

# PUC

O PAPEL DO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO NOS JULGAMENTOS  
CRIMINAIS: ESTUDO DE CINCO PROCESSOS LEGAIS

por

Sandra Maria Azerêdo Boschi

MESTRE EM PSICOLOGIA

Fevereiro de 1975

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro  
Rua Marquês de São Vicente, 209 — ZC-20  
Rio de Janeiro — Brasil

N.Chamada: 450 / B742 / TESE UC

Título: O papel do diagnóstico esquiético nos



0 0 3 0 3 6 8

BRUNCEIRA

1 11

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Departamento de Psicologia

UC 18990-8

O PAPEL DO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO NOS JULGAMENTOS CRIMINAIS: ESTUDO DE CINCO PROCESSOS

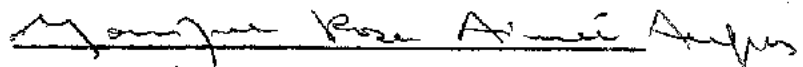
LEGAIS

por

SANDRA MARIA AZERÊDO BOSCHI

Tese submetida como requisito parcial para a  
obtenção do grau de

MESTRE EM PSICOLOGIA

  
Assinatura do Orientador

Rio de Janeiro, fevereiro de 1975



30569

150

B742

TESI UC

UC-18990-8

Para Sílvia e Renato,  
e meus pais e meus  
irmãos.

## A G R A D E C I M E N T O S

Agradeço à Profa. Monique Augras, que me orientou em todas as fases do trabalho, dando sugestões valiosas, e que muito me estimulou para a realização do mesmo; ao Sr. Paulo Emílio Coelho Lott, escrivão do cartório do Tribunal do Júri e Execuções Criminais do Fórum Lafayette, em Belo Horizonte, que me permitiu acesso aos dados aqui apresentados; aos funcionários do Tribunal, que colaboraram comigo durante toda a fase de coleta de dados; à Mariza Corrêa, da Universidade de Campinas, que, em conversas informais, muito contribuiu para o presente trabalho; ao Prof. George Rosenwald, da Universidade de Michigan, que deu valiosas sugestões em relação à bibliografia e me encorajou a prosseguir no tipo de estudo que realizamos aqui.

Agradeço também ao Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

## SUMMARY

The present work deals with the study of the nature and role of psychiatric diagnosis in criminal trials. Its purpose is to investigate how the diagnosis of mental illness is arrived at, following an examination which has been imposed upon the individual, and what happens to the person who receives the diagnosis.

In the first place, two opposed approaches to the problem of mental illness are discussed, so as to verify the extent to which individual and societal values interfere with one's views of the problem.

Secondly, the role of the psychiatrist in criminal trials is examined through a review of works dealing with the concepts of responsibility and competency, both in terms of their legal and psychiatric aspects. In this chapter, the specific regulations of mental illness contained in the Brazilian Penal Code ("Código Penal" and "Código de Processo Penal") are discussed.

A review of the literature on one of the units included in psychiatric nosology-psychopathy-is also carried out, so as to find out the extent to which psychiatrists agree on the definition of mental illness.

The data on which the study was based were obtained through an in-depth analysis of five criminal trials in which the defendant was submitted to psychiatric examination in the city of Belo Horizonte.

The study arrives at the following tentative conclusions:

1. The diagnosis of mental illness is biased, insofar as the expectation of finding out some disturbance with the individual is always present.
2. The psychiatric diagnosis is strategic, allowing for different interpretations, according to the goals aimed at in different situations.
3. The psychiatrist plays an important role in criminal trials, his or her report being decisive as to the defendant's sentence.
4. The psychiatric diagnosis leads to commitment in a state institution where, more often than not, living conditions are degrading.

"They are playing a game. They are playing at not playing a game. If I show them I see they are, I shall break the rules and they will punish me. I must play their game, of not seeing I see the game".\*

---

\* Ronald D. Laing, Knots, Vintage Books, New York, 1972, p. 1.



