão de Justiça* – foram estabelecidas parcerias com o escopo de afirmar o espaço do paciente psiquiátrico na comunidade, sendo Belo Horizonte a primeira cidade do país a oferecer tratamento psiquiátrico ao paciente no seio da comunidade.

Esse novo olhar para o paciente psiquiátrico é um elemento facilitador da visão da pessoa por trás desse rótulo de inimputável, mas também portadora do direito de manter a sua singularidade e ser tratada como indivíduo, não mais como um grupo ou um tipo de pessoa.

Este projeto tem como objetivo diminuir a violência porventura experimentada pelos pacientes psiquiátricos nas instituições, bem como promover o seu acesso a um esquema de tratamento especificamente desenvolvido para ele por uma equipe multidisciplinar, fazendo com que a execução da medida – que por fim é uma medida penal – seja dinâmica e que garanta que o indivíduo retorne ao pleno convívio com a comunidade e que esta também se sinta confortável e segura ao recebê-lo.

A autora reporta que “atualmente, dos 266 pacientes judiciários acompanhados pelo programa, 210 estão cumprindo sua medida em casa, fazendo seu tratamento na rede aberta da cidade e demonstrando pública e

juridicamente a sua responsabilidade para com a sua liberdade. São casos que, sem a intervenção dessa rede ampliada de atenção ao louco infrator, que se articula através da secretaria do PAI-PJ, estariam enclausurados no manicômio judiciário, com um diagnóstico de altíssima periculosidade, ou abandonados nas delegacias ou penitenciárias, por ausência de vaga no hospital de custódia. A experiência da loucura ensina ao Direito a vastidão das possibilidades do ser humano, desde que seja tratado com respeito e dignidade, possibilitando o exercício dos seus direitos, garantindo-lhe acesso aos serviços básicos de saúde e assistência social.”. (Barros-Brisset, 2010, p. 43).

Resende (2010) também acredita na eficácia do programa ao ponto de afirmar não haver reincidência nos casos acompanhados pelo PAI-PJ e reforça que o envolvimento da família e da comunidade nesse processo é vital.

b) Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)

O PAILI foi uma iniciativa que teve como inspiração o PAI-PJ, e “a experiência do PAI-PJ ensina que as soluções relativas ao tratamento do louco infrator não se encontram na forma autônoma nem podem ser postas em prática a poucas mãos; exigem o comprometimento coletivo dos diversos atores que atravessam seu campo de intervenção. É assim que tem sido possível, nos dez anos de funcionamento do PAI-PJ, manter como prioridade absoluta que o tratamento dos loucos infratores seja realizado na rede SUS, seguindo os princípios orientadores de atenção psicossocial ao portador de sofrimento mental, desenhados pelo Ministério da Saúde.”. (Barros-Brisset, 2010, p. 39).

Haroldo Caetano da Silva, Promotor de Justiça no Estado de Goiás foi o incitador do inquérito civil público que se ocupou das pessoas submetidas à medida de segurança de internamento recolhidas em um estabelecimento prisional – algumas há décadas –, que culminou no chamado Incidente de Excesso de Execução (Artigo 185 da Lei de Execuções Penais).

Desse incidente surgiram duas decisões históricas no Tribunal de Justiça daquele Estado: a primeira (1999) proibia novos internamentos no estabelecimento prisional, e a segunda (2000) determinou a libertação dos pacientes psiquiátricos que se encontravam ilegalmente naquele estabelecimento. Contudo, apesar dessas decisões terem um resultado imediato grandioso, ainda não se sabia o que fazer com os novos casos que fatalmente apareceriam.

Com o advento da Lei nº 10.216/2001, algumas das propostas que haviam sido pensadas tiveram maior possibilidade de serem postas em execução e com isso teve início, em 2003, o PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator), na altura somente como uma forma de contabilizar as medidas de segurança aplicadas no Estado de Goiás.

A partir dos dados recolhidos e da sua análise, foi percebido que a situação encontrada não poderia permanecer daquela forma. Assim foi instituído o PAILI que, segundo Silva (2009, p. 19), “supervisiona o tratamento conferido ao paciente nas clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, ao mesmo tempo, *faz mediação entre o paciente e o juiz, em canal direto de comunicação que favorece, simplifica e desburocratiza o acesso permanente à justiça.*”. (Grifo nosso).

Foi compreendido que este problema pertencia mais à esfera da saúde pública do que da segurança pública, como vinha sendo lido, e essa mudança de perspectiva foi o ponto de partida para que se mudassem também as medidas cabíveis aos casos que se apresentavam.

Em Outubro de 2006 foi assinado o convênio de implementação do Programa, que permitia que os profissionais das equipes multidisciplinares dos serviços pudessem fazer uso da terapêutica mais indicada a cada caso, sendo acompanhados pelos profissionais do Programa, que proporcionava o envolvimento entre o sistema de saúde mental e os familiares.

Esse Programa, criado pela Portaria nº 19/2006-GAB/SES, trouxe melhorias realmente fascinantes para o cuidado do paciente com transtornos mentais, pois essa ruptura com a dependência de decisões judiciais, para além

de acelerar o processo de início, meio e fim do tratamento, ao manter o sujeito na comunidade, não o retira do seu meio, permitindo que ele receba o tratamento de que precisa sem ser isolado, o que resulta na maior adesão por parte dos pacientes que, por não serem mais segregados, não evitam o tratamento.

Aqui, para além de ser oferecido o cuidado em meio comunitário, é estimulada a participação da família, que não só entenderá melhor a doença do seu parente como compreenderá melhor as suas necessidades, buscando evitar aquela emoção expressa de que falamos anteriormente.

Silva (2009, p. 20) ilustra o papel revolucionário do PAILI quando refere que “com autonomia para realizar as rotinas de atendimento ao paciente, a equipe do Programa faz a mediação com o juiz e o sistema penitenciário, com a rede de atenção em saúde mental e, neste particular, coloca a pessoa submetida à medida de segurança no ambiente universal e democrático do Sistema Único de Saúde, *sem distinção de outros pacientes, o que favorece de sobremaneira a almejada inclusão à família e à sociedade.*”. (Grifo nosso).

Silva (2010) lembra que uma vez que a medida de segurança de internamento decorre de uma decisão judicial, sob esta perspectiva a execução da medida ainda fica a cargo do juiz da Vara de Execuções Penais, todavia, a real execução da medida é encarregada ao psiquiatra, que é o profissional habilitado a compreender tanto a patologia como as necessidades dela decorrentes, de que forma o tratamento será levado a termo e sugerirá quais outros profissionais da área de saúde mental deverão participar do tratamento.

Este Programa tem tido tanto sucesso na sua execução que no ano de 2009 foi vencedor do Prêmio Innovare, que galardoia os juristas que contribuem para a modernização da Justiça Brasileira através da comprovação das suas práticas inovadoras com os resultados obtidos e tem como requisitos de avaliação a eficiência, a celeridade, a qualidade, a criatividade, a praticidade, o ineditismo, a exportabilidade, a satisfação do usuário, o alcance social e a abrangência territorial, o que demonstra a excelência do programa, que teve todos esses critérios analisados e superados.

De uma maneira geral, o PAILI tem sido reconhecido ao nível nacional como um programa de referência, nomeadamente nos Estados de Pernambuco e Espírito Santo.

No Estado de Pernambuco, o Promotor de Justiça Marcellus Ugiette (2012), em comunicação ao Portal da Saúde, refere que “é claro que cada Estado tem suas peculiaridades, mas queremos aproveitar a experiência do Paili, conhecer os seus acertos e aquilo que não deu certo para implantar um programa no nosso Estado. Temos no Paili o espelho de sucesso na área”, reforçando o interesse do Programa não só pela sua comunidade de origem.

No Estado do Espírito Santo foi realizado, em 14 de Novembro de 2012, o 2º Encontro Estadual dos Conselhos da Comunidade, onde foi discutido o Programa e a sua possível utilização.

De acordo com a notícia divulgada no Portal da Saúde (2012), “membros de outros Estados já vieram a Goiânia conhecer a proposta terapêutica do Paili e a Bahia começou a implantar um sistema semelhante”, marcando de uma vez por todas a utilidade e excelência do programa.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO V

Análise, Tratamento e Discussão dos Dados

“Mentiras e hipocrisia não resolvem problema algum. Doença mental não é motivo de vergonha, não pode ser estigma para ninguém, trata-se de uma enfermidade como outra qualquer.”.

(Gullar, 2009, s.p.).

A questão do internamento compulsivo em decorrência da declaração de inimputabilidade em razão de anomalia psíquica no curso de um processo criminal já vem sendo trabalhada há algumas décadas, contudo, um trabalho que investigasse a eventual relação entre a patologia e o fato nas populações portuguesa e brasileira ainda não havia sido apresentado.

Desta forma, neste capítulo da presente tese, serão expostas as análises realizadas a fim de apresentar os diagnósticos e os fatos ilícito-típicos encontrados e em qual proporção cada uma das categorias de diagnósticos e fatos apareceu, bem como a proporção de ocorrência dos fatos ilícito-típicos específicos e a sua dependência às psicopatologias presentes, considerando se há coincidência ou não nos diagnósticos e fatos praticados nos dois países. Adicionalmente, será analisada a proposta de tratamento atualmente oferecido e a medida de cuidado que tem sido aplicada nas populações da amostra.

5.1. Problema, hipóteses e objetivos da tese

O problema em estudo na presente tese centra-se na questão: quais são os limites, configurações e desafios da exclusão no internamento? Para responder a essa pergunta será necessária uma análise interligada do enquadramento teórico e dos dados apresentados, uma vez que alguns pontos carecem de uma fundamentação mais teórica e outros de uma demonstração mais prática.

Os objetivos principais da presente tese são: (1) estudar a composição das populações delimitadas, considerando os fatos ilícito-típicos praticados, assim como os diagnósticos atribuídos; (2) verificar a proporção de cada uma das categorias de diagnósticos e fatos em ambas as populações; (3) a proporção entre cada psicopatologia específica e um fato ilícito-típico, analisando se existe coincidência nos diagnósticos e fatos praticados nas populações portuguesa e brasileira; (4) conhecer as condições de aplicação da medida de segurança de internamento; (5) discutir a premissa de que o tratamento em ambiente comunitário seria mais benéfico para o paciente do que o tratamento em ambiente institucional.

Procurar-se-á testar as seguintes hipóteses: (1) a proporção de ocorrência entre os fatos ilícito-típicos praticados é igual nos dois países; (2) a proporção de ocorrência entre as psicopatologias dos indivíduos internados é igual nos dois países; (3) a proporção de ocorrência dos fatos ilícito-típicos na amostra varia com a presença de uma psicopatologia específica; (4) apesar de a legislação dos dois países em estudo incentivarem que o tratamento seja realizado em ambiente comunitário, a resposta judicial ainda é o internamento.

5.2. Características da amostra e procedimentos da recolha de dados

Na presente investigação foram analisados cerca de 7.000 processos, dos quais interessou selecionar os que constam o assunto *supra* referido, tendo sido excluídos da amostra os casos nos quais o indivíduo submetido à perícia não foi considerado inimputável em razão de anomalia psíquica, tendo sido considerado plenamente capaz ou tendo sua capacidade diminuída, ou que o relatório pericial era relativo à cessação de perigosidade de algum paciente já internado, e cujo parecer referia-se à possibilidade de saída da instituição. Outros motivos de exclusão referiam-se a casos de tutela de um menor, perícias relativas à superveniência de doença mental em razão de acidente de trabalho ou, ainda, quando esta estava relacionada à dependência de estupefacientes sem haver comorbidade.

A amostra para o presente estudo é assim constituída por 302 indivíduos e foi obtida por conveniência, através da análise documental que se cristalizou na recolha de informações dos relatórios periciais psiquiátricos, sendo composta por indivíduos de ambos os gêneros, em idade adulta, compreendida entre 19 e 80 anos, tendo sido divididos em razão do país da prática das infrações penais e conseqüente institucionalização, sendo estes países Portugal e Brasil.

Em ambos os países a perícia psiquiátrica foi requerida pelos Tribunais em casos de prática de infrações penais nos quais há a suspeita de doença mental por parte do autor da infração, havendo a possibilidade de este ser considerado inimputável, ou seja, incapaz de sofrer uma pena privativa de liberdade em razão do crime praticado, sendo a ele reservada, em seu lugar, a medida de segurança de internamento, que será cumprida em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.

É exatamente este o caso que nos interessa investigar: os indivíduos que foram diagnosticados como padecedores de uma psicopatologia e que praticaram infrações penais, sendo, em razão desta situação especial, declarados inimputáveis em razão de anomalia psíquica, e institucionalizados, isto é, não são (formalmente) presos.

Uma vez que a recolha de dados foi realizada em regiões determinadas, não pode ser generalizada para a população em geral. O Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) de Coimbra foi o local designado para a recolha dos dados em Portugal, e no Brasil, sob a competência da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) Heitor Carrilho, no Rio de Janeiro.

No INML são realizadas perícias na clínica forense no âmbito do Direito Penal, Direito Civil, Direito do Trabalho e Direito Administrativo, sendo ainda realizados exames periciais complementares, tais como ortopédicos, neurológicos, psiquiátricos e psicológicos, dos quais são do nosso interesse as perícias relativas ao Direito Penal e os exames periciais complementares neurológicos, psiquiátricos e psicológicos.

Já no HCTP Heitor Carrilho, por ser um hospital que cuida especificamente de pacientes com transtornos mentais, os exames realizados estão adstritos ao foro neurológico, psiquiátrico e psicológico, sendo as outras perícias, como as de Direito Civil ou do Direito do Trabalho, realizadas em local determinado pelo Juízo, sempre fora dos limites deste hospital.

Relativamente ao ponto de corte da recolha de dados, em Portugal foram compreendidos os anos de 2005 a 2009, inclusive, tendo sido, contudo, no Brasil, compreendidos os anos de 2007 a 2009, inclusive. O fato de o período analisado no Brasil ter sido inferior ao período trabalhado em Portugal não teve relevância relativamente ao número de processos analisados, tendo o número sido superior no Brasil, ainda que em período de tempo inferior: N = 192 no Brasil e N = 110 em Portugal. Lembramos que a área geográfica abrangida pelo HCTP Heitor Carrilho é bastante superior à área abrangida pelo INML da região centro de Portugal, o que ajuda a compreender esta diferença entre os números.

5.3. Instrumento de recolha de dados

Para a recolha de dados foi elaborado um questionário (ver anexo) no qual constam as seguintes variáveis:

- Gênero: variável organizada em dois grupos: sexo masculino e sexo feminino;

- Idade¹⁴: variável subdividida em quatro categorias: «menores de 27 anos, inclusive», «entre 28 e 42 anos», «entre 43 e 57 anos» e «maiores de 58 anos, inclusive»;

¹⁴ Após a recolha dos dados, optamos por dividir a idade em faixas etárias para determinar o período da vida em que o sujeito se encontra sem dispersar os resultados. Estes valores são referentes à amostra total, determinados pela média e desvio padrão das idades exatas; o mesmo método foi utilizado para determinar as faixas etárias em Portugal e no Brasil.

- Estado Civil: variável subdividida em três categorias: «solteiro(a)», «casado(a)/convivente», «divorciado(a)/viúvo(a)»;

- Atividade profissional: variável subdividida em duas categorias: «ativo» e «não ativo»;

- Nível de escolaridade: variável organizada em quatro categorias, classificando os indivíduos como: «analfabetos», «ensino básico», «ensino secundário» e «ensino superior»;

- País: variável subdividida em duas categorias: «Portugal» e «Brasil».

- Fato ilícito-típico praticado: variável subdividida em cinco categorias, tendo sido selecionados apenas os tipos que foram encontrados na amostra: «Contra a pessoa»: homicídio; ofensas corporais; liberdade individual (sequestro e cárcere privado); «Contra a propriedade»; «Contra a liberdade sexual» (violação; ato obsceno); «Contra a administração pública» (peculato, corrupção, prevaricação, abandono de função); «Contra a população em geral» (tráfico de estupefacientes; delitos estradais; posse ilegal de armas).

- Diagnóstico: variável subdividida em seis categorias, de acordo com a nomenclatura definida pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (1993), tendo sido selecionados apenas os diagnósticos que foram encontrados na amostra: «Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos» (F 00 – F 09), «Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa» (F 10 – F 19), «Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes» (F 20 – F 29), «Transtornos do humor [afetivos]» (F 30 – F 39), «Retardo mental» (F 70 – F 79) e «Transtornos episódicos e paroxísticos» (G 40 – G 47);

- Exames complementares: variável subdividida em duas categorias: «sim», para os casos em que tiverem sido realizados exames complementares,

e «não», para os casos em que não tiver sido realizado qualquer exame complementar;

- Reconhecimento da prática do fato: variável subdividida em duas categorias: «sim», para os casos em que o indivíduo reconhece a prática do(s) fato(s) que lhe foi(foram) imputado(s), e «não», para os casos em que o indivíduo nega a prática do(s) fato(s);

- Perigosidade social: variável subdividida em duas categorias: «sim», para os casos em que a perigosidade social foi referida pelo perito no relatório pericial, e «não», para os casos em que foi expressamente informada a ausência de perigosidade social do indivíduo;

- Número de diagnósticos apresentados: variável subdividida em duas categorias: «referência de apenas uma patologia» e «referência de duas ou mais patologias, pertencentes a categorias diversas». Aqui chamamos de categoria às variáveis anteriormente definidas (ex.: transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos);¹⁵;

- Número de fatos ilícito-típicos praticados: variável subdividida em três categorias: «referência de apenas um fato praticado», «referência de dois ou mais fatos, contudo da mesma categoria» e «referência de dois ou mais fatos, pertencentes à outra categoria». Aqui chamamos de categoria às variáveis anteriormente definidas (ex.: fatos contra a pessoa);

- Adição ao álcool/drogas: «sim», para os casos em que o indivíduo tiver o vício em álcool/drogas e «não», para os casos em que o indivíduo não tiver o vício em álcool/drogas em comorbidade com outro transtorno.

¹⁵ Não houve referência a «duas ou mais patologias, pertencentes à mesma categoria» porque não foi encontrado qualquer caso na amostra.

5.4. Tratamento estatístico dos dados

No tratamento estatístico dos dados foi utilizado software IBM SPSS Statistics 20. Nos estudos descritivos foram realizadas análises de frequências e percentuais e para a comparação dos grupos foi realizado o teste Chi-quadrado. Este teste foi realizado para todas as variáveis, e não apenas para as variáveis que compõem as hipóteses.

Lembramos ainda que este estudo foi baseado em relatórios periciais psiquiátricos requeridos pelo Tribunal em razão de um processo criminal no qual o paciente encontrou-se na posição de réu e que foi absolvido do fato ilícito-típico em razão da sua inimputabilidade, e ter sido, por esta razão, institucionalizado, por necessitar de cuidado e não punição.

5.5. Apresentação dos resultados

Uma vez que a análise é realizada através da observação de duas variáveis de cada vez, a fim de perceber se elas estarão relacionadas ou não, teremos uma análise bivariada dos dados. Foi realizado um teste de frequência para que fossem avaliados os valores das variáveis, bem como o número de vezes que estes valores aparecem.

Conforme explica Bryman (2012), no caso de variáveis nominais devemos executar o *crossabs*, para obter a tabela de contingência, e o chi-quadrado associado ao *V* de Cramer, este último utilizado ao analisar variáveis nominais.

Field (2009) determina que um modelo estatístico que testa uma hipótese não direcional é chamado teste bi-caudal e pode ser realizado em pesquisas correlacionais ou em pesquisas experimentais. Explica também que se pretendemos perceber se existe uma relação entre duas variáveis categóricas podemos usar o teste chi-quadrado de Pearson.

De acordo com Tan (2014), o gráfico de dispersão é uma forma bastante útil para visualizar um grupo ou um item isolado, no entanto esse método não pode ser utilizado diretamente com variáveis nominais devido à falta de ordenamento natural e 'distância' entre os valores nominais, o que impossibilita a nossa utilização deste método para identificar os *outliers*.

Como o total do valor das médias estão presentes nas análises de contingência, não apresentaremos aqui as tabelas das médias para que não se repitam as informações. Uma vez que as variáveis são bastante herméticas, não temos variações de resposta, não sendo necessário analisar as medidas de dispersão, limitando a utilização de outros métodos de análise.

Na presente tese estamos a examinar uma fração da população de sujeitos inimputáveis cujos locais de residência pertencem, em Portugal, à região Centro do país, e no Brasil, a uma parte do Estado do Rio de Janeiro; então é necessário realizar uma análise sobre a significância estatística da amostra recolhida. Destarte, será realizado o teste chi-quadrado para determinar a significância das descobertas.

Importa ainda dizer que algumas variáveis apresentaram *missings* elevados (Tabela 1), pelo que não foi viável proceder a cálculos estatísticos fiáveis.

5.6. Resultados obtidos

Frequências de respostas

Tabela 1. Frequências de respostas para cada ponto do questionário na totalidade da amostra

	N	
	Válido	Ausente
Gênero	302	0
Idade	288	14
Estado Civil	295	7
Atividade Profissional	298	4
Nível Educacional	216	86
Fato Ilícito-Típico Praticado	302	0
Diagnóstico Apresentado	302	0
Avaliação das Condições Físicas em Geral	302	0
Exames Complementares Realizados	302	0
Reconhecimento do Fato Praticado	126	176
Perigosidade Social	110	192
Único ou Múltiplos Diagnósticos Apresentados	302	0
Único ou Múltiplos Fatos Ilícito-típicos Praticados	302	0
Adição em Álcool e/ou Drogas	302	0
Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil	302	0

Tabela 2. Frequências de respostas para cada ponto do questionário (países separados)

	Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil			
	Portugal		Brasil	
	N		N	
	Válido	Ausente	Válido	Ausente
Gênero	110	0	192	0
Idade	110	0	178	14
Estado Civil	110	0	185	7
Atividade Profissional	107	3	191	1
Nível Educacional	36	74	180	12
Fato Ilícito-Típico Praticado	110	0	192	0
Diagnóstico Apresentado	110	0	192	0
Avaliação das Condições Físicas em Geral	110	0	192	0
Exames Complementares Realizados	110	0	192	0
Reconhecimento do Fato Praticado	26	84	100	92
Presença de Perigosidade Social	110	0	0	192
Único ou Múltiplos Diagnósticos Apresentados	110	0	192	0
Único ou Múltiplos Fatos Ilícito-típicos Praticados	110	0	192	0
Adição em Álcool e/ou Drogas	110	0	192	0
Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil	110	0	192	0

Tabela 3. Frequências e percentuais de respostas para gênero na totalidade da amostra

		Gênero			
		Frequência	%	% Válido	% Acumulado
Válido	Masculino	254	84,1	84,1	84,1
	Feminino	48	15,9	15,9	100,0
	Total	302	100,0	100,0	

Aqui é possível perceber a maior quantidade de indivíduos do sexo masculino (84,1%) na amostra que praticaram fatos ilícito-típicos e que apresentam um diagnóstico psiquiátrico. Este dado assemelha-se aos dos crimes em geral, nos quais encontramos mais indivíduos do sexo masculino no sistema penitenciário.

Tabela 4. Frequências e percentuais de respostas para gênero (países separados)

		Gênero				
Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil		Frequência	%	% Válido	% Acumulado	
Portugal	Válido	Masculino	94	85,5	85,5	85,5
		Feminino	16	14,5	14,5	100,0
		Total	110	100,0	100,0	
Brasil	Válido	Masculino	160	83,3	83,3	83,3
		Feminino	32	16,7	16,7	100,0
		Total	192	100,0	100,0	

Quando dividimos a amostra nas populações em estudo também é possível perceber que indivíduos do sexo masculino se apresentam em maior quantidade tanto no Brasil (83,3%) quanto em Portugal (85,5%), de resto em proporções muito semelhantes.

Tabela 5. Frequências e percentuais de respostas para idade na totalidade da amostra

Estatísticas descritivas			
	N	Média	Desvio padrão
Idade	288	42,48	13,657
N válido (de lista)	288		

Idade					
		Frequência	%	% Válido	% Acumulado
Válido	≤ 27 anos	34	11,3	11,8	11,8
	28 – 42 anos	125	41,4	43,4	55,2
	43 – 57 anos	85	28,1	29,5	84,7
	≥ 58 anos	44	14,6	15,3	100,0
	Total	288	95,4	100,0	
Ausente		14	4,6		
Total		302	100,0		

Aqui é possível perceber a maior quantidade de indivíduos entre 28 e 42 anos (43,4%), seguidos pelos indivíduos com idade compreendida entre os 43 e os 57 anos (29,5%). 14 sujeitos não tiveram a idade informada nos relatórios periciais/laudos, mas de qualquer forma é possível perceber que quase três quartos dos participantes estão numa fase consolidada da sua vida adulta.

Tabela 6. Frequências e percentuais de respostas para idade (países separados)

Portugal				Brasil			
	N	Média	Desvio padrão		N	Média	Desvio padrão
Idade	110	45,04	14,534	Idade	178	40,90	12,874
N válido (de lista)	110			N válido (de lista)	178		

Idade					
Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil		Frequência	%	% Válido	% Acumulado
		≤ 28 anos	12	10,9	10,9
		29 – 44 anos	50	45,5	56,4
Portugal	Válido	45 – 60 anos	30	27,3	83,6
		≥ 61 anos	18	16,4	100,0
		Total	110	100,0	
Brasil	Válido	≤ 26 anos	18	9,4	10,1

	27 – 40 anos	78	40,6	43,8	53,9
	41 – 54 anos	56	29,2	31,5	85,4
	≥ 55anos	26	13,5	14,6	100,0
	Total	178	92,7	100,0	
Ausente		14	7,3		
Total		192	100,0		

Quando dividimos a amostra, percebemos que a maior quantidade de indivíduos entre 29 e 44 anos se apresenta na amostra portuguesa (45,5%) e entre 27 – 40 anos na amostra brasileira (43,8%). As faixas etárias diferem em razão das médias e desvios padrão das idades dos sujeitos serem diferentes nos dois países, embora tal diferença seja pouco expressiva.

Tabela 7. Frequências e percentuais de respostas para estado civil na totalidade da amostra

		Estado Civil			
		Frequência	%	% Válido	% Acumulado
Válido	Solteiro(a)	202	66,9	68,5	68,5
	Casado(a), Convivente	55	18,2	18,6	87,1
	Separado(a), Divorciado(a), Viúvo(a)	38	12,6	12,9	100,0
	Total	295	97,7	100,0	
Ausente		7	2,3		

Total

302

100,0

Aqui é possível perceber a maior quantidade de indivíduos solteiros (68,5%) presentes na amostra em comparação com os casados/conviventes (18,6%) e ainda os separados/divorciados/viúvos (12,9%), havendo 7 casos sobre os quais não foi informado o estado civil.

