ABP Associação Brasileira de Psiquiatria
Ano 5 • nº1 • Jan/Fev 2015
ISSN 2236-918X

REVISTA DEBATES EM psiquiatria

Publicação destinada exclusivamente aos médicos

www.abp.org.br

Mala Direta
9912341582/2014-DR/RJ
ABP
Correios

Devolução Garantida
Correios

ENTRE A FANTASIA E A AÇÃO: AS PATOLOGIAS SEXUAIS NA WEB

INDULTO PRESIDENCIAL, PSIQUIATRIA, SOCIEDADE E JUSTIÇA

QUAIS ANTIDEPRESSIVOS PODEMOS PRESCREVER NA LACTAÇÃO?

O PAPEL DOS HORMÔNIOS NA PSICOPATIA

FILICÍDIO E PSICOSE: RELATO DE DOIS CASOS



XXXIII CBP
CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA

Florianópolis 2015
4 a 7 de Novembro

— A psiquiatria no mundo contemporâneo —

PALESTRANTES INTERNACIONAIS

AMÉRICA CENTRAL E NORTE:

- Charles Reynolds III - EUA
- Nancy Andreasen - EUA
- Oscar Arias Carrión - México
- Rodrigo Machado Vieira - EUA
- Jair Soares - EUA
- Philip Wang - EUA
- David Sheehan - EUA

EUROPA:

- Mauro Carta - Itália
- José Manuel Jara - Portugal
- Antonio Pacheco Palha - Portugal
- João Eduardo Marques Teixeira - Portugal
- José Luis Pio de Abreu – Portugal
- Walter Fleischhacker - Austria
- German Berrios - Inglaterra

Secretaria do XXXIII CBP

Av. Rio Branco, 257 - 13º andar, sala 1310/15
Centro Rio de janeiro - RJ - 20040-009
Tel: +55 (21) 2199-7500 Fax +55 (21) 21997501
Email:congresso@abpbrasil.org.br
Site www.abpbrasil.org.br

Promoção e realização

ACP
Associação Catarinense de Psiquiatria

ABP
Associação Brasileira de Psiquiatria

APRESENTAÇÃO



ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
EDITOR



JOÃO ROMILDO BUENO
EDITOR

Prezados leitores,

Feliz Ano Novo! Apresentamos aos nossos leitores o primeiro número de nossa RDP de 2015.

Abrindo este número, temos artigo de revisão assinado por Renata Almeida de Souza Aranha e Silva e Danilo Antonio Baltieri sobre as patologias sexuais na web. Os autores ressaltam as alterações observadas nos relacionamentos e comportamentos sexuais no século XX e no atual, e especialmente o impacto do amplo acesso à rede mundial de computadores no estabelecimento de relações virtuais menos compromissadas com a realidade. Nesse contexto, pode-se imaginar os danos possivelmente causados pelo excesso de informação disponível e pela facilidade de acesso a materiais diversos para portadores de parafilias ou pessoas com interesses parafílicos. Trata-se de um artigo muito atual e sobre um tema ainda pouco estudado na psiquiatria.

Na sequência, temos três artigos de atualização. O primeiro deles, de Quirino Cordeiro et al., reforça a tradição da RDP em psiquiatria forense e versa sobre o indulto presidencial tradicionalmente concedido a pacientes em medida de segurança (desde 2008). Os autores revisam a evolução do Decreto de indulto e a crescente abrangência das normas para a concessão do benefício, muitas vezes sem a devida sustentação técnica e legal. Manifestações contrárias ao Decreto, especialmente por parte do Ministério Público do Estado de São Paulo, são comentadas.

A seguir, Amaury Cantilino et al. abordam a depressão materna e o uso de medicamentos durante a lactação. Vários medicamentos são analisados em termos de sua concentração plasmática no lactente, e os autores sugerem o uso de paroxetina e sertralina como primeira escolha. No entanto, de maneira geral, os autores defendem que, quando o tratamento com antidepressivos for indicado para depressão pós-parto, as mulheres não devem ser aconselhadas a interromper a amamentação. Temos certeza de que este artigo será muito útil aos colegas psiquiatras, já que somos frequentemente indagados por pacientes, obstetras e neonatologistas quanto ao melhor antidepressivo para uso no pós-parto.

No último artigo de atualização deste número, escrito ainda com a participação do saudoso Dr. José Geraldo Vernet Taborda (*in memoriam*), Alcina Juliana Soares Barros e Regis Goulart Rosa discutem o papel dos hormônios na psicopatia, correlacionando as manifestações cognitivas, emocionais e comportamentais da personalidade psicopática com os desequilíbrios neuroendócrinos. Os autores examinam as informações disponíveis sobre o cortisol e a testosterona – os dois hormônios mais implicados na psicopatia –, e discutem a interação entre os eixos hipotálamo-pituitária-adrenal e hipotálamo-pituitária-gonadal, deidroepiandrosterona e alfa-amilase.

Para finalizar, temos o relato de dois casos, apresentados por Alexandre Martins Valença et al., de tentativas de filicídio por mulheres com transtornos psicóticos. É enfatizado o papel dos serviços de saúde mental no sentido de prevenir a perda de contato e a não aderência ao tratamento, dois aspectos que frequentemente precedem homicídios cometidos por pessoas com transtornos mentais graves. Os autores ressaltam o papel de estudos futuros na investigação de diversos fatores de risco para o filicídio no sentido de ajudar a estabelecer intervenções terapêuticas mais efetivas em mulheres com transtornos mentais.

Até o segundo número e boa leitura!

Os Editores

ABP Associação Brasileira de Psiquiatria

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente: Antônio Geraldo da Silva - DF
Vice-Presidente: Itiro Shirakawa - SP
1º Secretário: Claudio Meneghello Martins - RS
2º Secretário: Mauricio Leão - MG
1º Tesoureiro: João Romildo Bueno - RJ
2º Tesoureiro: Alfredo Minervino - PB

DIRETORES REGIONAIS

Diretor Regional Norte: Aparício Carvalho de Moraes - RO
Diretor Regional Adjunto Norte: Maria da Graça Guimarães Souto - MA
Diretor Regional Nordeste: Fábio Gomes de Matos e Souza - CE
Diretor Regional Adjunto Nordeste: Miriam Elza Gorender - BA
Diretor Regional Centro-Oeste: Juberty Antônio de Souza - MS
Diretor Regional Adjunto Centro-Oeste: Renée Elizabeth de Figueiredo Freire - MT
Diretor Regional Sudeste: Marcos Alexandre Gebara Muraro - RJ
Diretor Regional Sul: Ronaldo Ramos Laranjeira - SP

CONSELHO FISCAL

Titulares:
Francisco Baptista Assumpção Júnior – SP
Florence Kerr-Corrêa – SP
Sérgio Tamai – SP

Suplentes:
José Toufic Thomé – SP
Fernando Grilo Gomes – SP

ABP - Rio de Janeiro
Av. Rio Branco, 257 – 13º andar
salas 1310/15 –Centro
CEP: 20040-009 – Rio de Janeiro - RJ
Telefax: (21) 2199.7500
Rio de Janeiro - RJ
E-mail: abpsp@abpbrasil.org.br
Publicidade: comercial@abpbrasil.org.br

////////// EXPEDIENTE

EDITORES
Antônio Geraldo da Silva
João Romildo Bueno

Editores Associados
Itiro Shirakawa
Alfredo Minervino
Luiz Carlos Illafont Coronel
Maurício Leão
Fernando Portela Camara

Conselho Editorial
Almir Ribeiro Tavares Júnior - MG
Ana Gabriela Hounie - SP
Analice de Paula Gigliotti - RJ
Carlos Alberto Sampaio Martins de Barros - RS
Carmita Helena Najjar Abdo - SP
Cássio Machado de Campos Bottino - SP
César de Moraes - SP
Elias Abdalla Filho - DF
Érico de Castro e Costa - MG
Eugenio Horácio Grevet - RS
Fausto Amarante - ES
Flávio Roithmann - RS
Francisco Baptista Assumpção Junior - SP
Helena Maria Calil - SP
Humberto Corrêa da Silva Filho - MG
Irismar Reis de Oliveira - BA
Jair Segal - RS
João Luciano de Quevedo - SC
José Cássio do Nascimento Pitta - SP
José Geraldo Vernet Taborda - RS
Marco Antonio Marcolin - SP
Marco Aurélio Romano Silva - MG
Marcos Alexandre Gebara Muraro - RJ
Maria Alice de Vilhena Toledo - DF
Maria Dilma Alves Teodoro - DF
Maria Tavares Cavalcanti - RJ
Mário Francisco Pereira Juruena - SP
Paulo Belmonte de Abreu - RS
Paulo Cesar Geraldes - RJ
Sergio Tamai - SP
Valentim Gentil Filho - SP
Valéria Barreto Novais e Souza - CE
William Azevedo Dunningham - BA

Conselho Editorial Internacional
Antonio Pacheco Palha (Portugal), Marcos Teixeira (Portugal), José Manuel Jara (Portugal), Pedro Varandas (Portugal), Pio de Abreu (Portugal), Maria Luiza Figueira (Portugal), Julio Bobes Garcia (Espanha), Jerónimo Sáiz Ruiz (Espanha), Celso Arango López (Espanha), Manuel Martins (Espanha), Giorgio Racagni (Italia), Dinesh Bhugra (Londres), Edgard Belfort (Venezuela)

Jornalista Responsável: Brenda Ali Leal
Projeto Gráfico, Editoração Eletrônica e Ilustração: Daniel Adler e Renato Oliveira
Produção Editorial: Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP
Gerente Geral: Simone Paes
Impressão: Gráfica Editora Pallotti

ÍNDICE



* As opiniões dos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos.

6/**revisão**
Entre a fantasia e a ação: as patologias sexuais na web
RENATA ALMEIDA DE SOUZA ARANHA E SILVA, DANILO ANTONIO BALTIERI

12/**atualização**
Indulto presidencial, psiquiatria, sociedade e justiça
QUIRINO CORDEIRO, LEIKA GARCIA SUMI, KARINE HIGA, LÍLIAN RIBEIRO CALDAS RATTO, RAFAEL BERNARDON RIBEIRO

18/**atualização**
Quais antidepressivos podemos prescrever na lactação?
AMAURY CANTILINO, JOEL RENNÓ JR., HEWDY LOBO RIBEIRO, JULIANA PIRES CALVASAN, RENATA DEMARQUE, JERÔNIMO DE A. MENDES RIBEIRO, GISLENE VALADARES, RENAN ROCHA, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

24/**atualização**
O papel dos hormônios na psicopatia
ALCINA JULIANA SOARES BARROS, JOSÉ GERALDO VERNET TABORDA (*in memoriam*), REGIS GOULART ROSA

30/**relato de caso**
Filicídio e psicose: relato de dois casos
ALEXANDRE MARTINS VALENÇA, KÁTIA MECLER, LISIEUX E. DE BORBA TELLES

RENATA ALMEIDA DE SOUZA ARANHA E SILVA
DANILO ANTONIO BALTIERI

REVISÃO

ENTRE A FANTASIA E A AÇÃO: AS PATOLOGIAS SEXUAIS NA *WEB*

BETWEEN FANTASY AND ACTION: SEXUAL PATHOLOGIES ON THE WEB

Resumo

O acesso à rede mundial de computadores possibilitou que as relações virtuais acontecessem de uma maneira menos compromissada com a realidade e favoreceu a aceitação de práticas sexuais incomuns ou consideradas inadequadas. Atualmente, várias plataformas comunicacionais são alimentadas por usuários, responsáveis por conteúdos que criam interações, troca de materiais e relacionamentos online. Pode-se considerar que a democratização da sexualidade em ambientes virtuais tenha benefícios; porém, o excesso de informação sem critérios e a facilidade de acesso a fotos, vídeos e outros materiais pode causar danos. É possível observar espaços para a divulgação de fantasias parafílicas, entre elas a zoofilia (excitação ou práticas sexualmente excitantes envolvendo animais), que, do ponto de vista médico, é um transtorno de preferência sexual ainda pouco estudado. Estabelecer limites para relacionamentos mediados pela Internet e avaliar a consequência dessa interação na prática não é tarefa fácil, mas necessária.

Palavras-chave: Internet, parafilias, zoofilia, cibersexualidade.

Abstract

Access to the world wide web has allowed the establishment of virtual relationships less committed with reality and has favored the acceptance of unusual and inappropriate sexual practices. Currently, several communication platforms are driven by users, who are responsible for uploading contents that create interactions, the exchange of materials, and online relationships. One might consider that the democratization of sexuality in virtual environments could bring benefits; however, excess information with no criteria and easy access to photos, videos, and other materials may cause harm. Some web sites currently available allow the dissemination of paraphilic fantasies, e.g., zoophilia (sexual arousal or sexual practices involving animals), which, from a medical point of view, is an underinvestigated disorder of sexual preference. Establishing limits for Internet-mediated relationships and assessing their consequences in real life is a difficult but necessary task.

Keywords: Internet, paraphilias, zoophilia, cybersexuality.

Introdução

Várias mudanças no comportamento sexual ocorreram no século XX, particularmente a redução na repressão da sexualidade feminina e a maior aceitação da existência de contextos não heteronormativos. Muito do controle sobre os comportamentos sexuais em séculos anteriores e em certas sociedades provinha do restrito acesso às informações sobre sexo. Por exemplo, antes do vasto acesso às informações e da Internet, era muito mais fácil convencer uma pessoa de que um tipo de prática sexual era errado, incomum, nefasto e pecaminoso[1]. Um dos grandes motivos do impacto social do trabalho de Kinsey et al.[2] em meados do século XX foi justamente a revelação de que uma significativa parcela da população investigada praticava atividades sexuais bastante diferentes daquelas consideradas até então "normais". Outro notável resultado do trabalho de Kinsey et al. foi permitir uma abertura para discussões sobre sexo e a disseminação de ideias sobre a variedade de comportamentos sexuais existentes e possíveis. Infelizmente, as informações na imprensa leiga podiam muitas vezes ser tão mal conduzidas e perniciosas como hoje ainda se vê nos meios de comunicação.