## Í N D I C E

Introdução .....	1
Cap. I - A abordagem de Hervey Cleckley .....	3
Cap. II - A abordagem de Thomas Szasz .....	18
Cap. III - O papel do psiquiatra nos julgamentos criminais ..	39
Cap. IV - Análise de 5 processos criminais nos quais o acusado foi submetido a exame de "sanidade mental" .....	75
Cap. V - Revisão da literatura sobre a psicopatia .....	136
Conclusões .....	157

## Introdução

Este trabalho consiste no estudo crítico do papel que o diagnóstico desempenha na vida dos indivíduos enquanto membros de uma sociedade quando estes são submetidos ao exame psicológico e/ou psiquiátrico involuntariamente. Pretende-se responder a duas perguntas principais: primeiro, como se chega a um diagnóstico de doença mental após um exame que foi imposto ao indivíduo?; e, segundo, o que acontece com o indivíduo que recebe este diagnóstico?

O objetivo do estudo é chegar a uma perspectiva crítica a través da qual se possa distinguir melhor o fato da conjectura e discernir os valores que interferem no diagnóstico, pois acreditamos que esta é uma área em que tal discriminação permanece um tanto obscura.

O estudo inicia pela apresentação de duas abordagens psiquiátricas opostas ao problema do diagnóstico de doença mental: a abordagem de Hervey Cleckley e a de Thomas Szasz, psiquiatras americanos contemporâneos.

O primeiro assume uma posição tradicional frente ao problema e é a favor do diagnóstico e tratamento psiquiátricos impostos ao indivíduo. Acredita mesmo que os conceitos médicos e legais referentes à doença mental deveriam ser mais abrangentes do que o são atualmente, de modo a incluir distúrbios menos óbvios, que muitas vezes são, segundo ele, mais graves do que os que apresentam manifestações mais facilmente demonstráveis.

Já para o segundo, o conceito de doença mental é impreciso e excessivamente abrangente, sendo facilmente adaptável a qualquer utilização que a pessoa que faz o diagnóstico queira lhe dar. Segundo ele, a hospitalização e o tratamento resultantes de um diagnóstico de doença mental imposto ao indivíduo são maneiras de punir o indivíduo que se desvia da norma - ideal ou estatística -, e não um tratamento para o benefício desse indivíduo, como se costuma dizer. Para ele, o papel do diagnóstico de

doença mental imposto ao indivíduo é um papel opressivo e impregnado dos valores da sociedade, à qual se procura proteger e manter em detrimento do indivíduo.

Tanto Cleckley quanto Szasz apresentam, em suas obras, estudos de casos de indivíduos envolvidos em processos criminais nos Estados Unidos. Em seu livro The Mask of Sanity, Cleckley apresenta uma série de casos em que indivíduos, aos quais chama de psicopatas e que considera como doentes mentais graves, entram em contato com instituições legais e médicas, conseguindo sempre serem tratados como pessoas normais pelos responsáveis por essas instituições.

Szasz, em seu livro Psychiatric Justice, faz um estudo de 4 processos legais nos quais foram negados aos réus o direito de serem submetidos a julgamento, após terem estes sido examinados por psiquiatras e recebido o diagnóstico de doentes mentais. A partir desse diagnóstico foram considerados incapazes de entender a natureza das acusações feitas contra eles e de se defender destas de forma adequada, tendo sido ordenada sua internação em hospital psiquiátrico até que se recuperassem e estivessem em condições de se submeter a julgamento.

No presente trabalho, estudaremos 5 processos criminais julgados na cidade de Belo Horizonte, MG, após 1963 em que o réu foi submetido a exame psicológico e/ou psiquiátrico. Desta forma, poderemos investigar a natureza do papel desempenhado pelo diagnóstico no Brasil em situações semelhantes às apresentadas por Cleckley e Szasz, o que nos permitirá avaliar as duas abordagens utilizando-nos de dados concretos.

O objetivo do estudo de processos criminais é também investigar qual o papel que o psiquiatra desempenha nos julgamentos criminais e o que acontece com os indivíduos que entram em contato com o psiquiatra nessas situações. Para tal estudo será também necessário fazer a revisão de trabalhos que tratem dos conceitos de responsabilidade e capacidade em seu aspecto legal e, principalmente, em seu aspecto psiquiátrico.

Os trabalhos que se situam entre os básicos são o Código Penal e o Código de Processo Penal e os comentários de juristas sobre os artigos desses códigos que tratam da doença mental. Também são básicos os trabalhos de Cleckley e Szasz, nos quais apresentam os estudos de casos.

