



ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria

Ano 4 • n°5 • Set/Out 2014
ISSN 2236-918X

REVISTA

DEBATES EM

psiquiatria

Publicação destinada exclusivamente aos médicos

www.abp.org.br

**Mala Direta
Postal**

9912341582/2014-DR/RJ
ABP

///CORREIOS///



**INSTITUTO DA INTERDIÇÃO E CURATELA NO
BRASIL: PERSPECTIVAS EM DIREITO COMPARADO**

**ASPECTOS GÊNERO-ESPECÍFICOS DA
AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA FORENSE FEMININA**

**A CID-11 NÃO RECONHECERÁ POSSIBILIDADES
DE PATOLOGIZAÇÃO DA HOMOSSEXUALIDADE**

**QUEBRANDO O CICLO DA VIOLÊNCIA:
PREVENÇÃO E SAÚDE MENTAL**

**ANTIPSICÓTICOS DE LONGA AÇÃO COMO FACILITADORES DA
ADESÃO NO TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA: RELATO DE CASO**



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

APRESENTAÇÃO



ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
EDITOR



JOÃO ROMILDO BUENO
EDITOR

Prezados colegas leitores,

Novamente nos direcionamos a vocês para apresentar os artigos que compõem esta edição da RDP.

Para iniciar, temos um artigo de revisão de Katia Mecler et al. que se utiliza do direito comparado para discutir a instituição da interdição e curatela de indivíduos legalmente considerados incapazes. São apresentadas as principais práticas em vários países da Europa e nos Estados Unidos, e também no Brasil. O risco da curatela, a saber, o de causar privações ao curatelado – em vez de sua proteção e bem-estar –, é muito bem explorado pelos autores, que acabam constatando importantes atrasos e limitações no Código Civil Brasileiro.

A seguir, Hewdy Lobo Ribeiro et al. versam sobre aspectos gênero-específicos da avaliação psiquiátrica forense feminina. Nesse artigo sobre psiquiatria forense, área tão presente em nossa revista, os autores discorrem sobre os aspectos de gênero envolvidos na avaliação psiquiátrica de mulheres, com especial menção à Lei Maria da Penha, marco brasileiro na questão da violência doméstica. São discutidos o infanticídio, o filicídio e transtornos mentais perinatais, especialmente a disforia pós-parto, a depressão maior perinatal e o transtorno psicótico perinatal.

No segundo artigo de atualização desta edição, Alessandra Diehl et al. abordam um tema absolutamente atual: a patologização da homossexualidade no ICD-10 e sua revisão para o ICD-11, em especial a eliminação de todas as categorias do código F66 (transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação). Os autores traçam a evolução do conceito de homossexualidade desde o século XIX, passando pelo advento da psicanálise, com suas terapias de "cura", até os dias de hoje. A evolução social, política e cultural observada atualmente é discutida em relação aos efeitos controversos que gera, de violência, preconceito, vulnerabilidades, estigma e desrespeito em relação à orientação sexual não heteronormativa.

Marcelo Feijó de Mello et al. fazem uma comunicação sobre violência e possibilidades de prevenção do ponto de vista da saúde mental. Os altos índices de violência citados pelos autores, especialmente de homicídios, são discutidos à luz das possíveis contribuições da psiquiatria para o cenário, com foco especial em história de abuso infantil. O papel da maternagem também ganha destaque. Possíveis estratégias e campanhas de prevenção são discutidas.

Para encerrar esta edição, Victor Siciliano Soares et al. relatam o caso de um paciente jovem em primeiro episódio psicótico e com dificuldade de adesão ao tratamento no qual foi utilizado um antipsicótico de segunda geração de ação prolongada. Os autores ponderam que esses medicamentos deveriam ser considerados mais amplamente no tratamento da esquizofrenia, pela facilidade do manejo e segurança da medicação.

Como podem ver, trata-se novamente de uma seleção primorosa de artigos que, temos certeza, agradará em muito nossos leitores.

Desejamos uma ótima leitura a todos!

Os Editores



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
Diretor Regional Adjunto Sul: Luiz Carlos Illafont Coronel - RS

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 Geraldês - 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



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

6/ **revisão**

Instituto da interdição e curatela no Brasil: perspectivas em direito comparado por: KATIA MECLER, LISIEUX E. DE BORBA TELLES, ALEXANDRE MARTINS VALENÇA, SAMANTHA SALEM, LEONARDO FERNANDEZ MEYER

14/ **atualização**

Aspectos gênero-específicos da avaliação psiquiátrica forense feminina por: HEWDY LOBO RIBEIRO, JOEL RENNO JR., RENATA DEMARQUE, JULIANA PIRES CAVALSAN, RENAN ROCHA, AMAURY CANTILINO, JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO, GISLENE VALADARES, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

20/ **atualização**

A CID-11 não reconhecerá possibilidades de patologização da homossexualidade por: ALESSANDRA DIEHL, DENISE LEITE VIEIRA, JAIR DE JESUS MARI

28/ **comunicação breve**

Quebrando o ciclo da violência: prevenção e saúde mental por: MARCELO FEIJÓ DE MELLO, WILLIAM BERGER, MARIANA PIRES LUZ, IVAN FIGUEIRA

32/ **relato de caso**

Antipsicóticos de longa ação como facilitadores da adesão no tratamento da esquizofrenia: relato de caso por: VICTOR SICILIANO SOARES, CLAUDIANE SALLES DALTIO, CECÍLIA ATTUX

36/ **Errata**

INSTITUTO DA INTERDIÇÃO E CURATELA NO BRASIL: PERSPECTIVAS EM DIREITO COMPARADO

THE INSTITUTION OF GUARDIANSHIP IN BRAZIL: PERSPECTIVES IN COMPARATIVE LAW

Resumo

O novo Código Civil Brasileiro, apesar de avançar em muitos sentidos, deixa a desejar no aspecto da manutenção da integridade dos direitos e decisões pessoais de indivíduos estabelecidos como incapazes pela lei. Embora o que se busque através do instituto da curatela seja a proteção para aqueles a quem falta a capacidade de cuidarem de si mesmos, a indicação de um curador pode trazer sérias consequências para o curatelado. Esse *status* legal pode privar a pessoa do direito a escolhas importantes, como aquelas relacionadas aos atos de casar-se, votar e educar crianças, aos cuidados com a saúde e consentimento com tratamentos, à escolha do lugar de residência e a outros aspectos fundamentais de uma vida comunitária. No decorrer deste artigo, comparamos as leis de curatela de países da Europa, Estados Unidos e Brasil. O Código Civil Brasileiro tem-se mostrado o mais atrasado dentre os analisados, limitando em muito os direitos pessoais de seus curatelados e ultrapassando o limiar dos direitos individuais.

Palavras-chave: Capacidade civil, curatela, interdição.

Abstract

The new Brazilian Civil Code, despite many advances, fails to maintain the integrity of rights and decision-making of individuals defined as mentally incapable by law. The institution of guardianship has the goal of protecting individuals who are considered unable to care for themselves. However, it may bring serious consequences to the mentally incapable person with regard to decision-making on basic rights like marriage,

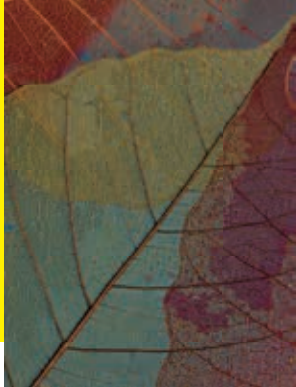
voting, the caring for and education of offspring, health care and consent with therapies, residence and other fundamental rights in community life. This article compares guardianship laws in Europe, United States, and Brazil. The Brazilian Civil Code has shown to be outdated, limiting to a great extent the personal rights of those defined as mentally incapable by law and disrespecting basic individual rights.

Keywords: Civil capacity, guardianship, mentally incapable.

INTRODUÇÃO

O instituto da curatela se efetiva por meio de um processo legal através do qual o juiz de direito encarrega um indivíduo (o curador) de zelar por um cidadão total ou parcialmente incapaz de cuidar de si mesmo, de seus interesses e/ou de suas necessidades. Embora o que se busque através desse instituto seja a proteção para aqueles a quem falta a capacidade de cuidarem de si mesmos, a indicação de um curador pode trazer sérias consequências para o curatelado. Este *status* legal pode privar a pessoa do direito a escolhas importantes, como aquelas relacionadas aos atos de casar-se, votar e educar crianças, aos cuidados com a saúde e consentimento com tratamentos, à escolha do lugar de residência e a outros aspectos fundamentais de uma vida comunitária. Além disso, devido ao poder considerável que uma pessoa adquire sobre os mais importantes aspectos da vida de uma outra, estabelece-se uma situação de particular vulnerabilidade ao abuso emocional e financeiro.

Em anos recentes, alguns países têm adotado leis novas



**KATIA MECLER¹, LISIEUX E. DE BORBA TELLES², ALEXANDRE MARTINS VALENÇA³,
SAMANTHA SALEM⁴, LEONARDO FERNANDEZ MEYER⁵**

¹ Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho e Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto, Rio de Janeiro, RJ. ² Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Psiquiatria Forense, Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata, Buenos Aires, Argentina. ³ IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ. ⁴ UFF, Niterói, RJ. ⁵ Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho e Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto, Rio de Janeiro, RJ.

que indicam uma clara preferência por alternativas menos restritivas e intrusivas e que minimizem as desvantagens do instituto da curatela¹⁻⁶. A maioria das legislações revisadas passou a incluir a possibilidade de delegar a um curador parcial um poder decisório específico, limitado e sob medida, que, levando em conta as competências preservadas do curatelado, respeite suas circunstâncias e necessidades particulares e preserve ao máximo sua dignidade e autonomia. Essas leis enfatizam que a decisão de limitar o exercício autônomo de direitos, designando-se um curador, não deve repousar tão somente sobre a existência de um diagnóstico psiquiátrico, mas também levar em conta o nível de funcionamento sócio-pragmático-adaptativo do curatelado⁷.

Em países como Alemanha, Áustria, Suécia e Noruega, a indicação de um curador ou representante legal não mais implica a perda completa das capacidades legais de um adulto^{3,6}. O conceito de incapacidade, ou mesmo de substituição na tomada de decisões pessoais, tem sido substituído pelo de tomada assistida de decisões pessoais³. Abre-se, assim, um leque inovador de recursos que permitem que indivíduos cognitivamente prejudicados recebam assistência na tomada de decisões, ao mesmo tempo em que se preserva a essência de seus direitos fundamentais. Embora a lei brasileira referente à curatela tenha sido recentemente reformada, poucos dentre os juristas e legisladores pátrios parecem estar a par dos recentes desenvolvimentos no plano internacional. O objetivo deste estudo foi examinar comparativamente legislações internacionais concorrentes no âmbito da interdição e curatela, com foco especial nas do Brasil, da França, da Alemanha, da Itália e dos Estados Unidos.

BRASIL

O primeiro Código Civil Brasileiro (CCB)⁸ foi promulgado somente em 1916 – 94 anos, portanto, após a emancipação política do país, em 1822, e 27 anos após a proclamação da República, em 1889. E, ainda que tenha sido promulgado no início do século XX, o CCB 1916 foi considerado por muitos de seus críticos como uma manifestação defasada do pensamento jurídico do século XIX⁹.

Nesse Código, o processo de despojar o indivíduo declarado legalmente incapaz de seus direitos civis é referido como *interdição*, e a pessoa apontada pelo juiz para ser responsável pelo interdito é denominada *curador*. Nos artigos 5º e 6º, dispõe-se sobre aqueles que devem ser declarados totalmente ou parcialmente

incapazes de gerir pessoalmente suas vidas e bens. A expressão “loucos de todo o gênero” se refere, em termos populares, a todos os tipos de transtornos mentais, sem denotar seu sentido no texto da lei. Entretanto, pelo contexto, permite-se conotar-lhe o sentido de uma condição mental que determinasse a perda global das faculdades mentais, resultando em uma incapacidade civil completa. Os incapazes seriam, então, todos aqueles que, por defeito psíquico, não podem reger sua pessoa e seus bens¹⁰. A expressão “loucos de todo o gênero”, tomada de empréstimo do Código Penal de 1830, era considerada inapropriada pela maioria dos legisladores e psiquiatras de seu tempo. De acordo com o CCB 1916, o diagnóstico psiquiátrico de um transtorno mental era condição necessária e suficiente para a determinação da incapacidade legal de um indivíduo. Contudo, apesar de ser considerada absolutamente inapropriada, a expressão foi mantida no CCB até 2002. Juristas e psiquiatras também criticaram a falta de provisões para interdição parcial nos casos de doença mental mais branda.

No artigo 6º do CCB 1916, somente os *pródigos* seriam incluídos na modalidade “parcialmente incapazes”. O conceito de prodigalidade já se fazia objeto de controvérsia no CCB, pois muitos críticos insistiam não se tratar este de um termo médico, e sim jurídico. Em 1934, por meio de um decreto, juristas buscaram retificar a confusa terminologia do CCB 1916, substituindo a restritiva e inexacta categoria “loucos de todo o gênero” por outra de maior abrangência, “psicopatas”.

O atual CCB foi promulgado em janeiro de 2003, mantendo a mesma definição de capacidade legal adotada pelo texto legislativo anterior¹¹. Em seu artigo 1º, dispõe-se que “toda pessoa é capaz de direitos e obrigações na ordem civil”. Segundo o artigo 6º, “a *personalidade*, que o indivíduo adquire ao nascer com vida, termina com a morte”. Ainda de acordo com esse diploma legal, “*incapacidade* é o reconhecimento da inexistência, numa pessoa, daqueles requisitos que a lei acha indispensáveis para que ela exerça os seus direitos”¹².

Na atual legislação brasileira, o juridicamente incapaz perde seus direitos à autonomia e ao manejo de seus bens. Esses direitos são transferidos a uma pessoa escolhida pelo tribunal. Uma pessoa que é considerada absolutamente incapaz não possui a capacidade legal para entrar em qualquer tipo de relação contratual, incluindo o direito ao matrimônio, a votar, a sucessões, a dirigir um veículo motorizado, a consentir ou não com seu tratamento médico e a participar da maior parte das decisões referentes à sua vida.

A nova legislação estabeleceu, em seu artigo 3º, inciso II, que são absolutamente incapazes de exercer os atos da vida civil

KATIA MECLER
LISIEUX E. DE BORBA TELLES
ALEXANDRE MARTINS VALENÇA
SAMANTHA SALEM
LEONARDO FERNANDEZ MEYER

REVISÃO

os indivíduos que, por enfermidade ou doença mental, “não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos”. Percebemos, portanto, importantes mudanças no novo Código: além da substituição da inapropriada expressão “loucos de todo o gênero” e da introdução do elemento cognitivo para o estabelecimento da incapacidade de um adulto, há a inclusão da categoria “causa transitória”, prevista no artigo 3º, inciso III.

A lei também possui previsões para interdição relativa. Nesse dispositivo, ao curador é transferida a autoridade sobre certas decisões, mas os direitos que não forem especificamente concedidos ao curador permanecem com o indivíduo interditado. De acordo com o CCB 2002, em seu artigo 4º, estão incluídos nessa categoria os “ébricos habituais”, os “viciados em tóxicos” e os que por “deficiência mental” tenham a capacidade de discernimento reduzido (inciso II); “os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo” (inciso III); e os “pródigos” (inciso IV). Nesses casos, o juiz poderá atenuar ou limitar a capacidade legal do indivíduo. Atenuar a capacidade legal traduz-se como o indivíduo não sendo absolutamente capaz de exercer os atos da vida civil, incluindo os atos que seriam de seu próprio benefício. Nesse caso, a abrangência da limitação da capacidade legal deve ser definida na própria sentença do juiz.