Tabela 8. Frequências e percentuais de respostas para estado civil (países separados)

		Estado Civil				
Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil		Frequência	%	% Válido	% Acumulado	
Portugal	Válido	Solteiro(a)	70	63,6	63,6	63,6
		Casado(a), Convivente	19	17,3	17,3	80,9
		Separado(a), Divorciado(a), Viúvo(a)	21	19,1	19,1	100,0
		Total	110	100,0	100,0	
Brasil	Válido	Solteiro(a)	132	68,8	71,4	71,4
		Casado(a), Convivente	36	18,8	19,5	90,8
		Separado(a), Divorciado(a), Viúvo(a)	17	8,9	9,2	100,0
		Total	185	96,4	100,0	
	Ausente	7	3,6			
Total	192	100,0				

A maior quantidade de indivíduos solteiros é confirmada quando dividimos a amostra, sendo eles 63,6% portugueses e 71,4% brasileiros.

Tabela 9. Frequências e percentuais de respostas para atividade profissional na totalidade da amostra

		Atividade Profissional			
		Frequência	%	% Válido	% Acumulado
Válido	Ativo(a)	169	56,0	56,7	56,7
	Inativo(a)	129	42,7	43,3	100,0
	Total	298	98,7	100,0	
Ausente		4	1,3		
Total		302	100,0		

Aqui podemos perceber a maioria de indivíduos ativos (56,7%) sobre os inativos (43,3%), sem, contudo, apresentar uma diferença importante.

Tabela 10. Frequências e percentuais de respostas para atividade profissional (países separados)

		Atividade Profissional			
Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil		Frequência	%	% Válido	% Acumulado
Portugal	Ativo(a)	59	53,6	55,1	55,1
	Válido Inativo(a)	48	43,6	44,9	100,0
	Total	107	97,3	100,0	
	Ausente	3	2,7		
	Total	110	100,0		
Brasil	Ativo(a)	110	57,3	57,6	57,6
	Válido Inativo(a)	81	42,2	42,4	100,0
	Total	191	99,5	100,0	
	Ausente	1	0,5		
	Total	192	100,0		

Nas populações em separado é possível perceber que os sujeitos profissionalmente ativos representam a maior parte da amostra. Os ativos portugueses representam 55,1% e os brasileiros 57,6%.

Tabela 11. Frequências e percentuais de respostas para nível educacional na totalidade da amostra

		Nível Educacional			
		Frequência	%	% Válido	% Acumulado
Válido	Analfabeto(a)	59	19,5	27,3	27,3
	Ensino Básico	113	37,4	52,3	79,6
	Ensino Secundário	22	7,3	10,2	89,8
	Ensino Superior	22	7,3	10,2	100,0
	Total	216	71,5	100,0	
Ausente		86	28,5		
Total		302	100,0		

Aqui é possível perceber a maior quantidade de indivíduos com baixa escolaridade, dos quais 52,3% têm o ensino básico, 27,3% são analfabetos, 10,2% possuem o ensino secundário e 10,2% possuem o ensino superior. Neste caso a quantidade de ausência de resposta foi importante, representando 28,5% da amostra.

Tabela 12. Frequências e percentuais de respostas para nível educacional (países separados)

		Nível Educacional				
Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil		Frequência	%	% Válido	% Acumulado	
Portugal	Válido	Analfabeto(a)	27	24,5	75,0	75,0
		Ensino Básico	2	1,8	5,6	80,6
		Ensino Secundário	1	0,9	2,8	83,3
		Ensino Superior	6	5,5	16,7	100,0
		Total	36	32,7	100,0	
	Ausente	74	67,3			
	Total	110	100,0			
Brasil	Válido	Analfabeto(a)	32	16,7	17,8	17,8
		Ensino Básico	111	57,8	61,7	79,4
		Ensino Secundário	21	10,9	11,7	91,1
		Ensino Superior	16	8,3	8,9	100,0
		Total	180	93,8	100,0	
	Ausente	12	6,3			
	Total	192	100,0			

Como já foi referenciado, a quantidade de ausência de respostas influencia bastante a análise dos dados, uma vez que temos 67,3% de ausência e Portugal e 6,3% no Brasil. Temos uma proporção de 75% de indivíduos portugueses analfabetos,

16,7% com ensino superior, 5,6% com ensino básico e 2,8% com ensino secundário. No Brasil a amostra é composta por 17,8% de sujeitos analfabetos, 61,7% com ensino básico, 11,7% com ensino secundário e 8,9% com ensino superior.

Tabela 13. Frequências e percentuais de respostas para fato ilícito-típico na totalidade da amostra

		Fato Ilícito-Típico Praticado			
		Frequência	%	% Válido	% Acumulado
Válido	Pessoas	136	45,0	45,0	45,0
	Propriedade	75	24,8	24,8	69,9
	Liberdade Sexual	38	12,6	12,6	82,5
	Administração Pública	19	6,3	6,3	88,7
	População em Geral	34	11,3	11,3	100,0
	Total	302	100,0	100,0	

Aqui é possível perceber a maior quantidade de fatos ilícito-típicos praticados contra as pessoas (45%), seguidos pelos fatos contra a propriedade (24,8%), sendo os fatos contra a administração pública os menos numerosos (6,3%).

Tabela 14. Frequências e percentuais de respostas para fato ilícito-típico (países separados)

		Fato Ilícito-Típico Praticado				
Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil		Frequência	%	% Válido	% Acumulado	
Portugal	Válido	Pessoas	52	47,3	47,3	47,3
		Propriedade	25	22,7	22,7	70,0
		Liberdade Sexual	15	13,6	13,6	83,6
		Administração Pública	10	9,1	9,1	92,7
		População em Geral	8	7,3	7,3	100,0
		Total	110	100,0	100,0	
Brasil	Válido	Pessoas	84	43,8	43,8	43,8
		Propriedade	50	26,0	26,0	69,8
		Liberdade Sexual	23	12,0	12,0	81,8
		Administração Pública	9	4,7	4,7	86,5
		População em Geral	26	13,5	13,5	100,0
		Total	192	100,0	100,0	

Aqui é possível perceber que na amostra portuguesa a maior quantidade de fatos ilícito-típicos são praticados contra as pessoas (47,3%), seguidos pelos fatos contra a propriedade (27,2%), e os fatos contra a população em geral os menos numerosos (7,3%). Na amostra brasileira temos também os fatos praticados contra as pessoas como os mais numerosos (43,8%), seguidos pelos fatos contra a propriedade (26%), contudo os menos numerosos são os fatos praticados contra a administração pública (4,7%).

Tabela 15. Frequências e percentuais de respostas para diagnósticos apresentados na totalidade da amostra

		Diagnóstico Apresentado ¹⁶			
		Frequência	%	% Válido	% Acumulado
Válido	F 00 – F 09	26	8,6	8,6	8,6
	F 10 – F 19	18	6,0	6,0	14,6
	F 20 – F 29	145	48,0	48,0	62,6
	F 30 – F 39	33	10,9	10,9	73,5
	F 70 – F 79	76	25,2	25,2	98,7
	G 40 – G 47	4	1,3	1,3	100,0
	Total	302	100,0	100,0	

Relativamente aos diagnósticos apresentados, temos que a esquizofrenia, os transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes é o diagnóstico mais presente nos dados, perfazendo 48% da amostra, sendo seguido pelo retardo mental, com 25,2%.

¹⁶ F 00 – F 09 (Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos); F 10 – F 19 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa); F 20 – F 29 (Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes); F 30 – F 39 (Transtornos do humor [afetivos]); F 70 – F 79 (Retardo mental); G 40 – G 47 (Transtornos episódicos e paroxísticos).

Tabela 16. Frequências e percentuais de respostas para diagnósticos apresentados (países separados)

		Diagnóstico Apresentado				
Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil		Frequência	%	% Válido	% Acumulado	
Portugal	Válido	F 00 – F 09	11	10,0	10,0	
		F 10 – F 19	1	0,9	0,9	
		F 20 – F 29	43	39,1	39,1	50,0
		F 30 – F 39	11	10,0	10,0	60,0
		F 70 – F 79	44	40,0	40,0	100,0
		Total	110	100,0	100,0	
Brasil	Válido	F 00 - F 09	15	7,8	7,8	
		F 10 – F 19	17	8,9	8,9	
		F 20 – F 29	102	53,1	53,1	69,8
		F 30 – F 39	22	11,5	11,5	81,3
		F 70 – F 79	32	16,7	16,7	97,9
		G 40 – G 47	4	2,1	2,1	100,0
		Total	192	100,0	100,0	

Quando analisamos a amostra dividida por países é possível perceber que os mesmos diagnósticos não são representados na mesma proporção nas duas populações. Na amostra portuguesa temos uma semelhança enorme na proporção dos diagnósticos mais representados (40% para o retardo mental e 39,1% para a esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes). Na amostra brasileira a esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes representam a

maior parte da amostra (53,1%), entretanto, os demais diagnósticos estão bastante diluídos, sendo o retardo mental o segundo diagnóstico mais representado, contando com 16,7% e em seguida os transtornos do humor, com 11,5% da amostra.

Tabela 17. Frequências e percentuais de respostas para avaliação das condições físicas em geral na totalidade da amostra

Avaliação das Condições Físicas em Geral					
		Frequência	%	% Válido	% Acumulado
Válido	Sim	192	63,6	63,6	63,6
	Não	110	36,4	36,4	100,0
	Total	302	100,0	100,0	

Aqui é possível perceber que em 63,6% dos casos foram realizados exames às condições físicas do indivíduo para além dos testes psicológicos e da avaliação psiquiátrica, e os resultados não são uma coincidência: somente foram encontrados registros de avaliações das condições físicas em geral no Brasil (192 casos). Por esta razão pareceu-nos inútil apresentar uma tabela na qual somente uma das populações apresentou resposta.

Tabela 18. Frequências e percentuais de respostas para exames complementares realizados na totalidade da amostra

Exames Complementares Realizados					
		Frequência	%	% Válido	% Acumulado
Válido	Sim	41	13,6	13,6	13,6
	Não	261	86,4	86,4	100,0
	Total	302	100,0	100,0	

Aqui se trata de exames que não foram realizados em todos os casos de avaliação psiquiátrica, tais como EEG e MRI. É possível perceber que na esmagadora maioria dos casos não foram realizados tais exames (86,4%).

Tabela 19. Frequências e percentuais de respostas para exames complementares realizados (países separados)

Exames Complementares Realizados					
Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil		Frequência	%	% Válido	% Acumulado
Portugal	Válido	Sim	41	37,3	37,3
		Não	69	62,7	62,7
		Total	110	100,0	100,0
Brasil	Válido	Não	192	100,0	100,0

A ausência de realização dos exames complementares notada na tabela anterior pode ser explicada nesta, uma vez que não houve sequer um caso na amostra brasileira no qual tivessem sido realizados tais exames.

Tabela 20. Frequências e percentuais de respostas para reconhecimento sobre o fato praticado na totalidade da amostra

Reconhecimento do Fato Praticado					
		Frequência	%	% Válido	% Acumulado
	Sim	53	17,5	42,1	42,1
Válido	Não	73	24,2	57,9	100,0
	Total	126	41,7	100,0	
Ausente		176	58,3		
Total		302	100,0		

Como na maior parte dos casos o item não foi respondido (58,3%) e, dos sujeitos que responderam, 57,9% não reconheciam a prática dos fatos imputados, não é possível fazer uma análise precisa dos dados relativos ao reconhecimento do fato.

Tabela 21. **Frequências e percentuais de respostas para reconhecimento sobre o fato praticado (países separados)**

Reconhecimento do Fato Praticado						
Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil			Frequência	%	% Válido	% Acumulado
Portugal	Válido	Sim	16	14,5	61,5	61,5
		Não	10	9,1	38,5	100,0
		Total	26	23,6	100,0	
	Ausente		84	76,4		
	Total		110	100,0		
Brasil	Válido	Sim	37	19,3	37,0	37,0
		Não	63	32,8	63,0	100,0
		Total	100	52,1	100,0	
	Ausente		92	47,9		
	Total		192	100,0		

Aqui foi possível perceber que em 47,9% dos casos não foi respondido o item, de forma que não é possível analisar se os indivíduos realmente reconheceram a prática dos fatos a eles imputados, mesmo Portugal apresentando um percentual de 61,5% de respostas positivas e Brasil 63% de respostas negativas.

Tabela 22. Frequências e percentuais de respostas sobre a presença de perigosidade social na totalidade da amostra

		Perigosidade Social			
		Frequência	%	% Válido	% Acumulado
Válido	Sim	99	32,8	90,0	90,0
	Não	11	3,6	10,0	100,0
	Total	110	36,4	100,0	
Ausente		192	63,6		
Total		302	100,0		

Somente nos dados recolhidos em Portugal foi referida esta informação (110 casos). Ainda assim, dos dados recolhidos, em 90% dos casos portugueses foi referida a perigosidade social *quando o indivíduo não tiver qualquer suporte ao deixar o estabelecimento*, estando claro nos relatórios periciais que a perigosidade não se apresentará se os indivíduos tiverem o apoio necessário, comparecendo às sessões terapêuticas e mantendo a tomada da medicação. Uma vez mais não foi necessária uma tabela para demonstrar o que já foi percebido, isto é, não foram encontrados casos nos quais tenha sido referida a eventual perigosidade social nos relatórios periciais/laudos psiquiátricos brasileiros.

Tabela 23. Frequências e percentuais de respostas para único ou múltiplos diagnósticos apresentados na totalidade da amostra

		Único ou Múltiplos Diagnósticos Apresentados			
		Frequência	%	% Válido	% Acumulado
Válido	Único Diagnóstico	272	90,1	90,1	90,1
	Múltiplos Diagnósticos em Categorias Diferentes	30	9,9	9,9	100,0
	Total	302	100,0	100,0	

Aqui podemos perceber que a maior parte dos dados recolhidos apresentou somente uma patologia (90,1%) e somente 9,9% dos casos apresentou comorbidade.

Tabela 24. Frequências e percentuais de respostas para único ou múltiplos diagnósticos apresentados (países separados)

		Único ou Múltiplos Diagnósticos Apresentados				
Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil		Frequência	%	% Válido	% Acumulado	
Portugal	Válido	Único Diagnóstico	95	86,4	86,4	86,4
		Múltiplos Diagnósticos em Categorias Diferentes	15	13,6	13,6	100,0
		Total	110	100,0	100,0	
Brasil	Válido	Único Diagnóstico	177	92,2	92,2	92,2
		Múltiplos Diagnósticos em Categorias Diferentes	15	7,8	7,8	100,0
		Total	192	100,0	100,0	

Nos dois países foi encontrada a presença de somente um diagnóstico psiquiátrico (86,4% em Portugal e 92,2% no Brasil) em oposição aos casos em que houve comorbidade (13,6% em Portugal e 7,8% no Brasil).

Tabela 25. Frequências e percentuais de respostas para único ou múltiplos fatos ilícito-típicos praticados na totalidade da amostra

Único ou Múltiplos Fatos Ilícito-típicos Praticados					
	Frequência	%	% Válido	% Acumulado	
Válido	Único Fato Ilícito-Típico	238	78,8	78,8	78,8
	Múltiplos Fatos na Mesma Categoria	32	10,6	10,6	89,4
	Múltiplos Fatos em Categorias Diferentes	32	10,6	10,6	100,0
	Total	302	100,0	100,0	

Aqui é possível perceber na maior parte dos casos os indivíduos praticaram apenas um fato ilícito-típico (78,8%) em comparação à prática de múltiplos fatos, sejam eles da mesma categoria ou não (10,6% cada).

Tabela 26. Frequências e percentuais de respostas para único ou múltiplos fatos ilícito-típicos praticados (países separados)

Único ou Múltiplos Fatos Ilícito-típicos Praticados						
Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil		Frequência	%	% Válido	% Acumulado	
Portugal	Válido	Único Fato Ilícito-Típico	79	71,8	71,8	71,8
		Múltiplos Fatos na Mesma Categoria	12	10,9	10,9	82,7
		Múltiplos Fatos em Categorias Diferentes	19	17,3	17,3	100,0
		Total	110	100,0	100,0	
Brasil	Válido	Único Fato Ilícito-Típico	159	82,8	82,8	82,8
		Múltiplos Fatos na Mesma Categoria	20	10,4	10,4	93,2
		Múltiplos Fatos em Categorias Diferentes	13	6,8	6,8	100,0
		Total	192	100,0	100,0	

Em Portugal temos que 71,8% dos indivíduos praticaram apenas um fato ilícito-típico e no Brasil, 82,8%. 10,9% dos portugueses e 10,4% dos brasileiros praticaram mais de um fato na mesma categoria e 17,3% dos portugueses e 6,8% dos brasileiros praticaram mais de um fato em categorias diferentes.

Tabela 27. Frequências e percentuais de respostas para adição em álcool e/ou drogas na totalidade da amostra

Adição em Álcool e/ou Drogas					
		Frequência	%	% Válido	% Acumulado
Válido	Sim	38	12,6	12,6	12,6
	Não	264	87,4	87,4	100,0
	Total	302	100,0	100,0	

Aqui percebemos que na grande maioria dos casos os indivíduos não apresentam adição em álcool e/ou drogas (87,4%).

Tabela 28. Frequências e percentuais de respostas para adição em álcool e/ou drogas (países separados)

Adição em Álcool e/ou Drogas					
Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil		Frequência	%	% Válido	% Acumulado
Portugal	Válido	Sim	13	11,8	11,8
		Não	97	88,2	88,2
		Total	110	100,0	100,0
Brasil	Válido	Sim	25	13,0	13,0
		Não	167	87,0	87,0
		Total	192	100,0	100,0

Confirmando a tabela anterior, 88,2% dos indivíduos portugueses e 87% dos brasileiros não apresentou adição em álcool e/ou drogas.

Em resumo, podemos dizer que esta amostra é composta, na sua maior parte, por indivíduos do sexo masculino, com idades que variam entre os 29 e 44 anos em Portugal e 27 e 40 anos no Brasil, majoritariamente cursaram o ensino básico e em Portugal apareceram em maioria como analfabetos. Praticaram mais fatos ilícito-típicos contra as pessoas (Portugal = 47,3% e Brasil = 43,8%), seguidos pelos fatos contra a propriedade (Portugal = 22,7% e Brasil = 26%), sendo a esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes os diagnósticos mais presentes na amostra brasileira (53,1%) e o retardo mental e a esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes os diagnósticos mais presentes na amostra portuguesa (40,0% e 39,1%, respectivamente), tendo únicos diagnósticos e únicos fatos mais presentes do que múltiplos diagnósticos e múltiplos fatos, bem como não apresentaram relevância quanto à adição em álcool e/ou drogas. Relativamente à avaliação física em geral, esta só foi verificada no Brasil, os exames complementares e a perigosidade social só apareceram nos dados portugueses, e o reconhecimento dos fatos não tem grande relevância, uma vez que na maior parte dos relatórios periciais tal informação não foi referida (58,3% ausente).

Teste Chi-Quadrado determinado pelos países onde foram recolhidos os dados N = 302

Tabela 29. Associação entre dados recolhidos em Portugal ou no Brasil e gênero

		Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil		Total	
		Portugal	Brasil		
Gênero	Masculino	Contagem	94	160	254
		% do Gênero	37,0%	63,0%	100,0%
		% Portugal/Brasil	85,5%	83,3%	84,1%
	Feminino	Contagem	16	32	48
		% do Gênero	33,3%	66,7%	100,0%
		% Portugal/Brasil	14,5%	16,7%	15,9%
Total	Contagem	110	192	302	
	% do Gênero	36,4%	63,6%	100,0%	
	% Portugal/Brasil	100,0%	100,0%	100,0%	
Chi-quadrado de Pearson	,235	Fisher's Exact Test	,744		
df	1	N de Casos Válidos	302		
p	,628	Phi	,028		

Como pudemos perceber, há a prevalência de indivíduos do sexo masculino na amostra (84,1%). Em Portugal a prevalência é de 85,5% enquanto no Brasil é de 83,3%. Tratando-se de distribuições praticamente idênticas, não é possível

estabelecer uma associação estatisticamente significativa entre o gênero e o país onde foram recolhidos os dados ($\chi^2 = ,235$; $df = 1$; $p = ,744$; $\Phi = ,028$).

Tabela 30. Associação entre dados recolhidos em Portugal ou no Brasil e idade

Estatísticas descritivas			
	N	Média	Desvio padrão
Idade	288	42,48	13,657
N válido (de lista)	288		

		Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil		Total	
		Portugal	Brasil		
		Contagem	11	23	34
Idade	≤ 27 anos	% da Idade	32,4%	67,6%	100,0%
		% Portugal/Brasil	10,0%	12,9%	11,8%
		Contagem	40	85	125
Idade	28 – 42 anos	% da Idade	32,0%	68,0%	100,0%
		% Portugal/Brasil	36,4%	47,8%	43,4%
		Contagem	37	48	85
Idade	43 – 57 anos	% da Idade	43,5%	56,5%	100,0%

		% Portugal/Brasil	33,6%	27,0%	29,5%
		Contagem	22	22	44
Idade	≥ 58 anos	% da Idade	50,0%	50,0%	100,0%
		% Portugal/Brasil	20,0%	12,4%	15,3%
		Contagem	110	178	288
Total		% da Idade	38,2%	61,8%	100,0%
		% Portugal/Brasil	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-quadrado de Pearson	6,146		N de Casos Válidos	288	
df	3		V de Cramer	,146	
p	,105				

Como pudemos perceber, há mais indivíduos com idades entre 28 e 42 anos (43,4%). Uma vez que a distribuição da amostra foi relativamente homogênea no que se refere aos países, não podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre a faixa etária e o diagnóstico apresentado. No entanto, nas duas faixas etárias mais jovens há uma ligeira prevalência de brasileiros, enquanto nas duas faixas etárias mais velhas há uma ligeira prevalência de portugueses. ($X^2 = 6,146$; $df = 3$; $p = ,105$; V de Cramer = ,146).

Tabela 31. Associação entre dados recolhidos em Portugal ou no Brasil e estado civil

		Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil		Total	
		Portugal	Brasil		
Estado Civil	Solteiro(a)	Contagem	70	132	202
		% do Estado Civil	34,7%	65,3%	100,0%
		% Portugal/Brasil	63,6%	71,4%	68,5%
	Casado(a), Convivente	Contagem	19	36	55
		% do Estado Civil	34,5%	65,5%	100,0%
		% Portugal/Brasil	17,3%	19,5%	18,6%
	Separado(a), Divorciado(a), Viúvo(a)	Contagem	21	17	38
		% do Estado Civil	55,3%	44,7%	100,0%
		% Portugal/Brasil	19,1%	9,2%	12,9%
Total	Contagem	110	185	295	
	% do Estado Civil	37,3%	62,7%	100,0%	
	% Portugal/Brasil	100,0%	100,0%	100,0%	
Chi-quadrado de Pearson	6,027	N de Casos Válidos	295		
df	2	V de Cramer	,143		
p	,049				

Como pudemos perceber, na amostra há a prevalência de indivíduos solteiros (68,5%), nos quais temos 71,4% de sujeitos brasileiros e 63,6% portugueses. Uma vez que a distribuição da amostra foi heterogênea, podemos dizer que existe

associação estatisticamente significativa entre o estado civil e o país onde foram recolhidos os dados, no sentido de haver uma proporção maior de brasileiros solteiros (71,4% vs. 63,3%) e uma proporção maior de portugueses na faixa separado(a)/divorciado(a)/viúvo(a) (19,1% vs. 9,2%). ($X^2 = 6,027$; $df = 2$; $p = ,049$; V de Cramer = ,143).

Tabela 32. Associação entre dados recolhidos em Portugal ou no Brasil e atividade profissional

			Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil		Total
			Portugal	Brasil	
Atividade Profissional	Ativo(a)	Contagem	59	110	169
		% da Atividade Profissional	34,9%	65,1%	100,0%
		% Portugal/Brasil	55,1%	57,6%	56,7%
	Inativo(a)	Contagem	48	81	129
		% da Atividade Profissional	37,2%	62,8%	100,0%
		% Portugal/Brasil	44,9%	42,4%	43,3%
Total	Contagem	107	191	298	
	% da Atividade Profissional	35,9%	64,1%	100,0%	
	% Portugal/Brasil	100,0%	100,0%	100,0%	
Chi-quadrado de Pearson		,168	Fisher's Exact Test	,716	
df		1	N de Casos Válidos	298	
p		,682	Phi	-,024	

Como havíamos percebido nas frequências, há uma leve prevalência de indivíduos profissionalmente ativos (56,7%), nos quais temos 57,6% de sujeitos brasileiros e 55,1% portugueses. A distribuição da amostra foi bastante homogênea, pelo que não percebemos uma associação estatisticamente significativa entre a atividade profissional e o país onde os dados foram recolhidos. ($X^2 = ,168$; $df = 1$; $p = ,716$, $\Phi = - ,024$).

Tabela 33. Associação entre dados recolhidos em Portugal ou no Brasil e nível educacional

			Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil		Total
			Portugal	Brasil	
Nível Educacional	Analfabeto(a)	Contagem	27	32	59
		% do Nível Educacional	45,8%	54,2%	100,0%
		% Portugal/Brasil	75%	17,8%	23,7%
	Ensino Básico	Contagem	2	111	113
		% do Nível Educacional	1,8%	98,2%	100,0%
		% Portugal/Brasil	5,6%	61,7%	52,3%
	Ensino Secundário	Contagem	1	21	22
		% do Nível Educacional	4,5%	95,5%	100,0%
		% Portugal/Brasil	2,8%	11,7%	10,2%
	Ensino Superior	Contagem	6	16	22
		% do Nível Educacional	27,3%	72,7%	100,0%
		% Portugal/Brasil	16,7%	8,9%	10,2%

Total	Contagem	36	180	216
	% do Nível Educacional	16,7%	83,3%	100,0%
	% Portugal/Brasil	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-quadrado de Pearson	58,127	N de Casos Válidos	216	
df	3	V de Cramer	,519	
p	,000			

Como pudemos perceber, houve um maior percentual de sujeitos com a escolaridade básica na totalidade da amostra (52,3%). Quando a dividimos por países, Portugal apresenta 75% de analfabetos. No entanto, este percentual pode não ser totalmente fidedigno, uma vez que temos 67,3% de ausência de resposta ao item (tabela 12). Já na amostra brasileira somente em 6,3% (tabela 12) dos casos não foi apresentada resposta ao item, pelo que verificamos com maior segurança que nesta amostra a maior parte dos sujeitos tem o ensino básico (61,7%). Uma vez que a distribuição da amostra foi heterogênea, podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre a escolaridade e o país onde foram recolhidos os dados, no sentido de os brasileiros terem cursado a escolaridade básica enquanto os portugueses se mostram, em sua maioria, analfabetos. ($X^2 = 58,127$; $df = 3$; $p = ,000$, V de Cramer = ,519).