Além da análise de processos criminais, será feita também a revisão da literatura relativa a uma das unidades incluídas nos esquemas classificatórios tradicionais - a psicopatia, de modo a verificar até que ponto existe uma concordância entre os diversos autores sobre a definição de uma doença mental. A escolha da psicopatia deve-se ao fato desta estar, frequentemente e de forma muito clara, relacionada a uma ação considerada anti-social, levando o indivíduo que a pratica a entrar em contato com o aparato legal da sociedade. Nossa hipótese é que, na definição desta doença, pode-se ver melhor a interferência de valores de todos os tipos.

Embora este trabalho se restrinja ao estudo de apenas um dos principais síndromes e de apenas uma situação concreta em que o diagnóstico é utilizado, e embora ele se baseie amplamente em estudos americanos, cremos que será possível generalizar a afirmação de que é necessário que a psicologia leve em conta a questão dos valores que sempre estão presentes na prática clínica. Não cremos ser possível eliminar esses valores, na medida em que nosso trabalho é essencialmente uma interação humana para a qual cada indivíduo traz seus próprios valores. É possível sim estarmos atentos para estes valores e não nos esquecermos de nossa responsabilidade em não deixá-los atuar de modo a prejudicar os indivíduos com os quais lidamos, negando-lhes os direitos humanos básicos.

### I. A abordagem de Hervey Cleckley

Os pontos de vista de Hervey Cleckley a respeito do conceito de doença mental estão contidos em seu livro The Mask of Sanity onde ele trata do problema específico da psicopatia. Para tratar desse assunto, entretanto, Cleckley nos dá uma visão geral de suas

idéias sobre a doença mental, na medida em que compara o "síndromes" que descreve com outros tipos de "síndromes" e na medida em que tenta defender a tese de que pessoas consideradas normais pela sociedade podem, na realidade, ser psicopatas, havendo a necessidade de que a psiquiatria e a sociedade tomem providências em relação a essas pessoas. Para defender esta tese, Cleckley, naturalmente, tem de definir conceitos como "sanidade", "doença", "má conduta", "capacidade legal", e "responsabilidade criminal". Seu livro foi escrito em 1941, e em 1964 saiu a 4a. edição, revista e já bem ampliada. É nesta última que o presente trabalho se baseia.

Cleckley inicia seu estudo tratando justamente do conceito de sanidade, em torno do qual, segundo ele, há ainda muita confusão. Embora considere o termo "insano" não como um termo médico e sim legal, emprega esta palavra em vez do termo médico "psicótico" porque ela expressa melhor os critérios através dos quais se julga nos tribunais pessoas que não são adaptadas à "vida normal na comunidade" e que, no entanto, segundo ele, não são classificadas oficialmente pela psiquiatria. Para ele, embora essas pessoas sejam "automaticamente declaradas como sãs pelas definições verbais da lei e da medicina, seu comportamento demonstra uma irracionalidade e incapacidade que são flagrantes e óbvias" (5, p.20. O grifo é do autor).

Distingue essas pessoas, tanto dos "psicóticos", quanto dos casos fronteirços em que as características de alguma doença mental estão apenas parcialmente desenvolvidas. Pensa que algumas vezes seria não apenas difícil, mas também injusto rotular uma pessoa de incapaz quando sua conduta na maior parte do tempo é aceitável. Afinal de contas, todos nós às vezes nos comportamos pouco racionalmente.

Para demonstrar como é complicada a definição do conceito de sanidade, passa a citar exemplos de casos reais, tanto de pessoas "altamente respeitáveis" nos primeiros estágios de uma "doença progressiva", quanto de cidadãos que acreditam em coisas tidas pela sociedade como absurdas e contrárias aos fatos. Dentre esses casos estão pessoas como Wilhelm Reich, Ezra Pound, André Gide e

James Joyce. Para Cleckley, é realmente surpreendente que estas pessoas tenham o sucesso que têm, quando se examina o conteúdo de suas obras, as quais ele compara com a dos "pacientes" dos hospitais estaduais.