Os procedimentos processuais para a interdição dos portadores de transtornos mentais estão previstos nos artigos 1.177 e seguintes do Código Processual Civil¹³. O processo inicia-se quando uma pessoa interessada apresenta uma petição inicial, especificando os atos que, a seu ver, revelam a existência de uma anomalia psíquica em alguém e apresentando provas preliminares de sua alegação. Diante desse pedido, obedecendo aos princípios do contraditório e da ampla defesa, o juiz mandará citar o réu para uma audiência na qual ele será interrogado acerca de sua vida, negócios e qualquer outro fato considerado relevante para a avaliação de seu estado mental. Deferido o pedido, serão nomeados o curador à lide e o perito médico para proceder ao exame. Caberá ao réu constituir advogado e (facultativamente) assistente técnico para se defender no processo. Uma vez apresentado o laudo, o juiz marcará audiência de instrução e julgamento, à qual comparecerá o representante do Ministério Público. Após os exames técnico-periciais, tendo o magistrado formado sua convicção favoravelmente ao pedido inicial, será declarada a incapacidade e decretada a interdição por sentença, ocasião em que será nomeado curador para o interdito.

Aos parcial ou totalmente incapazes, será atribuída curatela. Cabe ao curador dos totalmente incapazes sua representação nos atos da vida civil, tomando as iniciativas necessárias ao bem-

estar e aos interesses do curatelado. Cabe ao curador dos relativamente incapazes assisti-los nas decisões que tomarem, orientando-os quando solicitado e vetando-as quando assim considerar apropriado.

FRANÇA

O capítulo do Código Civil Francês intitulado *De la majorité et des majeurs qui sont protégés par la loi*, artigos 488 a 514, introduzido pela Lei 68-5, de 3 de janeiro de 1968, representou a reforma francesa dos direitos dos adultos incapazes e de seus representantes, apresentando medidas suplementares de proteção e promoção dos direitos individuais. Três são as medidas de proteção legal aos incapazes que se aplicam a cada caso, de acordo com a gravidade de sua condição: *sauvegarde de justice*, *tutelle* e *curatelle*^{14,15}. Em março de 2007, a legislação francesa adotou uma nova lei, constituindo nova reforma no sistema de proteção legal de adultos incapazes. Essa reforma que, somente entrou em vigor janeiro de 2009, visava à proteção legal de pessoas com deficiência física ou mental cujos sintomas repercutissem sobre o comportamento de modo contrário aos interesses do paciente. É importante ressaltar que, com a nova lei, o bem-estar do paciente e aspectos de sua vida pessoal seriam alvo de proteção, e não apenas seus bens. A reforma de 2007 também simplifica as três medidas de proteção legal citadas acima.

A *sauvegarde de justice*, ou proteção judicial, é uma medida de segurança aplicada quando uma pessoa necessita de proteção temporária ou necessita ser representada para algum ato específico. Ela não resulta em perda das capacidades legais, mas facilita a anulação de decisões prejudiciais aos interesses do paciente. Essa medida é aplicada a indivíduos portadores de transtornos mentais cujos sintomas repercutem sobre o comportamento de modo contrário aos interesses do paciente, ou que interferem na afirmação de sua vontade. Uma pessoa sob esse regime de proteção poderá indicar um advogado para administrar seus bens. Esta poderá ser também uma medida preliminar enquanto se avalia a necessidade de medidas mais extensas de proteção, como a *curatelle* ou a *tutelle*.

A *curatelle* pode ser aplicada no benefício de um indivíduo que não é completamente incapaz, mas que requer supervisão próxima. Os indivíduos que podem se beneficiar desse tipo de medida usualmente apresentam uma redução em sua capacidade mental ou física que interfere com a afirmação de sua vontade. O sujeito preserva o direito de administrar seus investimentos, embora suas decisões possam ser revisadas ou anuladas por um curador, caso seja provável que, no momento do ato, seu



**KATIA MECLER¹, LISIEUX E. DE BORBA TELLES², ALEXANDRE MARTINS VALENÇA³,
SAMANTHA SALEM⁴, LEONARDO FERNANDEZ MEYER⁵**

¹ Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho e Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto, Rio de Janeiro, RJ. ² Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. ³ Psiquiatria Forense, Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata, Buenos Aires, Argentina. ⁴ IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. ⁵ Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ. ⁶ UFF, Niterói, RJ. ⁷ Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho e Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto, Rio de Janeiro, RJ.

transtorno mental estivesse em atividade. Cabe ao juiz resgatar parcialmente a capacidade legal de uma pessoa incapacitada e validar uma ou mais de suas decisões. Embora o cônjuge seja usualmente apontado como curador (a não ser quando não mais vivem juntos), o juiz pode indicar uma outra pessoa em seu lugar, se houver para tanto alguma forte razão. Uma pessoa colocada sob *curatelle* não pode, sem a assistência de seu curador, participar de qualquer transação que, sob o regime de *curatelle*, necessitaria autorização de um comitê familiar. A *curatelle* tem validade de 5 anos, podendo ser renovada após esse período mediante nova audiência.

Finalmente, a *tutelle* impõe uma proteção legal de acordo com a gravidade da desordem e o grau de incapacidade do paciente. Essa é a opção adequada aos casos em que a pessoa necessita ser representada de um modo contínuo para fazer frente às suas obrigações e interesses legais. O cônjuge da pessoa protegida é usualmente indicado como *tuteur*, exceto quando são separados ou quando o juiz tem alguma forte razão em contrário. Com exceção do cônjuge, descendentes e entidades de direito, ninguém deverá ser *tuteur*. O juiz pode limitar essas medidas de acordo com cada caso. A *tutelle* tem validade de 5 anos, ao fim dos quais se poderá demandar e obter sua substituição.

Uma solicitação de *curatelle* ou *tutelle* pode ser promovida pela própria pessoa, seu cônjuge (exceto quando separados), ascendentes ou descendentes, irmãos ou irmãs, seu *curateur*, ou um promotor. Outros parentes, amigos, o médico assistente ou o diretor de uma instituição médica ou assistencial podem somente informar ao juiz as razões pelas quais acreditam que estaria indicado um regime de proteção. O juiz imporá um regime de proteção tão-somente se o comprometimento físico ou mental for reconhecido por um médico especialista escolhido dentre uma lista organizada pela Promotoria de Justiça. Ao instituir uma *tutelle*, o juiz poderá, a conselho do médico assistente, listar os atos da vida civil em relação aos quais a pessoa sob *tutelle* manterá sua capacidade plena, assim como aqueles que exercerá apenas sob a assistência do *tuteur* ou de outra pessoa atuando sob a responsabilidade deste. Tanto a *curatelle* quanto a *tutelle* devem ser revistas ao final de 5 anos. Não obstante, dentro da nova revisão de 2007, no artigo 477 do Código Civil, foi estabelecido um "mandato para futura proteção", que prevê o direito de um adulto ou menor emancipado que não esteja sob curatela de apontar uma ou algumas pessoas para representar seus direitos caso o próprio venha a desenvolver uma doença que o impossibilite de proteger seus próprios interesses. Em outras palavras, isso possibilita que um indivíduo possa organizar com

antecedência não só a proteção de seus bens assim como decisões de proteção pessoal.

ALEMANHA

Na Alemanha, com a introdução da *Betreuungsgesetz* (Lei do Cuidado), de janeiro de 1992, houve um amplo conjunto de aprimoramentos nos dispositivos anteriores para a proteção e o cuidado das pessoas portadoras de deficiências. Antes disso, uma pessoa declarada legalmente incompetente teria automaticamente suprimidos os direitos a votar, casar-se, testar, gerir um negócio, ou mesmo adquirir legitimamente roupas ou comida^{14,15}.

Com a nova legislação, a declaração de incompetência legal passou a levar em consideração a existência de dificuldades, riscos e habilidades específicas de cada paciente, e a valorizar, tanto quanto possível, suas capacidades e seu direito de autodeterminação.

O tema da proteção legal dos direitos civis dos adultos em desvantagem social é tratado no *Bürgerliches Gesetzbuch*, o Código Civil Alemão, Livro 4, intitulado *Familienrecht* (Direito de Família), Seção 3, *Vormundschaft, Rechtliche Betreuung, Pflégenschaft* (respectivamente, Tutela, Proteção Legal, Curatela) mais especificamente no Título 2, *Rechtliche Betreuung* (da Proteção Legal), que se estende do artigo 1896 ao 1908k.

O artigo 1898 do *Bürgerliches Gesetzbuch* permite a uma Corte de Proteção (*Vormundschaftsgericht*) decidir, mediante requerimento ou *ex officio*, a nomeação de um responsável (*Betreuer*), em caráter parcial ou integral, para um adulto portador de uma doença mental (*psychischen Krankheit*) ou de dificuldades (*Behinderung*) físicas, espirituais ou mentais (*körperlichen, geistigen oder seelischen*). O mesmo pode se dar no caso de deficiência física (*körperlichen Behinderung*) que impeça um adulto de exprimir sua vontade. A alínea 1a do mesmo artigo determina que não se poderá nomear um responsável contra a vontade livre de um adulto (*Volljährigen*).

Assim, um curador é apontado somente para as atividades para as quais ele se faz necessário, e somente se não houver outra alternativa efetiva que torne dispensável a indicação de um representante legal. Como exemplo, podem ser citados os casos nos quais uma pessoa necessita de ajuda somente com os cuidados domésticos ou para uma mudança de residência. Caso necessário, contudo, a Corte de Proteção pode nomear um curador capacitado para cuidar da pessoa e de seus interesses. Se a pessoa a ser colocada sob proteção indicar alguém em particular, a Corte deve respeitar sua decisão, a não ser que a julgue contrária aos interesses do indivíduo. Uma solicitação

ARTIGO DE REVISÃO

KATIA MECLER
LISIEUX E. DE BORBA TELLES
ALEXANDRE MARTINS VALENÇA
SAMANTHA SALEM
LEONARDO FERNANDEZ MEYER

REVISÃO

de que determinada pessoa não seja indicada para essa função também deve ser respeitada. Qualquer documento que expresse o desejo de uma pessoa com respeito à escolha de seu curador deve ser apresentado imediatamente à Corte de Proteção, tão logo se saiba que um processo de curatela está em curso ou que um curador foi indicado.

O médico poderá dar início ao processo de curatela de um paciente apenas se este lhe der permissão, ou então se for da opinião de que o paciente poderá se ferir caso não lhe seja nomeado um responsável.

Se a pessoa para a qual se considera a possibilidade de impor uma proteção não sugerir ela própria alguém para a função, a Corte geralmente considerará para tal papel seu cônjuge ou seus filhos, tendo em mente, contudo, os eventuais conflitos de interesse. O familiar indicado deverá declarar livremente que deseja o encargo. Definida a pessoa do curador, este se obriga a assumir os deveres de proteção em relação à família, à profissão e outras circunstâncias¹⁵.

A Corte pode determinar que mais de uma pessoa exerça as funções de curatela de um mesmo protegido, se isso for necessário para o gerenciamento mais eficiente de seus assuntos pessoais. Nesse caso, os deveres e responsabilidades de cada curador são especificados. A Corte poderá também indicar um curador substituto, para o caso de impedimentos eventuais do titular; necessidade prolongada de afastamento, ou se houver por bem transferir-lhe permanentemente as funções.

Se a proteção não puder ser garantida ao se apontar um ou mais indivíduos, a Corte poderá indicar para a função uma associação civil (uma pessoa jurídica), e, se isso novamente falhar, uma autoridade. A associação escolhida, por sua vez, poderá transferir para indivíduos por ela selecionados os deveres de promover a proteção do interditando. A duração da proteção é determinada pela Corte e não pode ultrapassar o prazo máximo de 5 anos^{14,15}.

Se uma pessoa sob proteção que não perdeu totalmente suas competências legais discordar de alguma decisão tomada pelo responsável, poderá acionar a Corte no sentido de apelar contra a referida decisão. Nos raros casos em que o protegido parecer colocar em perigo a si mesmo ou às suas propriedades, a Corte de Proteção poderá determinar uma "reserva de consentimento". Isso significa que ele somente poderá fazer uma declaração de vontade com o consentimento de seu guardião. Essa medida de proteção é semelhante às medidas criadas para proteger menores de idade quando conduzem transações comerciais e negócios. Uma pessoa que se encontra sob proteção retém o

direito de votar em todos os assuntos, a não ser quando estiver sob proteção completa.

Há uma cláusula que estabelece que um guardião necessita obter autorização antes de encerrar o contrato de aluguel das acomodações do protegido. Essa medida destina-se a protegê-lo dos efeitos adversos da perda de um ambiente no qual ele se sente seguro e de seu círculo de relacionamentos.

Se o cuidador tiver a responsabilidade de administrar os interesses financeiros do protegido, deverá prover à Corte uma lista completa das finanças e bens do protegido. A Corte decidirá quando e com que frequência isso deve ser realizado. Se os guardiões forem parentes, só deverão prover as provas da situação financeira do protegido quando a Corte o requerer – mesmo assim, pelo menos a cada 2 anos. O protegido tem o direito de ver essa lista quando quer que assim o deseje.

O dinheiro deverá ser depositado numa conta que só se poderá acessar com autorização da Corte de Proteção. Os investimentos financeiros só poderão ser realizados com a aprovação da Corte. Se houver uma conta corrente, o cuidador poderá retirar dinheiro sem autorização específica da Corte, desde que não haja mais do que uma determinada quantia na conta (5.000 marcos alemães em 1999). Se o cuidador for o cônjuge ou um familiar do protegido, retiradas mesmo além desse limite podem ser feitas sem autorização específica^{14,15}.

ITÁLIA

A proteção especial italiana aos indivíduos portadores de desvantagens mentais encontra-se prevista no Código Civil Italiano de 2004, no Título XII, intitulado *Delle misure di protezione delle persone prive in tutto od in parte di autonomia*, nos artigos 414 a 432. Com a nova lei *Amministrazione di Sostegno*, foi estabelecida uma mudança expressiva em relação à anterior; prevendo uma intervenção gradual e específica para cada tipo de incapacidade e grau de funcionalidade do beneficiado, aproximando-se da lei alemã *Betreuungsgesetz*^{14,15}. A finalidade dessa reforma, aplicada em situações onde um indivíduo é incapaz parcialmente ou totalmente de cuidar de seus interesses por motivo de doença ou incapacidade permanente, é balancear as necessidades muitas vezes contraditórias de independência e proteção. O objetivo final é permitir o máximo de liberdade em conjunto com a necessária proteção, sempre proporcional ao grau da incapacidade.

Como a *Amministrazione di Sostegno* prevê assistência ao indivíduo incapaz, não é necessário o exame de capacidade mental. Nessa situação, quando se identifica a necessidade de apontar um administrador ou guardião, uma petição é entregue à



**KATIA MECLER¹, LISIEUX E. DE BORBA TELLES², ALEXANDRE MARTINS VALENÇA³,
SAMANTHA SALEM⁴, LEONARDO FERNANDEZ MEYER⁵**

¹ Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho e Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto, Rio de Janeiro, RJ. ² Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Psiquiatria Forense, Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata, Buenos Aires, Argentina. ³ IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ. ⁴ UFF, Niterói, RJ. ⁵ Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho e Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto, Rio de Janeiro, RJ.