Em muitos aspectos, a Internet é o recurso tecnológico que mais impacta o comportamento sexual. Desde as fotografias eróticas e pornográficas, revistas e livros, até os vídeos destinados à apreciação – principalmente masculina – das práticas sexuais e da nudez, a Internet se

RENATA ALMEIDA DE SOUZA ARANHA E SILVA
DANILO ANTONIO BALTIERI

Ambulatório de Transtornos da Sexualidade (ABSex), Disciplinas de Psiquiatria e Psicologia Médica, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP.

tornou a mais "democrática" forma de acesso aos materiais sexualmente explícitos. O fácil acesso, gratuidade e ampla garantia do anonimato promovem um crescente consumo de informações relacionadas a sexo e materiais pornográficos ao redor do mundo.

Um termo próprio, *cybersex*, tem sido frequentemente usado para designar uma miríade de comportamentos relacionados a sexo nos espaços virtuais, seja para entretenimento, busca por informação ou contatos interpessoais. De fato, esse termo pode remeter a um grande leque de atividades sexuais na Internet, tais como: ver imagens e filmes eróticos/pornográficos; expor detalhes da própria vida sexual ou de terceiros utilizando relatos, fotos, imagens e gravações; interagir com profissionais do sexo; interagir com anônimos à procura de sexo virtual ou real; violar limites sociais e pessoais, engajando em contatos sexualmente não consentidos e indesejados.

As implicações dessa mudança dramática para os determinantes sociais do comportamento sexual não são ainda conhecidas. Seguramente, podemos esperar benefícios, principalmente quanto às possibilidades de educação em sexualidade e saúde reprodutiva, práticas sexuais seguras, possibilidades terapêuticas, limites do comportamento, inovações em terapias, interação com outras pessoas, encontros seguros com possíveis amantes, redução de estigmas, fortalecimento de redes de combate à violência sexual, dentre outros. O potencial para desenvolver aconselhamento online é considerável, mas ainda se encontra em tímido estágio de aprimoramento.

Contrariamente, o potencial da Internet para causar danos é também surpreendente. A explosão da disponibilidade de materiais sexualmente explícitos, sobre os quais é praticamente impossível exercer algum tipo de controle, pode ter efeitos nefastos sobre o comportamento de alguns indivíduos. Hoje existem evidências consistentes de que certos homens e mulheres, e muito possivelmente adolescentes, estão consumindo *web sex* em tal extensão, a ponto de acarretar significativo prejuízo financeiro, de tempo, para os estudos, para o trabalho e para a formação/manutenção de relacionamentos estáveis e duradouros[3-5]. Além disso, dado o anonimato, crimes sexuais na *web* têm vicejado, provocando modificações na lei e a criação de departamentos investigativos especiais. Uma das grandes preocupações atuais relacionadas ao uso da Internet tem sido o contato entre adultos e crianças com propostas sexuais, bem como a disseminação ou troca de pornografia infantil. A Internet de fato facilita a distribuição desse tipo de material, rompendo barreiras nacionais e internacionais, proporcionando comunicação entre pessoas com interesses pedofílicos e reforçando comportamentos sexualmente inadequados e desviantes[6-8].

Dada a existência de vários elementos negativos relacionados à interface entre sexualidade e Internet, uma análise pormenorizada de todas as possíveis associações em um único capítulo resultaria reducionista. Assim, para este artigo, objetivamos comentar sobre dois pontos: consumo de pornografia online e parafilias online.

Consumo de pornografia

O consumo de pornografia é um fenômeno de massa na cultura ocidental. Embora seja difícil determinar confiavelmente a prevalência do uso de pornografia, estima-se que aproximadamente 43% das navegações cheguem a um site com conteúdo sexualmente explícito, que 70% dos homens entre 18 e 24 anos visitem um site pornográfico pelo menos uma vez ao mês[9], e que cerca de 55% dos estudantes universitários consumam pornografia ocasionalmente ou frequentemente[10]. Embora os homens respondam pelo maior grupo consumidor de material pornográfico, a Internet tem facilitado tanto a produção quanto o acesso a material sexualmente explícito também por mulheres[11-13]. Estima-se que um terço de todos os consumidores de pornografia na *web* sejam mulheres[9], que quase metade das estudantes universitárias considerem aceitável o consumo de pornografia[14], e que mulheres entre 18 e 24 anos consumam mais pornografia do que homens com 50 anos ou mais[15]. Além disso, contrariamente a algumas crenças de que a pornografia heterossexual expressa o poder, o prazer e a tirania masculinos, mulheres podem não se sentir degradadas diante do material pornográfico; ao invés disso, elas podem considerar tal material como um meio de obter prazer[16]. De qualquer forma, vídeos para casais, catálogos de *lingerie* e romances eróticos ainda parecem ser a principal fonte de material erótico para mulheres[13]. Considerando-se um discurso masculino dominante, a natureza menos agressiva e mais convencional das mulheres justificaria o baixo investimento da indústria de filmes pornográficos em desenvolver material específico para essa população.

A preocupação com o consumo de pornografia deriva do receio de que isso possa adversamente afetar os consumidores, por exemplo, prejudicando a conexão entre emoções, intimidade e sexualidade, recrudescendo a desigualdade entre os gêneros e

estimulando comportamentos de risco e impróprios[17-19]. Alguns estudos têm, de fato, encontrado associações do consumo de pornografia com o uso de substâncias psicoativas, sexo grupal e comportamentos sexuais de risco (*barebacking*) em adolescentes[15,20-22], e com atitudes de apoio à violência contra mulheres em adultos[23,24]. Contrariamente, outros estudos falham em verificar associação direta com comportamentos sexualmente arriscados[25], com problemas na habilidade de desenvolver intimidade[26], ou com um aumento nas taxas de agressão sexual[27], sugerindo que outros fatores ou motivações possam melhor explicar tais correlações deletérias. Uma proposta inusitada na literatura científica tem sido a de que a pornografia poderia ser utilizada como fonte de educação sexual para jovens, enfatizando, particularmente, práticas sexuais seguras[28].

Dadas essas controvérsias, são necessários estudos que utilizam instrumentos validados para avaliar tanto o consumo da pornografia online quanto as motivações para tal consumo. Até o momento, poucos instrumentos estão disponíveis para investigar construtos relacionados ao consumo de pornografia. Sem tais escalas e instrumentos validados, afirmações e conclusões de estudos e comparações entre diferentes pesquisas terão certa fragilidade[29]. No Brasil, um instrumento que avalia motivações para o consumo de pornografia foi recentemente validado[30].

Estudos prévios têm proposto motivações para o uso da pornografia, como criar distração[31], obter informação a respeito de sexo, estabelecer conexões interpessoais, obter excitação sexual ou entretenimento[32], ter conexões fantasiosas[29], explorar aspectos estigmatizados da própria sexualidade[33], manejar estados de humor, lidar com frustração, solidão e tédio[34]. Contudo, associações entre essas diferentes motivações e problemas psicológicos, físicos e sociais têm ainda que ser investigados por um suficiente número de estudos usando instrumentos validados.

Parafilias online

Pessoas com interesses sexuais diferentes da norma, amedrontados com as repercussões sociais dos seus desejos e fantasias sexuais, acabam por encontrar no mundo virtual um meio barato e rápido para expressar seus interesses e práticas. Apesar da crença de que o anonimato da Internet protege essas pessoas, processos persecutórios contra o acesso às redes de pedofilia, por exemplo, acontecem em várias regiões do mundo. Aquelas pessoas que ou aliciam crianças para atos sexuais ou eletronicamente enviam ou recebem imagens pornográficas de crianças estão em alto risco de apreensão por uma variedade de agências nacionais e internacionais.

Enquanto muitos sites limitam o acesso ao usuário – por exemplo, cobrando uma taxa pela entrada –, outros são gratuitos. Algumas vezes, quando o usuário deseja abandonar um site, sua saída pode ser intencionalmente dificultada pela presença de um *exit loop*. Sites têm usado essa estratégia para incentivar o usuário a acessar outras páginas com conteúdo pornográfico, abrindo várias outras janelas de uma única vez. Para pessoas vulneráveis, isso pode ser um problema, já que o retardo da saída de um site excitante pode adicionar outros estímulos provocantes.

Para muitos, sites com conteúdo pornográfico parafílico (sexo com animais, fetiches, urina, fezes, *bandages*, crianças, fraldas, entre vários outros) são totalmente bizarros e repulsivos. Contudo, tais sites são atraentes para portadores de parafilias ou mesmo pessoas com interesses parafílicos. Presumivelmente, a Internet pode ter conduzido algumas pessoas a descobrirem interesses parafílicos nunca antes percebidos.

Uma vez que o indivíduo descobre que existem outras pessoas com interesses sexuais parecidos, pode racionalizar que seu comportamento e interesse são aceitáveis. *Chats* dão oportunidade para a discussão e o compartilhamento desses interesses, fantasias e práticas sexuais, e alguns sites ou blogs até ensinam como praticá-los. Tais *chats* podem, inclusive, funcionar como um fórum pelo qual conexões entre os participantes podem ser feitas[35].

Entre a fantasia e a ação: uma escola online de zoofilia

Um site brasileiro tem despertado atenção pela variedade de recursos comunicacionais usados para abordar a zoofilia (interesse sexual por animais). A página foi desenvolvida e é alimentada por uma mulher que se identifica como zoófila e utiliza imagens, vídeos, manuais, artigos e pesquisas para abordar o tema, além de contar com a contribuição de uma praticante de sexo com animais, americana, que fornece diversos materiais para publicação no site.

A ideia, segundo a proprietária, denominada Canisa, nasceu da necessidade constante de explicações aos interessados no assunto. Para ela, que também possui um blog e uma sala de bate-papo sobre zoofilia, o site é uma "biblioteca", e os outros ambientes virtuais são destinados à interação entre os adeptos/praticantes. Mesmo com recursos que auxiliam na prática de sexo com animais, como manuais e vídeos em uma seção chamada "Escola de Zoofilia", separada por níveis básico, intermediário e avançado, Canisa não acredita que os materiais exerçam influência sobre pessoas que não têm "tendência" zoofílica. A autora afirma que o incentivo à prática acontece para aqueles que têm tendência e que estão procurando informações sobre como praticar a zoofilia, e não para quem tem somente curiosidade em

RENATA ALMEIDA DE SOUZA ARANHA E SILVA
DANILO ANTONIO BALTIERI

Ambulatório de Transtornos da Sexualidade (ABSex), Disciplinas de Psiquiatria e Psicologia Médica, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP.

relação ao assunto.

Diversos estudos comprovam que a credibilidade da informação está diretamente ligada à credibilidade de quem transmite a informação, ou seja, o destinador transfere respeito ao conteúdo acessado pelo destinatário. Rodrigues apresenta várias discussões sobre a relação entre a comunicação e a experiência e sobre como as novas tecnologias da informação possibilitam o compartilhamento de saberes, opiniões, fenômenos e acontecimentos vividos[36,37]. Nos trabalhos do autor há a distinção entre três tipos de aproximação entre a experiência e a comunicação: testemunhos, transmissão (no campo da informação) e o nível simbólico (que tem a função de alimentar ou reforçar a relação). A parcialidade é um fator relevante e também relativo, pois depende do destinador. Segundo Rodrigues, a proximidade dos fatos e o envolvimento afetivo muitas vezes alteram a compreensão dos acontecimentos e seus efeitos, que podem provocar a valorização de alguns aspectos em detrimento de outros.

Na página da Canisa estão disponíveis relatos e experiências de praticantes de zoofilia sobre o relacionamento com os animais, principalmente cachorros. O fato de o canal oferecer várias formas de interação, como salas de bate-papo, blog e o site propriamente dito, credencia a proprietária da página como uma referência no tema. Canisa é frequentemente relacionada à zoofilia em situações de comunicação em espaços virtuais.

Considerações finais

A Internet traz facilidades de acesso às informações e é um mecanismo interativo eficaz, mas pode ser considerada nociva para quem possui algum tipo de compulsão. Diversas possibilidades são oferecidas e atualizadas rapidamente, com uma variedade de experiências e materiais.

Ross[38] destaca o desenvolvimento da intimidade, a associação de textos com roteiros sexuais e o surgimento da cibersexualidade como fatores intermediários entre a fantasia e a ação sexual. O autor ressalta que as fantasias sexuais, normalmente solitárias, podem se transformar em ação quando parceiros com os mesmos desejos ou a contratação de um profissional do sexo estão acessíveis online. Como um mercado para encontrar tal reciprocidade, a Internet é incomparável em seu escopo, ilimitada pela geografia, pela hora ou por números em sua área de abrangência.

Identificar o limite entre o cibersexo e a prática sexual representa um desafio. Se, em ambientes virtuais, as pessoas agem como se se tratasse de uma extensão da vida real, ou se fazem coisas que não fariam se não existisse o distanciamento e o anonimato garantidos pela mediação da *web*, o fato é que a existência de sites com material parafílico pode representar problema para muitos daqueles que padecem de um transtorno.