Cleckley tenta explicar o sucesso destas pessoas pela predileção de cultos pequenos, mas influentes, de intelectuais pelas coisas que são geralmente vistas como "perversas e sem espírito". Porém, na medida em que aquelas pessoas geralmente são capazes de levar vidas úteis, em harmonia com a comunidade, e às vezes até para o benefício da sociedade, Cleckley as distingue dos "psicóticos", e sugere que admite o direito dessas pessoas às vezes agirem da forma em que agem, ao dizer que em sua opinião, "nada...é mais básico do que a necessidade de que os homens se permitam uns aos outros a liberdade de crer ou não crer; ainda que sagrados ou falsos, diferentes credos podem ser mantidos por grupos diferentes" (5, p. 26).

O objetivo principal do estudo de Cleckley é mostrar aos psiquiatras alguns dos casos que ele define como psicopatas ou sociopatas\*, os quais são difíceis de serem interpretados pelos padrões habituais da psiquiatria, e impossíveis de serem tratados satisfatoriamente em face dos pontos de vista médico-legais prevalentes. Segundo ele, o diagnóstico de "personalidade sociopática" que tem sido geralmente feito em relação a essas pessoas não faz justiça ao tipo de pacientes estudados por ele, do modo como esse diagnóstico é definido e geralmente compreendido.

Quando Cleckley publicou seu livro em 1941, os conceitos então apresentados haviam se baseado principalmente em sua experiência com psicopatas adultos do sexo masculino. Nos dez anos que se seguiram, foi possível estudar um grupo mais variado de pacientes, na medida em que mulheres, adolescentes e pessoas que nunca haviam sido admitidas numa instituição psiquiátrica foram também hospitalizadas apresentando o distúrbio que interessava a ele.

---

\* Cleckley utiliza os termos "psicopata" e "sociopata", indistintamente, para se referir ao mesmo distúrbio.

Segundo Cleckley, as primeiras edições do livro proporcionam o contato com muitos psicopatas; porém o interesse pelo problema não era quase nunca manifestado pelos próprios pacientes e sim pelos parentes destes, os quais estavam lutando contra um mal para o qual não só não tinham cura, ou ajuda médica, social ou legal, mas também não recebiam um reconhecimento de que tal realidade tão óbvia existisse. Pensa ele que o livro permitiu a muitas pessoas ver de modo mais claro a natureza do problema com o qual tinham estado lidando cegamente.

Embora para ele a psicopatia seja um problema muito frequente, "um problema sociológico e psiquiátrico da maior importância", há como se fosse uma "conspiração quase universal", no sentido de ignorá-lo pelas forças terapêuticas que, reagindo ao que é biológica ou socialmente mórbido, têm provido tribunais, salas de operação, sanatórios, prisões, hospitais psiquiátricos, forças policiais e casas para os órfãos, os doentes, e os psicóticos. Reconhece que as medidas tomadas pela comunidade em relação à doença, ao crime, ao contágio, etc., estão longe de ser perfeitas, mas pelo menos alguma medida é tomada em relação a esses casos.

Embora esteja ainda longe da meta de oferecer uma cura ou explicação satisfatória para a psicopatia, Cleckley justifica seu interesse continuado no problema no sentido de promover o reconhecimento público da importância médica e social da psicopatia e para que a sociedade se organize para lidar com esse problema.

Chama o psicopata, da forma como o define, de "o homem esquecido pela psiquiatria", pois muitos psiquiatras não consideram que ele tenha uma doença nervosa ou mental, num sentido técnico. Além disso, de acordo com os padrões atuais da psiquiatria, tais pacientes não "se qualificam" para obter admissão em hospitais estaduais para psicóticos.

Em sua tentativa de investigar o psicopata e seu distúrbio, Cleckley chama a atenção para o fato de que, embora a atitude legal em relação à conduta anti-social e à punição tenha sofrido mudanças consideráveis, os critérios médico-legais baseiam-se em um

conhecimento ainda muito incompleto dos fatos. As mudanças que menciona dizem respeito à consideração de questões de responsabilidade e capacidade das pessoas que não obedecem às leis. Enquanto antigamente todas as pessoas eram consideradas sujeitas a julgamento e às penalidades provenientes deste, sem consideração daquelas questões, atualmente o criminoso que demonstra sintomas de doença mental "é internado num hospital psiquiátrico para proteção da sociedade e pelo seu próprio bem, e não como uma punição" (5, p. 32). Além disso, apenas a irracionalidade óbvia era considerada como distúrbio da personalidade e incapacidade. Porém, em termos médicos, reconhece-se o fato que muitos distúrbios menos óbvios são mais sérios do que os que apresentam manifestações superficiais evidentes.