Tabela 34. Associação entre dados recolhidos em Portugal ou no Brasil e fato ilícito-típico

			Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil		Total
			Portugal	Brasil	
Fato Ilícito-Típico Praticado	Pessoas	Contagem	52	84	136
		% do Fato	38,2%	61,8%	100,0%
		% Portugal/Brasil	47,3%	43,8%	45,0%
	Propriedade	Contagem	25	50	75
		% do Fato	33,3%	66,7%	100,0%
		% Portugal/Brasil	22,7%	26,0%	24,8%
	Liberdade Sexual	Contagem	15	23	38
		% do Fato	39,5%	60,5%	100,0%
		% Portugal/Brasil	13,6%	12,0%	12,6%
	Administração Pública	Contagem	10	9	19
		% do Fato	52,6%	47,4%	100,0%
		% Portugal/Brasil	9,1%	4,7%	6,3%
	População em Geral	Contagem	8	26	34
		% do Fato	23,5%	76,5%	100,0%
		% Portugal/Brasil	7,3%	13,5%	11,3%
	Total	Contagem	110	192	302
		% do Fato	36,4%	63,6%	100,0%
		% Portugal/Brasil	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-quadrado de Pearson	5,251	N de Casos Válidos	302		

df	4	V de Cramer	,132
p	,262		

Como pudemos perceber, há a prevalência de indivíduos que praticaram fatos ilícito-típicos contra as pessoas (45%), nos quais temos 47,3% dos sujeitos portugueses e 43,8% dos brasileiros, em segundo lugar temos os fatos contra a propriedade (Portugal = 22,7% e Brasil = 26%). De todos os fatos analisados, o fato no qual houve maior diferença foi contra a população e geral (Portugal = 7,3% e Brasil = 13,5%), o que reforça a semelhança entre as amostras em todos os fatos praticados. Uma vez que a distribuição da amostra foi bastante homogênea, não percebemos uma associação estatisticamente significativa entre o fato ilícito-típico e o país onde foram recolhidos os dados ($X^2 = 5,251$; $df = 4$; $p = ,262$, V de Cramer = ,132). Em virtude desse resultado a hipótese 2 (a proporção de ocorrência entre os fatos ilícito-típicos é igual nos dois países) foi confirmada pelos dados obtidos.

Tabela 35. Associação entre dados recolhidos em Portugal ou no Brasil e diagnóstico apresentado¹⁷

			Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil		Total
			Portugal	Brasil	
Diagnóstico		Contagem	11	15	26
	F 00 – F 09	% do Diagnóstico	42,3%	57,7%	100,0%
		% Portugal/Brasil	10,0%	7,8%	8,6%
		Contagem	1	17	18
	F 10 – F 19	% do Diagnóstico	5,6%	94,4%	100,0%
		% Portugal/Brasil	0,9%	8,9%	6,0%
		Contagem	43	102	145
	F 20 – F 29	% do Diagnóstico	29,7%	70,3%	100,0%
		% Portugal/Brasil	39,1%	53,1%	48,0%
		Contagem	11	22	33
	F 30 – F 39	% do Diagnóstico	33,3%	66,7%	100,0%
		% Portugal/Brasil	10,0%	11,5%	10,9%
		Contagem	44	32	76
	F 70 – F 79	% do Diagnóstico	57,9%	42,1%	100,0%
		% Portugal/Brasil	40,0%	16,7%	25,2%
		Contagem	0	4	4
	G 40 – G 47	% do Diagnóstico	0,0%	100,0%	100,0%
		% Portugal/Brasil	0,0%	2,1%	1,3%

¹⁷ F 00 – F 09 (Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos); F 10 – F 19 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa); F 20 – F 29 (Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes); F 30 – F 39 (Transtornos do humor [afetivos]); F 70 – F 79 (Retardo mental); G 40 – G 47 (Transtornos episódicos e paroxísticos).

		Contagem	110	192	302
Total		% do Diagnóstico	36,4%	63,6%	100,0%
		% Portugal/Brasil	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-quadrado de Pearson	28,222	N de Casos Válidos	302		
df	5	V de Cramer	,306		
p	,000				

Como pudemos perceber, há a prevalência de indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (48%), nos quais temos 39,1% dos sujeitos portugueses e 53,1% dos brasileiros, e diagnóstico de retardo mental (25,2%), nos quais temos 40% dos sujeitos portugueses e 16,7% dos brasileiros. Nos diagnósticos de transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (Portugal = 10% e Brasil = 7,8%) e transtornos do humor (Portugal = 10% e Brasil = 11,5%) existe uma grande proximidade nas proporções da amostra nos países. No entanto, como são diagnósticos nos quais temos menos indivíduos, são menos relevantes na análise total. Uma vez que a distribuição da amostra foi heterogênea, podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico apresentado e o país onde foram recolhidos os dados, no sentido de no Brasil o diagnóstico ser preponderantemente o de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes enquanto em Portugal há dois diagnósticos majoritários (e em proporção quase idêntica): esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes e retardo mental. ($X^2 = 28,222$; $df = 5$; $p = ,000$, V de Cramer = $,306$).

Em virtude desse resultado a hipótese 1 (a proporção de ocorrência entre as psicopatologias dos indivíduos internados é igual nos dois países) não foi confirmada pelos dados obtidos. Isto se justifica principalmente pelo fato de que apesar das patologias mais frequentes serem a esquizofrenia, os transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes e o retardo mental, a

proporção desses diagnósticos não é a mesma nos dois países (F 20 – F 29: Portugal = 39,1% e Brasil = 53,1%; F 70 – F 79: Portugal = 40% e Brasil = 16,7%).

Em razão da informação sobre as condições físicas em geral somente ter sido obtida nos relatórios periciais/laudos brasileiros, não há necessidade de apresentar uma tabela. Da mesma forma não houve necessidade de apresentar uma tabela sobre os exames complementares realizados, tendo em vista que o item somente foi respondido em Portugal e, ainda assim, em 37,3% (tabela 19) dos casos tais exames não foram realizados.

Tabela 36. Associação entre dados recolhidos em Portugal ou no Brasil e reconhecimento do fato praticado

			Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil		Total
			Portugal	Brasil	
Reconhecimento do Fato Praticado	Sim	Contagem	16	37	53
		% do Reconhecimento	30,2%	69,8%	100,0%
	% Portugal/Brasil		61,5%	37,0%	42,1%
	Não	Contagem	10	63	73
% do Reconhecimento		13,7%	86,3%	100,0%	
% Portugal/Brasil		38,5%	63,0%	57,9%	
Total	Contagem		26	100	126
	% do Reconhecimento		20,6%	79,4%	100,0%
	% Portugal/Brasil		100,0%	100,0%	100,0%

Chi-quadrado de Pearson	5,098	Fisher's Exact Test	,028
df	1	N de Casos Válidos	126
p	,024	Phi	,201

Como havíamos percebido nas frequências (tabela 20), em 58,3% da amostra não houve resposta ao item, nos quais temos 76,4% dos sujeitos portugueses e 47,9% dos brasileiros (tabela 21). Apesar disso, considerando os casos válidos, e uma vez que a distribuição da amostra foi heterogênea, podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre o reconhecimento do fato praticado e o país onde foram recolhidos os dados, no sentido de que em Portugal houve mais respostas positivas e no Brasil houve mais respostas negativas quanto ao reconhecimento do fato praticado. ($X^2 = 5,098$; $df = 1$; $p = ,028$, $\Phi = ,201$).

Em virtude de a informação sobre a perigosidade social somente ter sido obtida nos relatórios periciais/laudos portugueses, não há necessidade de apresentar uma tabela.

Tabela 37. Associação entre dados recolhidos em Portugal ou no Brasil e único ou múltiplos diagnósticos apresentados

		Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil		Total	
		Portugal	Brasil		
Único ou Múltiplos Diagnósticos Apresentados	Único Diagnóstico	Contagem	95	177	272
		% dos Diagnósticos	34,9%	65,1%	100,0%
	Múltiplos Diagnósticos em Categorias Diferentes	% Portugal/Brasil	86,4%	92,2%	90,1%
		Contagem	15	15	30
		% dos Diagnósticos	50,0%	50,0%	100,0%
		% Portugal/Brasil	13,6%	7,8%	9,9%
Total	Contagem	110	192	302	
	% dos Diagnósticos	36,4%	63,6%	100,0%	
	% Portugal/Brasil	100,0%	100,0%	100,0%	
Chi-quadrado de Pearson	2,651	Fisher's Exact Test	,113		
df	1	N de Casos Válidos	302		
p	,103	Phi	-,094		

Como pudemos perceber, há a prevalência de indivíduos com apenas único diagnóstico apresentado (90,1%) em contraposição aos indivíduos que apresentaram comorbidade com outros diagnósticos em categorias diferentes (9,9%), sendo certo que não foi encontrado qualquer caso de comorbidade de diagnósticos na mesma categoria. Dentre os indivíduos com somente um diagnóstico atribuído, 86,4% representam a amostra portuguesa e 92,2% a amostra brasileira. Desta forma, como a

distribuição da amostra foi bastante homogênea, não percebemos uma associação estatisticamente significativa entre o número de diagnósticos apresentados e o país onde foram recolhidos os dados ($X^2 = 2,651$; $df = 1$; $p = ,113$, $\Phi = - ,094$).

Tabela 38. Associação entre dados recolhidos em Portugal ou no Brasil e único ou múltiplos fatos ilícito-típicos praticados

			Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil		Total
			Portugal	Brasil	
Único ou Múltiplos Fatos Ilícito-típicos Praticados	Único Fato Ilícito-Típico	Contagem	79	159	238
		% dos Fatos	33,2%	66,8%	100,0%
		% Portugal/Brasil	71,8%	82,8%	78,8%
	Múltiplos Fatos na Mesma Categoria	Contagem	12	20	32
		% dos Fatos	37,5%	62,5%	100,0%
		% Portugal/Brasil	10,9%	10,4%	10,6%
		Contagem	19	13	32
		% dos Fatos	59,4%	40,6%	100,0%
		% Portugal/Brasil	17,3%	6,8%	10,6%
	Total	Contagem	110	192	302
		% dos Fatos	36,4%	63,6%	100,0%
		% Portugal/Brasil	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-quadrado de Pearson	8,368	N de Casos Válidos	302		
df	2	V de Cramer	,166		

p

,015

Como pudemos perceber, há a prevalência de indivíduos que praticaram apenas um fato ilícito-típico (78,8%), nos quais temos 71,8% representando a amostra portuguesa e 82,8% a amostra brasileira. No que se refere aos múltiplos fatos em categorias diferentes, temos 17,3% dos sujeitos portugueses e 6,8% dos brasileiros. Uma vez que a distribuição da amostra foi heterogênea, podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre o número de fatos ilícito-típicos praticados e o país onde foram recolhidos os dados ($X^2 = 8,368$; $df = 2$; $p = ,015$; V de Cramer = ,166).

Tabela 39. Associação entre dados recolhidos em Portugal ou no Brasil e adição em álcool e/ou drogas

			Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil		Total
			Portugal	Brasil	
Adição em Álcool e/ou Drogas	Sim	Contagem	13	25	38
		% da Adição	34,2%	65,8%	100,0%
		% Portugal/Brasil	11,8%	13,0%	12,6%
	Não	Contagem	97	167	264
		% da Adição	36,7%	63,3%	100,0%
		% Portugal/Brasil	88,2%	87,0%	87,4%
Total	Contagem	110	192	302	
	% da Adição	36,4%	63,6%	100,0%	
	% Portugal/Brasil	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-quadrado de Pearson	,092	Fisher's Exact Test	,858
df	1	N de Casos Válidos	302
p	,762	Phi	-,017

Como pudemos perceber, há a prevalência de indivíduos que não apresenta adição em álcool e/ou drogas em comorbidade com outros transtornos (87,4%), nos quais temos 88,2% representado a amostra portuguesa e 87% a amostra brasileira. Como a distribuição da amostra foi bastante homogênea, não percebemos uma associação estatisticamente significativa entre a adição em álcool e/ou drogas e o país onde foram recolhidos os dados. Esses dados mostram que a esmagadora maioria dos internados, independentemente do seu país, não apresenta hábitos de abuso de álcool e/ou drogas, que é um comportamento de risco para a prática continuada de ilícitos. ($X^2 = ,092$; $df = 1$; $p = ,858$; $\Phi = - 0,17$).

Teste Chi-Quadrado determinado pelo diagnóstico N = 302

Tabela 40. Associação entre diagnóstico apresentado e cada ponto do questionário

	Diagnóstico Apresentado					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
Gênero	302	100,0%	0	0,0%	302	100,0%
Idade	288	95,4%	14	4,6%	302	100,0%
Estado Civil	295	97,7%	7	2,3%	302	100,0%
Atividade Profissional	298	98,7%	4	1,3%	302	100,0%
Nível Educacional	216	71,5%	86	28,5%	302	100,0%
Fato Ilícito-Típico Praticado	302	100,0%	0	0,0%	302	100,0%
Condições Físicas em Geral	302	100,0%	0	0,0%	302	100,0%
Exames Complementares	302	100,0%	0	0,0%	302	100,0%
Reconhecimento do Fato Praticado	126	41,7%	176	58,3%	302	100,0%
Perigosidade Social	110	36,4%	192	63,6%	302	100,0%
Único ou Múltiplos Diagnósticos Apresentados	302	100,0%	0	0,0%	302	100,0%
Único ou Múltiplos Fatos Ilícito-típicos Praticados	302	100,0%	0	0,0%	302	100,0%
Adição em Álcool e/ou Drogas	302	100,0%	0	0,0%	302	100,0%
Dados Recolhidos em Portugal ou no Brasil	302	100,0%	0	0,0%	302	100,0%

Tabela 41. Associação entre diagnóstico apresentado e gênero

		Diagnóstico Apresentado ¹⁸						Total		
		F 00 – F 09	F 10 – F 19	F 20 – F 29	F 30 – F 39	F 70 – F 79	G 40 – G 47			
Gênero	Masculino	Contagem	22	17	118	22	71	4	254	
		% do Gênero	8,7%	6,7%	46,5%	8,7%	28,0%	1,6%	100,0%	
		% Diagnóstico	84,6%	94,4%	81,4%	66,7%	93,4%	100,0%	84,1%	
		Contagem	4	1	27	11	5	0	48	
		Feminino	% do Gênero	8,3%	2,1%	56,2%	22,9%	10,4%	0,0%	100,0%
			% Diagnóstico	15,4%	5,6%	18,6%	33,3%	6,6%	0,0%	15,9%
Total		Contagem	26	18	145	33	76	4	302	
		% do Gênero	8,6%	6,0%	48,0%	10,9%	25,2%	1,3%	100,0%	
		% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Chi-quadrado de Pearson	15,448			N de Casos Válidos	302					
df	5			Phi	,226					
p	,009									

¹⁸ F 00 – F 09 (Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos); F 10 – F 19 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa); F 20 – F 29 (Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes); F 30 – F 39 (Transtornos do humor [afetivos]); F 70 – F 79 (Retardo mental); G 40 – G 47 (Transtornos episódicos e paroxísticos).

Como pudemos perceber, há mais indivíduos do sexo masculino no total amostra (84,1%), bem como em cada um dos diagnósticos. Uma vez que a distribuição da amostra foi heterogênea, podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre o gênero e o diagnóstico apresentado, no sentido de que os indivíduos do sexo masculino com diagnóstico de retardo mental se destacam dos demais, com 93,4% dos casos, sendo seguido pela esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, com 81,4% dos casos, e difere bastante dos indivíduos com transtorno do humor, que perfazem 66,7% da amostra masculina. ($X^2 = 15,448$; $df = 5$; $p = ,009$; $\Phi = 0,226$).

Tabela 42. Associação entre diagnóstico apresentado e idade

Estatísticas descritivas			
	N	Média	Desvio padrão
Idade	288	42,48	13,657
N válido (de lista)	288		

		Diagnóstico Apresentado						Total	
		F 00 – F 09	F 10 – F 19	F 20 – F 29	F 30 – F 39	F 70 – F 79	G 40 – G 47		
Idade	Contagem	2	0	13	7	12	0	34	
	≤ 27 anos	% da Idade	5,9%	0,0%	38,2%	20,6%	35,3%	0,0%	100,0%
		% Diagnóstico	7,7%	0,0%	9,5%	21,9%	16,4	0,0%	11,8%
	28 – 42 anos	Contagem	10	6	65	11	31	2	125
		% da Idade	8,0%	4,8%	52,0%	8,8%	24,8%	1,6%	100,0%
		% Diagnóstico	38,5%	37,5%	47,4%	34,4%	42,5%	50,0%	43,4%
	43 – 57 anos	Contagem	6	8	36	9	24	2	85
		% da Idade	7,1%	9,4%	42,4%	10,6%	28,2%	2,4%	100,0%
		% Diagnóstico	23,1%	50,0%	26,3%	28,1%	32,9%	50,0%	29,5%
	≥ 58 anos	Contagem	8	2	23	5	6	0	44
		% da Idade	18,2%	4,5%	52,3%	11,4%	13,6%	0,0%	100,0%
		% Diagnóstico	30,8%	12,5%	16,8%	15,6%	8,2%	0,0%	15,3%
Total	Contagem	26	16	137	32	73	4	288	
	% da Idade	9,0%	5,6%	47,6%	11,1%	25,3%	1,4%	100,0%	
	% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Chi-quadrado de Pearson	20,238	N de Casos Válidos		288					
df	15	V de Cramer		,153					
p	,163								

Como pudemos perceber, há mais indivíduos com idades entre 28 e 42 anos (43,4%), nos quais temos como diagnósticos mais representativos esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (47,4%) e retardo mental

(42,5%). Uma vez que a distribuição da amostra foi homogênea, apresentando distribuição por faixa etária semelhante para o conjunto dos mesmos diagnósticos associados, não podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre a faixa etária e o diagnóstico apresentado na amostra total. ($X^2 = 20,238$; $df = 15$; $p = ,163$; V de Cramer = $,153$). Para este resultado contribui especialmente o fato de nos dois diagnósticos mais representativos da amostra termos valores semelhantes em todas as faixas etárias.

Tabela 43. Associação entre diagnóstico apresentado e estado civil

		Diagnóstico Apresentado						Total	
		F 00 – F 09	F 10 – F 19	F 20 – F 29	F 30 – F 39	F 70 – F 79	G 40 – G 47		
Estado Civil	Solteiro(a)	Contagem	10	11	98	17	63	3	202
	% do Estado Civil		5,0%	5,4%	48,5%	8,4%	31,2%	1,5%	100,0%
	% Diagnóstico		38,5%	64,7%	69,0%	51,5%	86,3%	75,0%	68,5%
Estado Civil	Casado(a), Convivente	Contagem	11	2	28	6	7	1	55
	% do Estado Civil		20,0%	3,6%	50,9%	10,9%	12,7%	1,8%	100,0%
	% Diagnóstico		42,3%	11,8%	19,7%	18,2%	9,6%	25,0%	18,6%
Estado Civil	Separado(a), Divorciado(a), Viúvo(a)	Contagem	5	4	16	10	3	0	38
	% do Estado Civil		13,2%	10,5%	42,1%	26,3%	7,9%	0,0%	100,0%
	% Diagnóstico		19,2%	23,5%	11,3%	30,3%	4,1%	0,0%	12,9%
Total		Contagem	26	17	142	33	73	4	295
	% do Estado Civil		8,8%	5,8%	48,1%	11,2%	24,7%	1,4%	100,0%
	% Diagnóstico		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-quadrado de Pearson	35,138	N de Casos Válidos	295
df	10	V de Cramer	,244
p	,000		

Como pudemos perceber, na amostra há mais indivíduos solteiros (68,5%). Dentro do grupo dos solteiros, na insígnia do retardo mental temos 86,3% dos sujeitos, 69% de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, 64,7% de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa e 51,5% de transtornos de humor. Isso pode revelar uma dificuldade dos indivíduos em relacionar-se, com especial incidência para os indivíduos com retardo mental. No extremo oposto temos os indivíduos com transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos, onde há 42,3% de sujeitos casados/conviventes, o que pode ter relação com o fato deste transtorno ser, normalmente, desenvolvido em idades mais avançadas, cujos indivíduos tiveram uma vida anteriormente estável. Uma vez que a distribuição da amostra foi heterogênea, podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre o estado civil e o diagnóstico apresentado ($X^2 = 35,138$; $df = 10$; $p = ,000$; V de Cramer = ,244).

Tabela 44. Associação entre diagnóstico apresentado e atividade profissional

		Diagnóstico Apresentado						Total	
		F 00 – F 09	F 10 – F 19	F 20 – F 29	F 30 – F 39	F 70 – F 79	G 40 – G 47		
Atividade Profissional	Ativo(a)	Contagem	20	13	76	22	34	4	169
		% da Atividade Profissional	11,8%	7,7%	45,0%	13,0%	20,1%	2,4%	100,0%
		% Diagnóstico	76,9%	72,2%	53,5%	66,7%	45,3%	100,0%	56,7%
	Inativo(a)	Contagem	6	5	66	11	41	0	129
		% da Atividade Profissional	4,7%	3,9%	51,2%	8,5%	31,8%	0,0%	100,0%
		% Diagnóstico	23,1%	27,8%	46,5%	33,3%	54,7%	0,0%	43,3%
Total		Contagem	26	18	142	33	75	4	298
		% da Atividade Profissional	8,7%	6,0%	47,7%	11,1%	25,2%	1,3%	100,0%
		% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-quadrado de Pearson		15,020		N de Casos Válidos	298				
df		5		Phi	,225				
p		,010							

Como pudemos perceber, há uma leve prevalência de indivíduos profissionalmente ativos (56,7%), nos quais temos 76,9% de indivíduos com diagnóstico de transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos, 72,2% com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, 66,7% com transtornos do humor e 53,5% com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes. Percebemos uma diferença nos indivíduos com retardo mental que são

majoritariamente inativos (54,7%). Tal como em relação ao estado civil, também na atividade profissional os indivíduos diagnosticados com retardo mental apresentam um prejuízo nas capacidades inter-relacionais e socioeconômicas. Uma vez que a distribuição da amostra foi heterogênea, podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre a atividade profissional e o diagnóstico apresentado, no sentido de haver distribuições bastante díspares nos vários diagnósticos apresentados. ($X^2 = 15,020$; $df = 5$; $p = ,010$, $\Phi = ,225$).

Tabela 45. Associação entre diagnóstico apresentado e nível educacional

		Diagnóstico Apresentado						Total	
		F 00 - F 09	F 10 - F 19	F 20 - F 29	F 30 - F 39	F 70 - F 79	G 40 - G 47		
Nível Educacional	Contagem	3	3	10	0	43	0	59	
	Analfabeto(a)	% do Nível Educacional	5,1%	5,1%	16,9%	0,0%	72,9%	0,0%	100,0%
		% Diagnóstico	18,8%	20,0%	9,9%	0,0%	76,8%	0,0%	27,3%
		Contagem	8	10	65	15	12	3	113
	Ensino Básico	% do Nível Educacional	7,1%	8,8%	57,5%	13,3%	10,6%	2,7%	100,0%
		% Diagnóstico	50,0%	66,7%	64,4%	62,5%	21,4%	75,0%	52,3%
		Contagem	2	2	14	2	1	1	22
	Ensino Secundário	% do Nível Educacional	9,1%	9,1%	63,6%	9,1%	4,5%	4,5%	100,0%
		% Diagnóstico	12,5%	13,3%	13,9%	8,3%	1,8%	25,0%	10,2%
		Contagem	3	0	12	7	0	0	22
	Ensino Superior	% do Nível Educacional	13,6%	0,0%	54,5%	31,8%	0,0%	0,0%	100,0%

	% Diagnóstico	18,8%	0,0%	11,9%	29,2%	0,0%	0,0%	10,2%
	Contagem	16	15	101	24	56	4	216
Total	% do Nível Educacional	7,4%	6,9%	46,8%	11,1%	25,9%	1,9%	100,0%
	% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-quadrado de Pearson	108,205	N de Casos Válidos		216				
df	15	V de Cramer		,409				
p	,000							

Como pudemos perceber, houve um maior percentual de sujeitos com a escolaridade básica na totalidade da amostra (52,3%). Quando a dividimos por diagnósticos atribuídos, percebemos que indivíduos com o diagnóstico de retardo mental são mais frequentemente analfabetos (76,8%), em oposição aos que apresentam transtornos do humor, onde não se verificou nenhum caso de analfabetismo. No que se refere ao ensino básico, os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa é o diagnóstico mais presente (66,7%), seguido pela esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (64,4%) e os transtornos do humor (62,5%); os sujeitos com transtornos episódicos e paroxísticos apresentam um percentual de 75%, contudo somente representam 3 indivíduos. Uma vez que a distribuição da amostra foi heterogênea, podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre o nível educacional e o diagnóstico apresentado ($X^2 = 108,205$; $df = 15$; $p = ,000$; V de Cramer = ,409).

Tabela 46. Associação entre diagnóstico apresentado e fato ilícito-típico praticado

			Diagnóstico Apresentado					Total	
			F 00 – F 09	F 10 – F 19	F 20 – F 29	F 30 – F 39	F 70 – F 79		G 40 – G 47
Fato Ilícito-Típico Praticado	Pessoas	Contagem	9	7	79	11	27	3	136
		% do Fato	6,6%	5,1%	58,1%	8,1%	19,9%	2,2%	100,0%
		% Diagnóstico	34,6%	38,9%	54,5%	33,3%	35,5%	75,0%	45,0%
	Propriedade	Contagem	6	5	37	8	18	1	75
		% do Fato	8,0%	6,7%	49,3%	10,7%	24,0%	1,3%	100,0%
		% Diagnóstico	23,1%	27,8%	25,5%	24,2%	23,7%	25,0%	24,8%
	Liberdade Sexual	Contagem	2	2	11	2	21	0	38
		% do Fato	5,3%	5,3%	28,9%	5,3%	55,3%	0,0%	100,0%
		% Diagnóstico	7,7%	11,1%	7,6%	6,1%	27,6%	0,0%	12,6%
	Administração Pública	Contagem	2	1	6	6	4	0	19
		% do Fato	10,5%	5,3%	31,6%	31,6%	21,1%	0,0%	100,0%
		% Diagnóstico	7,7%	5,6%	4,1%	18,2%	5,3%	0,0%	6,3%
	População em Geral	Contagem	7	3	12	6	6	0	34
		% do Fato	20,6%	8,8%	35,3%	17,6%	17,6%	0,0%	100,0%
		% Diagnóstico	26,9%	16,7%	8,3%	18,2%	7,9%	0,0%	11,3%
	Total	Contagem	26	18	145	33	76	4	302
		% do Fato	8,6%	6,0%	48,0%	10,9%	25,2%	1,3%	100,0%
		% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-quadrado de Pearson	44,706	N de Casos Válidos	302
df	20	V de Cramer	,192
p	,001		

Como pudemos perceber, há a prevalência de indivíduos que praticaram fatos ilícito-típicos contra as pessoas na totalidade da amostra (45%). Isso acontece em todos os diagnósticos apresentados, embora com percentuais diferentes que variam entre os 33,3% e os 75%. Percebemos maior proporção de casos em indivíduos que apresentam esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (54,5%) e retardo mental (35,5%); os transtornos episódicos e paroxísticos representam 75%, novamente contando com 3 indivíduos. O segundo fato ilícito-típico mais praticado foi contra a propriedade, tendo também como diagnósticos mais representativos a esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (25,5%) e o retardo mental (23,7%). Nos fatos contra a liberdade sexual o diagnóstico mais presente foi o retardo mental, com 27,6%, o que pode ser explicado pela sua dificuldade em refrear os impulsos, nomeadamente os sexuais. Os fatos contra a administração pública foram mais presentes no diagnóstico de transtornos do humor, com 18,2% e nos fatos contra a população em geral temos como diagnóstico mais presente os transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos, com 26,9%. Posto isto, e uma vez que a distribuição da amostra foi heterogênea, podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre o fato ilícito-típico e o diagnóstico apresentado, no sentido de haver diagnósticos mais associados a um tipo específico de fato ilícito-típico, não sendo a distribuição homogênea em todos os fatos. ($X^2 = 44,706$; $df = 20$; $p = ,001$; $V \text{ de Cramer} = ,192$).