Corte de curatela, e uma audiência é estabelecida com um juiz e o beneficiado. Durante essa audiência, é então estabelecido o grau de incapacidade, sempre levando em consideração o bem-estar do beneficiado de acordo com sua personalidade.

A petição pode ser feita pela pessoa que deseja ser o administrador, seja ela cônjuge, parente de até quarto grau, parente do cônjuge de até segundo grau ou procurador legal. Não obstante, o serviço médico que identificar a necessidade de apontar um administrador tem o dever de solicitar a indicação de um guardião/administrador:

Anualmente, um relatório deve ser enviado ao juiz estabelecendo o que foi feito durante o ano e se há alguma mudança no quadro do beneficiado. Se o guardião ou administrador estiver morando com o beneficiado, não há prazo de validade para a *Amministrazione di Sostegno*; caso contrário, a medida não pode durar mais de 10 anos e/ou não deve ultrapassar o período estabelecido pelo juiz previamente^{14,15}.

ESTADOS UNIDOS

Com base na lei civil romana e na *Common Law* inglesa, a maioria dos estados federados apresenta suas próprias leis com respeito à guarda de menores e de incapazes, as quais têm sido revisadas nos últimos 20 anos.

A *Uniform Guardianship and Protective Proceedings Act* (Lei Processual Uniforme de Guarda e Proteção), de 1997, substituiu o texto legal anterior, de nome semelhante, que havia sido aprovado pela Conferência Nacional de Comissários para Leis Estaduais Uniformes (1982). Em 2007, a *Uniform Guardianship and Protective Proceedings Act* foi revisada no sentido de estabelecer regras de jurisdição, haja vista a existência de 50 leis diferentes de curatela, já que cada estado americano pode estabelecer sua própria legislação. A lei revisada em 1997, semelhante na maioria dos estados, baseia-se na lei antiga e em outras revisões promovidas pelos estados. Ela estabelece que a *guardianship* (guarda, proteção) e a *conservatorship* (curadoria) sejam indicadas apenas quando inexistir alternativa menos constrangedora, inclusive através do emprego de meios tecnológicos de auxílio, que seja efetiva para as necessidades identificadas do réu¹⁶.

Existem duas formas básicas de *guardianship*, as quais dependem da capacidade para tomar decisões da pessoa deficiente (*disabled*): a Guarda da Pessoa e a Guarda dos Bens. A Corte pode determinar uma guarda limitada, que se aplica tão-somente a certas decisões financeiras ou sobre cuidados pessoais. A Corte poderá ainda optar por uma guarda mais ampla, geralmente com poder para tomar todo tipo de decisões sobre cuidados pessoais

e/ou financeiros da pessoa deficiente.

Já a Guarda da Pessoa é adotada pela Corte quando um indivíduo deficiente está incapacitado para tomar ou comunicar decisões responsáveis em relação às suas necessidades pessoais. Esse guardião decidirá acerca de tratamentos médicos, lugar de moradia, serviços sociais e outras necessidades.

A Corte determina um guardião de bens ou um curador de propriedades (*conservator over properties*) quando uma pessoa deficiente é incapaz de tomar ou comunicar decisões responsáveis em relação à administração de seus bens ou de suas finanças. A prolação de uma sentença protetora não determina a incapacidade da pessoa protegida. O guardião subordinará à supervisão da Corte suas decisões sobre as finanças do protegido e as cautelas tomadas quanto à sua renda e seus investimentos.

Segundo o *Uniform Guardianship and Protective Proceedings Act* (1997), "pessoa incapaz" refere-se ao indivíduo que, por razões outras do que ser um menor de idade, encontra-se incapaz de receber e avaliar informações, tomar ou comunicar decisões, com uma tal gravidade que falta ao indivíduo a capacidade de prover a si mesmo as necessidades essenciais para sua saúde física, segurança ou autocuidado, mesmo com a assistência tecnológica apropriada.

Qualquer pessoa interessada no bem-estar do adulto presumidamente incapaz pode requerer a sua guarda. A petição deve ser completa e abrangente, contendo as informações pessoais tanto do requerente como do interditando. Se algum guardião ou representante for sugerido, suas informações pessoais e as razões pelas quais ele foi recomendado devem ser igualmente adicionadas. Devem constar ainda as razões e o tipo de proteção sugerida (se limitada ou ilimitada). Justificações suplementares, por meio de uma breve descrição da natureza e da gravidade da suposta incapacidade do réu, podem também ser acrescentadas. Um membro da família pode peticionar para ser nomeado guardião ou para ter prioridade na escolha caso o juiz decida pela necessidade de proteção. Contudo, o juiz é livre para escolher o melhor guardião possível para os interesses e necessidades do protegido, independentemente de vínculos familiares ou sociais.

O juiz indicará, preliminarmente, uma data e horário para que um examinador treinado avalie o réu em sua moradia. Nessa visita, será verificada a suposta incapacidade (limitada aos elementos alegados na petição) e a consistência do requerimento de guarda, se é necessária uma avaliação profissional suplementar e se o réu tem os meios para contratar um advogado.

Se o juiz determinar uma avaliação forense, o réu terá de

ARTIGO DE REVISÃO

KATIA MECLER
LISIEUX E. DE BORBA TELLES
ALEXANDRE MARTINS VALENÇA
SAMANTHA SALEM
LEONARDO FERNANDEZ MEYER

REVISÃO

ser examinado por um médico, psicólogo ou outro profissional indicado pela Corte que seja qualificado para avaliar a suposta deficiência do réu.

Para fins de se estabelecer os limites de uma curatela, um *expert* apresentará um relatório com uma descrição da natureza, tipo e extensão das limitações cognitivas e funcionais específicas do réu, uma avaliação de suas condições físicas e mentais, de suas habilidades sociais, bem como, se apropriado, dos seus potenciais educacionais e adaptativos, do seu prognóstico e da recomendação de um plano de tratamento ou reabilitação apropriado.

A assistência de um advogado pode ser instituída para o indivíduo se requerida por ele próprio, pelo *expert* ou, *ex officio*, pelo juiz. Um guardião temporário poderá ser nomeado pela Corte durante o período do requerimento da guarda até a conclusão do processo, quando se decidirá sobre a necessidade da manutenção da proteção.

São anuláveis quaisquer transações conflitantes envolvendo a proteção dos interesses pessoais ou econômicos do protegido, a não ser quando expressamente autorizadas pela Corte, após notificação às pessoas interessadas.

Discussão

Estudos comparados das legislações de diferentes países nos facultam considerar soluções legais que nossos próprios sistemas não haviam anteriormente contemplado, sopesar vantagens e desvantagens do nosso sistema jurídico frente a outros e melhor compreender nosso próprio sistema. A publicação de pesquisas comparadas torna possível o diálogo entre sociedades, culturas legais e, até certo ponto, encoraja a cooperação e mútua compreensão internacional. Infelizmente, até o momento, é escassa a literatura que faz uso dos métodos do direito comparado no campo das leis referentes à curatela.

De acordo com Blankman⁶, o sistema brasileiro de curatela delimita-se com poucas palavras, é claro: preciso e inflexível. Faltariam ao nosso sistema soluções ajustáveis caso a caso. Além disso, não existiria qualquer reconhecimento da autonomia de um adulto, uma vez colocado este aos cuidados de um curador.

No Brasil, Itália e França, a legislação enfatiza o papel dos familiares, preferindo escolher entre eles os indicados para os encargos da curatela. O adulto protegido pelo instituto alemão *Betreuung*, como também se dá na legislação norte-americana, é mais respeitado em sua autonomia e competências, inclusive ao poder indicar o melhor curador para suas necessidades. A Corte escolherá o curador somente se o paciente não puder

ele mesmo indicá-lo ou se não puder expressar livremente sua vontade. Em todas as jurisdições aqui analisadas, autoridades do Estado poderão ser judicialmente indicadas como responsáveis por um adulto incapacitado.

CONCLUSÕES

O CCB tem-se mostrado o mais atrasado dentre os analisados nesse sentido. O texto legal brasileiro segue com 100 anos de atraso em relação à nomenclatura empregada, à sistematização dos casos, e às suas implicações psicossociais e técnico-jurídicas, traduzindo negligência em relação aos desenvolvimentos recentes nos domínios da patologia, terapêutica e cuidados sociais no campo da saúde mental e, principalmente, no campo da bioética¹⁷.

Valores éticos centrais conflitam entre si no campo da curatela no que concerne aos direitos de segurança e proteção, de um lado, e de autonomia e autodeterminação, de outro. O CCB 2002, especificamente, ao adotar uma solução legal do tipo “tudo ou nada” para os indivíduos que apresentam transtornos mentais menos graves, falhou em reconhecer que adultos vulneráveis podem reter competências para tomar adequadamente certos tipos de decisões, mesmo que tais competências faltem para outra classe de escolhas^{18,19}.

O novo CCB, apesar de avançar em muitos sentidos, pode ser criticado por não levar em consideração os recentes avanços sociais, legais e terapêuticos, e por manter um foco sobre as questões de controle e de proteção, que é mais ambivalente do que dual.

A globalização tem trazido as legislações e culturas jurídicas de diferentes povos a um contato mais direto, frequente e íntimo, mas também mais complicado e tenso. Naturalmente, esse contato encoraja a produção de estudos de direito comparado e o usufruto do potencial deste para ampliar substancialmente os horizontes das práticas jurídicas, produzindo soluções sociais, éticas e técnicas inovadoras, a serviço do bem-estar e da dignidade dos cidadãos, razão de ser do Estado democrático²⁰.

Correspondência:

Katia Mecler
Rua Visconde de Pirajá, 547, sala 1118
22410-900 - Rio de Janeiro, RJ
E-mail: katia@mecler.com.br

Fontes de financiamento e conflitos de interesse inexistentes.



¹ Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho e Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto, Rio de Janeiro, RJ. ² Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. ³ Psiquiatria Forense, Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata, Buenos Aires, Argentina. ⁴ IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. ⁵ Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ. ⁴ UFF, Niterói, RJ. ⁵ Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho e Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto, Rio de Janeiro, RJ.

Referências

1. Doron I. Elder guardianship kaleidoscope--a comparative perspective. *Int J Law Policy Family*. 2002;16:368-98.
2. Gordon RM. Adult protection legislation in Canada. Models, issues, and problems. *Int J Law Psychiatry*. 2001;24:117-34.
3. Gordon R. The emergence of assisted (supported) decision-making in the Canadian law of adult guardianship and substitute decision-making. *Int J Law Psychiatry*. 2000;23:61-77.
4. Kapp MB. Proxy decision making in Alzheimer disease research: durable powers of attorney, guardianship, and other alternatives. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 1994;8:28-37.
5. Carney T, Tait D. Caught between two systems? Guardianship and young people with a disability. *Int J Law Psychiatry*. 1998;20:141-66.
6. Blankman K. Guardianship models in the Netherlands and western Europe. *Int J Law Psychiatry*. 1997;20:47-57.
7. Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med*. 1988;319:1635-8.
8. Brasil, Código civil. Lei 3.071/16. Diário Oficial da União, 01 janeiro 1916. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3071impressao.htm
9. Araújo DS. A influência de Teixeira de Freitas no Brasil e no mundo [Internet]. *Jus Navigandi*. 2000;43. 2010 Jul [cited 2014 Sep 18]. <http://jus.com.br/artigos/1907/a-influencia-de-teixeira-de-freitas-no-brasil-e-no-mundo>
10. Rodrigues S. Direito civil. São Paulo: Saraiva; 2007. vol I.
11. Brasil, Código civil. Lei 10.406/02. Diário Oficial da União, 10 janeiro 2002. <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/11/2002/10406.htm>
12. Rodrigues S. Direito civil atual. São Paulo: Saraiva; 2002. vol. 4.
13. Brasil, Código de processo civil. Lei 5.869/73. Diário Oficial da União, 17 janeiro 1973. <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-5869-11-janeiro-1973-357991-norma-pl.html>
14. Alzheimer Europe. Legal capacity and proxy decision making [Internet]. 2011 [cited 2014 Jul 7]. <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Legal-capacity-and-proxy-decision-making>
15. Alzheimer Europe. [web site]. 2007 [2014 Jul 7]. <http://www.alzheimer-europe.org/index.php?lm4=997CB4D43373>
16. Uniform Laws Commission. Adult guardianship and protective proceedings jurisdiction act [Internet]. 2007 [2014 Aug 20]. <http://www.uniformlaws.org/Act.aspx?title=Adult%20Guardianship%20and%20Protective%20Proceedings%20Jurisdiction%20Act>
17. Fridman S, Mendlowicz MV, Mecler K, Moraes T. Capacidade mental legal: revisão comparada da legislação internacional. *Arq Bras Psiquiatr Neurol Med Legal*. 2002;80-1:31-9.
18. Taborda J, Abdalla-Filho E, de Moraes T, Mecler K. Avaliação da capacidade civil. In: Taborda J, Abdalla-Filho E, Chalub M, editores. *Psiquiatria forense*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 205-19.
19. Borba Telles LE, Molina-Ojeda VX, Garabito-Garcia GE, Sepúlveda-Marshall E, Taborda J. In: Taborda J, Abdalla-Filho E, Chalub M, editores. *Psiquiatria forense*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 590-604.
20. Doron I. Aging in the shadow of the law: the case of elder guardianship in Israel. *J Aging Soc Policy*. 2004;16:59-77.

HEWDY LOBO RIBEIRO, JOEL RENNO JR., RENATA
DEMARQUE, JULIANA PIRES CAVALSAN, RENAN
ROCHA, AMAURY CANTILINO, JERÔNIMO DE ALMEIDA
MENDES RIBEIRO, GISLENE VALADARES,
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

ASPECTOS GÊNERO-ESPECÍFICOS DA AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA FORENSE FEMININA

GENDER-SPECIFIC ASPECTS OF FEMALE FORENSIC PSYCHIATRIC EVALUATION

Resumo

A psiquiatria forense é a especialidade médica que realiza o diálogo entre a psiquiatria e o direito. Quanto aos aspectos relacionados ao gênero, alguns temas têm recebido destaque na literatura acadêmica da psiquiatria forense: a Lei Maria da Penha, principalmente para a avaliação dos danos psíquicos decorrentes da violência psicológica; o infanticídio, caracterizado pelo estado puerperal da mãe; o filicídio, que pode ou não ser decorrente de transtorno mental materno; e os transtornos mentais perinatais, em especial a disforia pós-parto, a depressão maior perinatal e o transtorno psicótico perinatal. Profissionais devem estar atentos ao nexo de causalidade entre transtorno mental e o ato ou omissão da mulher e sua capacidade de entendimento e determinação diante do evento.

Palavras-chave: Psiquiatria forense, gênero, avaliação psiquiátrica.

Abstract

Forensic psychiatry is the medical specialty that brings together psychiatry and law. With regard to gender-related issues, some topics have been the subject of attention in the academic literature of forensic psychiatry, e.g.: the Maria da Penha law, used mainly to assess psychiatric damage resulting from psychological violence; infanticide, characterized by the puerperal state of the mother; filicide, which may or may not be a result of maternal mental illness; and perinatal mental disorders, especially postpartum dysphoria, perinatal major depression, and postpartum psychosis. Mental health professionals should be alert to the presence of a causal relationship between mental disorders and the mother's action or omission, as well as her understanding and self-determination skills while facing the event.