Ao tentar determinar a incidência da psicopatia na população, Cleckley depara com uma série de dificuldades. Entre estas cita as estatísticas pouco confiáveis dos hospitais psiquiátricos devido aos fatos (1) do psicopata não ser tecnicamente considerado "qualificado" para admissão e (2) dos critérios oficialmente aceitos para o diagnóstico serem muito vagos. Como exemplo disso, cita os registros de uma instituição psiquiátrica típica, que mostram que num período de 29 meses, 102 pacientes dos 857 admitidos receberam o diagnóstico de personalidade psicopática\*, tendo Cleckley participado do grupo de psiquiatras que classificaram os pacientes. Além destes, Cleckley pensa que os 134 pacientes que foram classificados nesses registros como alcoólatras ou toxicômanos eram quase todos fundamentalmente semelhantes aos diagnosticados como psicopatas, o vício e outras complicações sendo fenômenos secundários.

Outra dificuldade que Cleckley menciona é "a recusa quase uniforme do psicopata em buscar, como outras pessoas doentes, hospitalização ou outro serviço médico qualquer" (5, p. 35). Compara

---

\* Segundo Cleckley, estes pacientes haviam sido aceitos no hospital apesar de sua falta de qualificação e como resultado de conduta tão difícil de se lidar, que foram considerados casos de emergência.



esta atitude dos psicopatas com a das crianças, que na maioria das vezes se recusam a ir tanto ao pediatra quanto ao dentista, apesar dos conselhos dos pais, e também com a de muitos psicóticos, que não buscam o tratamento voluntariamente, alguns até não reconhecendo a necessidade de tal tratamento e se opondo, às vezes violentamente, aos esforços dos outros para interná-los em hospitais psiquiátricos. Porém, ao passo que no caso das crianças e dos psicóticos existem meios de se conseguir que lhes seja dado o tratamento, se necessário contra sua vontade, desde que esse seja aconselhável para seu próprio bem ou para a proteção de outros, no caso dos psicopatas não existem instrumentos médicos ou legais de se resolver o problema.

É também característico do psicopata, segundo Cleckley, sentir-se punido e protestar indignadamente contra os esforços de se controlar suas atividades por sentenças de prisão ou hospitalização. Segundo Cleckley "ele se recusa muito mais do que a pessoa comum a aceitar tais penalidades" (5, p. 434).

Assim, já que a recusa do psicopata em se submeter a tratamento é aceita pela lei e consistente com seu status na classificação psiquiátrica, Cleckley levanta a hipótese das prisões fornecerem estatísticas que permitam estimar a incidência desse distúrbio na população geral. Porém, embora acredite que uma proporção considerável de prisioneiros apresente indicações de psicopatia, é provável que apenas uma proporção pequena de psicopatas típicos se encontre em instituições penais. Isto porque o psicopata definido por Cleckley raramente comete crimes sérios que levem a sentenças de muitos anos de prisão. Nestes casos, Cleckley encontra uma exceção quanto às providências tomadas pela sociedade em relação ao problema dos psicopatas. No "Medical Center for Federal Prisoners" em Springfield, estado de Missouri, o problema dos psicopatas condenados a muitos anos de prisão é reconhecido e "...esforços genuínos são feitos para tratá-los em termos psiquiátricos. Porém, este empreendimento admirável aplica-se apenas a uma pequena fração dos que necessitam atenção e deixa ainda ignorados os noventa e nove por cento dos pacientes que permanecem sem atenção ou restrição "

(5, p. 37).

Cleckley afirma proceder de acordo com os princípios da ciência pelo menos quanto ao método ao tentar definir, descrever e explicar o psicopata. Aqui ele se refere à ciência natural pois a linguagem de que se utiliza para se referir a esses indivíduos e seus problemas se assemelha muito à linguagem dessa ciência. Exemplos disso podem ser vistos em frases como "...Gostaria de apresentar alguns expécimes do grupo para consideração". Ou: "À parte de questões de causa e efeito, temos pouca oportunidade até para perceber a existência do tema com que devemos tratar a não ser que o psicopata possa ser seguido desde que sai de sua situação (essencialmente in vitro) do consultório médico ou hospital e retoma suas atividades na comunidade num status real e (socialmente) in vivo" (5, p. 39. Os grifos são nossos).