Naturalmente, existem situações em que o conteúdo pornográfico não é ilegal, não causa danos ao consumidor ou a outrem, nem prejudica o bem-estar de qualquer pessoa. Seguramente, este não é o caso da pedofilia. Nossa intenção não é requerer que todas as pessoas adotem um singular estilo de vida. Contudo, para muitos, o tratamento é amplamente necessário.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Renata Almeida de Souza Aranha e Silva, Av. Príncipe de Gales, 821, Prédio Central, FMABC, Vila Príncipe de Gales, CEP 09060-650, Santo André, SP. E-mail: renata.aranha@fmabc.br

Referências

1. Bancroft J. Human sexuality and its problems. London: Churchill Livingstone; 2009.
2. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual behavior in the human male. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1948.
3. Laier C, Pekal J, Brand M. Cybersex addiction in heterosexual female users of internet pornography can be explained by gratification hypothesis. Cyberpsychol Behav Soc Netw. 2014;17:505-11.
4. Brand M, Laier C, Pawlikowski M, Schachtle U, Scholer T, Altstotter-Gleich C. Watching pornographic pictures on the Internet: role of sexual arousal ratings and psychological-psychiatric symptoms for using Internet sex sites excessively. Cyberpsychol Behav Soc Netw. 2011;14:371-7.
5. Southern S. Treatment of compulsive cybersex behavior. Psychiatr Clin North Am. 2008;31:697-712.
6. Kloess JA, Beech AR, Harkins L. Online child sexual exploitation: prevalence, process, and

offender characteristics. Trauma Violence Abuse. 2014;15:126-39.
7. Deirmenjian JM. Pedophilia on the Internet. J Forensic Sci. 2002;47:1090-2.
8. Seto MC, Cantor JM, Blanchard R. Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. J Abnorm Psychol. 2006;115:610-5.
9. Weiss R. The prevalence of porn [Internet]. [cited 2013 Jul] http://blogs.psychcentral.com/sex/2013/05/the-prevalence-of-porn/2014
10. D'Abreu LCF. Pornografia, desigualdade de gênero e agressão sexual contra mulheres. Psicol Soc. 2013;25:592-601.
11. Ciclitira K. Pornography, women and feminism: between pleasure and politics. Sexualities. 2004;7:281-301.
12. Buzzell T. The effects of sophistication, access and monitoring on use of pornography in three technological contexts. Deviant Behav. 2005;26:109-32.
13. Williams L. Porn studies. Durham: Duke University Press; 2004.
14. Carroll JS, Padilla-Walker LM, Nelson LJ, Olson CD, Barry CM, Madsen SD. Generation XXX. Pornography acceptance and use among emerging adults. J Adolesc Res. 2008;23:6-30.
15. Haggstrom-Nordin E, Hanson U, Tyden T. Associations between pornography consumption and sexual practices among adolescents in Sweden. Int J STD AIDS. 2005;16:102-7.
16. Benjamin O, Tlusten D. Intimacy and/or degradation: heterosexual images of togetherness and women's embracement of pornography. Sexualities. 2010;13:599-623.
17. Goldstein MJ, Kant HS. Pornography and sexual deviance. London: University of California Press; 1973.
18. McKee A. The objectification of women in mainstream pornographic videos in Australia. J Sex Res. 2005;42:277-90.
19. Jonas KJ, Hawk ST, Vastenburg D, de Groot P. "Bareback" pornography consumption and safe-sex intentions of men having sex with men. Arch Sex Behav. 2014;43:745-53.
20. Svedin CG, Akerman I, Priebe G. Frequent users of pornography. A population based epidemiological study of Swedish male adolescents. J Adolesc. 2011;34:779-88.
21. Mattebo M, Tyden T, Haggstrom-Nordin E, Nilsson KW, Larsson M. Pornography consumption, sexual experiences, lifestyles, and self-rated health among male adolescents in Sweden. J Dev Behav Pediatr. 2013;34:460-8.
22. Willoughby BJ, Carroll JS, Nelson LJ, Padilla-Walker LM. Associations between relational sexual behaviour, pornography use, and pornography acceptance among US college students. Cult Health Sex. 2014;16:1052-69.
23. Hald GM, Malamuth NM, Yuen C. Pornography and attitudes supporting violence against women: revisiting the relationship in nonexperimental studies. Aggress Behav. 2010;36:14-20.
24. Vega V, Malamuth NM. Predicting sexual aggression: the role of pornography in the context of general and specific risk factors. Aggress Behav. 2007;33:104-17.
25. Luder MT, Pittet I, Berchtold A, Akre C, Michaud PA, Suris JC. Associations between online pornography and sexual behavior among adolescents: myth or reality? Arch Sex Behav. 2011;40:1027-35.
26. Stulhofer A, Busko V, Landripet I. Pornography, sexual socialization, and satisfaction among young men. Arch Sex Behav. 2010;39:168-78.
27. Math SB, Viswanath B, Maroky AS, Kumar NC, Cherian AV, Nirmala MC. Sexual crime in India: is it influenced by pornography? Indian J Psychol Med. 2014;36:147-52.
28. Albury K. Porn and sex education, porn as sex education. Porn Studies. 2014;1:172-81.
29. Short MB, Black L, Smith AH, Wetterneck CT, Wells DE. A review of Internet pornography use research: methodology and content from the past 10 years. Cyberpsychol Behav Soc Netw. 2012;15:13-23.
30. Baltieri DA, Aguiar AS, de Oliveira VH, de Souza Gatti AL, de Souza Aranha e Silva RA. Validation of the Pornography Consumption Inventory (PCI) in a Sample of Male Brazilian University

RENATA ALMEIDA DE SOUZA ARANHA E SILVA
DANILO ANTONIO BALTIERI

Ambulatório de Transtornos da Sexualidade (ABSex), Disciplinas de Psiquiatria e Psicologia Médica, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP.

Students. J Sex Marital Ther. 2014 Sep 4:1-12. [Epub ahead of print]

31. Cooper A, Morahan-Martin J, Mathy RM, Maheu M. Toward an increased understanding of user demographics in online sexual activities. J Sex Marital Ther. 2002;28:105-29.
32. Goodson P, McCormick D, Evans A. Sex and the Internet: a survey instrument to assess college students' behavior and attitudes. Cyberpsychol Behav. 2000;3:129-49.
33. McKenna KYA, Green AS, Smith PK. Demarginalizing the sexual self. J Sex Res. 2001;38:302-11.
34. Paul B, Shim JW. Gender, sexual affect, and motivations for Internet pornography use. International J Sexual Health. 2008;20:187-99.
35. Galbreath NW, Berlin FS, Sawyer D. Paraphilias and the Internet. In: Cooper A, editor. Sex and the Internet: a guidebook for clinicians. New York: Brunner-Routledge; 2002. p. 187-205.
36. Rodrigues AD. Comunicação e experiência [Internet]. 1997 [cited 2015 Jan 5]. http://www.bocc.ubi.pt/pag/rodrigues-adriano-comunicacao-experiencia.pdf
37. Rodrigues AD. As novas tecnologias da informação e a experiência [Internet]. 1998 [cited 2015 Jan 5]. http://www.bocc.ubi.pt/pag/rodrigues-adriano-novas-tecnologias.pdf
38. Ross MW. Typing, doing and being: sexuality and the Internet. J Sex Res. 2005;42:342-52.

Conheça e acesse:

http://www.semcad.com.br/semcad/programas/propsiq

PROPSIQ

VOCÊ EM CONSTANTE ATUALIZAÇÃO
COM OS ESTUDOS EM PSIQUIATRIA.

QUIRINO CORDEIRO
LEIKA GARCIA SUMI
KARINE HIGA
LÍLIAN RIBEIRO CALDAS RATTO
RAFAEL BERNARDON RIBEIRO

ARTIGO

INDULTO PRESIDENCIAL, PSIQUIATRIA, SOCIEDADE E JUSTIÇA

PRESIDENTIAL PARDON, PSYCHIATRY, SOCIETY, AND JUSTICE

Resumo

O indulto para presos é uma prerrogativa presidencial prevista na Constituição brasileira e publicada por meio de decreto. Em 2008, o indulto presidencial, que antes era restrito a criminosos apenados, foi estendido a pacientes em medida de segurança. Desde então, o indulto presidencial para pacientes forenses em medida de segurança tem sido renovado anualmente. Tal situação tem gerado grande debate no meio jurídico e psiquiátrico-forense. Além disso, ao longo das últimas edições do decreto de indulto presidencial, as normas para a concessão desse instituto jurídico têm sido cada vez mais abrangentes, muitas vezes carecendo de sustentação técnica e legal, o que também tem levado a grandes discussões e manifestações contrárias por parte de diversos segmentos da sociedade. Diante disso, o presente artigo tem como objetivo apresentar e discutir os diversos aspectos controversos contidos no indulto presidencial, com enfoque na sua abrangência à medida de segurança, questão que diz respeito diretamente à psiquiatria forense.

Palavras-chave: Indulto presidencial, justiça, medida de segurança, psiquiatria forense.

Abstract

Pardon to prisoners is a presidential prerogative according to the Brazilian Constitution, published by decree. In 2008, presidential pardon, previously restricted to convicted criminals, was extended to patients in "safety measure." Since then, presidential pardon for forensic patients in safety measure has been renewed annually. This situation has generated much debate in the legal and forensic psychiatric setting. In addition, in the few past editions of the presidential pardon decree, the rules for granting this legal institution have been increasingly comprehensive, often lacking technical and legal support, which has also led to major discussions and protests from various segments of the society. Therefore, this article aims to present and discuss the controversial aspects contained in the presidential pardon policy, focusing on its application to patients in safety measure, an issue that is directly related to forensic psychiatry.

Keywords: Presidential pardon, justice, safety measure, forensic psychiatry.

O indulto ou perdão presidencial é uma tradição brasileira publicada anualmente, na época do Natal, por meio de um Decreto Federal. Herança da tradição portuguesa, o perdão imperial foi incorporado na primeira Constituição brasileira, datada de 1824, sendo ainda hoje uma prerrogativa presidencial prevista nessa legislação[1]. No ano de 2008, o indulto presidencial, que antes era restrito aos criminosos apenados, foi estendido aos pacientes em medida de segurança, de acordo com o Decreto 6.076:

> Art. 1º - É concedido indulto: VIII - aos submetidos a medida de segurança que, até 25 de dezembro de 2008, tenham suportado privação da liberdade, internação ou tratamento ambulatorial por período igual ou superior ao máximo da pena cominada à infração penal correspondente à conduta praticada ou, nos casos de substituição prevista no art. 183 da Lei 7.210, de 1984, por período igual ao tempo da condenação, mantido o direito de assistência nos termos do art. 196 da Constituição.[2]

Desde 2008, o indulto presidencial para pacientes forenses em medida de segurança tem sido renovado ano após ano.

QUIRINO CORDEIRO[1], LEIKA GARCIA SUMI[2], KARINE HIGA[3], LÍLIAN RIBEIRO CALDAS RATTO[4], RAFAEL BERNARDON RIBEIRO[5]

[1] Professor adjunto e chefe do Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. Diretor, Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM), Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. Professor afiliado, Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP. [2] Membro, Núcleo de Psiquiatria Forense (NUFOR), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. [3] Membro, Grupo de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica, UNIFESP, São Paulo, SP. [4] Professora assistente, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. [5] Professor instrutor, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. Todos os autores são membros do Conselho Penitenciário do Estado de São Paulo.

Segundo o Código Penal Brasileiro, datado de 1940 e revisado em 1984, quando o réu é incapaz de entender o caráter ilícito de seus atos ou é incapaz de autodeterminação de acordo com tal entendimento, ele é considerado inimputável:

> Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.[3]

O atual sistema penal brasileiro, denominado de vicariante ou unitário, prevê que, ao imputável, uma vez provada a acusação, a pena deve ser aplicada; já ao inimputável deve ser aplicada a medida de segurança, sendo o agente absolvido de maneira imprópria. As medidas de segurança são classificadas em detentivas e restritivas. O autor inimputável de um delito que possui como pena a reclusão/prisão, uma vez tendo a sua periculosidade presumida por lei, deverá ser necessariamente internado (medida de segurança detentiva). Se o crime possuir como pena a detenção, este poderá ser internado ou receber tratamento ambulatorial, a critério do juízo (medida de segurança restritiva):

> Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação. Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.[3]

Em seu Art. 98, o Código Penal abre ainda a possibilidade de aplicação de medidas de segurança aos que apresentam "perturbação de saúde mental", como psicopatas, por considerá-los semi-imputáveis:

> Art. 98 - Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º.[3,4]

De acordo ainda com o Código Penal, há cessação da medida de segurança, e do consequente tratamento psiquiátrico compulsório que a acompanha, apenas depois da realização de avaliação médica pericial:

> Art. 97 - § 1º: A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade.[3]

Entretanto, como apresentado acima, a partir de 2008, com a promulgação do Decreto Federal que passou a indultar pacientes em medida de segurança, não houve mais a necessidade da realização de avaliação médica para a cessação da medida de segurança e consequente alta hospitalar dos pacientes que a cumpriam em regime de internação[2].

O indulto presidencial para pacientes forenses em medida de segurança tem sido confirmado pelas cortes superiores no país. O Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, no julgamento do Agravo em Execução 70033455783/2009, manifestou-se pela legitimidade da extensão do indulto aos internados em cumprimento de medida de segurança, nos termos do Art. 1º, inciso VIII, do Decreto natalino 6.706/1998. Afirmou não haver restrição constitucional à concessão de indulto pelo Presidente da República aos submetidos a medida de segurança, uma vez que esta é um tipo de sanção penal e, por isso, fica sujeita ao limite temporal de cumprimento do Art. 75 do Código Penal. Diante disso, foi interposto recurso extraordinário no Superior Tribunal de Justiça, com base no Art. 102, inciso III, alínea a, da Constituição da República, contra a decisão do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. No entanto, a decisão da Ministra Carmen Lúcia negou seguimento ao recurso interposto, em agosto de 2010. O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, em Acórdão publicado em 19 de julho de 2011 e proferido pela 16ª Câmara de Direito Criminal, manifestou decisão favorável ao indulto para paciente em medida de segurança hospitalar. A seguinte argumentação sustentou a decisão:

> (...) Não há que se falar em inconstitucionalidade de tal dispositivo, pois a exemplo do anterior Decreto 6.706/08, o Decreto em comento manteve a inovação de permitir o indulto aos sentenciados em medida de segurança, desfazendo assim a tendência de concessão somente àqueles que cumprem pena privativa de liberdade. Cabe ressaltar, por oportuno, que a legislação pátria, nos termos do inciso XLVII, do artigo 5º, da Lei Maior, veda o caráter perpétuo das penas, ressaltando-se que, conforme lição do I. Professor Celso Delmanto e outros, na obra "Código Penal Comentado", "As medidas de segurança aplicáveis

QUIRINO CORDEIRO
LEIKA GARCIA SUMI
KARINE HIGA
LÍLIAN RIBEIRO CALDAS RATTO
RAFAEL BERNARDON RIBEIRO

aos inimputáveis ou semi-imputáveis, de internação ou tratamento ambulatorial (arts. 96 e ss.), regem-se, no que couber, pelos mesmos postulados da pena (LEP, artigo 42), mesmo porque, em sua essência, têm natureza de pena" (7ª edição, p. 127).