Em virtude de a informação sobre as condições físicas em geral somente ter sido obtida nos relatórios periciais/laudos brasileiros, não há necessidade de apresentar uma tabela. Da mesma forma não houve necessidade de apresentar uma tabela sobre os exames complementares realizados, tendo em vista que o item somente foi respondido em Portugal.

Tabela 47. Associação entre diagnóstico apresentado e reconhecimento do fato praticado

		Diagnóstico Apresentado						Total
		F 00 – F 09	F 10 – F 19	F 20 – F 29	F 30 – F 39	F 70 – F 79	G 40 – G 47	
Reconhecimento do Fato Praticado	Contagem	5	3	32	5	8	0	53
	Sim % do Reconhecimento	9,4%	5,7%	60,4%	9,4%	15,1%	0,0%	100,0%
	% Diagnóstico	55,6%	30,0%	47,1%	38,5%	33,3%	0,0%	42,1%
	Contagem	4	7	36	8	16	2	73
	Não % do Reconhecimento	5,5%	9,6%	49,3%	11,0%	21,9%	2,7%	100,0%
	% Diagnóstico	44,4%	70,0%	52,9%	61,5%	66,7%	100,0%	57,9%
Total	Contagem	9	10	68	13	24	2	126
	% do Reconhecimento	7,1%	7,9%	54,0%	10,3%	19,0%	1,6%	100,0%
	% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-quadrado de Pearson	4,238	N de Casos Válidos		126				
df	5	Phi		,183				
p	,516							

Como havíamos percebido nas frequências, em 76,4% dos casos portugueses e em 47,9% dos brasileiros não foi respondido o item (tabela 21). Uma vez que a distribuição da amostra foi homogênea, pois em todos os diagnósticos – à exceção dos transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos – existe uma prevalência de indivíduos que não reconhece a prática do fato. Por essa razão, não podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre o fato ilícito-típico e o diagnóstico apresentado ($X^2 = 4,238$; $df = 5$; $p = ,516$; $\Phi = ,183$).

Em virtude de a informação sobre a perigosidade social somente ter sido obtida nos relatórios periciais/laudos portugueses, não há necessidade de apresentar uma tabela.

Tabela 48. Associação entre diagnóstico apresentado e único ou múltiplos diagnósticos apresentados

			Diagnóstico Apresentado						Total
			F 00 - F 09	F 10 - F 19	F 20 - F 29	F 30 - F 39	F 70 - F 79	G 40 - G 47	
Único ou Múltiplos Diagnósticos Apresentados	Único Diagnóstico	Contagem	22	17	137	30	62	4	272
		% dos Diagnósticos	8,1%	6,2%	50,4%	11,0%	22,8%	1,5%	100,0%
	Múltiplos Diagnósticos em Categorias Diferentes	% Diagnóstico	84,6%	94,4%	94,5%	90,9%	81,6%	100,0%	90,1%
		Contagem	4	1	8	3	14	0	30
		% dos Diagnósticos	13,3%	3,3%	26,7%	10,0%	46,7%	0,0%	100,0%
		% Diagnóstico	15,4%	5,6%	5,5%	9,1%	18,4%	0,0%	9,9%
Total	Contagem	26	18	145	33	76	4	302	
	% dos Diagnósticos	8,6%	6,0%	48,0%	10,9%	25,2%	1,3%	100,0%	

		% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-quadrado de Pearson	10,997		N de Casos Válidos		302				
df	5		Phi		,191				
p	,051								

Como pudemos perceber, há a prevalência de indivíduos com um único diagnóstico apresentado (90,1%). Como a distribuição do número de diagnósticos e o diagnóstico apresentado foi semelhante, apesar de não ser possível afirmar com um grau de confiança de 95%, é possível estabelecer uma associação estatisticamente significativa moderada entre o número de diagnósticos apresentados e o diagnóstico apresentado, no sentido de que notamos que os dois mais destacados são a esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (94,5%) e o retardo mental (81,6%). ($X^2 = 10,997$; $df = 5$; $p = ,051$; $Phi = ,191$).

Tabela 49. Associação entre diagnóstico apresentado e único ou múltiplos fatos ilícito-típicos praticados

		Diagnóstico Apresentado						Total	
		F 00 – F 09	F 10 – F 19	F 20 – F 29	F 30 – F 39	F 70 – F 79	G 40 – G 47		
Único ou Múltiplos Fatos Ilícito-típicos Praticados	Único Fato Ilícito-Típico	Contagem	22	16	110	27	60	3	238
		% dos Fatos	9,2%	6,7%	46,2%	11,3%	25,2%	1,3%	100,0%
		% Diagnóstico	84,6%	88,9%	75,9%	81,8%	78,9%	75,0%	78,8%
	Múltiplos Fatos na Mesma Categoria	Contagem	1	1	19	2	8	1	32
		% dos Fatos	3,1%	3,1%	59,4%	6,2%	25,0%	3,1%	100,0%
		% Diagnóstico	3,8%	5,6%	13,1%	6,1%	10,5%	25,0%	10,6%
	Múltiplos Fatos em Categorias Diferentes	Contagem	3	1	16	4	8	0	32
		% dos Fatos	9,4%	3,1%	50,0%	12,5%	25,0%	0,0%	100,0%
		% Diagnóstico	11,5%	5,6%	11,0%	12,1%	10,5%	0,0%	10,6%
Total	Contagem	26	18	145	33	76	4	302	
	% dos Fatos	8,6%	6,0%	48,0%	10,9%	25,2%	1,3%	100,0%	
	% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Chi-quadrado de Pearson	5,359	N de Casos Válidos		302					
df	10	V de Cramer		,094					
p	,866								

Como pudemos perceber, há a prevalência de indivíduos que praticaram apenas um fato ilícito-típico (78,8%). A distribuição da amostra foi bastante homogênea, pelo que não percebemos uma associação estatisticamente significativa entre o número de fatos ilícito-típicos praticados e o diagnóstico apresentado ($X^2 = 5,359$; $df = 10$; $p = ,866$; V de Cramer = ,094).

Tabela 50. Associação entre diagnóstico apresentado e adição em álcool e/ou drogas

		Diagnóstico Apresentado						Total
		F 00 – F 09	F 10 – F 19	F 20 – F 29	F 30 – F 39	F 70 – F 79	G 40 – G 47	
Adição em Álcool e/ou Drogas	Contagem	2	17	6	2	11	0	38
	Sim % da Adição	5,3%	44,7%	15,8%	5,3%	28,9%	0,0%	100,0%
	% Diagnóstico	7,7%	94,4%	4,1%	6,1%	14,5%	0,0%	12,6%
	Contagem	24	1	139	31	65	4	264
	Não % da Adição	9,1%	0,4%	52,7%	11,7%	24,6%	1,5%	100,0%
	% Diagnóstico	92,3%	5,6%	95,9%	93,9%	85,5%	100,0%	87,4%
Total	Contagem	26	18	145	33	76	4	302
	% da Adição	8,6%	6,0%	48,0%	10,9%	25,2%	1,3%	100,0%
	% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-quadrado de Pearson	121,728	N de Casos Válidos		302				
df	5	Phi		,635				
p	,000							

Como pudemos perceber, não há prevalência de indivíduos que apresentem adição em álcool e/ou drogas em comorbidade com outros transtornos (87,4%). Contudo, apesar de não acontecer para todos os fatos, podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre a adição em álcool e/ou drogas e o diagnóstico apresentado, exatamente no diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa ($X^2 = 121,728$; $df = 5$; $p = ,000$; $\Phi = ,635$). Lembramos que nesta variável é analisada a comorbidade do transtorno com a adição e o diagnóstico F 10 – F 19 (94,4%) já é decorrente do uso de substâncias, realçando a disparidade para com os demais diagnósticos, onde o consumo é francamente minoritário.

Teste Chi-Quadrado determinado pelo diagnóstico N = 110

Tabela 51. Associação entre o diagnóstico apresentado e cada ponto do questionário (Portugal)

	Diagnóstico Apresentado					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
Gênero	110	100,0%	0	0,0%	110	100,0%
Idade	110	100,0%	0	0,0%	110	100,0%
Estado Civil	110	100,0%	0	0,0%	110	100,0%
Atividade Profissional	107	97,3%	3	2,7%	110	100,0%
Nível Educacional	36	32,7%	74	67,3%	110	100,0%
Fato Ilícito-Típico Praticado	110	100,0%	0	0,0%	110	100,0%
Condições Físicas em Geral	110	100,0%	0	0,0%	110	100,0%
Exames Complementares	110	100,0%	0	0,0%	110	100,0%
Reconhecimento do Fato Praticado	26	23,6%	84	76,4%	110	100,0%
Perigosidade Social	110	100,0%	0	0,0%	110	100,0%
Único ou Múltiplos Diagnósticos Apresentados	110	100,0%	0	0,0%	110	100,0%
Único ou Múltiplos Fatos Ilícito-típicos Praticados	110	100,0%	0	0,0%	110	100,0%
Adição em Álcool e/ou Drogas	110	100,0%	0	0,0%	110	100,0%

Tabela 52. Associação entre o diagnóstico apresentado e gênero (Portugal)

		Diagnóstico Apresentado ¹⁹					Total
		F 00 – F 09	F 10 – F 19	F 20 – F 29	F 30 – F 39	F 70 – F 79	
Gênero	Contagem	10	1	32	9	42	94
	Masculino % do Gênero	10,6%	1,1%	34,0%	9,6%	44,7%	100,0%
	% Diagnóstico	90,9%	100,0%	74,4%	81,8%	95,5%	85,5%
	Contagem	1	0	11	2	2	16
	Feminino % do Gênero	6,2%	0,0%	68,8%	12,5%	12,5%	100,0%
	% Diagnóstico	9,1%	0,0%	25,6%	18,2%	4,5%	14,5%
Total	Contagem	11	1	43	11	44	110
	% do Gênero	10,0%	0,9%	39,1%	10,0%	40,0%	100,0%
	% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-quadrado de Pearson	8,304	N de Casos Válidos		110			
df	4	Phi		,275			
p	,081						

¹⁹ F 00 – F 09 (Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos); F 10 – F 19 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa); F 20 – F 29 (Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes); F 30 – F 39 (Transtornos do humor [afetivos]); F 70 – F 79 (Retardo mental); G 40 – G 47 (Transtornos episódicos e paroxísticos).

Como pudemos perceber, na amostra portuguesa há mais indivíduos do sexo masculino (85,5%), bem como em cada um dos diagnósticos. Uma vez que a distribuição da amostra foi homogênea, não podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre o gênero e o diagnóstico apresentado em Portugal ($X^2 = 8,304$; $df = 4$; $p = 0,81$; $\Phi = ,275$).

Tabela 53. Associação entre o diagnóstico apresentado e idade (Portugal)

Estatísticas descritivas			Diagnóstico Apresentado					Total	
	N	Média	Desvio padrão	F 00 – F 09	F 10 – F 19	F 20 – F 29	F 30 – F 39		F 70 – F 79
Idade	110	45,04	14,534						
N válido (de lista)	110								
Idade	≤ 28 anos	Contagem		0	0	1	0	11	12
		% da Idade		0,0%	0,0%	8,3%	0,0%	91,7%	100,0%
	% Diagnóstico		0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	25,0%	10,9%	
	29 – 44 anos	Contagem		4	0	25	2	19	50
		% da Idade		8,0%	0,0%	50,0%	4,0%	38,0%	100,0%
		% Diagnóstico		36,4%	0,0%	58,1%	18,2%	43,2%	45,5%

	Contagem	0	1	10	8	11	30
45 – 60 anos	% da Idade	0,0%	3,3%	33,3%	26,7%	36,7%	100,0%
	% Diagnóstico	0,0%	100,0%	23,3%	72,7%	25,0%	27,3%
	Contagem	7	0	7	1	3	18
≥ 61 anos	% da Idade	38,9%	0,0%	38,9%	5,6%	16,7%	100,0%
	% Diagnóstico	63,6%	0,0%	16,3%	9,1%	6,8%	16,4%
	Contagem	11	1	43	11	44	110
Total	% da Idade	10,0%	0,9%	39,1%	10,0%	40,0%	100,0%
	% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-quadrado de Pearson	49,050	N de Casos Válidos	110				
df	12	V de Cramer	,386				
p	,000						

Como pudemos perceber, na amostra portuguesa há mais indivíduos com idades entre 29 e 44 anos (45,5%), em cuja faixa etária destaca-se o diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (58,1%). Adicionalmente, nos demais diagnósticos percebemos diferentes faixas etárias correspondentes, como ocorre com os sujeitos com idades inferiores ou iguais a 28 anos, que têm o diagnóstico de retardo mental (25%), os sujeitos com idades entre 45 e 60 anos, que se destacam com o diagnóstico de transtornos do humor (72,7%) e os sujeitos com idades iguais ou superiores a 61 anos, que têm o diagnóstico de transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (63,6%), o que faz todo o sentido que esse transtorno se apresente em pessoas com mais idade. Uma vez que a distribuição da amostra foi heterogênea, não apresentando os mesmos

diagnósticos associados às faixas etárias determinadas, podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre a faixa etária e o diagnóstico apresentado em Portugal, no sentido de que cada diagnóstico foi mais representativo em uma faixa etária diferente. ($X^2 = 49,050$; $df = 12$; $p = ,000$; V de Cramer = ,386).

Tabela 54. Associação entre o diagnóstico apresentado e estado civil (Portugal)

			Diagnóstico Apresentado					Total
			F 00 – F 09	F 10 – F 19	F 20 – F 29	F 30 – F 39	F 70 – F 79	
Estado Civil	Solteiro(a)	Contagem	3	1	26	3	37	70
		% do Estado Civil	4,3%	1,4%	37,1%	4,3%	52,9%	100,0%
		% Diagnóstico	27,3%	100,0%	60,5%	27,3%	84,1%	63,6%
	Casado(a), Convivente	Contagem	5	0	7	2	5	19
		% do Estado Civil	26,3%	0,0%	36,8%	10,5%	26,3%	100,0%
		% Diagnóstico	45,5%	0,0%	16,3%	18,2%	11,4%	17,3%
Separado(a), Divorciado(a), Viúvo(a)	Contagem	3	0	10	6	2	21	
	% do Estado Civil	14,3%	0,0%	47,6%	28,6%	9,5%	100,0%	
	% Diagnóstico	27,3%	0,0%	23,3%	54,5%	4,5%	19,1%	
Total	Contagem	11	1	43	11	44	110	
	% do Estado Civil	10,0%	0,9%	39,1%	10,0%	40,0%	100,0%	
	% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-quadrado de Pearson	26,976	N de Casos Válidos	110
df	8	V de Cramer	,350
p	,001		

Como pudemos perceber, na amostra portuguesa há mais indivíduos solteiros (63,6%), em cujo estado civil destaca-se o diagnóstico de retardo mental (84,1%) e de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (60,5%). Adicionalmente, nos demais diagnósticos percebemos diferentes estados civis correspondentes, como ocorre com os sujeitos com casados/conviventes, que têm o diagnóstico de transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (45,5%), e os sujeitos separados/divorciados/viúvos, que têm o diagnóstico de transtornos do humor (54,5%). Uma vez que a distribuição da amostra foi heterogênea, não apresentando os mesmos diagnósticos associados aos estados civis determinados, podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre o estado civil e o diagnóstico apresentado em Portugal, no sentido de que cada diagnóstico foi destacado numa faixa etária diferente. ($X^2 = 26,976$; $df = 8$; $p = ,001$; V de Cramer = ,350).

Tabela 55. Associação entre o diagnóstico apresentado e atividade profissional (Portugal)

		Diagnóstico Apresentado					Total
		F 00 – F 09	F 10 – F 19	F 20 – F 29	F 30 – F 39	F 70 – F 79	
Atividade Profissional	Contagem	10	0	19	6	24	59
	Ativo(a) % da Atividade Profissional	16,9%	0,0%	32,2%	10,2%	40,7%	100,0%
	% Diagnóstico	90,9%	0,0%	47,5%	54,5%	54,5%	55,1%
	Inativo(a) Contagem	1	1	21	5	20	48
	% da Atividade Profissional	2,1%	2,1%	43,8%	10,4%	41,7%	100,0%
	% Diagnóstico	9,1%	100,0%	52,5%	45,5%	45,5%	44,9%
Total	Contagem	11	1	40	11	44	107
	% da Atividade Profissional	10,3%	0,9%	37,4%	10,3%	41,1%	100,0%
	% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-quadrado de Pearson	7,871	N de Casos Válidos	107				
df	4	Phi	,271				
p	,096						

Na amostra portuguesa há mais indivíduos profissionalmente ativos (55,1%), nos quais temos 90,9% dos sujeitos diagnosticados com transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos, 54,4% com transtornos do humor e 54,4% com retardo mental. No diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, apesar de termos 52,5% de sujeitos inativos, a proporção de ativos (47,5%) não é muito distante da média de sujeitos profissionalmente ativos. Uma vez que a

distribuição da amostra foi relativamente homogênea, não podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa com um nível de 95% de confiança entre a atividade profissional e o diagnóstico apresentado em Portugal. ($X^2 = 7,871$; $df = 4$; $p = ,096$; $\Phi = ,271$).

Tabela 56. Associação entre o diagnóstico apresentado e nível educacional (Portugal)

		Diagnóstico Apresentado				Total	
		F 00 – F 09	F 20 – F 29	F 30 – F 39	F 70 – F 79		
Nível Educacional	Analfabeto(a)	Contagem	1	1	0	25	27
		% do Nível Educacional	3,7%	3,7%	0,0%	92,6%	100,0%
		% Diagnóstico	100,0%	16,7%	0,0%	92,6%	75,0%
	Ensino Básico	Contagem	0	0	0	2	2
		% do Nível Educacional	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% Diagnóstico	0,0%	0,0%	0,0%	7,4%	5,6%
	Ensino Secundário	Contagem	0	1	0	0	1
		% do Nível Educacional	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% Diagnóstico	0,0%	16,7%	0,0%	0,0%	2,8%
	Ensino Superior	Contagem	0	4	2	0	6
		% do Nível Educacional	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
		% Diagnóstico	0,0%	66,7%	100,0%	0,0%	16,7%
Total	Contagem	1	6	2	27	36	
	% do Nível Educacional	2,8%	16,7%	5,6%	75,0%	100,0%	

		% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-quadrado de Pearson	33,086	N de Casos Válidos	36				
df	9	V de Cramer	,553				
p	,000						

Como pudemos perceber, houve um maior percentual de sujeitos analfabetos na totalidade da amostra (75%). Quando a dividimos por diagnósticos atribuídos, percebemos que indivíduos com o diagnóstico de retardo mental são os mais representativos dentre os analfabetos (92,6%) e os têm o ensino básico (7,4%). No que se refere à esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, este foi o diagnóstico mais representativo no ensino secundário (16,7%) e no ensino superior (66,7%). Não obstante, dos 110 sujeitos da amostra, apenas 36 responderam à questão e não houve qualquer caso de indivíduos com o diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, que nem sequer foi apresentado na tabela. Uma vez que a distribuição da amostra foi heterogênea, podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre o nível educacional e o diagnóstico apresentado, no sentido de que os indivíduos com retardo mental têm menos escolaridade que os demais. ($X^2 = 33,086$; $df = 9$; $p = ,000$; V de Cramer = ,553).

Tabela 57. Associação entre o diagnóstico apresentado e fato ilícito-típico praticado (Portugal)

		Diagnóstico Apresentado					Total	
		F 00 – F 09	F 10 – F 19	F 20 – F 29	F 30 – F 39	F 70 – F 79		
Fato Ilícito-Típico Praticado	Pessoas	Contagem	5	0	26	3	18	52
		% do Fato	9,6%	0,0%	50,0%	5,8%	34,6%	100,0%
		% Diagnóstico	45,5%	0,0%	60,5%	27,3%	40,9%	47,3%
	Propriedade	Contagem	2	1	9	3	10	25
		% do Fato	8,0%	4,0%	36,0%	12,0%	40,0%	100,0%
		% Diagnóstico	18,2%	100,0%	20,9%	27,3%	22,7%	22,7%
	Liberdade Sexual	Contagem	0	0	4	1	10	15
		% do Fato	0,0%	0,0%	26,7%	6,7%	66,7%	100,0%
		% Diagnóstico	0,0%	0,0%	9,3%	9,1%	22,7%	13,6%
	Administração Pública	Contagem	1	0	3	2	4	10
		% do Fato	10,0%	0,0%	30,0%	20,0%	40,0%	100,0%
		% Diagnóstico	9,1%	0,0%	7,0%	18,2%	9,1%	9,1%
	População em Geral	Contagem	3	0	1	2	2	8
		% do Fato	37,5%	0,0%	12,5%	25,0%	25,0%	100,0%
		% Diagnóstico	27,3%	0,0%	2,3%	18,2%	4,5%	7,3%
	Total	Contagem	11	1	43	11	44	110
		% do Fato	10,0%	0,9%	39,1%	10,0%	40,0%	100,0%
		% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-quadrado de Pearson	22,444	N de Casos Válidos		110				
df	16	V de Cramer		,226				

Como pudemos perceber, há a prevalência de indivíduos que praticaram fatos ilícito-típicos contra as pessoas na totalidade da amostra (47,3%). Isso acontece em todos os diagnósticos apresentados, exceto nos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa. Percebemos maior proporção de casos em indivíduos que apresentam esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (60,5%), transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (45,5%), retardo mental (40,9%) e transtornos do humor (27,3%). O segundo fato ilícito-típico mais praticado foi contra a propriedade (22,7%), sendo mais representativo nos transtornos do humor (27,3%). Nos fatos contra a liberdade sexual o diagnóstico mais presente foi o retardo mental, com 22,7%, o que pode ser explicado pela sua dificuldade em refrear os impulsos, nomeadamente os sexuais. Os fatos contra a administração pública foram mais presentes no diagnóstico de transtornos do humor, com 18,2% e nos fatos contra a população em geral temos como diagnóstico mais presente os transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos, com 27,3%. Posto isto, e uma vez que a distribuição da amostra foi homogênea, não podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre o fato ilícito-típico e o diagnóstico apresentado, no sentido de as diferenças encontradas não serem suficientes para haver um resultado significativo. ($X^2 = 22,444$; $df = 16$; $p = ,129$; V de Cramer = ,226).

Não apresentamos a tabela da associação entre o diagnóstico apresentado e condições físicas em geral porque não houve qualquer avaliação realizada em Portugal.

Tabela 58. Associação entre o diagnóstico apresentado e exames complementares realizados (Portugal)

		Diagnóstico Apresentado					Total	
		F 00 – F 09	F 10 – F 19	F 20 – F 29	F 30 – F 39	F 70 – F 79		
Exames Complementares Realizados	Contagem	3	0	12	1	25	41	
	Sim	% dos Exames	7,3%	0,0%	29,3%	2,4%	61,0%	100,0%
		% Diagnóstico	27,3%	0,0%	27,9%	9,1%	56,8%	37,3%
		Contagem	8	1	31	10	19	69
	Não	% dos Exames	11,6%	1,4%	44,9%	14,5%	27,5%	100,0%
		% Diagnóstico	72,7%	100,0%	72,1%	90,9%	43,2%	62,7%
Total	Contagem	11	1	43	11	44	110	
	% dos Exames	10,0%	0,9%	39,1%	10,0%	40,0%	100,0%	
	% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Chi-quadrado de Pearson	13,604	N de Casos Válidos		110				
df	4	Phi		,352				
p	,009							

Como pudemos perceber, os exames complementares somente foram realizados na amostra portuguesa (tabela 19). Somente 13,6% dos casos são válidos (tabela 18). Ainda assim, em apenas 37,3% dos casos foram realizados os exames e em 62,7% dos casos não foram realizados. Avaliando os casos em que houve resposta, percebemos que a maior parte dos casos nos quais foram realizados os exames complementares o indivíduo foi diagnosticado com retardo mental (56,8%). Uma vez que a

distribuição da amostra foi heterogênea, podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre os exames complementares e o diagnóstico apresentado em Portugal, no sentido de que apenas no diagnóstico de retardo mental foram realizados exames complementares. ($X^2 = 13,604$; $df = 4$; $p = ,009$; $\Phi = ,352$).

Tabela 59. Associação entre o diagnóstico apresentado e perigosidade social (Portugal)

		Diagnóstico Apresentado					Total	
		F 00 – F 09	F 10 – F 19	F 20 – F 29	F 30 – F 39	F 70 – F 79		
Presença de Perigosidade Social	Contagem	6	1	40	10	42	99	
	Sim	% da Perigosidade	6,1%	1,0%	40,4%	10,1%	42,4%	100,0%
		% Diagnóstico	54,5%	100,0%	93,0%	90,9%	95,5%	90,0%
		Contagem	5	0	3	1	2	11
	Não	% da Perigosidade	45,5%	0,0%	27,3%	9,1%	18,2%	100,0%
		% Diagnóstico	45,5%	0,0%	7,0%	9,1%	4,5%	10,0%
Total	Contagem	11	1	43	11	44	110	
	% da Perigosidade	10,0%	0,9%	39,1%	10,0%	40,0%	100,0%	
	% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Chi-quadrado de Pearson	17,376	N de Casos Válidos		110				
df	4	Phi		,397				
p	,002							

Como já referimos nas frequências (tabela 22), essa informação praticamente só foi referida nos relatórios periciais/laudos portugueses. Ainda assim, dos dados recolhidos, a perigosidade social foi aludida expressamente *na hipótese de o indivíduo não ter qualquer suporte ao deixar o estabelecimento*, estando claro nos relatórios periciais que a perigosidade não se apresentará se os indivíduos tiverem o apoio necessário. Posto isto, os dados expressam que a perigosidade social eventualmente existente está presente em 100% dos sujeitos diagnosticados com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, 95,5% com retardo mental, 93% com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, 90,9% com transtornos do humor e 54,5% com transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos. Uma vez que a distribuição da amostra foi heterogênea, na eventualidade de o indivíduo não receber o suporte necessário ao deixar o hospital, podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre a perigosidade social e o diagnóstico em Portugal, no sentido de que no diagnóstico de transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos houve uma diferença grande na proporção dos sujeitos em oposição aos demais diagnósticos, lembrando que estes indivíduos são os predominantemente casados/conviventes, o que lhe oferece maior suporte social. ($X^2 = 17,376$; $df = 4$; $p = ,002$; $\Phi = ,397$).