Keywords: Forensic psychiatry, gender, psychiatric evaluation.

INTRODUÇÃO

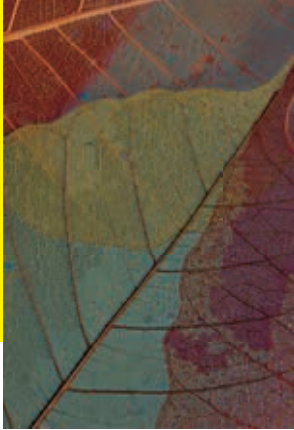
A psiquiatria forense é a área da medicina que proporciona o diálogo entre a psiquiatria e o direito¹. O profissional médico que atua nessa interface deve, além de possuir conhecimentos técnicos em psiquiatria, conhecer o vocabulário jurídico e as leis nacionais que impactam pessoas com transtornos mentais².

Entre os papéis do psiquiatra forense está a avaliação psiquiátrica pericial. O psiquiatra, no papel de perito, nomeado pela autoridade do juiz, deve auxiliar a justiça por possuir conhecimentos técnicos e científicos na área da psiquiatria. A perícia psiquiátrica é o processo em que o perito avalia o indivíduo, periciando a partir de metodologias de investigação psiquiátrica, para esclarecer ao juiz, ou a outro agente jurídico ou participante do caso, questões do avaliado referentes à saúde mental. As informações resultantes da avaliação psiquiátrica forense poderão servir como base para a decisão judicial³.

Alguns conceitos importantes para a discussão da psiquiatria forense no presente artigo são os de inimizabilidade, capacidade de entendimento e capacidade de determinação. A inimizabilidade refere-se à condição de ser isento de pena¹. Segundo o Código Penal, em seu artigo 26⁴:

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.

O conceito de capacidade de entendimento corresponde ao aspecto cognitivo do indivíduo, ou seja, se ele é capaz de compreender que sua ação ou omissão é reprovada, ilícita⁵. Já o conceito de capacidade de determinação corresponde ao aspecto volitivo do sujeito, de ser ele capaz de dirigir sua



HEWDY LOBO RIBEIRO¹, JOEL RENNO JR.¹, RENATA DEMARQUE¹, JULIANA PIRES CAVALSAN¹, RENAN ROCHA², AMAURY CANTILINO³, JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO⁴, GISLENE VALADARES⁵, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA⁶

¹ ProMulher, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP), São Paulo, SP.

² Serviço de Saúde Mental da Mulher, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC.

³ Programa de Saúde Mental da Mulher, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. ⁴ Grupo de Psiquiatria: Transtornos Relacionados ao Puerpério, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS. ⁵ Serviço de Saúde Mental da Mulher, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG. ⁶ Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Brasília, DF.

conduta, resistir a seus impulsos, de acordo com as leis⁵.

Um dos principais desafios encontrados pelo psiquiatra forense é o fato de a avaliação com o periciando não acontecer no momento do fato, ou seja, ela ocorre somente algum tempo depois do fato. Essa dificuldade pode ser amenizada através do conhecimento do perito sobre o transtorno mental a ser avaliado e da leitura dos autos do processo e entrevistas com pessoas envolvidas no evento⁶.

Vale ressaltar que, em geral, a psiquiatria forense avalia a doença psiquiátrica e suas consequências, não focando especificamente nas diferenças de gênero. Contudo, na legislação brasileira, a Lei Maria da Penha e o infanticídio são especialmente direcionados para o gênero feminino e se relacionam diretamente com psiquiatria forense⁷. Os transtornos mentais no pós-parto também são importantes, por estarem relacionados à mulher na psiquiatria e por apresentarem relevância no âmbito forense, inclusive permeando a discussão do infanticídio, filicídio e violência contra a mulher, como se verá a seguir.

LEI MARIA DA PENHA

Apesar de a psiquiatria forense atuar nas diversas áreas da justiça, como família, trabalho e civil, a literatura tem abordado principalmente questões da área penal, especialmente casos de violência. Sabe-se que a violência atinge principalmente populações mais vulneráveis, como crianças, adolescentes, mulheres, idosos, deficientes e doentes mentais, trazendo prejuízos biopsicossociais a esses indivíduos^{3,8}.

A violenta história de Maria da Penha Maia Fernandes culminou com um marco de conquista na legislação brasileira contra a violência doméstica e familiar contra a mulher: a Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha⁹.

Segundo o artigo 5º da Lei 11.340/2006:

Para os efeitos desta lei, configura violência doméstica e familiar contra mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial.

Assim, as violências física, psicológica, sexual, patrimonial e moral estão contempladas por esta lei¹⁰.

Para a área da psiquiatria forense, a contribuição está na avaliação da violência psicológica contra a mulher, uma vez que os prejuízos estão presentes na subjetividade⁷. Nesses

casos, não há evidência física, apenas o relato do trauma ou dano psíquico, ou seja, um prejuízo emocional que compromete gravemente o indivíduo após uma situação traumática. A avaliação forense deverá estabelecer se há relação entre esse dano psíquico e o evento vivenciado – aqui, a violência psicológica³.

Em seu artigo 7º, a Lei Maria da Penha define como violência psicológica:

(...) qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.

Durante a avaliação psiquiátrica forense, deve ser investigado se essas formas de violência psicológica estão presentes nas relações domésticas da pericianda. Quando o relato da avalianda não é suficiente, outras formas de coleta de dados ou evidências são possíveis, como a entrevista com pessoas que presenciaram a violência; avaliação de provas por escrito (bilhetes, cartas, e-mails, entre outros); avaliação dos impactos na vida familiar, escolar e/ou profissional da mulher. Finalmente, se houver necessidade, é possível solicitar à justiça autorização para escuta telefônica do agressor⁷.

INFANTICÍDIO

O infanticídio é um crime praticado pela mulher com prejuízo no entendimento do caráter ilícito de seu ato devido ao estado puerperal. Segundo o Código Penal, em seu artigo 123, o infanticídio consiste em “matar, sob a influência do estado puerperal, o próprio filho, durante o parto ou logo após: pena - detenção, de 2 a 6 anos”. Vale ressaltar que, para o homicídio simples, o Código Penal postula, em seu artigo 121, uma pena maior do que para o infanticídio: “matar alguém: pena - reclusão de 6 a 20 anos”.

Esse estado puerperal está relacionado com as alterações da mulher no período pós-parto, que podem impactar suas funções psíquicas e, portanto, sua capacidade de entender o caráter dos seus atos. Na literatura médica, o chamado

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

HEWDY LOBO RIBEIRO, JOEL RENNO JR., RENATA DEMARQUE, JULIANA PIRES CAVALSAN, RENAN ROCHA, AMAURY CANTILINO, JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO, GISLENE VALADARES, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

ARTIGO

estado puerperal não é descrito, devendo-se avaliar as possibilidades entre os transtornos mentais no pós-parto^{7,11}.

Além da presença de “doença mental”, é necessário também que haja perda da capacidade cognitiva e/ou volitiva da mãe. Diante disso, a perícia forense é essencial para a caracterização do estado da mulher no momento da ação ou omissão.

Também se deve observar que a lei coloca “durante o parto ou logo após”, ou seja, não delimita o tempo para que se caracterize o infanticídio, permitindo análises individuais de acordo com a perícia psiquiátrica¹².

Outros dois pontos que devem ser avaliados na perícia são o homicídio da criança na ausência do estado puerperal e o homicídio em razão de uma doença mental, e não devido ao estado puerperal⁷. Em ambos os casos, não se caracteriza o infanticídio, e sim o filicídio, descrito a seguir.

FILICÍDIO

Quando fora do estado puerperal, o filicídio, ou seja, o assassinato de filhos pela mãe, é compreendido pelo Código Penal em seu artigo 121 como homicídio.

A presença de transtornos mentais em quem comete esse tipo de crime tem sido investigada por diversos autores. Nos casos em que se suspeita da integridade mental da mãe, o juiz poderá solicitar a perícia de avaliação da sanidade mental para avaliar a responsabilidade penal da mulher filicida¹³. Caso seja identificado homicídio devido a um transtorno mental, a mulher será caracterizada como inimputável, de acordo com o artigo 26 do Código Penal, citado anteriormente. Nesse caso, caberá ao juiz determinar a medida de segurança, uma vez que a mãe não deverá ser responsabilizada pelo crime.

Segundo Telles et al., sabe-se que o filicídio pode ser evitado quando a doença psiquiátrica da mãe é adequadamente diagnosticada e tratada.

TRANSTORNOS MENTAIS DO PÓS-PARTO

Os principais transtornos mentais associados ao puerpério são: disforia puerperal ou *blues*, a depressão pós-parto e a psicose pós-parto¹⁴.

A disforia puerperal é caracterizada por leve alteração do humor depressivo, tendo início nos primeiros dias do pós-parto, e uma exacerbação dos sintomas entre o quarto ou quinto dia após o nascimento da criança. A remissão é completa e espontânea, em no máximo 2 semanas. Entre os principais sintomas estão choro fácil, labilidade

afetiva, irritabilidade e comportamento hostil com pessoas próximas¹⁴.

A depressão pós-parto é caracterizada de acordo com a depressão maior, como em qualquer momento da vida, porém o início dos sintomas deve ocorrer nas 4 semanas após o parto¹⁵. A 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) traz o conceito de episódios do periparto, pois 50% dos sintomas de depressão maior pós-parto iniciam de fato durante a gestação¹⁵.

A psicose pós-parto é caracterizada como grave e rara. O infanticídio é muitas vezes associado a esse quadro, por alucinações que comandam o assassinato da criança, ou ainda delírios de que o bebê está possuído¹⁵. Porém, a psicose no periparto nem sempre apresenta delírios ou alucinações específicos. Segundo o DSM-5, esse tipo de transtorno ocorre principalmente em primíparas, sendo a frequência de 1 em 500 a 1 em 1.000 partos. O risco é aumentado em mulheres que já apresentaram o quadro anteriormente, em outros partos, em mulheres com histórico de episódios de humor, de transtorno depressivo ou bipolar.

O DSM-5¹⁵ aborda, na seção do transtorno bipolar e transtornos depressivos, o especificador com início no periparto. Esse especificador pode ser aplicado ao episódio depressivo maior ou ao episódio mais recente de mania, hipomania ou depressão maior no transtorno bipolar I ou transtorno bipolar II, ou ainda a um transtorno psicótico breve. A menção ao tempo indica início ocorrendo durante a gestação ou nas 4 primeiras semanas do período pós-parto.

Na 10ª edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-10), a depressão pós-parto e a psicose puerperal são classificadas na seção F53 -Transtornos mentais e de comportamento associados ao puerpério, não classificados em outros locais, tendo o início dentro de 6 semanas após o parto¹⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deve-se sempre lembrar que, em uma avaliação psiquiátrica forense, o perito irá verificar, além da presença de transtorno mental no momento do fato, o nexo causal deste com o fato ocorrido, e qual seu impacto no entendimento e na determinação da mulher diante de seus atos. Sabe-se da dificuldade em lidar com a lacuna de tempo entre o evento e o exame pericial, e por isso é necessário profundo conhecimento técnico sobre transtornos mentais e sobre o caso a ser avaliado.



HEWDY LOBO RIBEIRO¹, JOEL RENNO JR.¹, RENATA DEMARQUE¹, JULIANA PIRES CAVALSAN¹, RENAN ROCHA², AMAURY CANTILINO³, JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO⁴, GISLENE VALADARES⁵, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA⁶

¹ ProMulher, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP), São Paulo, SP.

² Serviço de Saúde Mental da Mulher, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC.

³ Programa de Saúde Mental da Mulher, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. ⁴ Grupo de Psiquiatria: Transtornos Relacionados ao Puerpério, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS. ⁵ Serviço de Saúde Mental da Mulher, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG. ⁶ Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Brasília, DF.

Diante da complexidade dessas avaliações psiquiátricas, vale ressaltar a importância de avaliações multidisciplinares da mulher no contexto forense. A psicologia e a neuropsicologia podem contribuir para aumentar a profundidade e a confiabilidade das avaliações, oferecendo bases mais amplas para as decisões judiciais¹⁷.

Por fim, diante da possibilidade de diminuição da ocorrência da violência, destaca-se a relevância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado ao indivíduo com doença mental grave.

Correspondência:

Joel Rennó Jr.
Rua Teodoro Sampaio, 352, cj 127
05406-000 - São Paulo, SP
E-mail: rennojrr@terra.com.br

Fontes de financiamento e conflitos de interesse inexistentes.

Referências

1. Chalub M. Medicina forense, psiquiatria forense e lei. In: Taborda JGV, Abdalla-Filho E, Chalub M. Psiquiatria forense. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
2. Palomba GA. Tratado de psiquiatria forense civil e penal. São Paulo: Atheneu; 2003.
3. de Pádua SA, de Barros DM. Avaliação forense de meninas em conflito com a lei, vítimas de maus tratos e de abuso sexual. In: Lobo RH, Renno J Jr. Tratado de saúde mental da mulher. São Paulo: Atheneu; 2012.
4. Brasil, Casa Civil. Decreto-lei 2.848/1940. Diário Oficial da União, 31 dezembro 1940. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm
5. Taborda JGV, Chalub M. Perícia de imputabilidade penal. In: Taborda JGV, Abdalla-Filho E, Chalub M. Psiquiatria forense. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
6. Abdalla-Filho E, Ribeiro HL, Cabral ACJ. Psiquiatria forense aplicada à dependência química. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 437-43.
7. Lobo RH, Terrell A, Cabral ACJ. Particularidades na avaliação psiquiátrica-forense da mulher. In: Lobo RH, Renno J Jr. Tratado de saúde mental da mulher. São Paulo: Atheneu; 2012.
8. Anderson TR, Aviles AM. Diverse faces of domestic violence. *ABNF J.* 2006;17:129-32.
9. Brasil, Portal Brasil. Maria da Penha. 2012 abr 05 [cited 2014 Jun 19]. <http://www.brasil.gov.br/governo/2012/04/maria-da-penha-1>
10. Brasil, Casa Civil. Lei nº 11.340/2006. Diário Oficial da União, 8 agosto 2006. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm
11. Barros DM, Vasconcelos AJA. Infanticídio: aspectos clínicos e forenses. In: Vasconcelos AJA, Teng CT. Psiquiatria perinatal. São Paulo: Atheneu; 2010. p. 155-68.
12. Fragoso HC. Lições de direito penal. Parte geral. Rio de Janeiro: Forense; 2003.
13. Telles LEB, Soroka P, Menezes RS. Filicídio: de Média a Maria. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2008;30:81-4.
14. Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Rennó Joel Jr. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev Psiq Clin.* 2010;37:288-94.
15. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5). Porto Alegre: Artmed; 2014.
16. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed; 1993.
17. Serafim AP, Barros DM. Interdisciplinary evaluation: interface between psychiatry and forensic psychology. *J Bras Psiquiatr.* 2014;63:86-7.
14. Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Rennó Joel Jr. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev Psiq Clin.* 2010;37:288-94.
15. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5). Porto Alegre: Artmed; 2014.
16. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed; 1993.
17. Serafim AP, Barros DM. Interdisciplinary evaluation: interface between psychiatry and forensic psychology. *J Bras Psiquiatr.* 2014;63:86-7.

FIQUE POR DENTRO DAS NOVIDADES QUE ACABARAM DE CHEGAR!