Outros acórdãos posteriores também mantiveram essa mesma posição frente à questão. No Superior Tribunal de Justiça, a Quinta Turma concedeu de ofício *habeas corpus* em favor de homem que, após ter cometido homicídio, foi absolvido, mas com imposição de medida de segurança. A Quinta Turma não conheceu do *habeas corpus* impetrado pela defesa, mas determinou, de ofício, que o juízo das execuções analisasse a situação do paciente à vista do Decreto Presidencial, que concedeu indulto em 2011.

No entanto, esse peculiar Decreto e as sentenças dos tribunais superiores levantam questões importantes. Em primeiro lugar, os pacientes em medida de segurança são enviados para um hospital forense para tratamento, e não para castigo. Sob o aspecto legal (Código Penal e Lei 10.216/2001, que é a lei regulamentadora da assistência em saúde mental no país), é garantido aos doentes mentais o direito a tratamento, de acordo com suas necessidades específicas[5]. O paciente em medida de segurança internado em hospital de custódia, supõe-se, está em processo terapêutico. A lógica é de tratamento, e não de punição. Assim sendo, indultar paciente psiquiátrico em meio a um tratamento médico em hospital de custódia equivale a retirar de hospital paciente com doença clínica em evolução (por exemplo, pneumonia, infarto ou diabetes descompensada), sem alta médica. Nessa situação, o prejuízo é do paciente. Ademais, os critérios do indulto presidencial são objetivos, e não fazem diferença entre o paciente pouco ou nada agressivo, como um psicótico controlado, e o paciente com transtorno de personalidade grave, psicopata ou matador em série. Nessa situação, o prejuízo é da sociedade.

No ano de 2014, um grupo de psiquiatras do Conselho Penitenciário do Estado de São Paulo enviou proposta ao Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) com o objetivo de abolir o indulto presidencial para pacientes em medida de segurança, por conta dos motivos acima apresentados. Outros segmentos sociais também têm se mostrado preocupados com essa situação. O Ministério Público do Estado de São Paulo, por meio do Centro de Apoio Operacional das Promotorias Criminais (CAO-CRIM), no ano de 2014, também defendeu a supressão da medida de segurança do Decreto de indulto presidencial, de acordo com o texto que segue:

> A sanção penal é gênero da qual são espécies pena e medida de segurança, que possuem natureza jurídica diversa. Como cediço, a aplicação da medida de segurança se alicerça em um juízo positivo de periculosidade, e a sua execução deve se estender até a cessação da periculosidade. A concessão de indulto àqueles que cumprem medida de segurança significa a interrupção abrupta do tratamento de pessoas que se mostram perigosas à coletividade, o que implica provável regressão do estado psíquico, colocando-as em risco, assim como os demais membros da sociedade. Ademais, cumpre ressaltar que o STF reconheceu a existência de repercussão geral em Recurso Extraordinário no qual é discutida justamente a amplitude do poder conferido ao Chefe de Estado para a concessão de indulto aos sentenciados em cumprimento de medida de segurança. Diante do quanto exposto, e por se tratar de matéria pendente de análise pela Suprema Corte, conforme RE nº 628.658/RS, salutar a não concessão do indulto àqueles que cumprem medida de segurança.[6]

Vale ressaltar que no referido recurso extraordinário, em que houve reconhecimento da repercussão geral, é justamente contestada a extensão dos poderes conferidos ao Presidente da República pelo Art. 84, XII, da Constituição da República, para indultar pacientes submetidos a medida de segurança[7].

O fato é que, ao longo das últimas edições do Decreto de indulto presidencial, as normas para a concessão desse instituto jurídico têm sido cada vez mais abrangentes – a concessão de indulto presidencial a pacientes em medida de segurança não é o único despautério do Decreto. Vários problemas técnicos e jurídicos têm surgido para a concretização dessas novas políticas públicas na área da execução penal. Seguem alguns exemplos.

Uma questão que tem gerado grande polêmica é a possibilidade de indulto para indivíduos com penas restritivas de direitos. Assim, uma pessoa condenada a uma pena privativa de liberdade, substituída por uma pena restritiva de direitos, nos termos do Art. 44 do Código Penal[3], e que preencher



QUIRINO CORDEIRO[1], LEIKA GARCIA SUMI[2], KARINE HIGA[3], LÍLIAN RIBEIRO CALDAS RATTO[4], RAFAEL BERNARDON RIBEIRO[5]

[1] Professor adjunto e chefe do Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. Diretor, Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM), Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. Professor afiliado, Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP. [2] Membro, Núcleo de Psiquiatria Forense (NUFOR), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. [3] Membro, Grupo de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica, UNIFESP, São Paulo, SP. [4] Professora assistente, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. [5] Professor instrutor, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. Todos os autores são membros do Conselho Penitenciário do Estado de São Paulo.

determinados requisitos do Decreto, terá direito ao indulto. Críticos dessa possibilidade de indulto apontam que há aumento significativo na sensação de impunidade na sociedade por conta disso, já que o indulto presidencial nesse contexto seria um benefício sobre outro benefício da Lei, o que seria injusto.

Outra situação bastante delicada é a possibilidade de indulto presidencial para pacientes com doença clínica grave e permanente, que apresentem importante limitação de suas atividades. Mesmo quando são doentes com quadros clínicos graves, como referido no Decreto de indulto, os criminosos ainda podem atentar contra os interesses da sociedade. Um caso emblemático dessa situação foi aquele envolvendo um dos sequestradores das mães de dois futebolistas brasileiros. No ano de 2007, foi preso um dos sequestradores das mães dos jogadores Luís Fabiano e Rogério. O criminoso foi preso quando da libertação do cativeiro de outra vítima, que já estava sequestrada há mais de um mês. O referido sequestrador havia sido condenado, anteriormente, a mais de 39 anos de prisão, por sequestro, latrocínio e homicídio. No entanto, como tinha AIDS, acabou sendo beneficiado por um indulto. O fato é que, após a sua saída da prisão, o indivíduo retomou as atividades criminosas, mesmo doente. Assim, fica claro que a presença de doença clínica, mesmo grave, permanente e levando a importante limitação de atividade, deve ser reconsiderada como critério para indultar presos.

Outro ponto bastante controverso é o indulto para presos que foram vítimas de tortura praticada por agente público, ou investido em função pública, no curso do cumprimento de sua privação de liberdade. O ponto polêmico dessa questão é que o indulto é aplicado ao preso sem levar em consideração o tipo de crime que ele cometeu, tampouco o tempo de pena ou o tempo de prisão que lhe resta para cumprir. É óbvio que não se pode admitir tortura quando do cumprimento da execução penal. No entanto, a punição nesses casos deve recair sobre o torturador e o Estado. O preso, quando vítima de tortura, também deve ser reparado dessa prática atroz, porém não recebendo a extinção de sua pena. Não é porque foi vítima de tortura que, automaticamente, o indivíduo pode retornar ao convívio social sem cumprir sua pena.

Apenas como último exemplo de situações polêmicas no indulto presidencial, há agora a previsão do indulto sem manifestação prévia do Conselho Penitenciário. Desse modo, sendo o condenado primário, e se a decisão for imutável para a acusação, o juiz do conhecimento poderá, de plano, conceder o indulto, sem a necessidade de manifestação do Conselho Penitenciário. O maior argumento para sustentar essa nova possibilidade de indulto, que entrou em vigor no último Decreto (2014), é que ela daria maior celeridade na tramitação e avaliação dos casos. Ora, com isso, parece que, mais uma vez, o Poder Executivo estaria extrapolando seu poder de ação e legislando não sobre o indulto *per se*, mas sim sobre os trâmites do processo penal, o que não é sua função.

Diante dessa situação, o Ministério Público do Estado de São Paulo apresentou ao CNPCP números preliminares de uma pesquisa que demonstra os desacertos da política liberatória dos últimos anos[6]. Tal pesquisa contou com 3.107 sentenciados agraciados pelo Decreto de indulto de 2012 e mostrou que 494 deles, ou seja, 15,9% do total de indultados, estavam novamente detidos em unidades da Secretaria de Administração Penitenciária até o dia 8 de abril de 2014. Desse mesmo universo de beneficiados, aproximadamente 30% apresentaram algum envolvimento criminal com registro em boletim de ocorrência pela Polícia Civil. Vale ressaltar que esses dados de reincidência criminal são referentes apenas aos indivíduos que foram flagrados pela polícia em suas atividades criminosas. Tais informações, no entendimento do Ministério Público, demonstram o total equívoco da política criminal dos últimos anos, na qual o indulto presidencial tem sido utilizado como meio para resolver a superpopulação carcerária, por meio do esvaziamento inconsequente de unidades prisionais, sem qualquer critério ou fundamento legítimo e sem coerência com a sistemática da execução penal. Tal cenário levou o Ministério Público paulista a defender a redução das hipóteses de abrangência do benefício do indulto presidencial. Além da extinção do indulto para as situações de medida de segurança, o Ministério Público de São Paulo apresentou proposta para que fosse estabelecido, para os crimes cometidos com violência ou grave ameaça à vítima, o indulto condicional, que somente se completaria ao final de 24 meses, caso o criminoso não voltasse a delinquir. De acordo com o entendimento do CAO-CRIM, caso houvesse a perpetração do indulto condicional, sem dúvida os beneficiados teriam maior preocupação antes de praticarem novos delitos. O Ministério Público também apresentou sugestão para impedir que apenados por crimes envolvendo violência

QUIRINO CORDEIRO
LEIKA GARCIA SUMI
KARINE HIGA
LÍLIAN RIBEIRO CALDAS RATTO
RAFAEL BERNARDON RIBEIRO

doméstica e familiar ou contra adolescentes e idosos fossem beneficiados com o indulto presidencial. Também foi levada ao CNPCP proposta para que fosse incluído dispositivo no Decreto de indulto que permitisse aos juízes das execuções penais, ao analisar o pedido de aplicação de tal benesse, avaliar acerca do mérito subjetivo do sentenciado em receber o benefício[6].

Sendo assim, diante dos pontos ora apresentados, fica claro que há que se prestar atenção na maneira pela qual as normas para a concessão do indulto presidencial vêm sendo modificadas nos últimos anos, incluindo aqui a concessão desse benefício para pacientes em medida de segurança. Pouco cuidado tem sido tomado com aspectos técnicos e jurídicos quando da implementação do indulto presidencial em nosso país. Tal instituto jurídico, que é poder discricionário de clemência que detém o Chefe do Poder Executivo, tem que ser utilizado com o objetivo precípuo de promover políticas públicas para a melhor reinserção e ressocialização dos condenados, sob pena de se prestar à injustiça em nossa sociedade.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Quirino Cordeiro, Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM), Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Rua Major Maragliano, 241, Vila Mariana, CEP 04017-030, São Paulo, SP. E-mail: qcordeiro@yahoo.com

Referências

1. Ribeiro RB, Cordeiro Q, Taborda JG. Presidential pardon and mentally ill offenders detained in forensic hospitals. Rev Bras Psiquiatr. 2014;36:95.
2. Brasil, Presidência da República, Casa Civil. Decreto 6.706 [Internet]. Diário Oficial da União, 22 dezembro 2008. [cited 2015 Jan 5]. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6706.htm
3. Brasil, Presidência da República, Casa Civil. Lei 7.209 [Internet]. Diário Oficial da União, 11 julho 1984. [cited 2015 Jan 5]. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/l7209.htm
4. Cordeiro Q, Lima, MGA. Medida de segurança: uma questão de saúde e ética. São Paulo: CREMESP; 2013.
5. Brasil, Presidência da República, Casa Civil. Lei 10.216 [Internet]. Diário Oficial da União, 6 abril 2001. [cited 2015 Jan 5]. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
6. Ministério Público do Estado de São Paulo, Núcleo de Comunicação Social. MP-SP apresenta sugestões para a concessão do indulto 2014 para condenados [Internet]. 2014 Aug 25 [cited 2015 Jan 5]. http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/noticia?id_noticia=12338577&id_grupo=%20118&id_style=1
7. Brasil, Presidência da República, Casa Civil. Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. 1988 Oct 5 [cited 2015 Jan 5]. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

ABP TV

INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO

MAIS UMA OPÇÃO DE ATUALIZAÇÃO EM PSIQUIATRIA PARA OS ASSOCIADOS DA ABP.

TODAS ÀS SEGUNDAS - FEIRAS	21H AO VIVO
NO PORTAL DA PSIQUIATRIA WWW.ABP.ORG.BR	



Assistir é muito fácil e prático, basta acessar o Portal da Psiquiatria

www.abp.org.br

AMAURY CANTILINO
JOEL RENNÓ JR.
HEWDY LOBO RIBEIRO
JULIANA PIRES CALVASAN
RENATA DEMARQUE
JERÔNIMO DE A. MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
RENAN ROCHA
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

ARTIGO

QUAIS ANTIDEPRESSIVOS PODEMOS PRESCREVER NA LACTAÇÃO?

WHICH ANTIDEPRESSANTS MAY WE PRESCRIBE DURING BREASTFEEDING?