E, não apenas a linguagem, mas também o objetivo que busca ao estudar esse distúrbio, é o objetivo da ciência natural. Assim, busca uma classificação oficial mais precisa do psicopata e a previsão do seu comportamento. Segundo ele, "não há nada vago clinicamente com relação a estes pacientes. O curso de sua conduta pode ser previsto muito mais acuradamente do que o de pacientes com psicoses definidas" (5, p. 253).

Porém, frequentemente, para descrever os psicopatas, Cleckley recorre a termos que, ele mesmo reconhece, podem sugerir que ele está julgando o comportamento daqueles indivíduos. Pensa ele que as reações "faltosas" que esses indivíduos apresentam são difíceis de serem descritas sem se utilizar termos que pertencem mais à linguagem da ética, sociologia ou do leigo do que à linguagem "impessoal e especificamente médica", a qual permite uma comunicação bastante boa entre os cientistas sobre os fenômenos que observam. Isto porque a terminologia psiquiátrica corrente não oferece uma série de conceitos em que se possa enquadrar bem o psicopata.

Cleckley assume uma atitude estritamente médica ao lidar com a psicopatia. Assim, um paciente para ele é apenas uma pessoa que pode apresentar um distúrbio nos vários aspectos de seu funcio

namento, sendo a mente um desses aspectos. Esta não existe independente do corpo e, portanto, não se pode lidar separadamente com o intelecto, a faculdade moral, o carater ou a personalidade, a não ser através da linguagem. É impossível, do ponto de vista prático, evitar a utilização desses termos. Assim, para se evitar as implicações da psicologia das faculdades, utiliza-se o termo "neurose de carater" para indicar o mesmo tipo de distúrbio que o termo "insanidade moral", ou se classifica a psicopatia (doença da mente) sob o termo geral "distúrbio da personalidade". Qualquer que seja o termo que se utilize, no entanto, é importante não esquecer que o que se abstrai num termo ou conceito representa um aspecto do que na realidade é uma entidade integrada.

Para Cleckley, os argumentos filosóficos acerca de tais abstrações verbais não ajudam na resolução de problemas médicos. A medicina, incluindo-se a psiquiatria, não tem nada contra o valor de métodos e conceitos que se aplicam ao sujeito ao se tratar de questões filosóficas, teológicas ou pessoais que vão além de seus limites. Reconhece que em metafísica ou em formulações pessoais de convicção religiosa e outros julgamentos de valor, tais conceitos podem ser mesmo essenciais. Porém, os métodos da medicina não se aplicam nesta área.

Apesar de acreditar que quase todos os distúrbios psiquiátricos são de certa forma sociopáticos, na medida em que prejudicam as relações interpessoais, Cleckley acha que as manifestações da doença podem ser mais facilmente demonstradas no paciente isolado em uma situação de exame clínico. Porém, em relação ao psicopata, a substância de seu problema desaparece quando este é removido de seu meio-ambiente. Pensa que para conhecê-lo adequadamente, deve-se vê-lo não apenas com "o olho calmo e relativamente imparcial do médico", mas também com os olhos do homem comum. É nesta perspectiva que Cleckley primeiro observa os psicopatas "em sua conduta integral como seres humanos...antes de tentar enquadrá-los num esquema de psicopatologia" (5, p. 41).

Porém, o fato de observá-los em seu próprio ambiente não significa para Cleckley atribuir a este a responsabilidade pelo de

envolvimento do distúrbio. Não acredita que nenhum maltrato ou erros sérios da parte dos pais possam ser considerados como causa do desenvolvimento da psicopatia nos filhos. Acredita que a atribuição da responsabilidade pelos erros dos filhos aos pais e pelos crimes que um indivíduo comete à sociedade, comum atualmente, muitas vezes é feita sem base em evidência alguma, havendo apenas a repetição de um clichê conhecido. Para Cleckley, a causa do distúrbio do psicopata ainda não foi demonstrada.