Casos Clínicos do DSM-5
John W. Barnhill



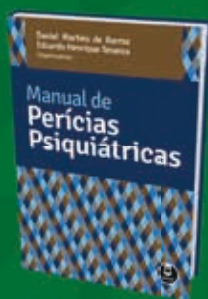
Guia para o Exame Diagnóstico Segundo o DSM-5
Abraham M. Nussbaum



Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade
Antonio Egídio Nardi, João Quevedo e Antônio Geraldo da Silva (Orgs.)



Esquizofrenia
Antonio Egídio Nardi, João Quevedo e Antônio Geraldo da Silva (Orgs.)



Manual de Perícias Psiquiátricas
Daniel Martins de Barros e Eduardo Henrique Teixeira (Orgs.)



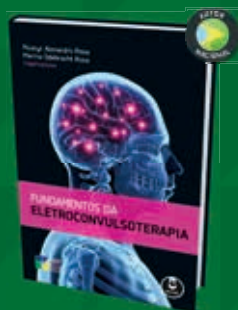
Transtornos Psiquiátricos Resistentes ao Tratamento
André Ferrer Carvalho, Antonio Egídio Nardi e João Quevedo (Orgs.)



Integrando Psicoterapia e Psicofarmacologia
Irismar Reis de Oliveira, Thomas Schwartz e Stephen M. Stahl (Orgs.)



Manual de Farmacologia Psiquiátrica de Kaplan e Sadock - 6.ed.
Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock e Norman Sussman



Fundamentos da Eletroconvulsoterapia
Moacyr Alexandro Rosa e Marina Odebrecht Rosa (Orgs.)



Fundamentos do Diagnóstico Psiquiátrico
Allen Frances



Psicoterapia de Orientação Analítica - 3.ed.
Cláudio Laks Eizirik, Rogério Wolf de Aguiar e Sidnei S. Schestatsky (Orgs.)



A Clínica Psicanalítica das Psicopatologias Contemporâneas - 2.ed.
Gley P. Costa e colaboradores

LEMBRE-SE: ASSOCIADO ABP TEM 20% DE DESCONTO!

Para acessar o desconto, compre pelo SAC 0800 703 3444 ou na página www.grupoa.com.br/site/abp

Conheça todo o catálogo: www.grupoa.com.br

ALESSANDRA DIEHL
DENISE LEITE VIEIRA
JAIR DE JESUS MARI

A CID-11 NÃO RECONHECERÁ POSSIBILIDADES DE PATOLOGIZAÇÃO DA HOMOSSEXUALIDADE

THE ICD-11 WILL NOT RECOGNIZE POSSIBILITIES TO PATHOLOGIZE HOMOSEXUALITY

Resumo

A Organização Mundial de Saúde (OMS) está em processo de revisão da Classificação Internacional de Doenças e dos Problemas Relacionados à Saúde, atualmente na sua 10ª versão (CID-10). Várias mudanças vêm sendo propostas para as condições relacionadas à sexualidade e à saúde sexual, sendo que uma delas é a total eliminação de todas as categorias do código F66 (transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação) existentes na CID-10. Isso porque se acredita que a atual versão tende a patologizar uma resposta normal do desenvolvimento e gerar mais estigma, discriminação social e possíveis idiosincrasias terapêuticas. Soma-se a isso o fato de que nenhuma dessas categorias apresentou relevância ou utilidade clínica. O objetivo deste artigo é proporcionar atualização sobre essa proposta de revisão para a CID-11 dentro do contexto da compreensão científica atual sobre a orientação sexual humana.

Palavras-chave: Homossexualidade, orientação sexual, classificação internacional das doenças.

Abstract

The World Health Organization (WHO) is in the process of revising the International Classification of Diseases and Related Health Problems, currently in its 10th version (ICD-10). Several changes have been proposed in the conditions related to sexuality and sexual health, including the elimination of all categories of the F66 code (psychological and behavioral disorders associated with sexual development and orientation) present in ICD-10. It is believed that the

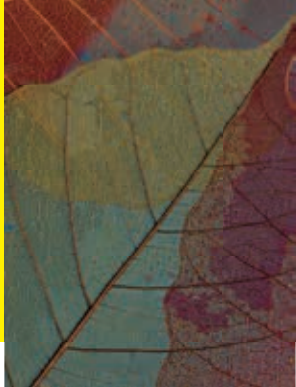
current version tends to pathologize a normal developmental response and generate more stigma, social discrimination, and possible therapeutic idiosyncrasies. In addition, none of these categories has shown clinical relevance or usefulness. The purpose of this article is to present an update on the proposed revisions to ICD-11 within the context of current scientific understanding of human sexual orientation.

Keywords: Homosexuality, sexual orientation, international classifications of diseases.

INTRODUÇÃO

Historicamente, a homossexualidade não era descrita na literatura médica ou psiquiátrica como uma categoria específica até o início dos anos 1870. O movimento psiquiátrico e a incipiente psicanálise colocaram a homossexualidade em um foco especial de interesse, buscando teorias que explicassem a gênese da homossexualidade, assim como terapias de “cura” ou “conversão para a heterossexualidade”¹. Embora Freud não fosse claro ao considerar a homossexualidade como algo patológico ou derivado de doença mental, suas publicações a respeito do tema foram extensas e, muitas vezes, contraditórias, sugerindo sempre a existência de fatores psicodinâmicos na causalidade dessa orientação sexual². Entre as causas, citam-se a maneira como as mães criavam seus filhos, medos relacionados ao sexo oposto e processos de identificação de objeto na infância^{1,3}.

Psicanalistas europeus e psiquiatras comportamentais americanos publicaram artigos e livros a respeito da homossexualidade, principalmente em homens, conferindo muitas vezes um cunho de imoralidade e de ilegalidade a



ALESSANDRA DIEHL¹, DENISE LEITE VIEIRA², JAIR DE JESUS MARI³

¹ Psiquiatra. ² Psicóloga. ³ Psiquiatra. Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP.

essa questão. Quase todos os autores assumiam o caráter psicopatológico da homossexualidade e procuravam pelas causas desta. A homossexualidade foi, então, considerada por muitos e muitos anos como uma doença ou um desvio; por conseguinte, vários tipos de tratamentos, dos mais bizarros, foram propostos para “curar gays”, ou seja, estimulá-los a retornar para a heterossexualidade. Esses tratamentos incluíam as chamadas terapias elétricas aversivas, com eletrochoque, exposição a fotos de vômitos, utilização de medicações como a apomorfina, a “terapia da *playboy*”, na qual homens *gays* deveriam se masturbar vendo fotos de mulheres nuas, ou, ainda, a implantação de eletrodos no cérebro do homossexual masculino com a finalidade de estimulá-lo enquanto este era seduzido por uma prostituta. Até procedimentos cirúrgicos, com castração unilateral e transplante do tecido testicular de um homem heterossexual, foram tentados, obviamente todos sem sucesso¹.

A mudança de visão sobre a homossexualidade como uma variação normal da expressão da sexualidade humana, do afeto amoroso e da direção do desejo sexual teve início com os famosos estudos do biólogo norte-americano Alfred Kinsey, na década de 1950. O Dr. Kinsey examinou, através de estudos transversais, o comportamento sexual de homens e mulheres norte-americanos⁴. Cabe neste momento enfatizar que o conceito de “normal” em medicina tem uma conotação estatística, ou seja, normal é tudo aquilo que é mais frequente ou mais encontrado em determinada população. Assim sendo, não normal não significa necessariamente doença.

Entre os muitos achados, destaca-se a evidência de que os comportamentos ou práticas homossexuais apareciam com mais frequência do que muitos pudessem imaginar até aquela época. A prevalência de 37% dos homens tendo pelo menos uma experiência homossexual entre a adolescência e o início da vida adulta foi um desses achados surpreendentes e que causaram muito furor na época⁴.

Outro dado do trabalho de Kinsey que foi amplamente divulgado foi a prevalência de 10% das pessoas da população geral serem homossexuais. O comportamento sexual é compreendido dentro de um *spectrum* com muitas variações entre os comportamentos exclusivamente heterossexual (escore 0), incidentalmente homossexual (escore 1), comportamento sexual mais do que incidentalmente homossexual (escore 2), comportamento sexual igualmente homossexual e heterossexual (escore 3), comportamento

sexual mais do que incidentalmente heterossexual (escore 4), comportamento incidentalmente heterossexual (escore 5) e, finalmente, comportamento sexual exclusivamente heterossexual (escore 6), conforme já sugeria a escala de Kinsey^{3,4}.

A literatura psicanalítica passou então a se dedicar a relatos de caso, estudos e pesquisas sobre essa nova perspectiva da orientação sexual, propondo abordagens baseadas em teorias biológicas, transculturais e relações de objeto¹.

Em 1973, a Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association, APA), após ampla revisão científica, debates extensivos e análise de pesquisas conduzidas pelo National Institutes of Health (NIH), removeu a homossexualidade *per se* como uma doença mental da 2ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-II). Consequentemente, o termo homossexualismo deixa de ser utilizado. A homossexualidade passa, então, a ser compreendida como uma variação normal da sexualidade, da expressão do afeto (amoroso), sendo a orientação sexual um fenômeno complexo, com muitas variações ao longo do *spectrum* de heterossexualidade e homossexualidade³.

A visão não patológica da homossexualidade, assim como a do homossexual e a do bissexual masculino e feminino, diminuiu o estigma e abriu uma vasta área de estudos, pesquisas, hipóteses e conhecimento sobre orientação sexual, expressão do desejo sexual e forças psicológicas e sociais que influenciam a vida de pessoas com orientação homossexual e bissexual, incluindo a natureza do preconceito resultante de intolerância à diferença^{5,6}.

Muitos profissionais da saúde têm contribuído desde então para (re)moldar o foco dessa temática de que tanto homossexuais masculinos e femininos quanto bissexuais enfrentam dificuldades na sociedade devido à sua orientação sexual, ao invés de assumir o caráter de uma orientação psicopatológica⁷. Alguns autores inclusive apontam o fato de várias personalidades e profissionais da saúde terem assumido sua própria homossexualidade ou bissexualidade enquanto fatores contribuintes nesse processo para melhorar a aceitação social¹.

Parece claro que as pessoas não escolhem sua orientação sexual, pois esta, de alguma forma, é *built-in*, ou seja, inata⁸. O que “causa” a orientação sexual das pessoas permanece alvo de pesquisas, uma vez que a teoria genética em busca do “gene gay” nunca se confirmou¹. A literatura científica

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

ALESSANDRA DIEHL
DENISE LEITE VIEIRA
JAIR DE JESUS MARI

ARTIGO

recente tem focado também nos efeitos do *viés antigay* e da homofobia internalizada de indivíduos com orientação sexual homoafetiva. Esse campo de pesquisa e documentário cultural assume frequentemente uma perspectiva construtivista social. Estudos biológicos também têm aumentado e contribuído para diferenciar a frequente confusão gerada entre orientação sexual (direção do desejo sexual e amoroso que uma pessoa sente pelas outras) e identidade de gênero³.

A bissexualidade é definida como a atração e o desejo sexual por ambos os sexos. Acredita-se que existam em média, na população geral, cerca de 1,5% de pessoas que se declaram bissexuais, variando conforme o país e o tipo de estudo realizado^{1,6,9}. A orientação bissexual em homens e mulheres vem sendo documentada e debatida por cientistas comportamentais desde meados do século XIX, na tentativa de posicionar a bissexualidade no desenvolvimento da identidade sexual¹⁰.

Alguns especialistas, como o psicanalista Freud, já sinalizavam que os seres humanos são naturalmente bissexuais, quer seja na forma manifesta quer na forma latente. Na década de 1950, o biólogo e pesquisador americano Alfred Kinsey observou muitos homens casados e publicamente autodeclarados heterossexuais que relataram ter tido relações sexuais com outros homens, enfatizando o que já vinha sendo apregoado por ele mesmo sobre o quanto é inadequado dicotomizar o modelo apenas em heterossexuais e homossexuais para descrever a diversidade das experiências sexuais humanas¹⁰. Dos seus textos extraímos as seguintes frases a esse respeito:

O mundo não é dividido em ovinos e caprinos. Nem todas as coisas são pretas nem todas as coisas brancas. Somente a mente humana inventa categorias e tenta forçar os fatos em escaninhos separados. O mundo vivo é um continuum em cada e todos os seus aspectos. O quanto antes nós aprendermos a este respeito do comportamento sexual humano, mais brevemente alcançaremos o som do entendimento da realidade sobre sexo. (Alfred Kinsey, p. 639)⁴

Já na década de 1990, houve um significativo incremento de grupos de *advocacy*, tanto na mídia escrita quanto na televisiva, com maior exploração do tema da bissexualidade em programas de televisão, como o *Sex and the City* e revistas das mais diversas⁶.

O fato é que existe ainda uma imensa controvérsia sobre se a verdadeira bissexualidade realmente existe enquanto

orientação sexual distinta e estável, ou se não estaríamos falando de pessoas que estão num período de transição para a homossexualidade, ou simplesmente “no armário”¹⁰. Algumas pesquisas apontam que 40% dos *gays* se declaravam bissexuais antes de assumirem a homossexualidade¹.

Desejos bissexuais são por vezes transitórios e ainda pouco compreendidos pela ciência. Além disso, homens e mulheres também parecem apresentar diferenças na frequência das atrações bissexuais¹¹. Alguns autores argumentam que esse campo do desejo sexual é ainda um grande quebra-cabeça a ser montado, uma vez que parece existir uma discrepância entre o que se passa na mente das pessoas e aquilo que está acontecendo em seus corpos¹².

A maioria das pesquisas sobre orientação sexual se baseia no autorrelato dos entrevistados e pouco em medidas objetivas ou avaliações psicológicas, como, por exemplo, a mensuração da excitação sexual mediante a exposição de vídeos eróticos. O fato é que há muito ainda a se aprender sobre a bissexualidade, que parece um grande enigma de controvérsias para muitos estudiosos da área¹².

Os estudos recentes focados exclusivamente na bissexualidade têm focado mais na questão da ponte de transmissão ou padrão de transmissão de HIV para a população geral ou para parcerias femininas, assim como em comportamentos de risco para infecções sexualmente transmissíveis/HIV/AIDS, do que em aspectos psicológicos. Alguns dos dados gerais mais relevantes a comentar é que homens ativamente bissexuais têm significativamente menos chances de realizar teste de HIV quando comparados a homens ativamente homossexuais¹³⁻¹⁵.

Entretanto, em comum com outras minorias, os bissexuais também percebem experiências de discriminação, como um importante determinante de problemas de saúde mental. Entretanto, pesquisas adicionais são necessárias para examinar as relações entre esses determinantes de percepção de bem-estar emocional e desfechos específicos de saúde mental, a fim de melhor orientar as intervenções terapêuticas e/ou estratégias de apoio a indivíduos bissexuais¹⁶.

Assim, orientação sexual não pode ser explicada por um único fator. Embora ainda não tenha sido encontrado um gene específico para a orientação sexual, acredita-se que exista uma base genética que fundamenta as influências biológicas e os componentes bioquímicos, familiares e sociais que se moldam para o desenvolvimento da expressão da orientação sexual no adulto masculino e feminino³.



ALESSANDRA DIEHL¹, DENISE LEITE VIEIRA², JAIR DE JESUS MARI³

¹ Psiquiatra. ² Psicóloga. ³ Psiquiatra. Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP.