Resumo

Depressão materna não tratada está associada a sofrimento significativo para a mãe, a criança e a família. Ela afeta a capacidade de a mãe interagir adequadamente com seu filho. Médicos se preocupam com o tratamento farmacológico durante esse período, em função da exposição dos recém-nascidos ao medicamento no leite materno. Este artigo sugere que, quando o tratamento com antidepressivos for indicado para depressão pós-parto, as mulheres geralmente não devem ser aconselhadas a interromper a amamentação. Quanto à escolha do antidepressivo específico, paroxetina e sertralina devem ser considerados em primeiro lugar. Embora algum cuidado exista em relação à fluoxetina, ao citalopram e à venlafaxina, devido às altas concentrações dessas substâncias no leite humano, os médicos devem considerar que, se a mãe foi eficazmente tratada com um desses medicamentos durante a gravidez, geralmente também é aceitável que o tratamento com o mesmo medicamento seja mantido (em vez de mudar para outro antidepressivo), mesmo que a mãe esteja amamentando.

Palavras-chave: Depressão pós-parto, antidepressivos, lactação.

Abstract

Untreated maternal depression is associated with serious morbidity for the mother, the infant, and the family. The condition has significant negative effects on the mother's ability to interact appropriately with her child. There are concerns regarding pharmacological treatment during this period because of the infant's exposure to medication through breast milk. This article advocates that, when antidepressant treatment is indicated for postpartum depression, women should generally not be advised to stop breastfeeding. With regard to the specific antidepressant chosen for each case, paroxetine and sertraline should be considered first. Even though some concern exists with regard to fluoxetine, citalopram, and venlafaxine, because of their high concentrations in human milk, clinicians should consider that, if the mother has been effectively treated with one of these drugs during pregnancy, it is usually acceptable that treatment with the same drug should be maintained (rather than switching to another drug), even among breastfeeding mothers.

Keywords: Postpartum depression, antidepressants, lactation, breastfeeding.

Introdução

Estima-se que 14% das mulheres entre 4 e 6 semanas de puerpério apresentem síndrome depressiva. Os episódios depressivos encontrados nesse período em geral se iniciam nas primeiras 4 semanas de pós-parto (40,1%); no entanto, algumas mulheres apresentam início dos sintomas durante a gestação (33,4%) ou até mesmo antes da gravidez (26,5%). Cerca de 20% dessas mães deprimidas podem apresentar ideias de provocar danos a si mesmas[1]. Além disso, esses sintomas se sobrepõem à ansiedade, e não é raro que ambas as condições sejam encontradas em comorbidade[2].

É importante que a depressão pós-parto seja reconhecida como uma condição relevante, que pode ter impactos negativos sobre a mãe, a criança e toda a família. Sabendo-se que o período pós-parto é particularmente estressor para a mulher, os sintomas maternos não podem ser negligenciados. Monitoramento clínico e investigação cuidadosa devem ser oferecidos às mães que estejam com dificuldades para lidar com a sobrecarga[2].

O tratamento para a depressão pós-parto envolve psicoterapia, medidas de higiene do sono e farmacoterapia



AMAURY CANTILINO[1], JOEL RENNÓ JR.[2], HEWDY LOBO RIBEIRO[3], JULIANA PIRES CALVASAN[3], RENATA DEMARQUE[3], JERÔNIMO DE A. MENDES RIBEIRO[4], GISLENE VALADARES[5], RENAN ROCHA[6], ANTÔNIO GERALDO DA SILVA[7]

[1] Professor adjunto, Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher, UFPE, Recife, PE. [2] Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher (Pro-Mulher), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP), São Paulo, SP. [3] Psiquiatra, Pro-Mulher, Instituto de Psiquiatria, HC-USP, São Paulo, SP. [4] Especialista em Psiquiatria pela ABP. Pesquisador, Grupo de Psiquiatria - Transtornos Relacionados ao Puerpério, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCPA), Porto Alegre, RS. [5] Membro fundadora, Serviço de Saúde Mental da Mulher do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Seção de Saúde Mental da Mulher da World Psychiatric Association e International Association of Women's Mental Health. [6] Coordenador, Serviço de Saúde Mental da Mulher, Clínicas Integradas, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC. [7] Diretor Científico, Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ), Sistema de Educação Continuada a Distância (SECAD).

com antidepressivos. Intervenções não farmacológicas, como a psicoterapia, devem ser consideradas especialmente para depressões leves a moderadas. Para mulheres com depressão moderada a grave, assim como em alguns casos com transtorno de ansiedade comórbido, os medicamentos são geralmente a terapêutica de escolha. Além disso, para mulheres com história pregressa de depressão pós-parto ou que foram tratadas com antidepressivos durante a gravidez, os antidepressivos são o modo preferido de tratamento para a profilaxia de novos episódios ou recaídas. A situação é complicada pelo fato de que há dois pacientes a considerar: uma mãe que precisa de tratamento e um bebê que não carece de medicações, mas que necessita de uma mãe sadia e em condições de lhe prestar cuidados indispensáveis[2].

Muitas mulheres são aconselhadas a suspender a lactação ou a evitar tomar medicações necessárias devido a possíveis preocupações relacionadas a eventos adversos nos seus bebês. Essas sugestões frequentemente não estão baseadas em evidências. Os psiquiatras precisam conhecer os aspectos farmacológicos relacionados a esse tipo de prescrição, pois são frequentemente indagados pelas pacientes, pelos obstetras e pelos neonatologistas quanto à escolha do antidepressivo a ser eventualmente utilizado. Qual o mais adequado para essa situação?

Este texto procura responder a essa pergunta. Além disso, são expostas considerações a respeito de como avaliar os potenciais riscos e benefícios relacionados ao uso de antidepressivos na lactação, no intuito de guiar a avaliação das opções disponíveis.

Considerações gerais

Para pesar os riscos e benefícios nessa avaliação, os médicos precisam considerar vários aspectos, como, por exemplo, a necessidade do uso da medicação pela mãe, a quantidade do fármaco excretado no leite humano, a extensão da absorção oral pelo bebê lactente e os potenciais efeitos adversos na criança exposta. A idade do bebê também é um fator importante no processo de tomada de decisão: os eventos adversos associados à exposição às medicações através da lactação ocorrem mais frequentemente em recém-nascidos com menos de 2 meses, e raramente em crianças com mais de 6 meses[3].

Em geral, as propriedades químicas de uma substância, como falta de ionização, baixo peso molecular, pequeno volume de distribuição, pouca ligação a proteínas do soro materno e alta solubilidade lipídica, facilitam a eliminação da medicação no leite humano. Os fármacos com meias-vidas longas são mais susceptíveis de se acumular no leite materno. Medicações com elevada biodisponibilidade oral são mais facilmente absorvidas pela criança[4].

Todos os medicamentos podem ser excretados no leite humano. Para a maior parte, a excreção ocorre por difusão passiva. A concentração de fármaco no leite pode ser utilizada para estimar a dose diária da medicação ingerida pelo lactente, supondo uma média de ingestão de leite de 150 ml por kg de peso corporal por dia. A dose infantil por kg de peso do corpo pode então ser expressa como uma porcentagem da dose materna por kg de peso corporal. Quando a dose relativa é inferior a 10%, a exposição pode ser considerada insignificante. Por outro lado, quando esse valor é superior a 10%, há a necessidade de maior preocupação[5]. Embora essa diretriz seja um tanto arbitrária, parece razoável acreditar que exposições menores que 10% não devam causar eventos adversos significativos na maioria das crianças. Esse limite também tem sido aceito por organizações como a American Academy of Pediatrics. De qualquer modo, a possibilidade de reações idiossincráticas, não relacionadas à dose, nunca pode ser descartada. A dificuldade é que a literatura sobre os efeitos das medicações na amamentação é escassa e largamente confinada a relatos de caso ou pequenas séries de casos[2].

O tempo de exposição e a duração da terapia são outros aspectos importantes. A decisão de amamentar quando se está continuando um tratamento com um agente para o qual a exposição *in utero* já vinha ocorrendo difere de uma decisão de iniciar uma nova terapia no período pós-parto. Do mesmo modo, os riscos de uma terapia em dose única ou de um tratamento a curto prazo podem ser diferentes daqueles de uma terapia crônica[3].

Os antidepressivos

Os inibidores da monoaminoxidase (IMAO) são uma classe de antidepressivos raramente prescrita nessa população. Isso se deve possivelmente ao fato de os IMAO terem um perfil desfavorável de efeitos colaterais, mesmo em não grávidas e não lactantes. No entanto, nos poucos casos publicados, a presença de IMAO no leite materno foi baixa. A maioria dos dados encontrados para os antidepressivos tricíclicos,

AMAURY CANTILINO
JOEL RENNÓ JR.
HEWDY LOBO RIBEIRO
JULIANA PIRES CALVASAN
RENATA DEMARQUE
JERÔNIMO DE A. MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
RENAN ROCHA
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

ARTIGO

principalmente nortriptilina e amitriptilina, apontam para uma quantidade no leite também considerada baixa[2].

Por outro lado, percentuais das doses maternas que se aproximam dos níveis significativos (10% ou mais) têm sido relatados para fluoxetina[6], citalopram[7] e venlafaxina[8]. As mães que desejam amamentar seus bebês e que estão utilizando esses agentes devem ser aconselhadas sobre os benefícios do aleitamento materno, bem como sobre o risco potencial ao qual a criança pode estar exposta e sobre o fato de que os efeitos de longo prazo dessa exposição são desconhecidos. Deve-se considerar a monitorização do crescimento e do desenvolvimento neuropsicomotor da criança[3].

Em apanhado recente de casos relatados, observou-se dose relativa no lactente de aproximadamente 0,5-3% para duloxetina, mirtazapina, paroxetina, sertralina, bupropiona e fluvoxamina; até 6% para escitalopram; até 8% para desvenlafaxina; até 10% para venlafaxina e citalopram; e 12% para fluoxetina[9].

Obviamente, a concentração da medicação no plasma do lactente é uma medida mais direta da exposição do que a concentração no leite. Dentre os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), a paroxetina, a fluvoxamina e a sertralina produzem níveis plasmáticos indetectáveis. Alguns outros antidepressivos têm apresentado níveis indetectáveis, como a duloxetina e a bupropiona[5].

Foram detectados em concentrações extremamente baixas no plasma do lactente o escitalopram, a reboxetina e a mirtazapina. Os níveis de citalopram foram mensuráveis em algumas crianças, embora relativamente baixos na maior parte. A fluoxetina e a venlafaxina produzem as maiores concentrações plasmáticas nos lactentes[5].

Nos casos em que concentrações elevadas foram encontradas, as crianças tinham idade geralmente abaixo de 3-4 meses[10]. A capacidade de metabolizar medicações geralmente não é totalmente desenvolvida em recém-nascidos, mas aumenta gradualmente à medida que a função hepática amadurece, durante os primeiros 3-6 meses após o parto. Após esse período, não se espera a ocorrência de níveis plasmáticos infantis mensuráveis para qualquer antidepressivo. Por outro lado, em recém-nascidos pré-termo, a capacidade metabólica será ainda mais prejudicada do que em recém-nascidos a termo. Assim, a idade da criança é um fator central para se levar em consideração ao realizar uma análise de risco individual[5].

Possíveis efeitos adversos nas crianças

Há suspeita de que eventos adversos possam surgir em crianças amamentadas por mães tratadas com antidepressivos. Os relatos apontam que esse tipo de ocorrência tende a acontecer mais frequentemente após a exposição à fluoxetina e ao citalopram do que a outros medicamentos. Os efeitos observados têm sido quase sempre sutis e inespecíficos, e podem até mesmo ter surgido por acaso. Por exemplo, choro frequente, irritabilidade, diminuição do apetite e fezes aquosas foram descritos em alguns casos com a fluoxetina. Para o citalopram, hipotonia, cólicas, diminuição da alimentação e dificuldade com o sono foram relatados em casos individuais[5,11]. A Erva de São João pode causar cólicas, sonolência e letargia no bebê lactente, embora a produção de leite e o peso da criança não pareçam ser afetados adversamente[12].

Dados de neurodesenvolvimento de longo prazo após a exposição da criança a antidepressivo através do leite materno são insuficientes. Tais estudos são também metodologicamente desafiadores, já que envolvem um longo tempo de acompanhamento e a necessidade de controle de diversos fatores, como a exposição à própria doença materna. Embora haja uma falta de dados relativos à exposição através do leite materno, algumas informações prospectivas de longo prazo estão disponíveis após a exposição *in utero* a antidepressivos. Esses estudos não mostram alterações clinicamente significativas, e isso parece tranquilizador, uma vez que a exposição *in utero* leva a concentrações séricas que são pelo menos 5 a 10 vezes mais elevadas do que a exposição através do leite materno[5].

Enfim, qual escolher?

Vários estudos demonstraram diminuição dos sintomas depressivos resultante de tratamento com ISRS no pós-parto, tais como a sertralina, a fluvoxamina, a paroxetina e a fluoxetina. Assim, os ISRS são considerados a terapia de primeira linha para depressão pós-parto. O grupo dos ISRS também é recomendado no tratamento da distimia, transtorno do pânico e transtorno obsessivo-compulsivo durante esse período[5].

Considerando o bom perfil de tolerabilidade, a eficácia em sintomas ansiosos, o maior número de casos estudados e a segurança para o recém-nascido em termos de efeitos adversos, a paroxetina e a sertralina têm sido consideradas

AMAURY CANTILINO[1], JOEL RENNÓ JR.[2], HEWDY LOBO RIBEIRO[3], JULIANA PIRES CALVASAN[3], RENATA DEMARQUE[3], JERÔNIMO DE A. MENDES RIBEIRO[4], GISLENE VALADARES[5], RENAN ROCHA[6], ANTÔNIO GERALDO DA SILVA[7]

[1] Professor adjunto, Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher, UFPE, Recife, PE. [2] Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher (Pro-Mulher), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP), São Paulo, SP. [3] Psiquiatra, Pro-Mulher, Instituto de Psiquiatria, HC-USP, São Paulo, SP. [4] Especialista em Psiquiatria pela ABP. Pesquisador, Grupo de Psiquiatria - Transtornos Relacionados ao Puerpério, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCPA), Porto Alegre, RS. [5] Membro fundadora, Serviço de Saúde Mental da Mulher do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Seção de Saúde Mental da Mulher da World Psychiatric Association e International Association of Women's Mental Health. [6] Coordenador, Serviço de Saúde Mental da Mulher, Clínicas Integradas, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC. [7] Diretor Científico, Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ), Sistema de Educação Continuada a Distância (SECAD).

as medicações de escolha para o tratamento da depressão pós-parto em mulheres que estão amamentando[13]. Uma vez que há uma certa preocupação quanto à possibilidade de teratogênese sob a forma de anomalias cardíacas relacionadas à paroxetina[14], tende-se a evitar essa medicação caso a mulher pretenda ter nova gravidez.