Tabela 60. Associação entre o diagnóstico apresentado e único ou múltiplos diagnósticos apresentados (Portugal)

		Diagnóstico Apresentado					Total	
		F 00 - F 09	F 10 - F 19	F 20 - F 29	F 30 - F 39	F 70 - F 79		
Único ou Múltiplos Diagnósticos Apresentados	Único Diagnóstico	Contagem	10	1	40	9	35	95
		% dos Diagnósticos	10,5%	1,1%	42,1%	9,5%	36,8%	100,0%
		% Diagnóstico	90,9%	100,0%	93,0%	81,8%	79,5%	86,4%
	Múltiplos Diagnósticos em Categorias Diferentes	Contagem	1	0	3	2	9	15
		% dos Diagnósticos	6,7%	0,0%	20,0%	13,3%	60,0%	100,0%
		% Diagnóstico	9,1%	0,0%	7,0%	18,2%	20,5%	13,6%
Total	Contagem	11	1	43	11	44	110	
	% dos Diagnósticos	10,0%	0,9%	39,1%	10,0%	40,0%	100,0%	
	% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Chi-quadrado de Pearson	3,900	N de Casos Válidos		110				
df	4	Phi		,188				
p	,420							

Como pudemos perceber, na amostra portuguesa há mais indivíduos com apenas um diagnóstico (86,4%), nos quais 100% dos sujeitos foram diagnosticados com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, 93% com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, 90,9% com transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos, 81,8% com transtornos do humor e 79,5% com retardo mental. Verificou-se que qualquer que seja o diagnóstico, os

indivíduos apresentam apenas um diagnóstico na maior parte dos casos. Uma vez que a distribuição da amostra foi homogênea, não podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre o número de diagnósticos e diagnóstico apresentado em Portugal ($X^2 = 3,900$; $df = 4$; $p = ,420$; $\Phi = ,188$).

Tabela 61. Associação entre o diagnóstico apresentado e único ou múltiplos fatos ilícito-típicos praticados (Portugal)

		Diagnóstico Apresentado					Total	
		F 00 - F 09	F 10 - F 19	F 20 - F 29	F 30 - F 39	F 70 - F 79		
Único ou Múltiplos Fatos Ilícito-típicos Praticados	Único Fato Ilícito-Típico	Contagem	10	1	27	7	34	79
		% dos Fatos	12,7%	1,3%	34,2%	8,9%	43,0%	100,0%
		% Diagnóstico	90,0%	100,0%	62,8%	63,6%	77,3%	71,8%
	Múltiplos Fatos na Mesma Categoria	Contagem	0	0	6	2	4	12
		% dos Fatos	0,0%	0,0%	50,0%	16,7%	33,3%	100,0%
		% Diagnóstico	0,0%	0,0%	14,0%	18,2%	9,1%	10,9%
	Múltiplos Fatos em Categorias Diferentes	Contagem	1	0	10	2	6	19
		% dos Fatos	5,3%	0,0%	52,6%	10,5%	31,6%	100,0%
		% Diagnóstico	9,1%	0,0%	23,3%	18,2%	13,6%	17,3%
Total	Contagem	11	1	43	11	44	110	
	% dos Fatos	10,0%	0,9%	39,1%	10,0%	40,0%	100,0%	
	% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-quadrado de Pearson	5,615	N de Casos Válidos	110
df	8	V de Cramer	,160
p	,690		

Na amostra portuguesa há mais indivíduos que praticaram apenas um fato ilícito-típico (71,8%), nos quais temos 100% que apresentaram diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, 90% com transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos e 77,3% com retardo mental como os mais representativos. Uma vez que a distribuição da amostra foi homogênea, não podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre o número de fatos ilícito-típicos praticados e diagnóstico apresentado em Portugal ($X^2 = 5,615$; $df = 8$; $p = ,690$; V de Cramer = ,160).

Tabela 62. Associação entre o diagnóstico apresentado e adição em álcool e/ou drogas (Portugal)

		Diagnóstico Apresentado					Total		
		F 00 – F 09	F 10 – F 19	F 20 – F 29	F 30 – F 39	F 70 – F 79			
Adição em Álcool e/ou Drogas	Sim	Contagem	1	0	3	1	8	13	
		% de Adição	7,7%	0,0%	23,1%	7,7%	61,5%	100,0%	
		% Diagnóstico	9,1%	0,0%	7,0%	9,1%	18,2%	11,8%	
	Não		Contagem	10	1	40	10	36	97
			% de Adição	10,3%	1,0%	41,2%	10,3%	37,1%	100,0%
			% Diagnóstico	90,9%	100,0%	93,0%	90,9%	81,8%	88,2%
Total		Contagem	11	1	43	11	44	110	

	% de Adição	10,0%	0,9%	39,1%	10,0%	40%	100,0%
	% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-quadrado de Pearson	2,968	N de Casos Válidos	110				
df	4	Phi	,164				
p	,563						

Como havíamos percebido nas frequências, na amostra portuguesa há mais indivíduos que não apresentaram adição em álcool e/ou drogas (88,2%), nos quais temos 100% que apresentaram diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, 93% esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, 90,9% transtornos do humor, 90,9% transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos e 81,8% com retardo mental. Verificou-se que qualquer que seja o diagnóstico, os indivíduos não apresentam adição em álcool e/ou drogas na maior parte dos casos. Uma vez que a distribuição da amostra foi homogênea, não podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre a adição em álcool e/ou drogas e diagnóstico apresentado em Portugal ($X^2 = 2,968$; $df = 4$; $p = ,563$; $Phi = ,164$).

Teste Chi-Quadrado determinado pelo diagnóstico N = 192

Tabela 63. Associação entre o diagnóstico apresentado e cada ponto do questionário (Brasil)

	Diagnóstico Apresentado					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
Gênero	192	100,0%	0	0,0%	192	100,0%
Idade	178	92,7%	14	7,3%	192	100,0%
Estado Civil	185	96,4%	7	3,6%	192	100,0%
Atividade Profissional	191	99,5%	1	0,5%	192	100,0%
Nível Educacional	180	93,8%	12	6,2%	192	100,0%
Fato Ilícito-Típico Praticado	192	100,0%	0	0,0%	192	100,0%
Condições Físicas em Geral	192	100,0%	0	0,0%	192	100,0%
Exames Complementares Realizados	192	100,0%	0	0,0%	192	100,0%
Reconhecimento do Fato Praticado	100	52,1%	92	47,9%	192	100,0%
Único ou Múltiplos Diagnósticos Apresentados	192	100,0%	0	0,0%	192	100,0%
Único ou Múltiplos Fatos Ilícito-típicos Praticados	192	100,0%	0	0,0%	192	100,0%
Adição em Álcool e/ou Drogas	192	100,0%	0	0,0%	192	100,0%

Tabela 64. Associação entre o diagnóstico apresentado e gênero (Brasil)

		Diagnóstico Apresentado ²⁰					Total	
		F 00 – F 09	F 10 – F 19	F 20 – F 29	F 30 – F 39	F 70 – F 79		G 40 – G 47
Gênero	Contagem	12	16	86	13	29	4	160
	Masculino % do Gênero	7,5%	10,0%	53,8%	8,1%	18,1%	2,5%	100%
	% Diagnóstico	80,0%	94,1%	84,3%	59,1%	90,6%	100,0%	83,3%
	Contagem	3	1	16	9	3	0	32
	Feminino % do Gênero	9,4%	3,1%	50,0%	28,1%	9,4%	0,0%	100,0%
	% Diagnóstico	20,0%	5,9%	15,7%	40,9%	9,4%	0,0%	16,7%
Total	Contagem	15	17	102	22	32	4	192
	% do Gênero	7,8%	8,9%	53,1%	11,5%	16,7%	2,1%	100,0%
	% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-quadrado de Pearson	12,948	N de Casos Válidos		192				
df	5	Phi		,260				
p	,024							

Como pudemos perceber, na amostra brasileira há mais indivíduos do sexo masculino (83,3%), nos quais temos 100% dos sujeitos diagnosticados com transtornos episódicos e paroxísticos, 94,1% com transtornos mentais e comportamentais devidos

²⁰ F 00 – F 09 (Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos); F 10 – F 19 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa); F 20 – F 29 (Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes); F 30 – F 39 (Transtornos do humor [afetivos]); F 70 – F 79 (Retardo mental); G 40 – G 47 (Transtornos episódicos e paroxísticos).

ao uso de substância psicoativa, 90,6% com retardo mental, 84,3% com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes e 80% com transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos. Somente no diagnóstico de transtornos do humor temos uma proporção bastante atípica, com 59,1%. Uma vez que a distribuição da amostra foi heterogênea, podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre o gênero e o diagnóstico apresentado no Brasil, no sentido de que os indivíduos do sexo masculino estão menos associados aos transtornos do humor. ($X^2 = 12,948$; $df = 5$; $p = ,024$; $\Phi = ,260$).

Tabela 65. Associação entre o diagnóstico apresentado e idade (Brasil)

Estatísticas descritivas			
	N	Média	Desvio padrão
Idade	178	40,90	12,874
N válido (de lista)	178		

		Diagnóstico Apresentado						Total	
		F 00 – F 09	F 10 – F 19	F 20 – F 29	F 30 – F 39	F 70 – F 79	G 40 – G 47		
Idade	Contagem	2	0	9	5	2	0	18	
	≤ 26 anos	% da Idade	11,1%	0,0%	50,0%	27,8%	11,1%	0,0%	100,0%
		% Diagnóstico	13,3%	0,0%	9,6%	23,8%	6,9%	0,0%	10,1%
		Contagem	7	5	44	11	9	2	78
	27 – 40 anos	% da Idade	9,0%	6,4%	56,4%	14,1%	11,5%	2,6%	100,0%
		% Diagnóstico	46,7%	33,3%	46,8%	52,4%	31,0%	50,0%	43,8%
		Contagem	5	7	26	2	14	2	56
	41 – 54 anos	% da Idade	8,9%	12,5%	46,4%	3,6%	25,0%	3,6%	100,0%
		% Diagnóstico	33,3%	46,7%	27,7%	9,5%	48,3%	50,0%	31,5%
		Contagem	1	3	15	3	4	0	26
	≥ 55 anos	% da Idade	3,8%	11,5%	57,7%	11,5%	15,4%	0,0%	100,0%
		% Diagnóstico	6,7%	20,0%	16,0%	14,3%	13,8%	0,0%	14,6%
		Contagem	15	15	94	21	29	4	178
	Total	% da Idade	8,4%	8,4%	52,8%	11,8%	16,3%	2,2%	100,0%
		% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-quadrado de Pearson	17,827	N de Casos Válidos		178					
df	15	V de Cramer		,183					
p	,272								

Como pudemos perceber, na amostra brasileira há mais indivíduos com idades entre 27 e 40 anos (43,8%), em cuja faixa etária destacam-se, em semelhante proporção, os diagnósticos de transtornos do humor (52,4%), transtornos episódicos e paroxísticos (50%), esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (46,8%) e transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (46,7%). Na faixa etária entre 41 e 54 anos vemos destaque para os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (46,7%) e retardo mental (48,3%). Uma vez que a distribuição da amostra foi proporcionalmente homogênea nos diferentes diagnósticos, não podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre a faixa etária e o diagnóstico apresentado no Brasil. ($X^2 = 17,827$; $df = 15$; $p = ,272$; V de Cramer = ,183).

Tabela 66. Associação entre o diagnóstico apresentado e estado civil (Brasil)

		Diagnóstico Apresentado						Total	
		F 00 - F 09	F 10 - F 19	F 20 - F 29	F 30 - F 39	F 70 - F 79	G 40 - G 47		
Estado Civil	Solteiro(a)	Contagem	7	10	72	14	26	3	132
		% do Estado Civil	5,3%	7,6%	54,5%	10,6%	19,7%	2,3%	100,0%
		% Diagnóstico	46,7%	62,5%	72,7%	63,6%	89,7%	75,0%	71,4%
	Casado(a), Convivente	Contagem	6	2	21	4	2	1	36
		% do Estado Civil	16,7%	5,6%	58,3%	11,1%	5,6%	2,8%	100,0%
		% Diagnóstico	40,0%	12,5%	21,2%	18,2%	6,9%	25,0%	19,5%
	Separado(a), Divorciado(a), Viúvo(a)	Contagem	2	4	6	4	1	0	17
		% do Estado Civil	11,8%	23,5%	35,3%	23,5%	5,9%	0,0%	100,0%

	% Diagnóstico	13,3%	25,0%	6,1%	18,2%	3,4%	0,0%	9,2%
	Contagem	15	16	99	22	29	4	185
Total	% do Estado Civil	8,1%	8,6%	53,5%	11,9%	15,7%	2,2%	100,0%
	% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-quadrado de Pearson	18,307	N de Casos Válidos	185
df	10	V de Cramer	,222
p	,05		

Como pudemos perceber, na amostra brasileira há mais indivíduos solteiros (71,4%), nos quais temos 89,7% dos sujeitos diagnosticados com retardo mental, 75% com transtornos episódicos e paroxísticos e 72,7% com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, 63,6% com transtornos do humor, 62,5 com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa e 46,7% com transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos. Uma vez que a distribuição da amostra foi heterogênea, podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre o estado civil e o diagnóstico apresentado no Brasil, no sentido de que os indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos e retardo mental se distanciarem da média dentre os solteiros. ($X^2 = 18,307$; $df = 10$; $p = ,05$; V de Cramer = ,222).

Tabela 67. Associação entre o diagnóstico apresentado e atividade profissional (Brasil)

		Diagnóstico Apresentado						Total
		F 00 – F 09	F 10 – F 19	F 20 – F 29	F 30 – F 39	F 70 – F 79	G 40 – G 47	
Atividade Profissional	Contagem	10	13	57	16	10	4	110
	Ativo(a)							
	% da Atividade Profissional	9,1%	11,8%	51,8%	14,5%	9,1%	3,6%	100,0%
	% Diagnóstico	66,7%	76,5%	55,9%	72,7%	32,3%	100,0%	57,6%
	Inativo(a)							
	% da Atividade Profissional	6,2%	4,9%	55,6%	7,4%	25,9%	0,0%	100,0%
Total	% Diagnóstico	33,3%	23,5%	44,1%	27,3%	67,7%	0,0%	42,4%
	Contagem	15	17	102	22	31	4	191
	% da Atividade Profissional	7,9%	8,9%	53,4%	11,5%	16,2%	2,1%	100,0%
	% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-quadrado de Pearson	16,264	N de Casos Válidos		191				
df	5	Phi		,292				
p	,006							

Como pudemos perceber, na amostra brasileira há mais indivíduos profissionalmente ativos (57,6%), nos quais temos 100% dos sujeitos diagnosticados com transtornos episódicos e paroxísticos, 76,5% com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, 72,7% com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, 66,7% com transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos e 55,9% com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos

delirantes; apenas o diagnóstico de retardo mental foi mais destacado dentre os indivíduos inativos profissionalmente (67,7%). Uma vez que a distribuição da amostra foi heterogênea, podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre a atividade profissional e o diagnóstico apresentado no Brasil, no sentido de o retardo mental ter valores de inatividade muito superiores à média dos inativos, bem como apenas o diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes apresentar valores semelhantes à média dos profissionalmente ativos. ($X^2 = 16,264$; $df = 5$; $p = ,006$; $\Phi = ,292$).

Tabela 68. Associação entre o diagnóstico apresentado e nível educacional (Brasil)

		Diagnóstico Apresentado						Total	
		F 00 - F 09	F 10 - F 19	F 20 - F 29	F 30 - F 39	F 70 - F 79	G 40 - G 47		
Nível Educacional	Contagem	2	3	9	0	18	0	32	
	Analfabeto(a)	% do Nível Educacional	6,2%	9,4%	28,1%	0,0%	56,2%	0,0%	100,0%
		% Diagnóstico	13,3%	20,0%	9,5%	0,0%	62,1%	0,0%	17,8%
		Contagem	8	10	65	15	10	3	111
	Ensino Básico	% do Nível Educacional	7,2%	9,0%	58,6%	13,5%	9,0%	2,7%	100,0%
		% Diagnóstico	53,3%	66,7%	68,4%	68,2%	34,5%	75,0%	61,7%
		Contagem	2	2	13	2	1	1	21
	Ensino Secundário	% do Nível Educacional	9,5%	9,5%	61,9%	9,5%	4,8%	4,8%	100,0%
		% Diagnóstico	13,3%	13,3%	13,7%	9,1%	3,4%	25,0%	11,7%
		Contagem	3	0	8	5	0	0	16
	Ensino Superior	% do Nível Educacional	18,8%	0,0%	50%	31,2%	0,0%	0,0%	100,0%

	% Diagnóstico	20,0%	0,0%	8,4%	22,7%	0,0%	0,0%	8,9%
	Contagem	15	15	95	22	29	4	180
Total	% do Nível Educacional	8,3%	8,3%	52,8%	12,2%	16,1%	2,2%	100,0%
	% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-quadrado de Pearson	59,120	N de Casos Válidos		180				
df	15	V de Cramer		,331				
p	,000							

Como pudemos perceber, há um maior percentual de sujeitos com ensino básico na amostra brasileira (61,7%), nos quais temos 75% dos sujeitos diagnosticados com transtornos episódicos e paroxísticos, 68,4% com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, 68,4% com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, 68,2% com transtornos do humor, 66,7% com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa e 53,3% com transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos; o diagnóstico de retardo mental foi o único a se destacar dentre os analfabetos (62,1%). Notamos ainda que os sujeitos com diagnóstico de transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (20%) e esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (22,7%) pontuaram na categoria de ensino superior. Uma vez que a distribuição da amostra foi heterogênea, podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre o nível educacional e o diagnóstico apresentado no Brasil, no sentido de os indivíduos com retardo mental estarem mais associados ao analfabetismo, bem como dos indivíduos com diagnóstico de transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos e esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, para além de estarem mais representados no

ensino básico, são os que mais se destacam dentre os que têm formação superior. ($X^2 = 59,120$; $df = 15$, $p = ,000$; V de Cramer = ,331).

Tabela 69. Associação entre o diagnóstico apresentado e fato ilícito-típico praticado (Brasil)

		Diagnóstico Apresentado						Total	
		F 00 – F 09	F 10 – F 19	F 20 – F 29	F 30 – F 39	F 70 – F 79	G 40 – G 47		
Fato Ilícito-Típico Praticado	Pessoas	Contagem	4	7	53	8	9	3	84
		% do Fato	4,8%	8,3%	63,1%	9,5%	10,7%	3,6%	100,0%
		% Diagnóstico	26,7%	41,2%	52,0%	36,4%	28,1%	75,0%	43,8%
	Propriedade	Contagem	4	4	28	5	8	1	50
		% do Fato	8,0%	8,0%	56,0%	10,0%	16,0%	2,0%	100,0%
		% Diagnóstico	26,7%	23,5%	27,5%	22,7%	25,0%	25,0%	26,0%
	Liberdade Sexual	Contagem	2	2	7	1	11	0	23
		% do Fato	8,7%	8,7%	30,4%	4,3%	47,8%	0,0%	100,0%
		% Diagnóstico	13,3%	11,8%	6,9%	4,5%	34,4%	0,0%	12,0%
	Administração Pública	Contagem	1	1	3	4	0	0	9
		% do Fato	11,1%	11,1%	33,3%	44,4%	0,0%	0,0%	100,0%
		% Diagnóstico	6,7%	5,9%	2,9%	18,2%	0,0%	0,0%	4,7%
	População em Geral	Contagem	4	3	11	4	4	0	26
		% do Fato	15,4%	11,5%	42,3%	15,4%	15,4%	0,0%	100,0%
		% Diagnóstico	26,7%	17,6%	10,8%	18,2%	12,5%	0,0%	13,5%

	Contagem	15	17	102	22	32	4	192
Total	% do Fato	7,8%	8,9%	53,1%	11,5%	16,7%	2,1%	100,0%
	% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-quadrado de Pearson	37,609	N de Casos Válidos		192				
df	20	V de Cramer		,221				
p	,01							

Como pudemos perceber, há a prevalência de indivíduos que praticaram fatos ilícito-típicos contra as pessoas na totalidade da amostra (43,8%). Isso acontece em todos os diagnósticos apresentados, exceto retardo mental. Percebemos maior proporção de casos em indivíduos que apresentam transtornos episódicos e paroxísticos (75%), esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (52%), transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (41,2%), transtornos do humor (36,4%) e transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (26,7%). O segundo fato ilícito-típico mais praticado foi contra a propriedade (26%). Nos fatos contra a liberdade sexual o diagnóstico mais presente foi o retardo mental, com 34,4%, o que pode ser explicado pela sua dificuldade em refrear os impulsos, nomeadamente os sexuais. Os fatos contra a administração pública foram mais presentes no diagnóstico de transtornos do humor, com 18,2% e nos fatos contra a população em geral temos como diagnóstico mais presente os transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos, com 26,7%. Posto isto, e uma vez que a distribuição da amostra foi heterogênea, podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre o fato ilícito-típico e o diagnóstico apresentado, no sentido de haver uma associação maior entre a esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes e os fatos contra a pessoa; entre o retardo mental e os fatos contra a liberdade sexual; e os transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos, para além de serem os menos

representativos nos fatos contra as pessoas, apresentam o mesmo percentual nos fatos contra a propriedade e a população em geral, com percentuais idênticos, podendo existir uma relação entre este diagnóstico e a menor prática de ilícitos que requerem confronto físico. ($X^2 = 37,609$; $df = 20$; $p = ,01$; V de Cramer = ,221).

Tabela 70. Associação entre o diagnóstico apresentado e único ou múltiplos diagnósticos apresentados (Brasil)

		Diagnóstico Apresentado						Total	
		F 00 – F 09	F 10 – F 19	F 20 – F 29	F 30 – F 39	F 70 – F 79	G 40 - G 47		
Único ou Múltiplos Diagnósticos Apresentados	Contagem	12	16	97	21	27	4	177	
	Sim	% dos Diagnósticos	6,8%	9,0%	54,8%	11,9%	15,3%	2,3%	100,0%
		% Diagnóstico	80,0%	94,1%	95,1%	95,5%	84,4%	100,0%	92,2%
		Contagem	3	1	5	1	5	0	15
	Não	% dos Diagnósticos	20%	6,7%	33,3%	6,7%	33,3%	0,0%	100,0%
		% Diagnóstico	20,0%	5,9%	4,9%	4,5%	15,6%	0,0%	7,8%
Total	Contagem	15	17	102	22	32	4	192	
	% dos Diagnósticos	7,8%	8,9%	53,1%	11,5%	16,7%	2,1%	100,0%	
	% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Chi-quadrado de Pearson	7,758	N de Casos Válidos		192					
df	5	Phi		,201					
p	,170								

Como pudemos perceber, há a prevalência de indivíduos com um único diagnóstico apresentado (92,2%), nos quais temos 100% dos sujeitos diagnosticados com transtornos episódicos e paroxísticos, 95,5% com transtornos do humor, 95,1% com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, 94,1% com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa 84,4% com retardo mental e 80% com transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos. Verificou-se que qualquer que seja o diagnóstico, os indivíduos apresentam apenas um diagnóstico na maior parte dos casos. Uma vez que a distribuição da amostra foi homogênea, não podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre o número de diagnósticos e o diagnóstico apresentado no Brasil ($X^2 = 7,758$; $df = 5$; $p = ,170$; $\Phi = ,201$).

Tabela 71. Associação entre o diagnóstico apresentado e único ou múltiplos fatos praticados (Brasil)

		Diagnóstico Apresentado						Total		
		F 00 - F 09	F 10 - F 19	F 20 - F 29	F 30 - F 39	F 70 - F 79	G 40 - G 47			
Único ou Múltiplos Fatos Ilícito-típicos Praticados	Único Fato Ilícito-Típico	Contagem	12	15	83	20	26	3	159	
		% dos Fatos	7,5%	9,4%	52,2%	12,6%	16,4%	1,9%	100,0%	
		% Diagnóstico	80,0%	88,2%	81,4%	90,9%	81,2%	75,0%	82,8%	
	Múltiplos Fatos na Mesma Categoria	Contagem	1	1	13	0	4	1	20	
		% dos Fatos	5,0%	5,0%	65,0%	0,0%	20,0%	5,0%	100,0%	
		% Diagnóstico	6,7%	5,9%	12,7%	0,0%	12,5%	25,0%	10,4%	
		Múltiplos Fatos em Categorias Diferentes	Contagem	2	1	6	2	2	0	13
			% dos Fatos	15,4%	7,7%	46,2%	15,4%	15,4%	0,0%	100,0%
			% Diagnóstico	13,3%	5,9%	5,9%	9,1%	6,2%	0,0%	6,8%

		Contagem	15	17	102	22	32	4	192
Total		% dos Fatos	7,8%	8,9%	53,1%	11,5%	16,7%	2,1%	100,0%
		% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-quadrado de Pearson	6,175	N de Casos Válidos	192						
df	10	V de Cramer	,127						
p	,800								

Como pudemos perceber, na amostra brasileira há mais indivíduos que praticaram apenas um fato ilícito-típico (82,8%), nos quais temos 90,9% com transtornos do humor, 88,2% com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, 81,4% com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, 81,2% com retardo mental , 80% transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos e 75% com transtornos episódicos e paroxísticos. Uma vez que a distribuição da amostra foi homogênea, não podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre o número de fatos ilícito-típicos praticados e o diagnóstico apresentado no Brasil. ($X^2 = 6,175$; $df = 10$; $p = ,800$; V de Cramer = ,127).

Tabela 72. Associação entre o diagnóstico apresentado e adição em álcool e/ou drogas (Brasil)

		Diagnóstico Apresentado						Total	
		F 00 – F 09	F 10 – F 19	F 20 – F 29	F 30 – F 39	F 70 – F 79	G 40 – G 47		
Adição em Álcool e/ou Drogas	Contagem	1	17	3	1	3	0	25	
	Sim	% do Diagnóstico	4,0%	68%	12,0%	4,0%	12,0%	0,0%	100,0%
		% Diagnóstico	6,7%	100,0%	2,9%	4,5%	9,4%	0,0%	13,0%
		Contagem	14	0	99	21	29	4	167
	Não	% do Diagnóstico	8,4%	0,0%	59,3%	12,6%	17,4%	2,4%	100,0%
		% Diagnóstico	93,3%	0,0%	97,1%	95,5%	90,6%	100,0%	87,0%
Total	Contagem	15	17	102	22	32	4	192	
	% do Diagnóstico	7,8%	8,9%	53,1%	11,5%	16,7%	2,1%	100,0%	
	% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Chi-quadrado de Pearson	125,615	N de Casos Válidos		192					
df	5	Phi		,809					
p	,000								

Como pudemos perceber, na amostra brasileira há mais indivíduos que não apresentaram adição em álcool e/ou drogas (87%). No entanto, 100% dos sujeitos diagnosticados com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa apresentou adição em álcool e/ou drogas, o que demonstra uma relação evidente. Verificou-se que qualquer que seja o diagnóstico, exceto o de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, os indivíduos não

apresentam adição em álcool e/ou drogas na maior parte dos casos. Uma vez que a distribuição da amostra foi heterogênea, podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre a adição em álcool e/ou drogas e diagnóstico apresentado no Brasil, no sentido de o diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa apresentar relação com a adição em álcool e/ou drogas. ($X^2 = 125,615$; $df = 5$; $p = ,000$; $\Phi = ,809$).