CENÁRIO ATUAL

Por um lado, nos dias atuais, vivenciamos o efeito da evolução social, política e cultural do “patológico para a normalidade”, evidenciado e popularizado através de programas e séries de televisão, como o *The L Word*, e na vida real, com vários exemplos: a primeira adoção brasileira por um casal gay, em 2006, na cidade de Catanduva, por Vasco Pedro da Gama e Júnior de Carvalho; a decisão inédita da justiça brasileira que concedeu a guarda provisória do filho da cantora Cássia Eller, falecida em 2001, à sua companheira; o primeiro casamento gay da América Latina, entre os argentinos Alex Freyre e José Maria Di Bello, em 2009; e, mais recentemente, em 2013, o “primeiro beijo gay da televisão brasileira”, que gerou um fenômeno popular a favor dos personagens gays como nunca antes se havia observado na cultura nacional⁵.

No entanto, por outro lado, observamos que ainda existe muita violência, preconceito, vulnerabilidades, estigmas e, sobretudo, muito desrespeito a pessoas com orientação não heteronormativa. A homofobia segue sendo uma tragédia nacional, com índices elevadíssimos de mortes. O Brasil tem a vergonhosa liderança internacional em crimes de homofobia: em 2013, a cada 28 horas, um cidadão(ã) lésbica, gay, bissexual e transgênero (LGBT) foi assassinado no país por crime de ódio^{5,7}.

Recentemente, o famoso psiquiatra norte-americano da Columbia University, Dr. Robert Spitzer, veio a público dizer que devia um sincero pedido de desculpas à comunidade gay por ter proposto terapia reparadora ou de conversão para a heterossexualidade na década de 1970¹⁷. Ao mesmo tempo, podemos observar diversas manifestações sociais e algumas manobras legislativas que se apoiam nas remanescentes categorias pouco definidas da 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças e dos Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) com relação à orientação sexual para propor tratamentos de “conversão” para a heterossexualidade.

Dentro dessas perspectivas de entendimento da orientação sexual é que o grupo de trabalhos da Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a necessidade de revisar a atual CID com relação a essa categoria.

A PROPOSTA DA CID-11 PARA O CÓDIGO F66

A OMS está em processo de revisão da CID. Para tanto, o Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substância e o Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa da OMS têm trabalhado desde 2008 conjuntamente na

revisão das categorias do capítulo de transtornos mentais e comportamentais da CID, incluindo o desenvolvimento de propostas de diretrizes para categorização, definições e diagnóstico sobre a sexualidade e condições relacionadas à saúde sexual (F.52 - disfunções sexuais; F.64 - transtornos da identidade sexual; F.65 - transtornos da preferência sexual; e F.66 - transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação).

Para auxiliar nesse processo e a fim de desenvolver recomendações baseadas em evidências para a CID-11, os dois departamentos mencionados designaram um grupo de trabalho internacional e interdisciplinar sobre a classificação dos transtornos sexuais e da saúde sexual que incluiu 11 especialistas que representam todas as regiões da OMS. Alguns desses especialistas também trabalharam na revisão do DSM para a construção do atual DSM-5, lançado em inglês (original) em maio de 2013 e, no Brasil, em 2014. O processo de revisão da CID é colaborativo e também oferece a oportunidade para qualquer pessoa interessada de encaminhar sugestões e/ou comentários para a OMS em relação à revisão da CID, pelo site <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en>. As contribuições passarão pela apreciação de especialistas na área.

A CID é utilizada no mundo inteiro, por todos os Estados Membros, para monitorar a incidência e prevalência de doenças e outras condições de saúde, e é o instrumento padrão de diagnósticos para a obtenção de dados epidemiológicos de morbidade e mortalidade, gerenciamento de saúde e para fins clínicos.

Assim, entre os objetivos da OMS com a utilização da CID estão: identificar populações de risco/vulneráveis; auxiliar na monitorização de epidemias/ameaças à saúde pública/carga de doença; definir as obrigações de Estados Membros da OMS a fim de prestar cuidados de saúde gratuitos ou subsidiados para suas populações; facilitar o acesso a serviços de saúde adequados; facilitar a pesquisa para tratamentos mais eficazes; e, conseqüentemente, embasar as orientações para os cuidados, padrões e boas práticas clínicas.

Os princípios que norteiam essas revisões têm o intuito de auxiliar os Estados Membros da OMS a reduzir a carga de doença em seus países, ter foco em utilidade clínica e facilitar a identificação e alternativas de tratamento. O desenvolvimento do material é realizado de forma multidisciplinar, global e multilíngue, em colaboração com as partes interessadas (usuários, profissionais de saúde), sendo

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

ALESSANDRA DIEHL
DENISE LEITE VIEIRA
JAIR DE JESUS MARI

ARTIGO

que a manutenção da integridade do sistema está relacionada à sua independência em relação à indústria farmacêutica ou qualquer outra influência comercial que possa interferir no processo.

O próximo passo em relação às recomendações feitas pelos especialistas será submeter as propostas a estudos de campo em uma variedade de ambientes de cuidados à saúde, incluindo a atenção primária em diferentes países, como Brasil, Índia, Líbano, México e África do Sul. Além disso, Suécia, Holanda, Reino Unido e outros países com médias salariais altas também planejam implementar os protocolos de estudos de campo da OMS. Uma das principais formas de pesquisa *online* da OMS se dá através da Rede Global de Prática Clínica (RGPC) (ou *Global Clinical Practice Network*, GCPN), uma rede onde os profissionais de saúde do mundo inteiro estão convidados a se cadastrar e participar voluntariamente das pesquisas da OMS. Para fazer parte da RGPC (ou GCPN), basta preencher o cadastro no site <http://www.globalclinicalpractice.net>. O cadastramento pode ser realizado em nove idiomas, inclusive português, e leva aproximadamente 10 minutos para ser concluído. Essa rede já conta com mais de 10 mil profissionais registrados, oriundos de mais de 125 países.

Os objetivos dos estudos de campo são avaliar a aceitação das propostas pelos profissionais de saúde e pelas comunidades afetadas, a confiabilidade e a coerência dos construtos, a utilidade clínica global das categorias, definições e diretrizes diagnósticas propostas, a validade das categorias como preditores das necessidades dos cuidados de saúde e sua utilidade para acessar os serviços de saúde.

A proposta desse grupo de trabalho é a eliminação de todas as categorias do código F66 (transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação) existentes na CID-10, os quais incluem: F66.0 - transtorno da maturação sexual; F66.1 - orientação sexual egodistônica; e F66.2 - transtorno do relacionamento sexual. Isso porque essas categorias não apresentaram relevância ou utilidade clínica. Além disso, há o intuito de eliminar qualquer "brecha" que permita a interpretação de uma resposta também esperada e natural do desenvolvimento como patologia, pois a patologização gera estigma, discriminação social e idiosincrasias terapêuticas.

e as vulnerabilidades individuais e coletivas que a orientação não heteronormativa gera na sociedade em geral são tão importantes quanto compreender a influência e a relevância da cultura, etnia, idade, genética, nível socioeconômico e do meio em que as pessoas residem no desenvolvimento de ajustamentos individuais a diferenças que nem sempre são bem toleradas pela maioria das pessoas^{3,18}.

Vulnerabilidades variadas, estigmas, preconceitos, comprometimentos físicos, psíquicos, cognitivos e emocionais, dificuldades sociais, culturais, educacionais, jurídicas e familiares fazem parte da complexidade vivenciada pela comunidade de lésbicas, gays e bissexuais, assim como de qualquer outro segmento da sociedade. Entretanto, para muitas pessoas, a vergonha e o medo do preconceito as afastam da busca por serviços de saúde³. Cabe aos profissionais de saúde diminuir estigmas e preconceitos e trabalhar a aceitação dentro de uma perspectiva mais afirmativa para indivíduos com orientação homossexual ou bissexual, e não propor conversão ou "cura"¹. Orientação sexual, sob qualquer que forma que se apresente, não é doença; é simplesmente um aspecto da sexualidade humana. Não parece utópico pensar que as sociedades podem exercitar atitudes mais respeitadas e de inclusão, construindo uma nova realidade em defesa da dignidade individual e harmonia social. Para tanto, é importante que haja ampliação do conhecimento capaz de gerar mudanças de atitude e de comportamento diante da diversidade sexual humana⁵.

Agradecimentos

Ao Dr. Geoffrey Reed, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substância, OMS.

Correspondência:

Alessandra Diehl
Rua Dr. Neto de Araújo, 320, sala 310
04111-001 - São Paulo, SP
E-mail: alediehl@terra.com.br

Financiamento: Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substância e Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, Organização Mundial da Saúde (OMS).

Conflitos de interesse inexistentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão das variações da orientação sexual humana

Referências

1. Cabaj RP, Stein TS. Textbook of homosexuality and mental health. Washington: American Psychiatric Press; 1996.
2. Freud S. Standard edition of the complete psychological works, X, XIII, XVIII. London: Hogarth Press; 1955.
3. Seidman S, Fischer N, Meeks C. Introducing the new sexuality studies. Original essays and interviews. New York: Routledge; 2007.
4. Pomeroy WB. Dr. Kinsey and the institute for sex research. New York: Harper & Row; 1972.
5. Diehl A, Vieira DL. Sexualidade: do prazer ao sofrer. São Paulo: Editora Roca; 2013.
6. Hyde JS, DeLamater JD. Sexual orientation: gay, straight, or bi? In: Hyde JS, DeLamater JD. Understanding human sexuality. 10th ed. New York: McGraw-Hill Higher Education; 2008. p. 336-63.
7. Salles CAC, Melo JMFC. O amor entre parceiros do mesmo sexo e a grande tragédia da homofobia. In: Barcellos G. Estudos sobre a homossexualidade. Debates Junguianos. São Paulo: Vetor; 2010. p. 65-86.
8. Drescher J. A history of homosexuality and organized psychoanalysis. J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry. 2008;36:443-60.
9. Abdo CHN. Estudo da vida sexual do brasileiro (EVSB). São Paulo: Editora Bregantini; 2004.
10. Fox RC. Bisexuality: an examination of theory and research. In: Cabaj RP, Stein TS. Textbook of homosexuality and mental health. Washington: American Psychiatric Press; 1996. p. 147-71.
11. Cerny JA, Janssen E. Patterns of sexual arousal in homosexual, bisexual, and heterosexual men. Arch Sex Behav. 2011;40:687-97.
12. Brooks R. Transforming sexuality: the medical sources of Karl Heinrich Ulrichs (1825-95) and the origins of the theory of bisexuality. J Hist Med Allied Sci. 2012;67:177-216.
13. Jeffries WL 4th. HIV testing among bisexual men in the United States. AIDS Educ Prev. 2010;22:356-70.
14. Phillips AE, Lowndes CM, Boily MC, Garnett GP, Gurav K, Ramesh BM, et al. Men who have sex with men and women in Bangalore, South India, and potential impact on the HIV epidemic. Sex Transm Infect. 2010;86:187-92.
15. Malebranche DJ, Arriola KJ, Jenkins TR, Dauria E, Patel SN. Exploring the "bisexual bridge": a qualitative study of risk behavior and disclosure of same-sex behavior among black bisexual men. Am J Public Health. 2010;100:159-64.
16. Ross LE, Dobinson C, Eady A. Perceived determinants of mental health for bisexual people: a qualitative examination. Am J Public Health. 2010;100:496-502.
17. Carey B. Psychiatry giant sorry for backing gay 'cure' [Internet]. The New York Times. 2012 May 18 [cited 2014 Jun 16]. http://www.nytimes.com/2012/05/19/health/dr-robert-l-spitzer-noted-psychiatrist-apologizes-for-study-on-gay-cure.html?pagewanted=all&_r=1&
18. Hequembourg AL, Brallier SA. An exploration of sexual minority stress across the lines of gender sexual identity. J Homosex. 2009;56:273-98.



INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO

TODAS ÀS SEGUNDA - FEIRA

21H ÀS 22H

AO VIVO

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

**Assistir será muito fácil e prático,
basta acessar o Postal da Psiquiatria
www.abp.org.br**



REVITALIS

Tratamento especializado em dependência química
Internação **voluntária** e **involuntária** em unidades independentes
Área localizada dentro de **reserva ambiental** a 70km do Rio de Janeiro

Diretor técnico **Dr. Sergio Rocha** CRM: 5271741-0

Rua Bernardo Coutinho, 2241 | Araras | Petrópolis - RJ | cep: 25725-022 | t.: 24 2225 0430 | c.: 24 98147 7717 | clinicarevitalis.com.br

QUEBRANDO O CICLO DA VIOLÊNCIA: PREVENÇÃO E SAÚDE MENTAL

BREAKING THE CYCLE OF VIOLENCE. PREVENTION AND MENTAL HEALTH

Resumo

O Brasil apresentou piora alarmante dos índices de violência nos últimos 30 anos. Este artigo discute dados diversos, o papel da maternagem na definição de como o indivíduo se relacionará social e afetivamente na vida adulta, e discorre sobre estratégias e campanhas que poderiam ajudar a reverter o grave quadro atual.

Palavras-chave: Violência, prevenção, saúde mental.

Abstract

Brazil has shown a serious increase in violence indices over the last 30 years. This article discusses several data on violence, the role of motherhood in determining the way how the individual will relate to others socially and affectively in adulthood, as well as strategies and campaigns that could help revert the current scenario.

Keywords: Violence, prevention, mental health.

Apesar do crescimento econômico, que colocou o Brasil entre as maiores economias do mundo, com milhões de pessoas saindo da linha da pobreza e melhora dos índices de saúde (por exemplo, queda da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida), tivemos também uma inversão, com piora alarmante dos índices de violência nos últimos 30 anos.

A violência é um dos principais problemas de saúde pública no Brasil: a terceira causa de mortalidade e a sexta de internações hospitalares¹. O Brasil vive, segundo critérios da Organização Mundial de Saúde, uma epidemia de violência, na forma de criminalidade, homicídios, sequestros, assaltos, violência doméstica e desastres automobilísticos. Essa realidade demonstra que a violência não está unicamente ligada com a pobreza.

Em 2011, mais de 145.000 pessoas morreram devido a causas externas, número que vem aumentando gradativamente (Tabela 1). São mais de 400 mortes por dia.

TABELA 1 - DADOS SOBRE ÓBITOS NO BRASIL E COMPARATIVO COM CENÁRIO DE GUERRA

ÓBITOS	2009	2010	2011
CAUSAS EXTERNAS	138.697	143.256	145.842
HOMICÍDIOS	51.431	52.260	52.198
ACIDENTES AUTOMOBILÍSTICOS	38.469	43.908	44.553
ÓBITOS VIOLENTOS/DIA	380	392	400
MORTES EUA/IRAQUE/AFEGANISTÃO	945 (2005)	920 (2006)	1.021 (2007)
EQUIVALENTE A NÚMERO DE DIAS DE HOMICÍDIOS NO BRASIL	2,5	2,3	2,5

Os homicídios são a terceira causa de morte no Brasil. De 1980 a 2011, ocorreram 1.145.908 homicídios no país; destes, 60% ocorreram em áreas metropolitanas. A arma de fogo foi o principal instrumento, utilizada em cerca de 70% dos casos. Houve também um aumento de 326% na taxa de homicídios entre jovens (15-24 anos), sendo a maioria homens, negros e pardos².