E, quanto àquelas situações em que a mulher já vem usando um antidepressivo ao longo da gravidez: deve-se trocar o medicamento utilizado por um "mais seguro" na lactação? Em primeiro lugar, é importante frisar que a descontinuação de um tratamento antidepressivo que seja essencial no pós-parto deve ser evitada (mudar para outro antidepressivo nesse período vulnerável pode ser problemático). Assim, a questão da segurança para o bebê na lactação deve, preferencialmente, ser levado em consideração já quando o tratamento medicamentoso for iniciado em uma mulher, seja durante a gravidez ou até antes disso[5]. Ou seja, para mulheres deprimidas em idade reprodutiva, mesmo que não estejam grávidas ou lactentes, a segurança perinatal na hora da prescrição deve ser uma variável de grande importância, já que o antidepressivo que estiver sendo eficaz tenderá a ser mantido durante todo o período de gestação e pós-parto. O melhor antidepressivo para grávidas e lactentes é aquele que tem funcionado bem.

Recomenda-se frequentemente que, quando possível, fluoxetina e citalopram sejam evitados ou utilizados com precaução devido aos seus níveis plasmáticos infantis mais elevados quando comparados a outros medicamentos, além do possível risco de efeitos adversos na criança. No entanto, se a mãe foi tratada com fluoxetina ou citalopram anteriormente e o tratamento foi eficaz, ou se a mãe já está usando um desses medicamentos durante a gravidez, pode continuar usando o mesmo no período pós-parto. De maneira geral, quando o tratamento com antidepressivos é indicado no período pós-parto, as mulheres não devem ser aconselhadas a interromper a amamentação[15].

Considerações finais

A maioria dos antidepressivos tem meia-vida longa, e seus níveis no leite materno costumam variar relativamente pouco entre os intervalos de dose. Consequentemente, medidas como evitar a amamentação durante a fase de pico de concentração, tomar a dose diária do antidepressivo à noite, logo depois da mamada, ou extrair – e descartar – o leite materno coincidente com o pico plasmático têm pouco valor, uma vez que só reduzem levemente a exposição[5].

O número de casos relatados na literatura varia significativamente entre as diversas medicações. A fluoxetina, a paroxetina, a sertralina e o citalopram são os medicamentos mais estudados. Inevitavelmente, algum grau de incerteza existe para os antidepressivos com número menor de relatos de crianças expostas, mesmo quando não há efeitos adversos identificados. Desta maneira, os medicamentos para os quais existem poucos dados, tais como fluvoxamina, duloxetina, reboxetina, bupropiona, mirtazapina, agomelatina, dentre outros, não devem ser considerados como tratamentos de primeira linha, embora possam ser usados em casos especiais.

Um banco de dados abrangente e atualizado está disponível no site LactMed (http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm). O LactMed inclui informações atualizadas sobre os níveis das medicações no leite humano e no plasma de recém-nascidos, possíveis efeitos adversos em crianças amamentadas, potenciais efeitos do fármaco sobre a lactação e recomendações de medicações alternativas a serem analisadas quando o fármaco pesquisado parece impróprio.

Conflitos de interesse: Amaury Cantilino proferiu palestras para os Laboratórios Abbott do Brasil e Servier nos últimos 2 anos. Os demais autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Amaury Cantilino, Av. Domingos Ferreira, 2160/108, CEP 51111-020, Recife, PE. E-mail: cantilino@hotmail.com

Referências

1. Wisner KL, Sit DK, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. JAMA Psychiatry. 2013;70:490-8.
2. Moretti M. Breastfeeding and the use of antidepressants. J Popul Ther Clin Pharmacol. 2012;19:e387-90.
3. Sachs HC; Committee On Drugs. The transfer

AMAURY CANTILINO
JOEL RENNÓ JR.
HEWDY LOBO RIBEIRO
JULIANA PIRES CALVASAN
RENATA DEMARQUE
JERÔNIMO DE A. MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
RENAN ROCHA
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

of drugs and therapeutics into human breast milk: an update on selected topics. Pediatrics. 2013;132:e796-809.

4. Hale TW. Maternal medications during breastfeeding. Clin Obstet Gynecol. 2004;47:696-711.
5. Berle JO, Spigset O. Antidepressant use during breastfeeding. Curr Womens Health Rev. 2011;7:28-34.
6. Kristensen JH, Ilett KF, Hackett LP, Yapp P, Paech M, Begg EJ. Distribution and excretion of fluoxetine and norfluoxetine in human milk. Br J Clin Pharmacol. 1999;48:521-7.
7. Moretti ME. Psychotropic drugs in lactation – Motherisk Update 2008. Can J Clin Pharmacol. 2009;16:e49-57.
8. Newport DJ, Ritchie JC, Knight BT, Glover BA, Zach EB, Stowe ZN. Venlafaxine in human breast milk and nursing infant plasma: determination of exposure. J Clin Psychiatry. 2009;70:1304-10.
9. Chad L, Pupco A, Bozzo P, Koren G. Update on antidepressant use during breastfeeding. Can Fam Physician. 2013;59:633-4.
10. Kearns GL, Abdel-Rahman SM, Alander SW, Blowey DL, Leeder JS, Kauffman RE. Developmental pharmacology – drug disposition, action, and therapy in infants and children. N Engl J Med. 2003;349:1157-67.
11. Gentile S. Use of contemporary antidepressants during breast-feeding: a proposal for specific safety index. Drug Saf. 2007;30:107-21.
12. Dugoua JJ, Mills E, Perri D, Koren G. Safety and efficacy of St. John's wort (hypericum) during pregnancy and lactation. Can J Clin Pharmacol. 2006;13:e268-76.
13. Kim DR, Epperson CN, Weiss AR, Wisner KL. Pharmacotherapy of postpartum depression: an update. Expert Opin Pharmacother. 2014;15:1223-34.
14. Myles N, Newall H, Ward H, Large M. Systematic meta-analysis of individual selective serotonin reuptake inhibitor medications and congenital malformations. Aust N Z J Psychiatry. 2013;47:1002-12.
15. Berle JØ, Steen VM, Aamo TO, Breilid H, Zahlsen K, Spigset O. Breastfeeding during maternal antidepressant treatment with serotonin reuptake inhibitors: infant exposure, clinical symptoms, and cytochrome p450 genotypes. J Clin Psychiatry. 2004;65:1228-34.



PARTICIPE DA ABP TAMBÉM PELA INTERNET.

Conheça os canais de comunicação da sua associação e compartilhe as informações sobre psiquiatria.

/facebook

Associação Brasileira de Psiquiatria

/canaldapsiquiatria

@abpbrasil



ALCINA JULIANA SOARES BARROS
JOSÉ GERALDO VERNET TABORDA (*IN MEMORIAM*)
REGIS GOULART ROSA

ARTIGO

O PAPEL DOS HORMÔNIOS NA PSICOPATIA

THE ROLE OF HORMONES IN PSYCHOPATHY

Resumo

Os hormônios desempenham um importante papel para a compreensão das bases biológicas da psicopatia e do transtorno de personalidade antissocial. Os sistemas hormonais podem ser influenciados por fatores genéticos e ambientais e, em consequência, atuar no funcionamento cerebral. Como marcadores biológicos, os hormônios podem fornecer pistas esclarecedoras sobre o que ocorre no cérebro de um psicopata. Os dois hormônios mais implicados até o momento na psicopatia, com seus respectivos eixos, são o cortisol e a testosterona. Este artigo visa correlacionar as manifestações cognitivas, emocionais e comportamentais da personalidade psicopática com os desequilíbrios neuroendócrinos.

Palavras-chave: Hormônios, transtorno da personalidade antissocial, sistema nervoso central.

Abstract

Hormones play an important role in understanding the biological basis of psychopathy and antisocial personality disorder. Hormone systems can be influenced by genetic and environmental factors, and therefore can influence brain function. As biological markers, hormones can provide enlightening clues about what takes place in the brain of a psychopath. At present, the two hormones most strongly involved in psychopathy, with their respective axes, are cortisol and testosterone. This article aims to correlate the cognitive, emotional, and behavioral manifestations of psychopathic personality with neuroendocrine imbalances.

Keywords: Hormones, antisocial personality disorder, central nervous system.

Introdução

– Quer dizer que eu vou ter que ficar sentado...? Quer dizer que eu vou ter que ficar vendo...? Ah, não – disse eu –, foi horrível!

– Claro que foi horrível – sorriu o Dr. Brannon. – A violência é uma coisa muito horrível. É isto o que você está aprendendo. O seu corpo está aprendendo isso.

– Mas – disse eu – eu não compreendo. Não compreendo como foi que eu me senti enjoado daquele jeito. Nunca me senti enjoado antes. Eu costumava sentir exatamente o contrário. Quer dizer, fazendo ou vendo fazer eu me sentia muito horrorshow. Eu simplesmente não compreendo por que, ou como, ou o que...

(Anthony Burgess[1])

O texto acima, retirado do romance Laranja Mecânica, de 1962, consiste no diálogo entre o jovem Alex e o médico responsável pelo seu tratamento de reabilitação social, ilustrando que a curiosidade acerca dos mecanismos biológicos relacionados à psicopatia extravasa as ciências médicas e repercute nas artes.

As pesquisas sobre as bases neurobiológicas da psicopatia foram iniciadas há mais de 150 anos, tendo como marco o surpreendente caso de Phineas Gage, um operário americano envolvido na construção de uma estrada de ferro que sofreu uma grave lesão no córtex pré-frontal e passou a manifestar mudanças radicais de personalidade, semelhantes aos traços de psicopatia. Cleckley, em sua famosa obra *The mask of sanity*, considerava a possibilidade da existência de um déficit biológico que justificasse as características da personalidade psicopática, a saber: charme superficial, falsidade, falta de

ALCINA JULIANA SOARES BARROS[1], JOSÉ GERALDO VERNET TABORDA (*IN MEMORIAM*)[2], REGIS GOULART ROSA[3]

[1] Psiquiatra forense. Especialista em Psiquiatria Forense pela ABP e pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS. Doutoranda em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. [2] Psiquiatra forense. Doutor em Medicina pela UFRGS, Porto Alegre, RS. Professor associado de Psiquiatria, Departamento de Clínica Médica, UFCSPA, Porto Alegre, RS. Membro fundador e ex-coordenador do Departamento de Ética e Psiquiatria Legal da ABP. [3] Médico especialista em Medicina Interna pela UFRGS, Porto Alegre, RS. Mestre em Ciências Médicas pela UFRGS, Porto Alegre, RS. Doutorando em Ciências Médicas pela UFRGS, Porto Alegre, RS.

culpa e remorso, comportamento antissocial, pobreza de julgamento, dificuldades para aprender com a experiência, empobrecimento das reações afetivas, entre outras[2,3].

Como os fatores genéticos e ambientais influenciam a estrutura e o funcionamento cerebral por toda a vida, através de seus efeitos sobre os sistemas de neurotransmissores e hormônios, o produto final dessas influências poderá ser observado nos traços de personalidade e comportamento dos psicopatas. A sensibilidade cerebral aos hormônios esteroides inicia-se precocemente, desde a embriogênese, passando pela infância e adolescência. Crianças que apresentam a combinação de baixos níveis de cortisol, insensibilidade emocional e comportamento antissocial grave parecem ter um risco mais elevado de desenvolver psicopatia na idade adulta[4-6].

Os hormônios são mensageiros químicos, facilitadores de diversas funções necessárias à sobrevivência humana, participando da mobilização corporal diante do perigo, da busca por recompensas, como alimentos ou parceiros sexuais, e das habilidades sociais. Eles também afetam a capacidade de aprender após a punição ou premiação e a tendência a se arriscar. Sendo endofenótipos, ou seja, mecanismos biológicos intermediários, em nível molecular, que ligam os genes às manifestações dos transtornos mentais, os hormônios, quando desregulados, podem contribuir para a sintomatologia verificada na psicopatia.

As dosagens hormonais são realizadas, em geral, através da saliva ou do sangue, e os hormônios podem ser medidos em repouso ou em resposta a algum tipo de estressor ou evento, a fim de se obter informações sobre a reatividade daquele sistema. Desse modo, os hormônios representam marcadores biológicos viáveis para uma variedade de cenários e investigações, podendo encontrar concordância com a versatilidade da apresentação clínica dos psicopatas.

Diversas pesquisas apontam para a associação entre alterações nos níveis de determinados hormônios e efeitos no desenvolvimento e na manutenção de traços psicopáticos. Os dois hormônios primariamente implicados nessa questão são o cortisol e a testosterona. Outro hormônio cuja importância vem sendo investigada é a deidroepiandrosterona (DHEA). A alfa-amilase, uma enzima salivar que pode ser medida de maneira semelhante aos hormônios, também vem sendo estudada, pois possivelmente reflete o funcionamento do sistema nervoso simpático (SNS).

Este trabalho tem por objetivo explorar os avanços neurocientíficos sobre o papel dos hormônios no funcionamento cerebral de psicopatas[7].

Cortisol

O cortisol é o hormônio liberado pelo eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), o mais estudado dentre todos os eixos endócrinos. Ele é liberado em resposta a um estressor e potencializa o estado de medo, gerando sensibilidade à punição e promovendo o comportamento de afastamento – áreas nas quais os psicopatas demonstram deficiências. Psicopatas são habitualmente retratados como destemidos e pouco sensíveis à punição[8-12].