5.7. Discussão das hipóteses

Antes de abordar a discussão detalhada das hipóteses, importa dizer que não obstante a recolha dos dados ter tido um carácter de conveniência os participantes de Portugal e Brasil não revelaram diferenças de gênero, idade ou atividade profissional. Já do ponto de vista da escolaridade e do estado civil os grupos não foram equivalentes, ainda que a diferenciação no primeiro caso tenha sido pouco expressiva. Globalmente, pode-se, pois, dizer que os dois grupos de participantes se assemelham bastante em termos sociodemográficos, pelo que as significâncias obtidas nas comparações posteriores não poderão ser assacadas a tais variáveis dada a similitude da sua expressão em Portugal e no Brasil.

Importa igualmente dizer que ao ser utilizada uma amostra de conveniência jamais poderemos dizer que a mesma tem pretensões de generalização já que não é possível ter em conta o número de indivíduos institucionalizados e os que nunca passaram por uma perícia psiquiátrica, significando que há muitos indivíduos, doentes ou não, a praticar ilícitos penais sem serem identificados. Tendo presente estas duas observações, discutamos, pois, os resultados obtidos em função das hipóteses colocadas.

Depois de analisados os dados, e no que respeita às hipóteses propostas, temos que a Hipótese 1 (A proporção de ocorrência entre as psicopatologias dos indivíduos internados é igual nos dois países) não foi confirmada porque a composição das populações, em termos diagnósticos, é heterogênea. Na amostra total o diagnóstico mais representativo é o de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, que está predominantemente presente em ambas as populações, porém em proporções diferentes (Portugal = 39,1% e Brasil = 53,1%), para além disso, no diagnóstico de retardo mental vemos uma grande diferença: 40% em Portugal e 16,7% no Brasil. Vários estudos com amostras extensas provaram a associação entre esquizofrenia e crimes violentos (Monahan, 2002) e por isso os nossos dados não surpreendem. Em boa verdade, e como já vimos, no panorama

internacional a prevalência de sujeitos que são apanhados pelo sistema de justiça e vêm a ser diagnosticados com problemas de saúde mental é elevada, sugerindo deste modo que o sistema de saúde tem sido pouco eficaz na intervenção sobre estes sujeitos. Assim, é lícito esperar que sempre que o sistema de saúde toma convenientemente a seu cargo os portadores de doenças mentais graves, se podem evitar trajetórias criminais subsequentes. Já as diferentes prevalências de distúrbios em função do país podem apenas dever-se a artefatos gerados pelos contextos geográficos onde foram recolhidos os dados, nomeadamente em Portugal (Marques, 2007).

A Hipótese 2 (A proporção de ocorrência entre os fatos ilícito-típicos é igual nos dois países) foi confirmada. Assim, na amostra total, especificamente nas amostras portuguesa e brasileira, o fato ilícito-típico mais praticado foi contra as pessoas (Portugal = 47,3% e Brasil = 43,8%) e o segundo fato mais praticado foi contra a propriedade (Portugal = 22,7% e Brasil = 26%). Note-se que apesar de não termos uma proporção homogênea de diagnósticos apresentados, os fatos ilícito-típicos são da mesma categoria, o que indicia que poderemos não ver uma associação entre os diagnósticos e os fatos. Também aqui sabemos que não obstante haver mais crimes cometidos contra o patrimônio são, sobretudo, os crimes contra as pessoas que conduzem os tribunais a pedirem perícias. E nesse sentido, não seria expectável que os tribunais procedessem de forma diferente, isto é, as avaliações forenses são mais solicitadas sempre que os crimes são mais graves (Botelho & Gonçalves, 2012).

A Hipótese 3 (A proporção de ocorrência dos fatos ilícito-típicos na amostra varia com a presença de uma psicopatologia específica) pode ser confirmada principalmente porque 54,5% dos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes praticaram fatos ilícito-típicos contra as pessoas. Por outro lado, percebemos que nos fatos contra a propriedade a proporção de diagnósticos é bastante uniforme (transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos = 23,1%; transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa = 27,8%; esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes = 25,5%;

transtornos do humor = 24,2%; retardo mental = 23,7%; transtornos episódicos e paroxísticos = 25%).

O fato de 54,5% de indivíduos que apresentaram diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes praticarem fatos ilícito-típicos contra as pessoas não significa que um sujeito que tenha esse diagnóstico pratique mais fatos contra as pessoas do que qualquer outro indivíduo da população em geral. Significa apenas que os sujeitos que tenham esse diagnóstico praticam mais fatos contra as pessoas do que outros tipos de fatos ilícito-típicos. Se comparados com a população carcerária, temos um valor equiparado de sujeitos psiquiatricamente sadios que estão presos e os doentes institucionalizados. No entanto, os sujeitos institucionalizados permanecem nesta situação mais tempo do que os sujeitos presos, sendo esta afirmação confirmada pela literatura. Adicionalmente, os indivíduos presos em geral são hetero-ofensivos, apresentando maior perigosidade para a população em geral, enquanto os doentes mentais delinquem mais no seu próprio círculo e carecem de motivação consciente e voluntária para a prática dos fatos.

Dos 16 milhões de habitantes no Rio de Janeiro (IBGE, 2013) só temos 341 internados²¹ (Diniz, 2013) e uma população carcerária de cerca de 26 mil sujeitos (Ministério da Justiça, 2008; 2009) enquanto em Portugal temos um total de aproximadamente 14.000 de sujeitos presos (DGSP, 2014) para um total de aproximadamente 10 milhões de pessoas (INE, 2012), o que nos dá percentuais de 0,16% e 0,14%, respectivamente. Ou seja, temos a mesma ordem de grandeza para o percentual de pessoas presas. Não foi possível isolar a região centro de Portugal porque a Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (2014) só apresenta dados nacionais.

Considerando que aproximadamente 50% dos sujeitos internados têm o diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, temos, no Rio de Janeiro, que do total de 341 sujeitos (Diniz, 2013), aproximadamente 170 terão este diagnóstico.

²¹ Diniz (2013) apresentou o número de internos que estão distribuídos em 3 estabelecimentos no Estado do Rio de Janeiro enquanto na nossa pesquisa somente foram recolhidos dados do HCTP Heitor Carrilho, razão da diferença entre os números de indivíduos institucionalizados.

De acordo com a WHO (2014), este é um diagnóstico atribuído a 0,7% da população mundial. Levando este valor como referência conclui-se que a taxa de indivíduos internados no Rio de Janeiro é de aproximadamente $(170 / 16 \text{ milhões} * 0,007) = 0,15\%$. Este valor é também da mesma ordem de grandeza dos obtidos para a população geral. Na região centro de Portugal o valor revelou-se ligeiramente superior, mas da mesma ordem de grandeza, onde temos 110 sujeitos internados. Utilizando as mesmas assunções anteriores, obtemos 0,3% $(55 / 2.3 \text{ milhões} * 0,007)$ como taxa de internamento dos doentes com o referido transtorno.

O valor 0,3% de portugueses internados com o diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes é superior ao valor geral da população. No entanto, respeitando a literatura existente, uma vez que os indivíduos institucionalizados não têm o tempo determinado para a medida de segurança de internamento respeitado, permanecem institucionalizados por um período mais longo do que o indivíduo que praticou o mesmo fato ilícito-típico e não apresentou um diagnóstico psiquiátrico.

Os dados mostram que tanto em Portugal como no Brasil o fato ilícito-típico mais comum é contra as pessoas 45%, o que pode justificar alguma noção na sociedade de que o doente mental é perigoso, noção esta que se traduz na opinião pública e também nos próprios profissionais da área.

Como já foi defendido nesta tese, a institucionalização dos portadores de transtornos mentais viola os preceitos da reforma psiquiátrica e, após esta primeira violação, no curso do internamento ocorrem diversas outras, como a violação dos direitos fundamentais dos sujeitos submetidos à medida de segurança de internamento, e tem por violação última a dificuldade – muitas vezes impossibilidade – de cessação de uma medida tão severa.

Ao fim do cumprimento da pena de prisão não é necessário um exame de cessação de perigosidade para que o sujeito seja posto em liberdade, diferente do que ocorre com o inimputável que, muitas vezes, apesar de já ter permanecido no estabelecimento por mais tempo que o determinado na sentença, não é posto em liberdade por receio dos próprios profissionais em afirmar que aquele indivíduo não voltará a delinquir.

A Hipótese 4 (Apesar de a legislação dos dois países em estudo incentivarem que o tratamento seja realizado em ambiente comunitário, a resposta judicial ainda é o internamento) foi confirmada no terreno. Através do acompanhamento dos casos sujeitos à avaliação no incidente de insanidade mental (amostra total), foi verificado que em 100% dos processos criminais nos quais foi confirmada a prática do fato ilícito-típico e psicopatologia dos réus: a) os mesmos foram absolvidos devido à sua inimputabilidade; b) foram ordenados a receber tratamento na forma de medida de segurança de internamento. Note-se que este internamento contraria o desígnio das próprias Leis de Saúde Mental (Lei nº 36/98 e Lei nº 10216/2001) que incentivam que o tratamento e o cuidado tenham lugar em ambiente comunitário. Deste modo, parece que aplicação da lei, se bem que correta quanto à tipificação do ilícito e do seu autor, não tem depois seguimento no que ao tratamento diz respeito, talvez porque prevaleça aqui a importância da noção de perigosidade ou porque, em muitos casos, não há condições reais de levar a cabo um tratamento eficaz dos doentes mentais que cometeram crimes, em meio livre. Em todo o caso será cada vez mais relevante proceder a diagnósticos atempados da população reclusa que permitam que os reclusos portadores de doenças mentais sejam convenientemente tratados.

CONCLUSÃO

Muito embora a problemática da inimputabilidade em razão de anomalia psíquica já tenha sido amplamente debatida tanto por teóricos quanto por profissionais dos serviços de saúde mental, ainda pouco se alterou nos procedimentos concretos. Não foi atingido o objetivo de reforma psiquiátrica, que propõe a transferência do tratamento do hospital para a comunidade, e a institucionalização continua a ser a prática mais frequente nesses casos (Lei nº 36/98 e Lei nº 10.216/2001).

O afastamento da família e da comunidade de origem não traz senão dificuldades para os indivíduos submetidos ao internamento compulsivo, nomeadamente: a) a perda do contato com o «mundo do lado de fora»; b) durante o tratamento sentem-se invisíveis; c) a reintegração no ambiente comunitário não poderia ser menos que problemática, sendo sabido que os serviços de saúde mental comunitária – especialmente para os egressos do tratamento em meio institucional – ainda não estão disponíveis na quantidade necessária.

O problema em estudo está centrado na exclusão é e permeado por questões variadas, que vão desde o prejuízo – pré-juízo –, que reflete a diminuição da autoestima, empobrece a qualidade de vida do indivíduo, até ao próprio internamento, que é materializado na segregação daquela pessoa em uma estrutura institucional, e gera outra forma de exclusão, não limitada à separação dos corpos, mas vivida no campo da afetividade e aceitabilidade, que se perfaz no estigma, dando continuidade a um ciclo vicioso de intolerância ao sofrimento de transtornos psíquicos, mormente quando este apresenta condutas violentas ou agressivas e é deparado com o sistema de Justiça, que, como foi demonstrado pelos dados, sempre finaliza a sua participação processual com a ordem de institucionalizar o sujeito.

Assim, retomamos o questionamento acerca da justiça de uma medida de exclusão realizada através do internamento, com a eternização do chamado tratamento oferecido, sendo questionado também se este encontro

não seria com a injustiça, no lugar da justiça, no campo da Justiça. Esta é uma questão que perpassa não somente pela justiça ou Justiça, mas também pela (i)legalidade, se tivermos em consideração a contínua violação dos direitos fundamentais do Homem.

Nesse meandro, a despeito de todas as considerações feitas a respeito dos direitos fundamentais do Homem e da prioridade conferida pelas legislações à prestação de cuidados de saúde mental em ambiente comunitário, a decisão judicial pelo internamento compulsivo ainda é absoluta. Na totalidade da amostra foi verificada a medida de segurança de internamento como a única opção de tratamento ordenada pelo Tribunal, não tendo sido qualquer dos sujeitos mandado cumpri-lo em um centro de atenção psicossocial ou um centro de saúde mental.

Numa tentativa de sanar a falta real de estruturas para o tratamento do inimputável em razão de anomalia psíquica em Portugal, foram trazidas alternativas ao modelo corrente e proposto o desafio de efetivamente pôr em prática um sistema de saúde mental comunitário para os padecedores de transtornos psiquiátricos que se encontraram com o sistema de justiça penal na qualidade de réus.

Ao verificar as hipóteses – verificando, também, os seguintes objetivos: (1) estudar a composição das populações delimitadas, considerando os fatos ilícito-típicos praticados, assim como os diagnósticos atribuídos; (2) verificar a proporção de cada uma das categorias de diagnósticos e fatos em ambas as populações; (3) a proporção entre cada psicopatologia específica e um fato ilícito-típico, analisando se existe coincidência nos diagnósticos e fatos praticados nas populações portuguesa e brasileira; – foi possível perceber que:

1. O diagnóstico mais representativo é o de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes. No entanto, apesar deste diagnóstico ser o mais representativo em ambos os países, a composição geral da amostra mostrou-se heterogênea em termos percentuais (Portugal = 39,1% e Brasil = 53,1%). O segundo diagnóstico mais representativo é o retardo mental, todavia em Portugal (40%) temos mais que o dobro do percentual que temos no Brasil (16,7%).

2. O fato ilícito-típico mais praticado foi contra as pessoas, sendo que se verificou que os fatos ocorrem em ambos os países na mesma proporção. Com a semelhança entre as populações portuguesa e brasileira reforçamos o argumento de que é válida a transposição dos modelos apresentados no Brasil para serem introduzidos em Portugal.

3. O diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes co-ocorre com a prática de fatos ilícito-típicos contra as pessoas, mas fazendo uma análise mais alargada não se pode afirmar que estes indivíduos sejam automaticamente mais perigosos que a população em geral, significando apenas que quando os sujeitos que recebem esse diagnóstico, ao praticarem fatos ilícito-típicos, praticam mais fatos contra as pessoas do que um fato ilícito-típico de outra natureza. Adicionalmente, os fatos contra a propriedade estão uniformemente distribuídos pelos variados diagnósticos apresentados, diluindo a ideia de que o diagnóstico prediz a prática de um determinado fato.

4. O diagnóstico de retardo mental co-ocorre com a prática de fatos ilícito-típicos contra a liberdade sexual e isso pode dar-se em razão da sua diminuída capacidade de refrear os impulsos, nomeadamente os sexuais. Adicionalmente, percebemos que são majoritariamente solteiros, o que pode significar um menor apoio familiar, uma vez que os próprios pais podem já não ter condições de cuidar dele e, à falta de um cônjuge, ficam isolados e mais desprotegidos. Conforme foi referido nos relatórios periciais/laudos portugueses (apenas em Portugal este item foi respondido), a perigosidade social foi aludida na hipótese de o indivíduo não ter qualquer suporte social ao deixar o estabelecimento, situação na qual podem se encontrar estes sujeitos. No conjunto de fatores que fazem com que estes indivíduos estejam particularmente vulneráveis, temos ainda a baixa escolaridade – na realidade a maioria é analfabeta – e a dificuldade de encontrar trabalho, elementos que parecem estar intimamente relacionados. Apesar da baixa escolaridade e pouca oferta de trabalho, estes indivíduos são capazes de aprender e realizar tarefas mais simples, como por exemplo, o trabalho na Casa de Chá de Coimbra, no Jardim da Sereia, que é uma iniciativa da APPACDM de Coimbra (Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental).

5. Os indivíduos com o diagnóstico de transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos praticam menos fatos contra as pessoas do que indivíduos com qualquer outro diagnóstico apresentado e isso pode dar-se em razão de, na maior parte dos casos, os indivíduos apresentam idades mais avançadas no início do transtorno. O fato de serem casados/conviventes (possivelmente terem filhos) fornece apoio familiar, o que diminui bastante a eventual perigosidade social, tendo em vista que nos próprios relatórios periciais/laudos psiquiátricos tal perigosidade vinha acompanhada de ausência de suporte social ao deixar o estabelecimento.

6. Os indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, com transtornos do humor e com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa parecem ser os sujeitos que mais beneficiariam dos cuidados em saúde mental comunitária, uma vez que compensados os seus sintomas (e abandonado o consumo de álcool e/ou drogas) são mais facilmente reintegrados e absorvidos pela comunidade, seja no convívio ou nas atividades laborais/educacionais. Os Centros de Atenção Psicossocial, por exemplo, oferecem o suporte necessário para o seu retorno à comunidade e às atividades, fornecendo-lhes acompanhamento terapêutico, social, oportunidade de aprender um ofício e inserção no mercado de trabalho. Para aqueles indivíduos que não podem contar com a família para recebê-los depois do fim do internamento, seria também possível habitar em uma residência terapêutica, com outras pessoas, reforçando a integração social e a melhora das capacidades de relacionamento e resolução de conflitos eventualmente existentes.

7. A totalidade da amostra cumpriu a medida de segurança de internamento e não um tratamento ambulatorio em ambiente comunitário.

Queremos reforçar o que os dados significam, contrariando a comunicação social e o senso comum, que insistem em atribuir aos doentes psiquiátricos o estigma de violentos, incuráveis e perigosos. Como pudemos perceber, foi encontrada a co-ocorrência de fatos ilícito-típicos contra as pessoas e o diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e

transtornos delirantes, somente significando que dentre os pacientes que recebem este diagnóstico, os fatos mais praticados são contra as pessoas em oposição aos demais fatos, e em absoluto podem ser interpretados como uma maior perigosidade por parte desses sujeitos.

O fato de a medida de segurança ser, na letra da lei, individualizada e promover os cuidados necessários ao restabelecimento dos indivíduos, não significa que tal realmente aconteça, e o que é visto é uma massificação dos cuidados, massificando inclusive a medicação para «os fazer calar».

Os objetivos – (4) conhecer as condições de aplicação da medida de segurança de internamento; (5) discutir a premissa de que o tratamento em ambiente comunitário seria mais benéfico para o paciente do que o tratamento em ambiente institucional – são trabalhados aqui quando retomamos a nossa inquietação acerca da medida de segurança de internamento e a sua preferência na prática atual. Já há muito tempo não é aceitável esse tipo de «tratamento» e ainda hoje lutamos contra a institucionalização. Os preceitos da reforma psiquiátrica estão a ser descartados e tudo continua no mesmo lugar. É preciso mudar e humanizar o pensamento dos cidadãos; ninguém está livre de sofrer de um transtorno psiquiátrico e estamos certos de que as opiniões mudariam no momento de ingresso no hospital, clamando por melhores condições de existência.

Como limitações da presente tese, apresentamos os seguintes pontos:

1. Uma vez que o estudo empírico foi realizado em regiões determinadas, não é possível extrapolar os resultados para a população nacional de cada um dos países em análise.

2. Em virtude de a recolha de dados ter sido realizada através de uma análise documental dos relatórios periciais/laudos psiquiátricos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho e do Instituto Nacional de Medicina Legal (Região Centro), não foi possível avaliar os pacientes nem a metodologia utilizada na avaliação realizada ou sugerir algum item para o

questionário, que foi elaborado precisamente a partir das informações constantes dos relatórios periciais/laudos.

3. Pelo fato de ter analisado os relatórios periciais/laudos que já haviam sido elaborados, não foi possível analisar a evolução do diagnóstico e do conseqüente tratamento oferecido aos pacientes individualmente; o acesso resumiu-se aos relatórios periciais/laudos requeridos pelo Tribunal no incidente de insanidade mental, no curso do processo criminal do qual o paciente em questão era réu.

As mencionadas limitações apresentam implicações futuras, pelo que poderão ser trabalhadas em futuras pesquisas com maior enfoque no acompanhamento dos pacientes e das formas alternativas de cuidado.

Toda mudança não se materializa sem dificuldades e não esperaríamos que a transição do hospital para a comunidade fosse incólume às barreiras existentes. Tendo isso em consideração, viemos propor a análise de dois modelos, atualmente em funcionamento no Brasil, de cuidados psiquiátricos em meio comunitário para os agentes inimputáveis. Como pudemos perceber através dos dados, as populações brasileira e portuguesa são bastante semelhantes em diversos aspectos, o que poderia facilitar a introdução desses novos métodos como uma experimentação de novos cuidados.

Mesmo no Brasil, onde esses modelos já estão em funcionamento, ainda não substituem o internamento, servindo de cuidados pós-institucionais. Pretendemos que a utilização desses modelos seja efetivamente substitutiva ao hospital, tanto no Brasil como em Portugal.

Os dois modelos têm bastante sucesso entre os profissionais e os próprios pacientes, bem como suas famílias, que mantêm contato com o familiar doente e este não perde seu lugar de cidadão, seu espaço para trabalhar e desenvolver suas atividades. Alves (2001) já referia que os pacientes psiquiátricos não são simplesmente doentes que precisam de cura ou controle, mas pessoas que têm seus próprios interesses e expectativas, que estavam sendo frustradas ao serem encerrados atrás dos muros.

É imprescindível que os programas de cuidados na comunidade tenham uniformidade, legislação que regule o seu funcionamento e que abranjam o território nacional, inclusive para ser possível avaliar a sua eficácia na população do país em questão e poder considerar estatisticamente o sucesso ou não de tal ou qual programa, compreender onde e porque houve alguma falha, perceber se se trata de um problema que se estende por toda a população ou uma região específica e como pode ser aperfeiçoado o cuidado oferecido.

O estabelecimento de programas comunitários em saúde mental não pode em tempo algum ser algo simplesmente para «mostrar eles existem». A questão da saúde mental na comunidade é também uma questão de saúde pública e deve atender a essas expectativas, ou de nada serve.

Não é só o doente e a sua família que se beneficiam dos cuidados em saúde mental na comunidade, mas ela própria é beneficiada porque tem em seu seio membros que dantes haviam sido afastados e agora puderam retornar, e não só retornaram como se tornaram cidadãos de pleno direito, com seus trabalhos, suas casas, seus contatos sociais, enfim, uma vida digna como a de qualquer outro ser humano.

Esta é a importância dos cuidados na comunidade: trazer de volta todos os cidadãos para dentro dela e que eles se façam cidadãos plenos, sem serem discriminados nem que lhe sejam feitos favores; eles trabalham porque são capazes e seus salários decorrem dessa capacidade, como qualquer outra pessoa é assalariada pelo trabalho prestado.

Por fim, importa referir que esta temática não pode ser tratada isoladamente e que as estratégias de integração dos doentes mentais têm de ser articuladas na saúde pública como um todo. É fundamental não os deixar de fora numa nova era de lidar com a integração dos grupos de risco mais vulneráveis, que por vezes são empurrados para situações extremas. Temos verificado grandes sucessos noutras áreas como, por exemplo, a experiência do CAPSAD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) (Fernandes, 2010) que, similarmente aos doentes mentais, se dedica a vítimas de grande estigma social e dificuldade de reinserção. Precisamos ter uma visão global e

compreender que as lições numa área podem ser reaproveitadas noutra, sempre com ênfase na valorização da condição do ser humano.

BIBLIOGRAFIA

- AAMR: American Association on Mental Retardation (2006). *Retardo mental: Definição, classificação e sistemas de apoio*. (10ª Ed.). Tradução de Magda França Lopes. Porto Alegre: Artmed.
- Abreu, M.V. (2007). concluir para recomeçar: renovar a esperança, a vigilância e a exigência. Discurso de encerramento e conclusões. In: M.V. Abreu & E.R. Santos (coord.). *Actas do Primeiro Congresso sobre Reabilitação e Inclusão em Saúde Mental: O papel das famílias e das redes de apoio social*. (157-161). Coimbra: Almedina.
- Abreu, M.V., & Santos, E.R. (coord.) (2007). *Actas do Primeiro Congresso sobre Reabilitação e Inclusão em Saúde Mental: O papel das famílias e das redes de apoio social*. Coimbra: Almedina.
- Aguilera, A., López, S.R., Breitborde, N.J.K., Kopelowicz, A., & Zarate, R. (2010). Expressed emotion and sociocultural moderation in the course of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 875-885.
- Almeida, F. (2007). Psicose esquizofrénica e criminalidade. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 1, 5-33.
- Alves, F. (coord.). (2001). *Acção social na área de saúde mental*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Alves, F. (coord.). (2013). *Saúde, medicina e sociologia: Uma visão sociológica*. Lisboa: PACTOR.
- Alves, F., & Silva, L.F. (2006). Psiquiatria e comunidade: elementos de reflexão. *Actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia*, 56-64.
- Amarante, P. (2008). (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. (3ª Reimpressão). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2008). Asilos, alienados e alienistas: Pequena história da psiquiatria no Brasil. In: P. Amarante (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. (3ª Reimpressão). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2010). *Saúde mental e atenção psicossocial*. (2ª Ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Aneshensel, C.S., & Phelan, J.C. (eds.). (2006). *Handbook of the sociology of mental health*. (2ª Ed.). New York: Springer.
- Antunes, M.J. (2002). *Medida de segurança de internamento e facto de inimputável em razão de anomalia psíquica*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Antunes, M.J. (2003). O passado, o presente e o futuro do internamento de inimputável em razão de anomalia psíquica. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 3, 347-363.
- Arata, R., & Azzarà, L.S. (1993). La tutela del sofferente psichico nel diritto penale. In T. Bandini, M. Lagazzi & A. Verde (orgs.). *La tutela giuridica del sofferente psichico: Stato attuale e prospettive di riforma*. A cura di Tullio Bandini, Marco Lagazzi e Alfredo Verde. Milano: Dott. A. Giuffrè.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial.
- Assis, M.A. (1994). *Obra completa*. Vol. II. Rio de Janeiro: Nova Aguilar.
- Aylward, G.P. (2002). Cognitive and neuropsychological outcomes: More than IQ scores. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8, 234-240.
- Aylward, G.P., Pfeiffer, S.I., Wright, A., Verhulst, S.J. (1989). Outcome studies of low birth weight infants published in the last decade: a metaanalysis. *The Journal of Pediatrics*, 115, 515-520.
- Balbi, G. (1991). Infermità di mente ed imputabilità. *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, 34, 844-869.
- Baldessarini, R.J., & Hennen, J. (2004). Genetics of suicide: An overview. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 1-13.
- Baldessarini, R.J., [et al.]. (2010a). Onset-age of bipolar disorders at six international sites. *Journal of Affective Disorders*, 121, 143-146.
- Baldessarini, R.J., Salvatore, P., Khalsa, H-M. K., & Tohen, M. (2010b). Dissimilar morbidity following initial mania versus mixed-states in type-I bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 126, 299-302.
- Barlow, D.H., & Durand, V.M. (2008). *Psicopatologia: Uma abordagem integrada*. Tradução de Roberto Galman; Revisão técnica de Francisco B: Assumpção Jr. São Paulo: Cengage Learning.
- Barnett, J.H., & Smoller, J.W. (2009). The genetics of bipolar disorder. *Neuroscience*, 164, 331-343.