Infelizmente, no país do Carnaval, o homicídio também é uma realidade nacional. Além do sofrimento, sentimentos de insegurança, medo, raiva e vingança experimentados por todos aqueles que são agredidos ou que têm pessoas próximas agredidas, existe também um custo emocional e econômico brutal. Vidas são tiradas de pessoas potencialmente produtivas, com custos econômicos diretos e indiretos. Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) estima que o custo da violência seja de 5% do produto interno bruto (PIB), ou R\$ 200 bilhões/ano pela escalada da violência em nosso país².

Em 2010, foram gastos R\$ 50 bilhões em segurança pública, contra R\$ 22,6 bilhões em 2003. O investimento em segurança pública no ano de 2009 representou 1,5% do PIB (com uma taxa de homicídios no país de 22,9/100.000 habitantes), um número semelhante ao que foi gasto na Espanha (1,3% do PIB), mas onde a taxa de homicídios é de 0,7/100.000 habitantes³.



MARCELO FEIJÓ DE MELLO¹, WILLIAM BERGER², MARIANA PIRES LUZ³, IVAN FIGUEIRA⁴

¹ Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP. Comissão de Trabalhos e Estudos em Violência, Trauma e Estresse, ABP. ² Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ. Comissão de Trabalhos e Estudos em Violência, Trauma e Estresse, ABP. ³ UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. ⁴ UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Comissão de Trabalhos e Estudos em Violência, Trauma e Estresse, ABP.

Levantamento realizado em 2007 por pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), avaliando 3.700 pessoas entre 15 e 60 anos de idade nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, observou que 87% das pessoas já haviam passado ou testemunhado situações de violência urbana. Destas, 10% desenvolveram transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), quadro psiquiátrico crônico e grave que compromete, em muito, o funcionamento do acometido⁴. Entre aqueles que tiveram um parente próximo assassinado, 13,1% terão TEPT. A morte de um parente próximo é responsável por cerca de um terço dos casos de TEPT na população geral. Podemos estimar que, na população de ambas as cidades avaliadas, que têm mais de 12 milhões de pessoas nessa faixa etária, 1,2 milhão terá TEPT⁵.

Quais são as causas da violência? Sabemos que se trata de um fenômeno complexo, que faz parte da história da humanidade. Podemos também afirmar, com bases científicas, que violência gera violência. A maior parte dos indivíduos adultos que cometem crimes tiveram história de abuso e negligência emocional e física durante a infância⁶.

O ser humano tem um desenvolvimento lento e progressivo, devido às suas grandes necessidades para que consiga interagir socialmente, dentro de regras explícitas e implícitas de comunicação e convivência. Todo esse desenvolvimento depende diretamente da evolução cerebral na definição de suas conexões entre neurônios de diversas áreas, envolvendo sistemas hormonais, metabólicos e imunológicos no crescimento do indivíduo.

Um dos achados mais consistentes da neurociência é que uma criança que passou por situações traumáticas durante a infância carregará modificações persistentes, com prejuízos em seu funcionamento psicológico e social⁷. Tal indivíduo apresenta alto risco para o desenvolvimento de doença mental, assim como para atividade criminal.

Além disso, vivências traumáticas na infância causam alterações genéticas intracelulares. Essas alterações, chamadas epigenéticas, alteram permanentemente a capacidade de adaptação social e o comportamento do indivíduo. As alterações epigenéticas também são passadas para a prole, formando um ciclo de reativação da violência que pode levar gerações para ser extinto⁸. Esses são conhecimentos recentes que mudam completamente o que pensávamos a respeito de transmissão genética.

Estudos de seguimento realizados com crianças até tornarem-se adultos (cobrindo décadas) realizados pelo psicólogo Tremblay mostraram que há um pico de comportamento agressivo até os 2 anos de idade. Nessa faixa etária, quase todos são muito agressivos, e a agressividade começa a decair e se estabiliza na primeira infância, coincidindo com a entrada em idade escolar. No entanto, em torno de 5% das crianças mantêm esse comportamento agressivo estável ao longo do tempo. É interessante notar que estudos com primatas mostram que a mesma proporção de animais machos tem comportamento extremamente agressivo, que os torna desadaptados do grupo. Isso faz com que, muitas vezes, esses primatas sejam exilados ainda muito jovens, levando a alto índice de mortalidade^{9,10}.

Esses achados mostram que o comportamento agressivo inato é contido através do convívio, inicialmente com os pais, através de um processo de aprendizado sobre as consequências da agressividade e sobre como conseguir seus objetivos sem usar a agressividade, e sim agindo de acordo com as normas sociais. Novamente, o contato maternal é fundamental para esse processo, sendo um guia para relações sociais e afetivas posteriores.

Tremblay et al. também observou que crianças de 6-7 anos de idade que apresentavam problemas de comportamento agressivo com relação aos colegas da mesma idade e a animais e que haviam sido submetidas a maus-tratos tinham um risco 5-7 vezes maior de apresentar comportamento criminoso violento quando adultos¹¹.

A violência na infância e na adolescência também eleva em até quatro vezes as chances de envolvimento com drogas na vida adulta: 45% dos alcoólicos, 47% dos usuários de maconha e mais de 50% dos usuários de cocaína relataram abusos na infância¹². Esse mesmo estudo nacional revelou números chocantes. Entre as formas de violência, a sexual é uma das mais graves, com as piores consequências: 5,4 milhões de brasileiros (5% dos brasileiros acima de 18 anos) relataram abuso sexual na infância, mais comum entre as mulheres (7%) quando comparadas aos homens (3,4%). Além disso, cerca de 49% dos indivíduos expostos a abuso sexual na infância desenvolveram o TEPT como consequência, de acordo com nosso estudo epidemiológico Rio-São Paulo¹².

A socióloga holandesa Bernice van Bronkhorst, estudiosa da violência no Brasil ligada ao Banco Mundial, diz que o melhor caminho para a redução desses níveis está na prevenção. Muitas vezes, não são necessários mais recursos. Basta

aplicar melhor os já existentes. Muitos serviços do Estado já existentes, como programas de esporte, cultura, recreação e ação social, poderiam ser também focados em áreas específicas que precisam de prevenção contra a violência¹³.

O trabalho de prevenção pode ser focado numa época inicial da vida, até mesmo antes do ensino fundamental. Programas nessa idade pré-escolar realizados nos Estados Unidos mostram que crianças que entram cedo nesses programas educacionais têm uma redução importante na criminalidade a partir dos 15 anos de idade¹³.

A prevenção é muito mais barata e eficaz. Um estudo feito na Califórnia mostrou que, para cada US\$ 1 usado em prevenção, ganham-se US\$ 6 que seriam gastos em repressão no longo prazo. No Brasil, a Profa. Mônica Viegas, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), também mostrou que cada R\$ 1 investido em prevenção evita mais crimes no longo prazo do que o R\$ 1 gasto em policiamento. Prevenção, no longo prazo, custa menos do que repressão¹³.

A infância é uma janela de oportunidade onde esse processo de prevenção deve ser trabalhado. A maternagem vai determinar a maneira como o indivíduo se relacionará social e afetivamente ao longo de toda a vida. Ela norteia o indivíduo para reconhecer suas necessidades e conseguir supri-las na sociedade, adequando-se às normas e respeitando os direitos dos outros. Em casa, aprenderá a reconhecer os desejos e as intenções das outras pessoas. Uma casa com pais e parentes saudáveis levarão a um filho saudável, apto a viver em sociedade.

Essa marca vai além de dar um modelo; ela afeta profundamente as crianças, com modificações na estrutura dos genes (epigenéticas) que vão determinar permanentemente como esse organismo (do ponto de vista físico e mental) irá funcionar e se adaptar socialmente. Pais em situações de conflito, ou pais e mães adolescentes, e ainda pais com problemas de saúde mental, como depressão e dependência de substâncias, aumentam em muito as chances de seus filhos sofrerem violência ou negligência, determinando adoecimento e comportamentos agressivos nos seus filhos quando se tornam adultos.

Dentro de um programa de prevenção da violência, tanto a atenção psiquiátrica como a psicológica são fundamentais no sentido de melhorar a qualidade de vida, não somente daqueles que sofrem diretamente ou indiretamente desses problemas, mas também para quebrar um ciclo de violência e falta de perspectiva que assola nosso país.

Dentro de uma perspectiva mais ampla, é fundamental conscientizar a população de que a maneira como estão educando seus filhos determina, em grande parte, a epidemia de violência. Devemos lançar campanhas contra maus-tratos na infância e enfatizando a importância dos cuidados, em especial entre mães adolescentes. Houve um crescimento de 50% nos partos entre meninas de 10-14 anos nos últimos 10 anos. São meninas que ainda não têm estrutura emocional, física e social para serem mães: a interrupção de seu desenvolvimento como pessoa, com essa nova função, rompe um ciclo, afastando-a dos colegas e das atividades que seriam as esperadas para sua faixa etária. O risco de adoecimento dessa jovem é altíssimo. Com isso, há um aumento das chances de que seus filhos também arquem com as consequências desse sofrimento¹³.

Dentro das campanhas contra a violência devem estar incluídas uma campanha contra o uso das drogas e do álcool, uma para a detecção de transtornos de comportamento em crianças, assim como a detecção e intervenção psiquiátrica em casos de dependência de drogas e depressão nas mães e jovens. Porém, um problema que surge é como intervir em doença mental quando ela é extremamente prevalente, não havendo profissionais especializados em números suficientes. Podemos propor um programa de intervenção em níveis, com a atuação de psiquiatras para atendimento dos casos mais complexos e como supervisor dos níveis de atenção básica.

Deve-se voltar a estimular o Programa Saúde da Família (PSF), que é inserido na comunidade, multiprofissional, com agentes comunitários de saúde (ACS) que fazem parte da comunidade nas quais trabalham. O empoderamento destes através da capacitação e supervisão para o trabalho em saúde mental e violência, assim como dos profissionais de nível técnico do PSF para detectar possíveis casos de doença mental, violência e drogadição, é extremamente importante.

Realizar uma capacitação dos ACS para a mediação de situações de violência nas comunidades onde agem é outra ação importante. Toda essa tecnologia já existe e foi testada no país, em vários centros, com muito sucesso. Elas precisam ser coordenadas como metas de prevenção da violência.

Ainda há uma lacuna na atenção pública dos indivíduos com problemas mentais (como depressão, pânico, ansiedade e dependências) que não apresentam gravidade suficiente para serem atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Não há ambulatórios e recursos humanos suficien-



MARCELO FEIJÓ DE MELLO¹, WILLIAM BERGER², MARIANA PIRES LUZ³, IVAN FIGUEIRA⁴

¹ Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP. Comissão de Trabalhos e Estudos em Violência, Trauma e Estresse, ABP. ² Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ. Comissão de Trabalhos e Estudos em Violência, Trauma e Estresse, ABP. ³ UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. ⁴ UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Comissão de Trabalhos e Estudos em Violência, Trauma e Estresse, ABP.

tes para atendê-los. Dentre as 10 doenças mais incapacitantes, cinco são psiquiátricas, sendo a maioria de seus portadores pacientes psiquiátricos ambulatoriais que estão sendo precariamente atendidos¹⁴.

Concluindo, não existem no Brasil ambulatórios de saúde mental onde possam ser tratados os casos não absorvidos pelo PSF, mas que não apresentam gravidade suficiente para serem atendidos nos CAPS. Não se pode pensar a prevenção da violência sem tratar as suas diversas causas, incluindo os transtornos mentais.

Correspondência:

Marcelo Feijó de Mello
Departamento de Psiquiatria (UNIFESP)
Rua Borges Lagoa, 570, 10º andar
04038-000 - São Paulo, SP
E-mail: mf-mello@uol.com.br

Fontes de financiamento e conflitos de interesse inexistentes.

Referências

1. Reichenheim ME, de Souza ER, Moraes CL, de Mello Jorge MH, da Silva CM, de Souza Minayo MC. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*. 2011;377:1962-75.
2. Waiselfisz JJ. Mapa da violência: os jovens do Brasil [Internet]. 2014 [cited 2014 Sep 23]. http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf
3. Bredarioli C. Brasil Econômico: custo da violência ultrapassa R\$ 200 bi por ano no Brasil [Internet]. 2012 Aug 3 [cited 2014 Sep 23]. http://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=14950
4. Ribeiro WS, Mari JJ, Quintana MI, Dewey ME, Evans-Lacko S, Vilete LM, et al. The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS One*. 2013;8:e63545.
5. Ribeiro WS, Mari Jde J, Quintana MI, Dewey ME, Evans-Lacko S, Vilete LM, et al. The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS One*. 2013;8:e63545.
6. Mello MF, Faria AA, Mello AF, Carpenter LL, Tyrka AR, Price LH. [Childhood maltreatment and adult psychopathology: pathways to hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31:S41-8.
7. Mello MF, Faria AA, Mello AF, Carpenter LL, Tyrka AR, Price LH. [Childhood maltreatment and adult psychopathology: pathways to hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31 Suppl 2:S41-8.
8. Talati A, Weissman MM, Hamilton SP. Using the high-risk family design to identify biomarkers for major depression. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2013;368:20120129.
9. Castellanos-Ryan N, Parent S, Vitaro F, Tremblay RE, Séguin JR. Pubertal development, personality, and substance use: a 10-year longitudinal study from childhood to adolescence. *J Abnorm Psychol*. 2013;122:782-96.
10. Silva TC, Larm P, Vitaro F, Tremblay RE, Hodgins S. The association between maltreatment in childhood and criminal convictions to age 24: a prospective study of a community sample of males from disadvantaged neighbourhoods. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012;21:403-13.
11. Silva TC, Larm P, Vitaro F, Tremblay RE, Hodgins S. The association between maltreatment in childhood and criminal convictions to age 24: a prospective study of a community sample of males from disadvantaged neighbourhoods. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012;21:403-13.
12. Laranjeira R, org. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012 [Internet]. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014 [cited 2014 Sep 23]. <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>
13. Azevedo S. Os prefeitos têm que agir. *Revista Época*. 2014 [cited 2014 Sep 23]. <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDR76165-6009,00.html>
14. Collucci C. País vive apagão no tratamento de doentes mentais. *Folha de São Paulo*. 2014 [cited 2014 Sep 23]. <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/saudeciencia/151544-pais-vive-apagao-no-tratamento-de-doentes-com-transtornos-mentais.shtml>

ANTIPSIKÓTICOS DE LONGA AÇÃO COMO FACILITADORES DA ADESÃO NO TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA: RELATO DE CASO

LONG-ACTING ANTIPSYCHOTICS AS A FACTOR FOR IMPROVING TREATMENT ADHERENCE IN SCHIZOPHRENIA: CASE REPORT

Resumo

Este artigo relata o caso de um paciente jovem em primeiro episódio psicótico e com dificuldade de adesão ao tratamento, no qual foi utilizado um antipsicótico de segunda geração de ação prolongada. Os antipsicóticos de longa ação devem ser considerados mais amplamente no tratamento da esquizofrenia pela facilidade do manejo e segurança na tomada da medicação, pois melhoram a adesão e, conseqüentemente, o prognóstico dos pacientes.

Palavras-chave: Antipsicóticos, esquizofrenia, adesão ao tratamento.

Abstract

This article describes the case of a young patient in his first psychotic episode and facing difficulties adhering to treatment, in which second-generation long-acting antipsychotics were used. The use of these drugs should be more often considered in the treatment of schizophrenia, due to their easy handling and safety, as they improve treatment adherence and consequently the prognosis of patients.

Keywords: Antipsychotics, schizophrenia, treatment adherence.