Quando um evento estressor ocorre, sinais do sistema límbico (amígdala) e de regiões do córtex cerebral disparam a secreção hipofisária do fator liberador de corticotrofina (CRF) na corrente sanguínea. O CRF estimula a liberação do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) pela adeno-hipófise. Diferentemente da adrenalina, cuja liberação em resposta ao estresse é rápida, esse processo constitui uma resposta lenta ao estresse. O cortisol alcança o pico salivar cerca de 20 minutos após o evento desencadeante.

A função do cortisol é mobilizar os recursos corporais e fornecer energia em momentos de estresse. No sangue, ele viaja ao cérebro, onde se liga aos receptores neuronais da amígdala, do hipocampo e do córtex pré-frontal. A amígdala é uma pequena área do sistema límbico, associada com indução do medo, resposta à punição e recompensa, além de resposta de luta e fuga. Assim, baixos níveis de cortisol podem afetar o funcionamento da amígdala durante o estresse. Os psicopatas demonstram uma responsividade reduzida ao estresse, destemor e baixo funcionamento da amígdala, gerando a hipótese de baixos níveis de cortisol nesses indivíduos[13-17].

Baixos níveis de cortisol em repouso foram associados a falhas na reatividade ao medo em crianças pequenas, ao aumento da busca de sensações em homens e a maior tomada de riscos financeiros. Delinquentes psicopatas também exibem níveis de cortisol mais baixos do que criminosos não psicopatas. Ainda não está claro, contudo, se os baixos níveis de cortisol são um fator que conduz ao desenvolvimento de psicopatia ou se eles apenas indicam o funcionamento reduzido de certas regiões cerebrais.

ALCINA JULIANA SOARES BARROS
JOSÉ GERALDO VERNET TABORDA (*IN MEMORIAM*)
REGIS GOULART ROSA

ARTIGO

Testosterona

A testosterona é um hormônio sexual secretado pelo eixo hipotálamo-pituitária-gonadal (HPG). Ela é vinculada à psicopatia em razão de seus níveis serem muito maiores nos homens do que nas mulheres, podendo responder pela maior prevalência do transtorno de personalidade antissocial persistente no sexo masculino (10 a 14 vezes mais prevalente em homens do que em mulheres). Certas características psicopáticas, como a busca por recompensa, dominância e agressividade, estão associados à testosterona[18-20].

Partindo-se do eixo HPG, a testosterona é primariamente liberada pelos testículos nos homens e pelos ovários nas mulheres. Indivíduos com altos níveis de testosterona são impulsivos, estão sempre em busca de novas sensações e são mais precipitados do que aqueles com baixa testosterona. Eles também têm mais parceiros sexuais, instabilidade conjugal e são mais propensos a se envolver em crimes violentos. Os psicopatas evidenciam menores respostas ao teste de sobressalto potencializado pelo medo.

Altos níveis de testosterona foram observados em meninas e meninos com transtornos de conduta, delinquentes juvenis e mulheres criminosas. Adicionalmente, a testosterona foi associada com dificuldades no trabalho, descumprimento da lei, uso de drogas e abuso de álcool. Uma ligação direta entre a testosterona e os traços psicopáticos ainda não foi estabelecida, porém as evidências sugerem que esse hormônio interage com outros, predispondo à psicopatia[21,22].

Interação entre os eixos HPA e HPG

Alguns estudos indicam que a psicopatia pode resultar de um desequilíbrio nos níveis tanto de cortisol quanto de testosterona, particularmente através da relação de testosterona aumentada e cortisol reduzido. Essa relação resulta da mútua inibição entre os eixos HPA e HPG. A amígdala é uma região cerebral afetada por essa assimetria, por ser um importante local de ligação de ambos os hormônios. Os baixos níveis de cortisol (refletidos na redução do medo) e os elevados índices de testosterona (comportamento desinibido e busca por recompensas) podem modificar a responsividade da amígdala, reduzindo a sensibilidade à punição ou a estímulos temerosos[23].

O desequilíbrio hormonal envolvendo a diminuição do cortisol e o aumento da testosterona pode prejudicar a conectividade entre as regiões subcorticais (sistema límbico) e as estruturas corticais. Exames de neuroimagem de psicopatas adultos e jovens sugerem que a conectividade entre a amígdala e as regiões pré-frontais está comprometida. Esse desacoplamento entre o córtex e a região subcortical afeta o processo de tomada de decisões, pois as informações relacionadas com emoções, provenientes da amígdala e que sinalizam para perigos, não atingem áreas corticais para embasar as decisões. Como resultado, temos os seguintes achados típicos de psicopatas: insensibilidade, falta de empatia, predileção por ações arriscadas e agressividade direcionada a objetivos (instrumental).

O desacoplamento também pode diminuir a capacidade das regiões corticais de enviar sinais inibitórios para as regiões subcorticais, resultando em déficits na regulação das emoções e na inibição comportamental e contribuindo para a instabilidade emocional e para as formas reativas de agressividade encontradas em psicopatas.

DHEA e alfa-amilase

A DHEA é um precursor da testosterona, originária das glândulas adrenais e das gônadas. Por volta dos 6 anos de idade, as crianças demonstram um aumento desse andrógeno, em um período denominado de adrenarca. A DHEA parece desempenhar um papel mais importante do que a testosterona nos estudos em pré-púberes. Já foram encontrados aumentos da DHEA em crianças e adolescentes com transtorno de conduta e em homens adultos dependentes de cocaína, com diagnósticos retrospectivos de transtorno de conduta na infância[24].

A alfa-amilase também despertou o interesse dos pesquisadores interessados em desvendar as bases biológicas da psicopatia, pois acredita-se que sua liberação tenha reflexos no funcionamento do SNS em nível cerebral, consistindo em indicador da secreção da norepinefrina no sangue. Juntamente com o eixo HPA, o SNS participa do sistema de resposta ao estresse. A grande vantagem da dosagem de alfa-amilase é que ela possibilita uma investigação paralela de dois sistemas de resposta ao estresse (endócrino e de neurotransmissores) através de amostras salivares. Novos estudos, entretanto, são necessários para determinar a acurácia desse método de investigação do SNS.

ALCINA JULIANA SOARES BARROS[1], JOSÉ GERALDO VERNET TABORDA (*IN MEMORIAM*)[2], REGIS GOULART ROSA[3]

[1] Psiquiatra forense. Especialista em Psiquiatria Forense pela ABP e pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS. Doutoranda em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. [2] Psiquiatra forense. Doutor em Medicina pela UFRGS, Porto Alegre, RS. Professor associado de Psiquiatria, Departamento de Clínica Médica, UFCSPA, Porto Alegre, RS. Membro fundador e ex-coordenador do Departamento de Ética e Psiquiatria Legal da ABP. [3] Médico especialista em Medicina Interna pela UFRGS, Porto Alegre, RS. Mestre em Ciências Médicas pela UFRGS, Porto Alegre, RS. Doutorando em Ciências Médicas pela UFRGS, Porto Alegre, RS.

Conclusões

A busca pela ampliação dos conhecimentos sobre as bases biológicas da psicopatia persiste, e os hormônios representam um meio de acesso a essas informações. Níveis baixos de cortisol e elevados de testosterona podem explicar a problemática tomada de decisões, a embotada reatividade ao estresse, a postura destemida e a agressividade instrumental observada nos psicopatas. Ainda não se sabe se os hormônios podem ser alterados pelo ambiente em alguma fase vital, ou se níveis anormais são preexistentes. Por fim, o mais importante: futuras terapias hormonais podem ter implicações para essa população, melhorando o funcionamento de áreas cerebrais, como a amígdala, e reduzindo os riscos individuais e sociais promovidos pela psicopatia.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Alcina Juliana Soares Barros, Av. Diário de Notícias, 200/909, Bairro Cristal, CEP 90810-080, Porto Alegre, RS. E-mail: alcina.forense@gmail.com

Referências

1. Burgess A. A clockwork orange. London: Heinemann; 1962.
2. Gao Y, Glenn AL, Schug RA, Yang Y, Raine A. The neurobiology of psychopathy: a neurodevelopmental perspective. Can J Psychiatry. 2009;54:813-23.
3. Cleckley H. The mask of ssanity. St. Louis: Mosby; 1941.
4. Glenn AL, Raine A. Psychopathy: an introduction to biological findings and their implications. New York: New York University Press; 2014.
5. Brown GR, Spencer KA. Steroid hormones, stress and the adolescent brain: a comparative perspective. Neuroscience. 2013;249:115-28.
6. Feilhauer J, Cima M, Korebrits A, Nicolson NA. Salivary cortisol and psychopathy dimensions in detained antisocial adolescents. Psychoneuroendocrinology. 2013;38:1586-95.
7. Glenn AL, Raine A, Schug RA, Gao Y, Granger DA. Increased testosterone-to-cortisol ratio in psychopathy. J Abnorm Psychol. 2011;120:389-99.
8. Juruena MF, Cleare AJ, Pariante CM. [The hypothalamic pituitary adrenal axis, glucocorticoid receptor function and relevance to depression]. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26:189-201.
9. Checkley S. The neuroendocrinology of depression and chronic stress. Br Med Bull. 1996;52:597-617.
10. Nemeroff CB. The corticotropin-releasing factor (CRF) hypothesis of depression: new findings and new directions. Mol Psychiatry. 1996;1:336-42.
11. Schulkin J, Gold PW, McEwen BS. Induction of corticotropin-releasing hormone gene expression by glucocorticoids: Implication for understanding the states of fear and anxiety and allostatic load. Psychoneuroendocrinology. 1998;23:219-43.
12. Böhnke R, Bertsch K, Kruk MR, Naumann E. The relationship between basal and acute HPA axis activity and aggressive behavior in adults. J Neural Transm. 2010;117:629-37.
13. Kudielka BM, Kirschbaum C. Sex differences in HPA axis responses to stress: a review. Biol Psychiatry. 2005;69:113-32.
14. Rosen JB, Schulkin J. From normal fear to pathological anxiety. Psychol Rev. 1998;105:325-50.
15. Patrick CJ. Emotion and psychopathy: startling new insights. Psychophysiology. 1994;31:319-30.
16. Benning SD, Patrick CJ, Iacono WG. Fearlessness and underarousal in psychopathy: Startle blink modulation and electrodermal reactivity in a young adult male community sample. Psychophysiology. 2005;42:753-62.
17. Birbaumer N, Viet R, Lotze M, Erb M, Hermann C, Grodd W, et al. Deficient fear conditioning in psychopathy: a functional magnetic resonance

ALCINA JULIANA SOARES BARROS
JOSÉ GERALDO VERNET TABORDA (*IN MEMORIAM*)
REGIS GOULART ROSA

ARTIGO

imaging study. Arch Gen Psychiatry. 2005;62:799-805.
18. Yildirim BO, Derksen JJ. A review on the relationship between testosterone and life-course persistent antisocial behavior. Psychiatry Res. 2012:200:984-1010.
19. Daitzman R, Zuckerman M. Disinhibitory sensation seeking, personality and gonadal hormones. Pers Individ Dif. 1980;1:103-10.
20. Archer J. Testosterone and human aggression: an evaluation of the challenge hypothesis. Neurosci Biobehav Rev. 2006;30:319-45.
21. Pajer K, Tabbah R, Gardner W, Rubin RT, Czambel RK, Wang Y. Adrenal androgen and gonadal hormone levels in adolescent girls with conduct disorder. Psychoneuroendocrinology. 2006;31:1245-56.
22. Maras A, Laucht M, Gerdes D, Wilhelm C, Lewicka S, Haack D, et al. Association of testosterone and dihydrotestosterone with externalizing behavior in adolescent boys and girls. Psychoneuroendocrinology. 2003;28:932-40.
23. van Honk J, Schutter DJ. Unmasking feigned sanity: a neurobiological model of emotion processing in primary psychopathy. 2006. Cogn Neuropsychiatry. 2006;11:285-306.
24. Buydens-Branchey L, Branchey M. Cocaine addicts with conduct disorder are typified by decreased cortisol responsivity and high plasma levels of DHEA-S. Neuropsychobiology. 2004;50:161-6.



RELATO DE CASO

ALEXANDRE MARTINS VALENÇA
KÁTIA MECLER
LISIEUX E. DE BORBA TELLES

RELATO

FILICÍDIO E PSICOSE: RELATO DE DOIS CASOS

FILICIDE AND PSYCHOSIS: REPORT OF TWO CASES

Resumo

Um indivíduo tem quatro vezes mais chance de ser vítima de homicídio no primeiro ano de vida. Este artigo apresenta definições de filicídio e relata dois casos de mulheres com transtornos psicóticos que tentaram assassinar seus filhos. É enfatizado o papel dos serviços de saúde mental no sentido de prevenir a perda de contato e a não aderência ao tratamento, que frequentemente precedem o homicídio cometido por pessoas com transtornos mentais graves.

Palavras-chave: Filicídio, psicose, saúde mental.

Abstract

Individuals have a four-fold higher chance of being a victim of murder in the first year of life. This article presents definitions of filicide and reports on two cases of women with psychotic disorders who tried to murder their children. The role of mental health services in preventing the loss of contact and non-adherence to treatment is emphasized, as these aspects frequently precede homicide committed by people with severe mental illnesses.

Keywords: Filicide, psychosis, mental health.

Introdução

Um indivíduo tem quatro vezes mais probabilidade de ser vítima de homicídio no primeiro ano de vida do que em qualquer outro momento de sua vida[1]. As taxas de homicídios de infantes (crianças com menos de 1 ano de idade) na Inglaterra são de 4,5/100.000 nascidos vivos, comparados a 8/100.000 nos Estados Unidos. Para Flynn et al.[2], tem havido maior interesse público em relação a esse tema nos últimos anos, com destaque para questões legais, sociais e políticas. Em termos de definições, neonaticídio é o assassinato de crianças dentro das primeiras 24 horas de vida; infanticídio é o assassinato de crianças de 1 dia até um 1 de idade; e filicídio é o assassinato de criança mais velha[3].