- Barros, D.D. (2008) *Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber*. In: P. Amarante (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. (3ª Reimpressão). (171-195). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Barros, S.K.S.N. (2008). *Treinamento de habilidades sociais para pais de crianças com queixas escolares*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos.
- Barros-Brisset, F.O. (2010). *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.
- Basaglia, F. (2005). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Tradução de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond.
- Basaglia, F. (coord.). (2001). *A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico*. (3ª Ed.). Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal.
- Basaglia, F., [et al.]. (2008). Considerações sobre uma experiência comunitária. Tradução de Luís Cavalieri Filho. In: P. Amarante (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. (3ª Reimpressão). (11-40). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bassett, A.S., Chow, E.W.C., Waterworth, D.M., & Brzustowicz, L. (2001). Genetic insights into schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 131-137.
- Bauer, S.M, [et al.]. (2011). Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 319-325.
- Bäumli, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia*, 32, 1-9.
- Beautrais, A.L. (2003). Suicide and serious suicide attempts in youth: A multiple-group comparison study. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1093-1099.
- Bell, M.D., Fiszdon, J.M., Greig, T.C., & Bryson, G.J. (2005). Can older people with schizophrenia benefit from work rehabilitation? *Journal of Nervous & Mental disease*, 193, 293-301.

- Berk, M., [et al.]. (2009). Early intervention in bipolar disorders: Clinical, biochemical and neuroimaging imperative. *Journal of Affective Disorders*, 114, 1-13.
- Bertolino, M. (1981). La crisi del concetto di imputabilità. *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, 24, 190-230.
- Bertolino, M. (1990). *L'imputabilità e il vizio di mente nel sistema penale*. Milano: Dott. A Giuffrè Editore.
- Betensky, J.D., [et al.]. (2008). Patterns of stress in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 160, 38-46.
- Bettarello, S.V., Greco, F., Silva Filho, L.M.A., & Silva, M.C.F. (2008). *Fundamentos e prática em hospital-dia e reabilitação psicossocial*. São Paulo. Atheneu.
- Bilder, R.M., [et al.]. (2006). Cognitive development in schizophrenia: follow-back from the first episode. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28, 270-282.
- Birman, J., & Costa, J.F. (2008). Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: P. Amarante (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. (3ª Reimpressão). (41-72). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bitencourt, C.R. (2007). *Teoria geral do delito: Uma visão panorâmica a dogmática penal brasileira*. Coimbra: Almedina.
- Bitencourt, F. (2012). Entrevista dada ao Portal dos Hospitais Brasil. Disponível em <http://www.revistahospitaisbrasil.com.br/?p=1063>
- Bogousslavsky, J., & Moulin, T. (2009). From alienism to the birth of modern psychiatry: A neurological story? *European Neurology*, 62, 257-263.
- Bolsoni-Silva, A.T., Del Prette, A., & Del Prette, Z.A.P. (2000). Relacionamento pais-filhos: Um programa de desenvolvimento interpessoal em grupo. *Psicologia Escolar e Educacional*, 3, 203-215.
- Bondy, B, Buettner, A., & Zill, P. (2006). Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry*, 11, 336-351.
- Botelho, M. & Gonçalves, R.A. (2012). Cada cabeça sua sentença: Breve reflexão teórica acerca das decisões judiciais. *Revista do Ministério Público*, 130, 125-140.
- Botha, U.A., [et al.]. (2010). The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient

- services in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 461-468.
- Bourque, F., van der Ven, E., & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first-and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*, 41, 897-910.
- Breitborde, N.J.K., López, S.R., & Nuechterlein, K.H. (2009). Expressed emotion, human agency, and schizophrenia: Toward a new model for the EE-relapse association. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 33, 41-60.
- Brennan, K.J., [et al.]. (2011). Modelling schizophrenia using human induced pluripotent stem cells. *Nature*, 473, 221-227.
- Brent, D.A. (1995) Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: Mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 52-63.
- Bresnahan, M., [et al.]. (2007). Race and risk of schizophrenia in a US birth cohort: another example of health disparity?. *International Journal of Epidemiology*, 36, 751-758.
- Bromet, E.J., Naz, B., Fochtmann, L.J., Carlson, G.A., Tanenberg-Karant, M. (2005). Longterm diagnostic stability and outcome in recent first-episode cohort studies of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 639-649.
- Brown, M., Duff, H., Karatzias, T., & Horsburgh, D. (2011). A review of the literature relating to psychological interventions and people with intellectual disabilities: Issues for research, policy, education and clinical practice. *Journal of Intellectual Disabilities*, 15, 31-45.
- Browne, S. (1999). Rehabilitation programmes and quality of life in severe mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 302-309.
- Browne, S., Clarke, M., Gervin, M., Waddington, J.L., Larkin, C., & O'Callaghan, E. (2000). Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 173-176.
- Brundtland, G.H. (2002). Mensagem da Directora-Geral. *Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde.
- Bryman, A. (2012). *Social research methods*. (4^a Ed.). Oxford: University Press.
- Bryson, G., Lysaker, P., & Bell, M. (2002). Quality of Life Benefits of Paid Work Activity in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 249-257.

- Bueno, A.C. (2004). *Canto dos malditos*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Burgess, W. (2010). *Transtorno bipolar: Perguntas da vida real com respostas atualizadas*. Tradução de Denise Bolanho. São Paulo: Gaia.
- Câmara Municipal de Coimbra. (2011). (Reportagem publicada em 08-02-2011) Disponível em http://www.cm-coimbra.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=1462&Itemid=641
- Campbell, M. (2010). Workforce development and challenging behaviour: training staff to treat, to manage or to cope? *Journal of Intellectual Disabilities, 14*, 185-196.
- Capelo de Sousa, R.V.A (1995). *O direito geral de personalidade*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Cardoso, C.M. (2002). *Os caminhos da esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cardozo, A., & Soares, A.B. (2011). Habilidades sociais e o envolvimento entre pais e filhos com deficiência intelectual. *Psicologia: Ciência e Profissão, 31*, 110-119.
- Carpiniello, B., Lai, L., Pirarba, S., Sardu, C., & Pinna, F. (2011). Impulsivity and aggressiveness in bipolar disorder with co-morbid borderline personality disorder. *Psychiatry Research, 188*, 40-44.
- Cassidy, F., Ahearn, E.P., & Carrol, B.J. (2002). Symptom profile consistency in recurrent manic episodes. *Comprehensive Psychiatry, 43*, 803-813.
- Cavadino, M. (1989). *Mental health law in context: Doctors' orders?* Dartmouth: Publishing Company.
- Chadwick, P., Hughes, S., Russellm, D., Russellm, I., & Dagnanm, D. (2009). Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and randomized feasibility trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37*, 403-412.
- Chan, S.H.W., & Yeung, F.K.C. (2008). Path models of quality of life among people with schizophrenia living in the community in Hong Kong. *Community Mental Health Journal, 44*, 97-112.
- Chang, K., Steiner, H., Dienes, K., Adleman, N., & Ketter, T. (2001). Bipolar offspring: A window into bipolar disorder evolution. *Biological Psychiatry, 53*, 945-995.

- CID-10: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. (1993). Coord. Organização Mundial da Saúde. Tradução de Dorgival Caetano. (Reimpressão 2008). Porto Alegre: Artmed.
- Coelho, C.M.C. (2007). *A doença mental (des) culpada: Um modelo de avaliação de responsabilidade criminal*. Coimbra: Almedina.
- Cohen, A.N., Glynn, S.M., Hamilton, A.B., & Young, A.S. (2009). Implementation of a family intervention for individuals with schizophrenia. *Journal of General Internal Medicine, 25*, 32-37.
- Coldefy, M., Le Fur, P., Lucas-Gabrielli, V., & Mousquès, J. (2009). Fifty years of deinstitutionalization policy of psychiatric services in France: Persistent inequalities in terms of resources and organization between psychiatric sectors. *Issues in Health and Economics, 145*, 1-8.
- Collica, M.T. (2005). Anche i 'disturbi della personalità' sono infermità mentale. *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale, 48*, 420-447.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Resumo Executivo*. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2008/9/resumo+plano.htm>
- Cook, J.A. (2006). Employment barriers for persons with psychiatric disabilities: Update of a report for the president's commission. *Psychiatric Services, 57*, 1391-1405.
- Cordo, M. (2003). *Reabilitação de pessoas com doença mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Corrigan, P.W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist, 59*, 614-625.
- Corrigan, P.W., Edwards, A.B., Green, A., Diwan, S.L., & Penn, D.L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 27*, 219-225.
- Corrigan, P.W., Watson, A.C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*, 875-884.
- Costa, J.F. (2010). *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. (5ª Ed.). Rev. Rio de Janeiro: Gramond.

- Cristicchi, S. (2007). *Ti regalerò una rosa* [Registo sonoro]. Dall'altra parte del cancello. New York: Ariola /Sony BMG. 1 disco (CD).
- Croen, L.A., Grether, J.K., & Selvin, S. (2001). The epidemiology of mental retardation of unknown cause. *Pediatrics*, 107, E86.
- Dantas, R., & Pereira, T.M.D. (2009). Notas reflexivas sobre a relação de custódia e o exercício profissional: o Caso do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. In: V. Forti & Y. Guerra (Orgs). *Ética e direitos: ensaios críticos. Coletânea nova de serviço social*. (139-158). Rio de Janeiro: Lumen Juris.
- Deegan, P. (1993). Recovering our sense of value after being labelled mentally ill. *Journal of Psychosocial Nursing*, 31, 7-11.
- Del Porto, J.A., & Grinberg, L.P (2009). Estados mistos e ciclagem rápida. In: F. Kapczinski & J. Quevedo (orgs.). *Transtorno bipolar: Teoria e clínica*. (159-194). Porto Alegre: Artmed.
- Del Prette, Z.A.P., & Del Prette, A. (2002). *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. (3ª Ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- DelBello, M.P., & Geller, B. (2001). Review of studies of child and adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disorders*, 3, 325-334.
- Dell'Osso, L., [et al.]. (2002). Insight into illness in patients with mania, mixed mania, bipolar depression and major depression with psychotic features. *Bipolar Disorders*, 4, 315-322.
- DGSP: Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais. (2014). *População Prisional, por tipo de estabelecimento, segundo a situação penal em 1 e 15 de abril de 2014*. Disponível em http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/quinzenais/20140416050430SitPen_1-15abr.pdf
- Dias, J.F. (1995). *Liberdade culpa direito penal*. (3ª Ed.). Coimbra: Coimbra Editora.
- Dias, J.F. (2005). *Direito penal português: Parte geral – Tomo II: As consequências jurídicas do crime*. (Reimpressão). Coimbra: Coimbra Editora.
- Dias, J.F. (2007). *Direito penal português: Parte geral – Tomo I: Questões fundamentais – A doutrina geral do crime*. (2ª Ed.) Coimbra: Coimbra Editora.

- Diniz, D. (2013). *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: Censo 2011*. Brasília: Letras Livres/Editora da UnB.
- Dinzeo, T.J., Cohen, A.S., Nienow, T.M., & Docherty, N.M. (2004). Stress and arousability in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 71, 127-135.
- Direcção-Geral da Saúde. (2012a). *Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental*. Disponível em http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2012/06/Recalendarizac%CC%A7a%CC%83o_PNSM.pdf
- Direcção-Geral da Saúde. (2012b). *Programa Nacional para a Saúde Mental: Orientações programáticas*. Disponível em http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/saude_mental_op_programa_saude_2012.pdf
- Dixon, L., [et al.]. (2004). Outcomes of the peer-taught 12 week family to family education program for severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 207-215.
- Donfrancesco, R., Miano, S., Martines, F., Ferrante, L., Melegari, M.G., & Masi, G. (2011). Bipolar disorder co-morbidity in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*, 186, 333-337.
- Drake, R.E., Becker, D.R., Biesanz, J.C., Torrey, W.C., McHugo, G.J & Wyzik, P.F. (1994). Rehabilitative day treatment vs. supported employment: I. vocational outcomes. *Community Mental Health Journal*, 30, 519-532.
- DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais/American Psychiatric Association. (2011). Edição de João Cabral Fernandes. (4ª Ed., 2ª Reimpressão). Tradução de José Nunes de Almeida. Lisboa: Climepsi.
- Dunn, E.C., Wewiorski, N.J., & Rogers, E.S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: Results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32, 59-62.
- Duraiswamy, G., Thirthalli, J., Nagendra, H.R., & Gangadhar, B.N. (2007) Yoga therapy as an add-on treatment in the management of patients with schizophrenia — A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 226-232.

- Dyck, D.G., Hendryx, M.S., Short, R.A., Voss, W.D., & McFarlane, W.R. (2002). Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment. *Psychiatric Services*, 53, 749-754.
- Economou, M., Palli, A., Peppou, L., & Madianos, M. (2011). Recovery from schizophrenia: A four-year study of an inner city cohort. *Community Mental Health Journal*, 47, 660-667.
- Edvardsen, J., [et al.]. (2008). Heritability of bipolar spectrum disorders. Unity or heterogeneity? *Journal of Affective Disorders*, 106, 229-240.
- Eidelman, P., Talbot, L.S., Gruber, J., & Harvey, A.G. (2010). Sleep, illness course, and concurrent symptoms in inter-episode bipolar disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 145-149.
- Ellenbogen, M., & Hodgins, S. (2004). The impact of high neuroticism in parents on children's psychosocial functioning in a population at high risk for major affective disorder: A family-environmental pathway of intergenerational risk. *Development and Psychopathology*, 16, 113-136.
- Ellis, R. (2008). The asylum, the poor law and the growth of county asylums in the nineteenth-century Yorkshire. *Northern History*, 45, 279-293.
- El-Mallakh, R.S., & Ghaemi, S.N. (2008). *Depressão bipolar: Um guia abrangente*. Tradução de Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed.
- Esteves, M.T. (2011). *Saúde mental comunitária: rede de suporte social de pessoas com doença mental grave (estudo no concelho de Odivelas)*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa.
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: Saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi.
- Fernandes, M. (2010). *Juiz destaca que parceria zerou reincidência*. Diário Corumbaense. Disponível em <http://www.diarionline.com.br/?s=noticia&id=18299>
- Fiandaca, G. (1987). I presupposti della responsabilità penale tra dogmatica e scienze sociali. *Dei Delitti e Delle Pene*, 2, 243-268.
- Fidanboyly, M. (2011). Scientists find genetic link to sporadic schizophrenia. *BioNews* 620. Disponível em http://www.bionews.org.uk/page_104579.asp

- Fiedorowicz, J.G., Epping, E.A., & Flaum, M. (2008). Toward defining schizophrenia as a more useful clinical concept. *Current Psychiatry Reports, 10*, 344-351.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. (3ª Ed.). London: Sage.
- Findling, R.L., [et al.]. (2001). Rapid, continuous cycling and psychiatric comorbidity in pediatric bipolar I disorder. *Bipolar Disorders, 3*, 202-210.
- Fischer, E.P., Shumway, M, & Owen, R.R. (2002). Priorities of consumers, providers, and family members in the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Services, 53*, 724-729.
- FNERDM: Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais. (2005). Resposta da FNERDM ao Livro Verde – Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia.
- Fontes, B., Fonte, E., & Hespanha, P. (2013). Políticas de saúde mental em Angola, Brasil e Portugal: Desafios para o século XXI. In: F. Alves (coord.). *Saúde, medicina e sociologia: Uma visão sociológica*. (99-135). Lisboa: PACTOR.
- Fornari, Ugo. *Psicopatologia e psiquiatria forense*. Torino: UTET, 1989.
- Fornasari, G., & Menghini, A. (2005). *Percorsi europei di diritto penale*. Padova: CEDAM.
- Foucault, M. (2008b). *Vigiar e punir*. (35ª Ed.). Tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Foucault, M. (2008a). *História da loucura na idade clássica*. (8ª Ed.). Tradução de José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva.
- Fraguas, D., [et al.]. (2008). Does diagnostic classification of early-onset psychosis change over follow-up? *Child Psychiatry and Human Development, 39*, 137-145.
- Freire, V.A. (2009). *Panóptico, vanguardista e ignorado: O pavilhão de segurança do Hospital Miguel Bombarda*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Garno, J.L., Gunawardane' N., & Goldberg, J.F. (2008). Predictors of trait aggression in bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 10*, 285-292.
- Geller, B., & Luby, J. (1997). Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 1168-1176.

- Ghaemi, S.N., Sachs, G.S., Baldassano, C.F., & Truman, C.J. (1996). Insight in seasonal affective disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 345-348.
- Ghaemi, S.N., Saggese, J., & Goodwin, F.K. (2008). Diagnóstico de depressão bipolar. In: El-Mallakh, R.S., & Ghaemi, S.N. *Depressão bipolar: Um guia abrangente*. Tradução de Cristina Monteiro. (11-39). Porto Alegre: Artmed.
- Giovanella, L., & Amarante, P. (2008). O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: P. Amarante. (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. (3ª Reimpressão). (113-148). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Glatt, C.E., Tampilic, M., Christie, C., DeYoung, J., & Freimer, N.B. (2004). Re-screening serotonin receptors for genetic variants identifies population and molecular genetic complexity. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)*, 124 B, 92-100.
- Glowinski, A.L., [et al.]. (2001). Suicide attempts in an adolescent female twin sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1300-1307.
- Goater, N., [et al.]. (1999). Ethnicity and outcomes of psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 175, 34-42.
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Gomes, C. (2012). *Uma casa para os inimputáveis*. Público. Disponível em <http://www.publico.pt/portugal/jornal/uma-casa-para-os-inimputaveis-25449065#/0>
- Gonçalves, A.M. (2004). A doença mental e a cura: Um olhar antropológico. *Millenium – Revista do ISPV* – 30, 159-171.
- Gondim, D.S.M. (2001). *Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos dos Goytacazes – RJ. Inovação ou reprodução do modelo assistencial?* Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.
- González-Ortega, I., Mosquera, F., Echeburúa, E., & González-Pinto, A. (2010). Insight, psychosis and aggressive behaviour in mania. *European Journal of Psychiatry*, 24, 70-77.

- Greco, O., & Catanesi, R. (1988). *Malattia mentale e giustizia penale: La percezione sociale della malattia mentale e della pericolosità del malato di mente*. Milano: Dott. A. Giuffrè.
- Green, M.F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *The American Journal of Psychiatry*, 153, 321-330.
- Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the right stuff? *Schizophrenia Bulletin*, 26, 119-136.
- Grinshpoon, A., Abramowitz, M.Z., Lerner, Y., & Zilber, N. (2007). Re-hospitalization of first-in-life admitted schizophrenic patients before and after rehabilitation legislation A comparison of two national cohorts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 355-359.
- Gullar, F. (2009, 19 de Julho). Boas intenções não bastam. *Folha de São Paulo Ilustrada*. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrad/fq1907200922.htm>
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., & Ferrer-García, M. (2009). Effects of a psychoeducational intervention program on the attitudes and health perceptions of relatives of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 343-348.
- Hansson, L., [et al.]. (1999). Predictors of subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. A Nordic multicentre study. *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 247-258.
- Haro, J.M., [et al.]. (2007) Three-year antipsychotic effectiveness in the outpatient care of schizophrenia: Observational versus randomized studies results. *European Neuropsychopharmacology*, 17, 235-244.
- Hawton, K, Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J & Deeks, J.J. (2005). Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 9-20.
- Hayden, E.P., & Nurnberger Jr., J.I. (2008). Genética do transtorno bipolar. In: El-Mallakh, R.S., & Ghaemi, S.N. *Depressão bipolar: Um guia abrangente*. Tradução de Cristina Monteiro. (71-97). Porto Alegre: Artmed.
- Henin, A., [et al.]. (2005). Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: a controlled study. *Biological Psychiatry*, 58, 554-561.

- Hespanha, P. (2012). O (in)sucesso das políticas assistenciais: Instituições e agentes. In: Adilson Marques Gennari & Cristina Maria Pinto Albuquerque (orgs.). *Políticas públicas e desigualdades sociais: debates e práticas no Brasil e em Portugal*. São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Hespanha, P., Portugal, S., Nogueira, C., Pereira J.M., & Hespanha, M.J. (2012). *Doença mental, instituições e famílias: Os desafios da desinstitucionalização em Portugal*. Coimbra: Almedina.
- Hillegers, M.H., Reichart, C.G., Wals, M., Verhulst, F.C., Ormel, J., & Nolen, W.A. (2005). Five-year prospective outcome of psychopathology in the adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disorders*, 7, 344-350.
- Ho, B-C., Black, D.W., & Andreasen, N.C. (2003). Schizophrenia and other psychotic disorders. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (4th Ed.). (379-438). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Hopper, K., & Wanderling, J. (2000). Revisiting the developed versus developing country distinction in course and outcome in schizophrenia: results from ISoS, the WHO collaborative follow-up project. International Study of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 835-846.
- Horan, M.E., Muller, J.J., Winocur, S., & Barling, N. (2001). Quality of life in boarding houses and hostels: A residents' perspective. *Community Mental Health Journal*, 37, 323-334.
- Horan, W.P., & Blanchard, J.J. (2003). Emotional responses to psychosocial stress in schizophrenia: the role of individual differences in affective traits and coping. *Schizophrenia Research*, 60, 271-283.
- Horesh, N, Apter, A., & Zalsman, G. (2011). Timing, quantity and quality of stressful life events in childhood and preceding the first episode of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 134, 434-437.
- Horesh, N., Sever, J., & Apter, A. (2003). A comparison of life events between suicidal adolescents with major depression and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 277-283.
- Hunter, E.C., Sierra, M., & David, A.S. (2004). The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 9-18.

- Hurford, I.M., Kalkstein, S., & Hurford, M.O. (2011). Cognitive rehabilitation in schizophrenia. *Psychiatric Times* 28. Disponível em <http://www.psychiatrictimes.com/schizophrenia/content/article/10168/1822689>.
- IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013). *Censo Demográfico 2013*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rj>
- Ilggen, M.A., Czyz, E.K., Welsh, D.E., Zeber, J.E., Bauer, M.S., & Kilbourne, A.M. (2009). A collaborative therapeutic relationship and risk of suicidal ideation in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 115, 246-251.
- INE: Instituto Nacional de Estatística (2012). *Portal de Estatísticas Oficiais*. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005889&contexto=pi&selTab=tab0
- Jakobs, G., & Meliá, M.C. (2003). *Derecho penal del enemigo*. Madrid: Civitas.
- Jamison, K.R. (2009). *Uma mente inquieta: Memórias de loucura e instabilidade de humor*. (2ª Ed.). Tradução de Waldéa Barcellos. São Paulo: Martins Fontes.
- Jelliffe-Pawlowski, L.L., Shaw, G.M., Nelson, V., & Harris, J.A. (2003). Risk of mental retardation among children born with birth defects. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157, 545-550.
- Jha, A. (2008) Yoga therapy for schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 397.
- Jones, E., Farina, A., Hastorf, A.H., Markus, H., Miller, D.T., & Scott, R.A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.
- Joyal, C.C., Dubreucq, J-L., Gendron, C., & Millaud, F. (2007). Major mental disorders and violence: A critical update. *Current Psychiatry Reviews*, 3, 33-50.
- Jozef, F., & da Silva, J.A.R. (2003). Doença mental e comportamento violento: Novas evidências da pesquisa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52, 127-135.

- Kane, J.M. (2003). Strategies for improving compliance in treatment of schizophrenia by using a long-acting formulation of an antipsychotic: clinical studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 34-40.
- Kane, J.M. (2006). Review of treatments that can ameliorate nonadherence in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 9-14.
- Kane, J.M., Eerdeken, M., Lindenmayer, J.P., Keith, S.J., Lesem, M., & Karcher, K. (2003). Long-acting injectable risperidone: efficacy and safety of the first long-acting atypical antipsychotic. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1125-1132.
- Kapczinski, F., & Quevedo, J. (orgs.). (2009). *Transtorno bipolar: Teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Karam, M.L. (2004). *Juizados Especiais Criminais – a concretização antecipada do poder de punir*. São Paulo: Revista dos Tribunais.
- Keith, S.J., Kane, J.M., Turner, M., Conley, R.R., & Nasrallah, H.A. (2004). Academic highlights: guidelines for the use of long-acting injectable atypical antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 120-131.
- Kelsoe, J.R. (2003). Arguments for the genetic basis of the bipolar spectrum. *Journal of Affective Disorders*, 73, 183-197.
- Kessing, L.V., Andersen, P.K., & Mortensen, P.B. (1998). Recurrence in affective disorder, I: case register study. *The British Journal of Psychiatry*, 172, 23-28.
- Kim, J.S., Baek, J.H., Choi, J.S., Lee, D., Kwon, J.S., & Hong, K.S. (2011). Diagnostic stability of first-episode psychosis and predictors of diagnostic shift from non-affective psychosis to bipolar disorder: A retrospective evaluation after recurrence. *Psychiatry Research*, 188, 29-33.
- Kirmayer, L. (2009). Cérebros, corpos e pessoas em movimento: a nova psiquiatria cultural e as ironias da globalização. In: Elsa Lechner (org.). *Migração, saúde e diversidade cultural*. (63-83). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Koplin, B., & Agathen, J. (2002) Suicidality in children and adolescents: A review. *Current Opinion in Pediatrics*, 14, 713-717.
- Kraepelin, E. (2004). *A demência precoce – 1ª Parte*. Tradução de Virgínia Ramos. Lisboa: Climepsi Editores.

- Kunz, M., Gomes, F.A., Gazalle, F.K., Dias, V.V., & Del Porto, J.A. (2009). Fenomenologia do transtorno bipolar: Nomenclatura e curso da doença. In: F. Kapczinski & J. Quevedo (orgs.). *Transtorno bipolar: Teoria e clínica*. (74-84). Porto Alegre: Artmed.
- Kurzban, S., Davis, L., & Brekke, J.S. (2010). Vocational, social, and cognitive rehabilitation for individuals diagnosed with schizophrenia: A review of recent research and trends. *Current Psychiatry Reports*, 12, 345-355.
- Lam, D., & Wong, G. (1997). Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychological Medicine*, 27, 1091-1100.
- Latalova, K. (2009). Bipolar disorder and aggression. *International Journal of Clinical Practice*, 63, 889-899.
- Laursen, T.M., Munk-Olsen, T., Nordentoft, M., & Mortensen, P.B. (2007). Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 899-907.
- Lazarus R.S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lechner, E. (org.). *Migração, saúde e diversidade cultural*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Ledoux, Y., & Minner, P. (2006). Occasional and frequent repeaters in a psychiatric emergency room. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 115-121.
- Lee, S-H., [et al.]. (2010). Effectiveness of a psychosocial intervention for relapse prevention in patients with schizophrenia receiving risperidone via long-acting injection. *Psychiatry Research*, 175, 195-199.
- Leff, J., & Warner, R. (2008). *Inclusão social de pessoas com doenças mentais*. Tradução de Ana Paula Lopes. Coimbra: Almedina.
- Lehman, A.F., & Steinwachs, D.M. (1998). Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the schizophrenia outcome research team treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 11-20.