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma doença complexa e multifatorial, com períodos alternados de remissão parcial ou total e recaídas frequentes¹. As crises podem ocasionar prejuízos tanto na esfera cognitiva como na afetiva, e até mesmo na vida econômica dos pacientes. A cada recaída, a recuperação pode ser mais lenta e menos completa, as internações tornam-se mais frequentes, a doença pode tornar-se mais resistente ao tratamento, há um

risco aumentado de autodano e perda de lar, e é mais difícil recuperar o nível anterior de funcionamento². A baixa adesão aos antipsicóticos é a causa mais comum de recaída³. Após um primeiro episódio psicótico, a taxa de descontinuação de medicação durante o primeiro ano de tratamento varia de 26 a 44%; no estudo Clinical Antipsychotic Trials for Intervention Effectiveness (CATIE), a taxa de descontinuação chegou a 74% em 18 meses⁴. Dentre as estratégias adotadas para melhorar a adesão ao tratamento da esquizofrenia está o uso de antipsicóticos de longa ação ou injetáveis. Seu uso foi iniciado na década de 1960, a princípio em formulações de antipsicóticos de primeira geração e, mais tarde, de segunda geração. Essas medicações precisam ser aplicadas em um intervalo entre 2 e 4 semanas e garantem a tomada de medicação e a manutenção dos níveis séricos.

O caso a seguir é de um paciente jovem, em um primeiro episódio psicótico e com muita dificuldade de adesão ao tratamento, e descreve nossa experiência com a prescrição de um antipsicótico de segunda geração de ação prolongada.

RELATO DO CASO

Identificação

Paciente do sexo masculino, 21 anos, natural e procedente de São Paulo, solteiro, com grau superior incompleto, desempregado (os dados da identificação foram alterados para preservar o anonimato do paciente).

História da doença

Os pais perceberam que o filho estava confuso, não falava coisas coerentes e estava agressivo com a mãe aos 19 anos. O paciente conta que a TV conversava com ele, que barulhos dos vizinhos o incomodavam muito e que passou a ficar persecutório com

Programa de Esquizofrenia (PROESQ), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP.



um vizinho. Seu rendimento na faculdade caiu, ele mal conseguia frequentar as aulas, brigou com seus amigos e ficou muito isolado.

A família procurou tratamento com psiquiatra particular, que prescreveu zuclopentixol depósito 1 ampola/mês + sulpirida 50 mg/dia. Houve melhora dos sintomas positivos com tais medicações, porém o paciente apresentou efeitos colaterais (dificuldade de se locomover e contraturas musculares), que melhoraram com biperideno 2 mg nos 10 dias após o depósito.

Após 8 meses, o paciente teve o primeiro atendimento em nosso serviço. Dizia não compreender bem o que acontecia com ele, tinha dúvidas sobre poder ou não usar drogas (era tabagista [um maço/dia] e ainda fazia uso ocasional de maconha e álcool). Queixava-se de desânimo e sonolência, havia voltado aos estudos mas não conseguia se concentrar nas aulas. "Sinto minha cabeça estranha, como se corpos me invadissem!". Foi tentada gradativamente a substituição da medicação por aripiprazol, porém se queixava de cefaleia e teve má adesão.

História de vida

O paciente apresentava desenvolvimento neuropsicomotor adequado e bom rendimento escolar até os 13 anos. Com esta idade, usou maconha pela primeira vez. Chegou a ser expulso de uma escola devido ao uso da substância. Dos 15 aos 17 anos, intensificou o uso da maconha, chegando a três cigarros/dia.

Os sintomas prodrômicos iniciaram entre os 17 e 19 anos. Nesse período, apresentava insônia, dificuldade de concentração (não conseguia manter uma conversa longa e logo se dispersava) e comportamento explosivo com familiares e namorada.

Exame psíquico

Consciente, normovígil, colaborativo/passivo, pouco contato visual, orientado globalmente no tempo e espaço, apático/ansioso, afeto distanciado, pensamento de curso lentificado, com frouxidão associativa e pseudoalucinação, ausência de sinal indireto alucinatório, memória de evocação prejudicada, não heteroagressivo, pouco lável em alguns momentos, psicomotricidade pouco diminuída, juízo de realidade e crítica prejudicados. Apresentou escore 6 (gravemente doente) na Escala de Impressão Clínica Global - Gravidade (CGI-S).

Evolução

O paciente começa a se questionar sobre seu prognóstico: "Vou voltar ao normal? Vou conseguir interagir de novo com as pessoas?". Mantinha sensações corporais estranhas e achava que tinha um dom. Questionava seu diagnóstico de esquizofrenia,

considerando que esteve doente somente nos momentos de maior intensidade sintomática e desconsiderando a cronicidade do quadro. Iniciado trabalho de psicoeducação durante as consultas para o paciente e seus pais.

Dois meses depois, estava em uso de aripiprazol 15 mg e começou a reduzir a dose para meio comprimido por conta própria. Dizia estar curado e achava que havia passado por uma fase difícil, porém se mostrava ambivalente com relação ao uso do medicamento.

Nessa época, apresentou melhora da socialização e da capacidade de concentração, entretanto seus pais referiram persecutoriedade com relação ao vizinho: "Ele diz que o vizinho faz barulho só pra incomodá-lo". O aripiprazol foi aumentado para 22,5 mg, e depois para 30 mg, com boa resposta, apesar da manutenção do uso ocasional de maconha.

Após 4 meses, os pais referiram que filho vinha bem, mas ficava muito agressivo e tinha episódios de impulsividade na presença da mãe. Chutava objetos e dava murros nas portas. Mantinha o discurso de que não queria tomar medicações e recusava algumas doses.

Um mês depois, decidiu-se introduzir paliperidona de depósito e suspender o aripiprazol. Foi feito o esquema de inicialização e, em seguida, aplicada a dosagem de 100 mg/mês. Em 2 meses, a dose foi aumentada para 150 mg/mês. Após 1 mês, o paciente referia não estar se sentindo bem, dormia pouco, queixava-se de incômodo, o qual não sabia definir "se é na cabeça ou no corpo". Mantinha persecutoriedade com relação ao vizinho. Foi aventada a hipótese de acatisia, e foi associado clonazepam 2 mg à noite, com resolução da inquietação.

Os pais referiram que o paciente ficava bem nas 2-3 semanas após a injeção, mas na última semana ficava mais agressivo e persecutório. Voltou para a faculdade, mas não conseguia permanecer até o final da aula. Mantinha-se relutante em aceitar a medicação e ambivalente com relação ao diagnóstico e ao tratamento proposto. Referia não fazer uso de maconha há 2 meses, porém aumentou a frequência e a quantidade do uso de álcool. Segundo o pai, o paciente ainda apresentava dificuldade de atenção e concentração.

No mês seguinte, o paciente passou a aceitar melhor as aplicações da medicação. Interrompeu o uso da maconha, mas continuava insistindo que tinha muita vontade de beber. Nessa época, aumentamos a paliperidona para 150 mg/3 semanas. Um mês depois, foi referida diminuição da persecutoriedade, e o paciente começou a apresentar melhora na atenção e concentração, além de conseguir conversar com mais desenvoltura. Negou efeitos co-

RELATO DE CASO

VICTOR SICILIANO SOARES
CLAUDIANE SALLES DALTIO
CECÍLIA ATTUX

RELATO

laterais após aumento da dose. Seu novo escore na CGI-S foi 4 (moderadamente doente).

Discussão

Os antipsicóticos de longa ação são tão efetivos quanto os antipsicóticos orais, com a vantagem da formulação injetável, que garante cobertura medicamentosa para os pacientes não aderentes ao tratamento. Apesar disso, esses medicamentos ainda são subutilizados devido a atitudes negativas por parte dos profissionais de saúde e dos pacientes⁵. No Canadá, as maiores taxas de uso são observadas em programas específicos de quadros psicóticos iniciais⁶. No caso em questão, tratava-se de um paciente jovem, ainda com pouco tempo de histórico psicótico e com grande dificuldade de entendimento e aceitação da doença, sendo o uso do antipsicótico de longa ação uma estratégia para garantir a adesão medicamentosa.

Uma coorte naturalística para avaliar a taxa de descontinuação foi realizada em Londres com 210 pacientes em uso de palmitato de paliperidona⁷. A medicação foi efetiva e bem tolerada, sendo que, ao final do primeiro ano, 80% dos pacientes continuavam em uso da medicação e somente 5% haviam descontinuado o tratamento devido aos efeitos adversos. O uso correto do esquema de inicialização da medicação e o início do uso em pacientes ambulatoriais foram dois fatores associados positivamente à taxa de adesão. Ambos os fatores foram também observados neste caso.

Em resumo, os antipsicóticos de longa ação devem ser considerados mais amplamente no tratamento da esquizofrenia pela facilidade do manejo e segurança na tomada da medicação, fatores que melhoram a adesão e, conseqüentemente, o prognóstico dos pacientes.

Correspondência:

Cecília Attux
Rua Machado Bittencourt, 222
04044-000 - São Paulo, SP
E-mail: cattux@gmail.com

Fontes de financiamento inexistentes.

Conflitos de interesse: Victor Siciliano Soares não tem conflitos a declarar. Claudiane Salles Daltio é investigadora principal e subinvestigadora em estudos clínicos patrocinados pela Janssen-Cilag e Roche; e dá aulas médicas para a Novartis Bio-ciências. Cecília Attux é subinvestigadora em estudos clínicos patrocinados pela Roche.

Referências

1. Lieberman JA. Is schizophrenia a neurodegenerative disorder? A clinical and neurobiological perspective. *Biol Psychiatry*. 1999;46:729-39.
2. Weiden PJ, Kozma C, Grogg A, Locklear J. Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2004;55:886-91.
3. Kaplan G, Casoy J, Zummo J. Impact of long-acting injectable antipsychotics on medication adherence and clinical, functional, and economic outcomes of schizophrenia. *Patient Prefer Adherence*. 2013;7:1171-80.
4. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med*. 2005;353:1209-23.
5. Waddell L, Taylor M. Attitudes of patients and mental health staff to antipsychotic long-acting injections: systematic review. *Br J Psychiatry Suppl*. 2009;52:S43-50.
6. Manchanda R, Chue P, Malla A, Tibbo P, Roy MA, Williams R, et al. Long-acting injectable antipsychotics: evidence of effectiveness and use. *Can J Psychiatry*. 2013;58:55-135.
7. Attard A, Olofinjana O, Cornelius V, Curtis V, Taylor D. Paliperidone palmitate long-acting injection--prospective year-long follow-up of use in clinical practice. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;130:46-51.

ERRATA

Os autores Débora Mascella Krieger, Carlos Alberto Sampaio Martins de Barros, Elisa Fasolin Mello e Mauro Barbosa Terra, do artigo intitulado "Agonistas da melatonina no tratamento da insônia e da depressão", publicado no **ano 4, número 3, de maio/junho de 2014** da Revista Debates em Psiquiatria, gostariam de corrigir uma omissão feita em seu artigo. Na página 15, **segunda** coluna, **primeiro** parágrafo, o texto menciona que "Ela [a agomelatina] foi retirada do mercado europeu em 2006 por relato de falta de eficácia". No entanto, os autores inadvertidamente omitiram a informação de que, em 2007, o medicamento foi novamente submetido à avaliação pela mesma instituição europeia (European Medicines Agency), sendo aprovado em 2009.



O BAIRRAL VIU O FUTURO.
E CRIOU A NOVA VISÃO EM SAÚDE MENTAL.

O Bairral viu o futuro. E estendeu a via de acesso a ele criando o **TPDS**, o tratamento por perfil diagnóstico semelhante, considerado até hoje um salto quântico na eficácia do tratamento psiquiátrico. **Agora, o Bairral está reinventando o futuro através da sua visão transdisciplinar e de sua multicompetência em Saúde Mental.** É uma nova visão. Um aperfeiçoamento que integra serviços a avançados programas terapêuticos que vão além da atividade hospitalar. É o **BairralVision**, um projeto que disponibiliza soluções múltiplas voltadas exclusivamente para um único objetivo: **o bem-estar mental.** Saiba mais. Visite www.bairral.com.br/vision.



EVENTOS

NOVEMBRO

Evento: I Jornada Sul Mineira de Psiquiatria

Data: 07 e 08/11/2014

Local: Hotel Serema Palace – Lavras – MG

Federada: Associação Mineira de Psiquiatria

Informações: amp@ammgmail.org.br site: www.ampmg.org.br / (31) 3213-7457

Pontos para a prova de Títulos: 05 pontos

Evento: Simpósio PROATA 20 anos: TRANSTORNO, PRAZER e MÍDIA. O corpo em questão!

Data: 8 de novembro de 2014

Local: Green Place Flat Ibirapuera, São Paulo, SP

Federada: Centro de Estudos Paulista de Psiquiatria

Informações: proata@unifesp.br / www.proata.com.br / (11) 50842187

Pontos para a prova de Títulos: 05 pontos

Evento: XIII JORNADA CATARINENSE DE PSQUIATRIA

Data: 13,14 e 15 de Novembro de 2014

Local: Oceania Park Hotel – Ingleses em Florianópolis

Federada: ACP – Associação Catarinense de Psiquiatria

Informações: acp@acp.med.br

Pontos para a prova de Títulos: 05 pontos

Evento: I Simpósio Internacional De Psicopatologia Fenomenológica

Data: 20 a 22 de novembro de 2014

Local: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de SP

Federada: Centro de Estudos e Pesquisas do Departamento de Saúde Mental da Santa Casa de Misericórdia de SP

Informações: simposiodepsicopatologia@fcmssantacasasp.edu.br. / (11) 4113-9101

Pontos para a prova de Títulos: 05 pontos

Evento: Fórum interdisciplinar de discussão sobre a maldade, a ética e a corrupção no cotidiano

Data: 22 de Novembro de 2014

Local: Associação Médica do Rio Grande do Sul – AMRIGS

Federada: Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul

Informações: aprs@aprs.org.br / (51) 3024.4846

Pontos para a prova de Títulos: 02 pontos

Evento: I Jornada de Psiquiatria do Triângulo Mineiro

Data: 29 de Novembro de 2014

Local: Hotel Presidente – Uberlândia – MG

Federada: Associação Mineira de Psiquiatria

Informações: amp@ammgmail.org.br site: www.ampmg.org.br / (31) 3213-7457

Pontos para a prova de Títulos: 05 pontos

DEZEMBRO

Evento: Curso de Atualização – Neuropsiquiatria e Neuropsicologia

Data: 06 de dezembro de 2014

Local: Brasília

Federada: Associação Psiquiátrica de Brasília

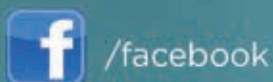
Informações: www.abp.org.br/congresso

Pontos para a prova de Títulos: 02 pontos

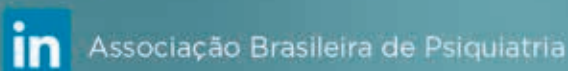
Acompanhe a agenda e saiba quais são os eventos pontuados e quantos pontos você ganha participando. Prestigie os eventos apoiados pela ABP!

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



APLICATIVO DA ABP

A ABP EM UM CLIQUE

- SORTEIOS
- PUBLICAÇÕES
- CAMPANHAS ABP
- NOTÍCIAS EXCLUSIVAS DA ABP
- CONTEÚDO DAS PRINCIPAIS MÍDIAS SOCIAIS



CONECTE-SE COM A ABP

BAIXE
GOOGLE STORE E APP STORE



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