Resnick[4] examinou a literatura psiquiátrica em relação ao assassinato de crianças, estudando 131 casos de filicídio. Os dados foram coletados através de uma variedade de fontes e em vários países ao longo de séculos (1751-1967). O autor descreveu cinco categorias, que permanecem citadas até os dias atuais e são descritas a seguir.

1) Filicídio altruísta, no qual o indivíduo acredita que a criança ou a família está passando por uma situação de onde não é possível escapar ou para a qual há uma condenação iminente. Os transtornos mentais mais associados a esse tipo de filicídio são a depressão, incluindo a depressão psicótica, e a esquizofrenia[5].

2) Filicídio associado a psicose aguda, que envolve o assassinato de crianças por pais que sofrem de transtornos mentais graves no momento da ofensa. A característica principal desse grupo é a ausência de um motivo racional ou compreensível (punição, vingança ou ganho secundário).

3) Filicídio de criança não desejada, frequentemente ocasionado por ilegitimidade, ou quando a criança foi concebida através de um relacionamento extraconjugal. Nesse grupo é mais comum haver mães neonaticidas, de idade mais jovem (menos de 20 anos), solteiras ou ainda vivendo com os pais e sem transtornos mentais, porém com características impulsivas ou antissociais de personalidade[6].

4) Filicídio acidental, que pode ser decorrente de abuso ou negligência. Esse termo é relacionado à síndrome da criança espancada. A morte da criança é consequência disso, e em muitos casos os pais não têm a intenção de assassiná-la.

5) Filicídio relacionado à vingança ou retaliação contra o outro cônjuge. Esse grupo é caracterizado por transtornos graves de personalidade, relações conjugais caóticas e história prévia de autoinjúria[5].

Friedman et al.[7] realizaram estudo retrospectivo de registros de mulheres com transtornos mentais que cometeram filicídio e foram consideradas inocentes em virtude de insa-

ALEXANDRE MARTINS VALENÇA[1,2], KÁTIA MECLER[2,3], LISIEUX E. DE BORBA TELLES[4]

[1] Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ. [2] Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental (PROPSAM), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. [3] Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho e Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto, Rio de Janeiro, RJ. [4] Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Ferderal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.

nidade mental. Foram incluídos todos os casos de filicídio de menores de 18 anos de idade. A amostra foi composta por 39 mulheres filicidas, que tentaram matar 54 de 91 crianças, sendo que efetivamente 46 foram mortas. Oitenta e dois por cento dessas mulheres receberam diagnóstico de transtorno psicótico ou transtorno do humor.

Em outro estudo de pacientes de centros forenses, Krischer et al.[3] avaliaram registros de 840 mulheres. Destas, 45 cometeram filicídio e 12 o tentaram, totalizando uma amostra de 57 pacientes. Houve sete casos de neonaticídio, 12 de infanticídio e 37 de filicídio. Foi constatado que 63% das mulheres tinham um diagnóstico de transtorno mental do espectro da esquizofrenia (esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtorno delirante). Outros 30% tiveram diagnóstico relacionado ao espectro afetivo.

O objetivo deste artigo é relatar dois casos de mulheres com transtornos psicóticos que tentaram assassinar seus filhos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). As pacientes em questão assinaram termo de consentimento livre e esclarecido concordando com a publicação dos casos.

Caso 1

Paciente do sexo feminino, com 39 anos de idade, cor preta, separada, faxineira, analfabeta. Consta no processo criminal que, no ano de 2006, a paciente jogou seus três filhos menores, de 4 (menina), 3 e 1 ano de idade (meninos) em um rio próximo à sua casa. As crianças não morreram por terem sido imediatamente resgatadas da água por um homem. A paciente vivia com as crianças (filhos de dois ex-companheiros diferentes) e uma tia. Seu último companheiro a havia abandonado há cerca de 1 ano antes do delito. Trabalhava fazendo faxinas em residências. Não houve relato de comportamento agressivo dirigido às crianças antes da ofensa criminal. Não contava com história prévia de tratamento psiquiátrico ou uso de álcool e/ou substâncias psicoativas. Antes do delito não estava fazendo nenhum tipo de tratamento psiquiátrico ou uso de psicofármacos. Apresentava sintomatologia psicótica caracterizada por alucinações auditivas e audioverbais, desagregação do pensamento e atitude isolacionista. Foi considerada inimputável em virtude de doença mental, na forma de esquizofrenia paranoide (DSM-IV-TR[8]). Foi internada em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico no Rio de Janeiro.

Durante entrevista relacionada ao estudo atual, ao ser questionada sobre a acusação, a paciente afirmou: "eu escutava uma voz dizendo para eu me matar e matar meus filhos... foi desespero, meu marido se separou e deixou eu sozinha para cuidar das crianças... pensei que não conseguiria criar três crianças sem pai". Negou qualquer forma de abuso físico às crianças antes do delito. No exame psiquiátrico, apresentou descuido dos hábitos de higiene, cabelos em desalinho, discurso pobre, ideias persecutórias e de autorreferência, estabelecendo pouco contato visual com o entrevistador, empobrecimento ideativo e indiferença afetiva.

Caso 2

Paciente do sexo feminino, 21 anos, cor preta, casada, empregada doméstica, 1º grau incompleto. Consta no processo criminal que, no ano de 2006, a paciente jogou uma garrafa de álcool e ateou fogo em seu filho de 2 anos. A criança sobreviveu em virtude de ter sido socorrida imediatamente pelo pai, que estava em casa na ocasião. Consta que a paciente já teria ameaçado o filho e o companheiro de morte. Tinha histórico de tratamento psiquiátrico ambulatorial, porém não estava em tratamento ou fazendo uso de psicofármacos à época dos fatos. Não apresentava história de uso de álcool e/ou substâncias psicoativas. Havia relato de tentativa de suicídio no passado e de abuso sexual na infância. Na ocasião da avaliação pericial, a paciente afirmou que o acontecimento foi um acidente doméstico, pois a criança estava perto do fogão. Foram apontados, do ponto de vista psicopatológico, alucinações auditivas e visuais e inquietação psicomotora. A paciente foi considerada inimputável, em virtude de transtorno psicótico breve (DSM-IV-TR[8]). Foi internada em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico no Rio de Janeiro.

No exame psiquiátrico relacionado ao presente estudo, mostrou-se colaborativa, com aparência cuidada. Em relação ao crime cometido, afirmou: "eu deixei o álcool em cima da mesa e tinha um fogão perto, e meu filho puxou a toalha e caiu o álcool, pegando fogo em tudo". Relata ainda que, na ocasião do delito, achava-se perseguida e ouvia vozes de homens, dizendo não lembrar do conteúdo das vozes. Afirma que esses sintomas persistiram por menos de 1 mês. Não apresentava sintomatologia psicótica ou perturbações da afetividade no momento do presente estudo.

ALEXANDRE MARTINS VALENÇA
KÁTIA MECLER
LISIEUX E. DE BORBA TELLES

RELATO

Discussão

Estudos empíricos recentes têm encontrado múltiplos fatores associados ao filicídio[9]. Eles têm sugerido que, na maioria dos casos de mulheres filicidas, um conjunto de estressores levam a mulher a matar a criança. Esses fatores motivadores incluem dificuldades financeiras, isolamento social, mães solteiras, problemas relacionados ao trabalho, problemas domésticos, fatores relacionados à criação e educação da mãe, história de abuso sexual na infância, problemas conjugais, ciúmes, abuso de álcool, doença física, transtornos do humor ou sintomas psicóticos. No primeiro caso, vários desses aspectos estavam presentes, pois a paciente referiu ter sido abandonada pelo marido na ocasião do delito.

No Brasil, mulheres que assassinam crianças recém-nascidas são tradicionalmente condenadas por infanticídio, e não por homicídio. As penalidades são mais leves para o infanticídio (2 a 6 anos de prisão) quando comparadas ao homicídio (6 a 20 anos de prisão). No Código de Processo Penal atual[10], o infanticídio é definido como resultante "da influência do estado puerperal" no funcionamento mental da mãe. Nos casos em que o júri decide que essa "influência" não pode ser demonstrada, a suspeita é indiciada por homicídio.

Homicídio e agressões despropositadas frequentemente são resultado de sintomas que levam pessoas com transtornos mentais a acreditar que estão em perigo. Um estudo de Taylor[11] encontrou forte associação entre sintomas psicóticos e comportamento violento recente: 93% dos pacientes da amostra apresentavam sintomatologia psicótica quando cometeram os crimes, e 47% foram definitivamente ou provavelmente motivados por sintomatologia psicótica para o cometimento dos crimes. Outros estudos têm encontrado associação entre alucinações auditivas e ideias delirantes persecutórias e motivação para homicídio[12,13]. Nos dois casos aqui relatados, as pacientes apresentavam delírios de conteúdo persecutório e alucinações auditivas.

História passada de violência tem sido consistentemente considerada como preditiva de violência subsequente, em diversas populações de pacientes[14,15]. No segundo caso, a paciente já havia ameaçado o filho e o companheiro de morte. Esse aspecto ilustra a importância de estratégias de prevenção, incluindo intervenção imediata no primeiro relato de ameaça ou abuso infantil e acesso imediato a tratamento psiquiátrico em casos como esse.

Diversos estudos têm encontrado um padrão duradouro de rompimento do contato com serviços de saúde mental, enquanto em outros o homicídio parece ocorrer logo após o início do transtorno mental, antes de o ofensor ter estabelecido um contato com esses serviços[2,16]. Nos dois casos apresentados, apenas uma paciente tinha história prévia de tratamento psiquiátrico, mas nenhuma estava em tratamento antes do delito, ilustrando o fato de que muitos pacientes com comportamento homicida não estão em tratamento regular quando manifestam esse comportamento[2]. É importante que os serviços de saúde mental trabalhem para prevenir a perda de contato e a não aderência ao tratamento, que frequentemente precedem o homicídio cometido por pessoas com transtornos mentais graves.

Estudos futuros devem investigar diversos fatores de risco para o filicídio, como depressão, psicose, fatores sociodemográficos, meio sociocultural, história psiquiátrica prévia, história de conflitos e violência familiar. O estudo de fatores motivadores do comportamento filicida pode fornecer conhecimentos para o estabelecimento de intervenções terapêuticas em mulheres com transtornos mentais que apresentem risco para este ou outros comportamentos violentos.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Alexandre Martins Valença, Rua Conde de Bonfim, 232/511, Tijuca, CEP 20520-054, Rio de Janeiro, RS. E-mail: avalen@uol.com.br

Referências

1. Marks MN, Kumar R. Infanticide in England and Wales. Med Sci Law. 1993;33:329-39.
2. Flynn SM, Shaw JJ, Abel KM. Homicide of infants: a cross-sectional study. J Clin Psychiatry. 2007;68:1501-9.
3. Krischer MK, Stone MH, Sevecke K, Steinmeyer EM. Motives for maternal filicide: results from a study with female forensic patients. Int J Law Psychiatry. 2007;30:191-200.
4. Resnick PJ. Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. Am J Psychiatry. 1969;126:325-34.
5. Bourget D, Labelle A. Homicide, infanticide, and filicide. Psychiatr Clin North Am. 1992;15:661-73.

ALEXANDRE MARTINS VALENÇA[1,2], KÁTIA MECLER[2,3], LISIEUX E. DE BORBA TELLES[4]

[1] Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ. [2] Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental (PROPSAM), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. [3] Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho e Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto, Rio de Janeiro, RJ. [4] Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Ferderal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.

6. Pitt SE, Bale EM. Neonaticide, infanticide, and filicide: a review of the literature. Bull Am Acad Psychiatry Law. 1995;23:375-86.
7. Friedman SH, Hrouda DR, Holden CE, Noffsinger SG, Resnick PJ. Child murder committed by severely mentally III mothers: an examination of mothers found not guilty by reason of insanity. 2005 Honorable Mention/Richard Rosner Award for the best paper by a fellow in forensic psychiatry or forensic psychology. J Forensic Sci. 2005;50:1466-71.
8. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV). Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
9. Bourget D, Gagné P. Maternal filicide in Quebec. J Am Acad Psychiatry Law. 2002;30:345-51.
10. Código de Processo Penal. 3ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 1998.
11. Taylor PJ. Motives for offending among violent and psychotic patients. Br J Psychiatry. 1985;147:491-8.
12. Beck JC. Delusions, substance abuse, and serious violence. J Am Acad Psychiatry Law. 2001;32:169-72.
13. Cheung P, Schweitzer I, Crowley K, Tuckwell V. Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions. Schizophr Res. 1997;26:181-90.
14. Tardiff K. Prediction of violence, in medical management of the violent patient. New York: Marcel Dekker; 1999.
15. Steinert T. Prediction of inpatient violence. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2002;(412):133-41.
16. Meehan J, Flynn S, Hunt IM, Robinosn J, Bickley H, Parsons R, et al. Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales. Psychiatr Serv. 2006;57:1648-51.





pec ABP
programa de educação continuada

VOCÊ JÁ CONHECE O PEC DA ABP?

O **PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA (PEC)** É UM SISTEMA DE E-LEARNING OFERECIDO PELA ABP ATRAVÉS DO FORMATO AUDIOVISUAL.

ELE É TRANSMITIDO VIA INTERNET 24 HORAS POR DIA COM **8 AULAS** NOVAS POR ANO E QUE ACONTECEM TAMBÉM DE FORMA PRESENCIAL E GRATUITA.

ACESSE AGORA E TENHA UM MUNDO DE CONHECIMENTO.

CONHEÇA, INFORME-SE E PARTICIPE!
WWW.PEC-ABP.ORG.BR

PAGUE A SUA ANUIDADE DA ABP E APROVEITE OS BENEFÍCIOS DE SER ASSOCIADO.



Conheça as vantagens de pagar em débito automático

WWW.ABP.ORG.BR