- Link, B.G., & Phelan, J.C. (2006). Labeling and Stigma. In: C.S. Aneshensel & J.C. Phelan (eds.). (2006). *Handbook of the sociology of mental health*. (2ª Ed.). New York: Springer.
- Lougon, M. (2006). *Psiquiatria institucional: Do hospício à reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Lúcio, A.L. (2007). Inclusão e solidariedade. Justiça e desenvolvimento social. In: M.V. Abreu & E.R. Santos (coord.). *Actas do Primeiro Congresso sobre Reabilitação e Inclusão em Saúde Mental: O papel das famílias e das redes de apoio social*. (139-154). Coimbra: Almedina.
- Lyra, G.I.L. (2006). *O princípio da proporcionalidade no direito penal brasileiro*. Disponível em: <http://www.juspodivm.com.br/artigos/artigos_600.html>
- Mackay, C., & Pakenham, K.I. (2012). A stress and coping model of adjustment to caring for an adult with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 48, 450-462.
- Magalhães, P.V.S., Kapczinski, N.S., & Kapczinski, F. (2010). Correlates and impact of obsessive-compulsive comorbidity in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 353-356.
- Magliano, L., & Fiorillo, A. (2007). Psychoeducational family interventions for schizophrenia in the last decade: from explanatory to pragmatic trials. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16, 22-34.
- Maj, M., Pirozzi, R., Magliano, L., & Batoli, L. (2003). Agitated depression in Bipolar I Disorder: prevalence, phenomenology and outcome. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 2134-2140.
- Mäki, P., [et al.]. (2005). Predictors of schizophrenia – A review. *British Medical Bulletin*, 73-74, 1-15.
- Manning, P.K & Zucker, M. (1976). *The sociology of mental health and illness*. Indianapolis, IN: Bobbs-Merrill.
- Mannoni, M. (1978). *O psiquiatra, o seu "louco" e a psicanálise*. Tradução de Nina Constante Pereira e Fernanda Aidos. Porto: Edições Afrontamento.
- Mari, J.J. Prefácio à edição brasileira, in Thornicroft, G., & Tansella, M. (2010). *Boas práticas em saúde mental comunitária*. Barueri, SP: Manole.
- Maris, A.F., Barbato, I.T., Trott, A., & Montano, M.A.E. (2013). Familial mental retardation: a review and practical classification. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18, 1717-1729.

- Marlow, S. (2011). Epigenetics in psychiatric disorders: A guide for beginners. *BioNews 549*. Disponível em http://www.bionews.org.uk/page_55848.asp
- Marques, A.R. (2000). Lei de saúde mental e internamento compulsivo. In: VVAA. *A Lei de Saúde Mental e o internamento compulsivo 2*. (111-119). Coimbra: Coimbra Editora.
- Marques, E. (2007). *Da loucura à doença mental da doença mental à inimputabilidade: Avaliação de doentes esquizofrénicos inimputáveis internados numa clínica psiquiátrica em meio prisional*. Maia: Publismai.
- Marshall, K., & Ferris, J. (2012). Utilising behavioural family therapy (BFT) to help support the system around a person with intellectual disability and complex mental health needs: A case study. *Journal of Intellectual Disabilities, 16*, 109-118.
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2005). Views and experiences of employment among people with psychosis: A qualitative descriptive study. *International Journal of Social Psychiatry, 51*, 302-316.
- Masi, G, [et al.]. (2006). The clinical phenotypes of juvenile bipolar disorder: toward a validation of the episodic-chronic-distinction. *Biological Psychiatry, 59*, 603-610.
- Mattos, V. (2006). *Crime e psiquiatria: Uma saída: Preliminares para a desconstrução das medidas de segurança*. Rio de Janeiro: Revan.
- McDonell, M.G., Shortm R.A., Berrym C.M., & Dyck, D.G. (2003). Burden in schizophrenia care givers impact; Family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Family Process, 42*, 91-103.
- McFarlane, W.R., Link, B., Dushay, R., Marchal, J., & Crilly, J. (1995). Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process, 34*, 127-144.
- McGuffin, P., Owen, M.J., & Farmer, A.E. (1995). Genetic basis of schizophrenia. *Lancet, 346*, 678-682.
- McGuffin, P., Rijdsdijk, F., Andrew, M., Sham, P., Katz, R., & Cardno, A. (2003). The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Archives of General Psychiatry, 60*, 497-550.
- Mello, R., & Furegato, A.R.F. (2008). Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um Centro de Atenção Psicossocial. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 12*, 457-464.

- Meltzer, H.Y & Stahl, S.M. (1976). The dopamine hypothesis of schizophrenia. A review. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 19-76.
- Mendes, F.M. (2000). A nova lei de saúde mental. In: VVAA. *A Lei de Saúde Mental e o internamento compulsivo 2*. (99-110). Coimbra: Coimbra Editora.
- Ministério da Justiça (2008). Relatórios estatísticos - Analíticos do sistema prisional de cada Estado da Federação. Disponível em na seção Infopen – Estatística (<http://portal.mj.gov.br/>)
- Ministério da Justiça (2009). Relatórios estatísticos - Analíticos do sistema prisional de cada Estado da Federação. Disponível em na seção Infopen – Estatística (<http://portal.mj.gov.br/>)
- Ministério da Saúde (2004a). *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2004b). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2007). *Relatório de gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2011). *Relatório de gestão 2007-2010. Saúde mental no SUS: As novas fronteiras da reforma psiquiátrica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Moeller, F.G., Barratt, E.S., Dougherty, D.M., Schmitz, J.M., & Swann, A.C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.
- Monahan, J. (2002). The MacArthur studies of violence risk. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 12, 67-72.

- Montañés-Rada, F., Ramírez, J.M., & De Lucas Taracena, M.T. (2006). Violence in mental disorders and community sample: An evolutionary model related with dominance in social relationships. *Medical Hypotheses*, 67, 930-940.
- Monteiro, C.L. (1997). *Perigosidade de inimputáveis e «in dubio pro reo»*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Monteiro, V.B.M, Santos, S.J., & Martin, D. (2006). Patients' relatives delayed help seeking after a first psychotic episode. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (2), 104-110.
- Moreno, R.A., & Moreno, D.H. (2009). Mania. In: F. Kapczinski & J. Quevedo (orgs.). *Transtorno bipolar: Teoria e clínica*. (128-144). Porto Alegre: Artmed.
- Mueser, K.T., & Berenbaum, H. (1990). Psychodynamic treatment of schizophrenia: Is there a future? *Psychological Medicine*, 20, 253-262.
- Mueser, K.T., [et al.]. (1997). Work and non-vocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 419-426.
- Mula, M., Pini, S., Preve, M., Masini, M., Giovannini, I., & Cassano, G.B. (2009). Clinical correlates of depersonalization symptoms in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 115, 252-256.
- Muñoz-Delgado, J., Doherty, A.M.S., Ceballos, R.M., & Erkert, H.G. (2000). Moon cycle effects on humans: Myth or reality? *Salud Mental*, 23, 33-39.
- Myers, N.L. (2010). Culture, stress and recovery from schizophrenia: Lessons from the Field for Global Mental Health. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 34, 500-528.
- Myers, N.L. (2011). Update: Schizophrenia across cultures. *Current Psychiatry Reports*, 13, 305-311.
- Nasr, T., & Kausar, R. (2009). Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry* 8, doi:10.1186/1744-859X-8-17
- Neiderhiser, J.M. (2001). Understanding the roles of genome and envirome: Methods in genetic epidemiology. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 12-17.

- O'Donovan M.C., & Owen M.J. (1999). Candidate-gene association studies of schizophrenia. *The American Journal of Human Genetics*, 65, 587-592.
- Oliveira, R.F. (2009). *Consequências jurídico-criminais relativas aos transtornos mentais: Novas propostas para o tratamento dos portadores de anomalia psíquica e psicopatas*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.
- OMS: Organização Mundial da Saúde (1990). Declaração de Caracas. Adotada pela Organização Mundial de Saúde em Caracas, Venezuela, em 14 e Novembro de 1990.
- OMS: Organização Pan-Americana da Saúde (1994). *Violencia y Salud*. Resolución n. XIX. Washington: OPAS.
- ONU: Organização das Nações Unidas (1992a). Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais. Adotado e aberto à assinatura, ratificação e adesão pela Resolução 2200A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de Dezembro de 1966 e com entrada em vigor na ordem jurídica portuguesa em 31 de Outubro de 1978.
- ONU: Organização das Nações Unidas (1992b). Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais. Adotada pela Resolução n.2.200-A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966 e ratificada pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992.
- Oquendo, M.A., [et al.]. (2000). Suicidal behavior in bipolar mood disorder: Clinical characteristics of attempters and nonattempters. *Journal of Affective Disorders*, 59, 107-117.
- Ornelas, J. (2007). Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. In: M.V. Abreu & E.R: Santos (coord.). *Actas do Primeiro Congresso sobre Reabilitação e Inclusão em Saúde Mental: O papel das famílias e das redes de apoio social*. (81-92). Coimbra: Almedina.
- Orwell, G. (2004). *1984*. (29ª Ed.). Tradução de Wilson Veloso. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Ostiguy, C.S., Ellenbogen, M.A., Linnen, A-M., Walker, E.F., Hammen, C., & Hodgins, S. (2009). Chronic stress and stressful life events in the offspring of parents with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 114, 74-84.

- Palma, M.F. (1996). Desenvolvimento da pessoa e imputabilidade no código penal português. *Sub Judice*, 11, 61-64.
- Passos, I.C.F. (2009). *Reforma psiquiátrica: As experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Peer, J.W., & Hillman, S.B. (2012). The mediating impact of coping style on stress perception for parents of individuals with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 16, 45-59.
- Perkins, D.V., Raines, J.A., Tschopp, M.K., & Warner, T.C. (2009). Gainful Employment Reduces Stigma Toward People Recovering from Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 45, 158-162.
- Pessoti, I. (2001). *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34.
- Petrila, John. (2004). Emerging Issues in Forensic Mental Health. *Psychiatric Quarterly*, 75, 3-19.
- Pompili, M., [et al.]. (2007). Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the Future. *Annals of General Psychiatry* 6, s.p.
- Pompili, M., [et al.]. (2012). Temperaments mediate suicide risk and psychopathology among patients with bipolar disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 280-285.
- Portal da Saúde – Portal eletrônico do Ministério da Saúde do Governo Brasileiro (2012): <http://www.brasilsus.com.br/noticias/centro-oeste/111836-paili-e-referencia-nacional-no-tratamento-do-louco-infrator.html>
- Portugal, S. (2006). *Novas famílias, modos antigos. As redes sociais na produção de bem-estar*. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Portzky, G., Audenaert, K., & van Heeringen, K. (2005). Suicide among adolescents. A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 922-930.
- Priebe, S., Warner, R., Hubschmid, T., & Eclde, I. (1998). Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 469-477.
- Pritchard J.K., & Rosenberg N.A. (1999). Use of unlinked genetic markers to detect population stratification in association studies. *The American Journal of Human Genetics*, 65, 220-228.

- Qin, P., & Mortensen, P.B. (2003). The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Archives of General Psychiatry*, 60, 797-802.
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P.B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*, 360, 1126-1130.
- Reichart, C.G., Wals, M., Hillegers, M.H., Ormel, J., Nolen, W.A., & Verhulst, F.C. (2004). Psychopathology in the adolescent offspring of bipolar parents. *Journal of Affective Disorders*, 78, 67-71.
- Reis, S., [et al.]. (2008). Antipsychotic treatment patterns and hospitalizations among adults with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 101, 304-311.
- Resende, S.A. (2010). Apresentação: Uma questão de responsabilidade social. In: F.O. Barros-Brisset. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. (7). Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.
- Robinson, S., & Chenoweth, L. (2011). Preventing abuse in accommodation services: From procedural response to protective cultures. *Journal of Intellectual Disabilities*, 15, 63-74.
- Rofail, D., Heelis, R., & Gournay, K. (2009). Results of a thematic analysis to explore the experiences of patients with schizophrenia taking antipsychotic medication. *Clinical Therapeutics*, 31, 1488-1496.
- Roick, C., Heider, D., Toumi, M., & Angermeyer, M.C. (2006). The impact of caregivers characteristics, patients conditions and regional differences on family burden in schizophrenia: a longitudinal analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 363-374.
- Romero, S., DelBello, M.P., Soutullo, C.A., Stanford, K., & Strakowski, S.M. (2005). Family environment in families with versus families without parental bipolar disorder: a preliminary comparison study. *Bipolar Disorders*, 7, 617-622.
- Rotelli, F. (2008). Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: P. Amarante (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. (3ª Reimpressão). (149-169). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Roy, A., Segal, N.L., Centerwall, B.S., Robinette, C.D. (1991). Suicide in twins. *Archives of General Psychiatry*, 48, 28-32.

- Russo, R. (1985). *Será* [Registo sonoro]. Legião Urbana. Londres: EMI. 1 disco (CD).
- Sanches, D.R., & Berlinck, MT. (2010). Debilidade mental: O patinho feio da clínica psicanalítica. *Ágora*, *XIII*, 259-274.
- Santos, B.S. (2003a). Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. In: B.S. Santos (org.). *Conhecimento prudente para uma vida decente: 'Um discurso sobre as ciências' Revisitado*. (735-775). Porto: Afrontamento.
- Saravanan, B., Jacob, K.S., Deepak, M.G., Prince, M., David, A.S., & Bhugra, D. (2008). Perceptions about psychosis and psychiatric services: a qualitative study from Vellore, India. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *43*, 231-238.
- Sato, T., Bottlender, R., Kleindienst, N., & Moller, H.J. (2002). Syndromes and phenomenological subtypes underlying acute mania: a factor analytic study of 576 manic patients. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 968-974.
- Schoen-Ferreira, T.H., Hanazumi, A., Lobo, F.S., Abreu, H.G., Acrani, I.O., & Martelet, M.R.F. (2010). Dificuldades de Aprendizagem e Retardo Mental: Estudo de Caso. *Revista de Psicologia*, *1*, 33-42.
- Scott, J.E., & Dixon, L.B. (1995). Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *21*, 621-630.
- Sebat, J. (2011). Schizophrenia mutation gene found: Target for new drugs. Disponível em <http://www.sciencedaily.com/releases/2011/02/110202132334.htm>
- Seeman, M.V. (2009). Employment discrimination against schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, *80*, 9-16.
- Segarra, R., [et al.]. (2011). Similarities in early course among men and women with a first episode of schizophrenia and schizophreniform disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *262*, 95-105.
- Selmini, R. (1998). *I confine della responsabilità – questioni teoriche e trasformazione legislative del concetto di imputabilità del malato di mente*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane.
- Serra, A.V. (2000). Palavras d'ais do Prof. Doutor Adriano Vaz Serra à Conferência do Procurador-Geral da República. In: VVAA. *A Lei de Saúde Mental e o internamento compulsivo 2*. (53-60). Coimbra: Coimbra Editora.

- Shannahoff-Khalsa, D.S. (2004) An introduction to kundalini yoga meditation techniques that are specific to the treatment of psychiatric disorders. *Journal of Complementary and Alternative Medicine*, 10, 91-101.
- Silva, A.C.Z. (2000). Centros de Atenção Psicossocial. In: M.F.S. Farah & H.B. Barboza (orgs.). *Novas experiências de gestão pública e cidadania*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Silva, H.C. (2009). *Implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança*. Goiás: Ministério Público do Estado de Goiás.
- Silva, H.C. (2010). Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: A experiência goiana do PAILI. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20, 112-115.
- Silva, L.F., Augusto, A., Bäckström, B., & Alves, F. (2013). Desigualdades sociais e saúde. In: F. Alves (coord.). *Saúde, Medicina e Sociologia: Uma visão sociológica*. (25-47). Lisboa: PACTOR.
- Silver, E. (2006). Understanding the relationship between mental disorder and violence: The need for a criminological perspective. *Law and Human Behavior*, 30, 685-706.
- Simon, G.E., Hunkeler, E., Fireman, B., Lee, J.Y., & Savarino, J. (2007). Risk of suicide attempt and suicide death in patients treated for bipolar disorder 1. *Bipolar Disorders*, 9, 526-530.
- Sines, D., Hogard, E., & Ellis, R. (2012). Evaluating quality of life in adults with profound learning difficulties resettled from hospital to supported living in the community. *Journal of Intellectual Disabilities*, 16, 247-263.
- Singh, M.K., [et al.]. (2007). Psychopathology in children of bipolar parents. *Journal of Affective Disorders*, 102, 131-136.
- Skeem, J.L., Monahan, J., & Mulvey, E.P. (2002). Psychopathy, treatment involvement, and subsequent violence among civil psychiatric patients. *Law and Human Behavior*, 26, 577-603.
- Sørensen, H.J., Mortensen, E.L., Wang, A.G., Juel, K., Silverton, L & Mednick, S.A. (2009). Suicide and mental illness in parents and risk of suicide in offspring: A birth cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 748-751.
- Souza, V.B.N, [et al.]. (2003). Comparação do comportamento social de pacientes esquizofrênicos vivendo na comunidade e utilizando

- antipsicóticos típicos e atípicos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52, 267-273.
- Stenager, K., & Qin, P. (2008). Individual and parental psychiatric history and risk for suicide among adolescents and young adults in Denmark: A population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 920-926.
- Stroup, T.S., [et al.]. (2011). A Randomized trial examining the effectiveness of switching from olanzapine, quetiapine, or risperidone to aripiprazole to reduce metabolic risk: Comparison of antipsychotics for metabolic problems (CAMP). *The American Journal of Psychiatry*, 168, 947-956.
- Strous, R.D. (2007). Psychiatry during the Nazi era: Ethical lessons for the modern professional. *Annals of General Psychiatry* 6. doi:10.1186/1744-859X-6-8.
- Sutherland, E.H., & Cressey, D.R. (1996). *Criminologia – Sezione III. 3*. Tradução de Mario Zanchetti. Milano: Dott. A. Giuffrè Editore.
- Swann, A.C. (2008). Neurobiologia do transtorno bipolar. In: R.S. El-Mallakh & S.N. Ghaemi. *Depressão bipolar: Um guia abrangente*. Tradução de Cristina Monteiro. (43-70). Porto Alegre: Artmed.
- Swann, A.C., Anderson, J.C., Dougherty, D.M., & Moeller, F.G. (2001). Measurement of interepisode impulsivity in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 101, 195-197.
- Swann, A.C., Pazzaglia, P., Nichols, A., Dougherty, D.M., & Moeller, F.G. (2003). Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 73, 105-111.
- Swanson, J., Van Dorn, R.A., & Swartz, M.S. (2007). Effectiveness of atypical antipsychotics for substance use in schizophrenia patients. *Schizophrenia Research*, 94, 114-118.
- Swartz, M.S., Perkins, D.O., Stroup, T.S., McEvoy, J.P., Nieri, J.M., & Haak, D.C. (2003). Assessing clinical and functional outcomes in the clinical antipsychotic trials of intervention effectiveness (CATIE) schizophrenia trial. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 33-43.
- Szasz, T. (2009). Psychiatry and the control of dangerousness: on the apotropaic function of the term 'mental illness'. In: M.L. Levine (Ed.). *Mental illness, medicine and law*. (99-102). Burlington: Ashgate.

- Taborda, J.G.V., Chalub, M., & Abdala Filho, E. (orgs.) (2004). *Psiquiatria forense*. Porto Alegre: Artmed.
- Taiar, R. (2007). *A dignidade da pessoa humana na tutela penal dos direitos fundamentais*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Centro Universitário FIEO. Osasco, SP.
- Tan, S.C. (2014). Visualising Outliers in Nominal Data. In L. Uden, L.S.L. Wang, J.M.C. Rodríguez, H.C. Yang & I-H. Ting (Eds.). *Visualising Outliers in Nominal Data*. (347-358). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Taylor, K.N., Harper, S., & Chadwick, P. (2009). Impact of mindfulness on cognition and affect in voice hearing: Evidence from two case studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 397-402.
- Taylor, P., & Gunn, J. (1999). Homicides by people with a mental illness: Myth or reality. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 9-14.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2010). *Boas práticas em saúde mental comunitária*. Tradução de Melissa Tieko Muramoto. Barueri, SP: Manole.
- Tienari, P., [et al.]. (1985). The finnish adoptive family study of schizophrenia. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 58, 227-237.
- Tienari, P., [et al.]. (2003). Genetic boundaries of the schizophrenia spectrum: Evidence from the finnish adoptive family study of schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1567-1594.
- Tienari, P., [et al.]. (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder: Long-term follow-up study of finnish adoptees. *The British Journal of Psychiatry*, 84, 216-222.
- Tohen, M., Waternaux, C.M., & Tsuang, M. (1990). Outcome in mania: a 4-year prospective follow-up of 75 patients utilizing survival analysis. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1106-1111.
- Tolman, A.O., & Rotzien, A.L. (2007). Conducting Risk Evaluations for Future Violence: Ethical Practice Is Possible. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 71-79.
- Torres, A. R. (2001). Psicopatologia. In: F. Alves (coord.). *Acção social na área de saúde mental*. Lisboa: Universidade Aberta.

- Tramontina J., Miranda, D.M., Silva Filho, H.C., & Romano-Silva, M.A. (2009). Genética e transtorno bipolar. In: F. Kapczinski & J. Quevedo (orgs.). *Transtorno bipolar: Teoria e clínica*. (61-73). Porto Alegre: Artmed.
- Tribunal de Justiça do Distrito Federal (2013). Apelacao Criminal APR 20110110284758 DF 0008327-76.2011.8.07.0001. Disponível em <http://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/busca?q=SUBSTITUI%C3%87%C3%83O+PENNA+TRATAMENTO+AMBULATORIAL.+APELA%C3%87%C3%83O+DEFESA>
- Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (2010). *PAI-PJ: Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator. A cidadania do louco infrator é responsabilidade de toda a sociedade!* Belo Horizonte: TJMG.
- Tsuang, M.T., Stone, W.S., & Auster, T.L. (2010). Gene-environment interactions in mental illness. *European Psychiatric Review*, 3, 10-13.
- Tsuchiya, K.J., Byrne, M., & Mortensen, P.B. (2003). Risk factors in relation to an emergence of bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar Disorders*, 5, 231-242.
- Ugiette, M.A. (2012). Comunicação ao Portal da Saúde. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/noticias/centro-oeste/111836-paili-e-referencia-nacional-no-tratamento-do-louco-infrator.html>
- Vacic, V., [et al.]. (2011). Duplications of the neuropeptide receptor gene VIPR2 confer significant risk for schizophrenia. *Nature*, 471, 499-503.
- Valtonen, H., Suominen, K., Mantere, O., Leppämäki, S., Arvilommi, P., & Isometsä, E.T. (2005). Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1456-1462.
- Valtonen, H.M., [et al.]. (2007). Suicidal behaviour during different phases of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 97, 101-107.
- van der Werf-Eldering, M.J., van der Meer, L., Burger, H., Holthausen, E.A.E., Nolen, W.A., & Aleman, A. (2011). Insight in bipolar disorder: Associations with cognitive and emotional processing and illness characteristics. *Bipolar Disorders*, 13, 343-354.

- Vascon, N. (2001). Introdução Documentária. In: F. Basaglia (coord.). *A Instituição Negada: Relato de um hospital psiquiátrico*. (3ª Ed.). Tradução de Heloisa Jahn. (13-98). Rio de Janeiro: Graal.
- Vasconcelos, M.M. (2004). Retardo mental. *Jornal de Pediatria*, 80 (2 Supl.), S71-S82.
- Wagner, B.M. (1997). Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin*, 121, 246-298.
- Wahl, O.F. (1997). *Media mDNAess: Public images of mental illness*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Wanderbroock Júnior, D., & Boarini, M.L. (2008). A seleção dos imigrantes e a Liga Brasileira de Hygiene Mental (1914-1945). *Interamerican Journal of Psychology*, 42, 520-527.
- Weber, C.A.T. (2012). *Residências terapêuticas: O dilema da inclusão social de doentes mentais*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Welzel, Hans. (2004). *El nuevo sistema del derecho penal: Una introducción a la doctrina de la acción finalista*. Buenos Aires: Editorial B de F.
- Whitty, P., [et al.]. (2005). Diagnostic stability four years after a first episode of psychosis. *Psychiatric Services*, 56, 1084-1088.
- WHO: World Health Organization (2014). *What is schizophrenia?* Disponível em http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/
- Wilson, I.B., & Cleary, P.D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life a conceptual model of patient outcomes. *The Journal of the American Medical Association*, 273, 59-65.
- Wolff, N. (2006). Tratamento de pessoas com problemas de comportamento: perspectiva da saúde mental. In A.C. Fonseca [et al.]. *Psicologia Forense*. Coimbra: Almedina.
- Yang, L.H., Phillips, M.R., Lo, G, Chou, Y., Zhang, X., & Hopper, K. (2010). “Excessive thinking” as explanatory model for schizophrenia: impacts on stigma and “moral” status in mainland China. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 836-845.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Yildiz, A., & Sachs, G.S. (2003). Age onset of psychotic versus non-psychotic bipolar illness in men and in women. *Journal of Affective Disorders, 74*, 197-201.
- Yildiz, M., Veznedaroglu, B., Eryavuz, A., & Kayahan, B. (2004). Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: A controlled study in Turkey. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 8*, 219-225.
- Zalsman, G. (2010). Timing is critical: Gene, environment and timing interactions in genetics of suicide in children and adolescents. *European Psychiatry, 25*, 284-286.
- Zarate Jr., C.A., Tohen, M., Land, M., & Cavanagh, S. (2000). Functional impairment and cognition in bipolar disorder. *The Psychiatry Quarterly, 71*, 309-329.
- Zimmerman, M., & Mattia, J.I. (1999). Psychiatric diagnosis in clinical practice: is comorbidity missed? *Comprehensive Psychiatry, 40*, 182-191.

ANEXO I

Modelo de questionário desenvolvido para recolher as informações dos relatórios periciais

Processo nº

Nome²²

1. Sexo:

2. Idade:

3. Estado civil:

4. Profissão:

5. Escolaridade:

6. Apuração da eventual inimputabilidade

7. Fato:

8. Anamnese:

9. Exames complementares:

10. Avaliação clínica e parecer psiquiátrico-forense:

11. Diagnóstico:

12. O indiciado nega/não nega os fatos

13. Foi invocada a inimputabilidade em razão de anomalia psíquica

14. Na ausência de medidas de acompanhamento médico-psiquiátrico, é/não é de excluir a sua eventual perigosidade social.

²² No modelo e nos questionários constam o nome e o número do processo somente para não inserir o mesmo paciente mais de uma vez na base de dados. Nenhuma informação identificativa foi utilizada na análise dos dados, numerando os sujeitos na base para garantir o seu anonimato.