Em suas tentativas de chegar a uma concepção consistente com os fatos que observa em relação à psicopatia, Cleckley acha necessário postular que o psicopata tem um distúrbio ou desvio genuíno e muito sério. Segundo ele, todas as afirmações feitas por psiquiatras ao estabelecerem um diagnóstico de esquizofrenia se aplicam, exceto pelo termo "psicótico", ao psicopata. Deixa claro que com este argumento não quer dizer que o psicopata seja um paciente com esquizofrenia, e que o utiliza apenas para demonstrar que o psicopata apresenta um distúrbio psiquiátrico grave. Este distúrbio difere muito dos demais em seus aspectos gerais, sendo a diferença mais marcante a existência do que Cleckley chama de uma "convicente máscara de sanidade" nestes pacientes.

Segundo ele, os exames destes pacientes revelam o que parece ser uma imagem estrutural sólida e substancial da personalidade sã e racional. E somente através de um julgamento baseado em pequenas impressões chega-se à conclusão de que não se trata de um homem completo, mas algo que sugere uma máquina de reflexos que pode imitar perfeitamente a personalidade humana. Esta reprodução do homem normal é tão perfeita, que não é possível, ao se fazer o exame clínico, dizer em termos científicos ou objetivos porque ou de que formas ele não é real.

É na sua vida cotidiana que o psicopata falha na sua imitação do homem, confirmando-se assim a impressão subjetiva que se tem dele no consultório com fatos objetivos e demonstráveis. Para Cleckley, essa falha é tão dramática, que só se pode atribuí-la a uma pessoa completamente louca. Desculpa-se por utilizar este ter-

mo, mas não pode evitá-lo por causa da ênfase que deseja dar ao tipo de comportamento que o psicopata apresenta.

Como hipótese básica, Cleckley considera que o distúrbio do psicopata ou o que o faz diferente da personalidade normal ou integrada consiste numa incapacidade de perceber o que as experiências mais importantes da vida significam para os outros. Ao contrário da diversidade de pontos de vista que se encontra entre as pessoas comuns, o psicopata não tem nenhum ponto de vista nem uma convicção sincera sobre o que pode ser bom ou mau. Ele não sente num grau significativo as conseqüências emocionais boas ou más da experiência. Faltam a ele os impulsos realmente fortes que levam as pessoas às metas subjetivamente importantes.

Embora o psicopata apresente algum afeto em suas reações - o afeto é encontrado em todos os mamíferos -, ele não conhece nenhum dos estados afetivos mais sérios, os quais pertencem à vida vivida ao nível de experiências humanas importantes. Por mais inteligente que ele seja, não se pode ensinar-lhe a consciência do sig-nificado que ele não sente. Ele pode aprender a reproduzir toda a pantomina do sentimento; mas, como no caso de animais descerebra-dos, o sentimento mesmo não existe. E, na medida em que, além do sentimento, falta-lhe o sentido de valor, suas excelentes faculda-des lógicas sô podem produzir uma imitação do raciocínio - a racionalização, a qual não dirige nem explica satisfatoriamente a ação.

Cleckley admite que essas afirmações que faz a respeito do psicopata podem ser interpretadas erroneamente, e isto realmente foi o que aconteceu numa crítica do seu livro, que ele mesmo cita, na qual se comenta que se a doença do psicopata é não compreender o sentido da vida, este termo pode ser aplicado à maioria das pes-soas, pois ninguém jamais chegou a um insight sobre o sentido da vida. Cleckley, porém, se defende dizendo que quando fala em "sen-tido da vida", não está fazendo nenhuma consideração filosófica ou religiosa no sentido de explicar o homem e o universo. Busca ape-nas mostrar que o psicopata nem se emociona adequadamente, nem tem estímulos subjetivos que tornem os principais aspectos da vida su-

ficientemente importantes para se lutar por eles. No psicopata, essa alteração da afetividade é mais difícil de se demonstrar do que no esquizofrênico porque naquele ela é mascarada por uma superfície normal.

O próprio fato de não se encontrar nos exames do psicopata dados que expliquem o seu comportamento anti-social - roubar, fugir de casa, não trabalhar para se manter, e toda uma gama de condutas que fazem sofrer às pessoas ligadas a ele - tornam esse distúrbio às vezes mais sérios do que o de um paciente que apresenta alucinações ou delírios. É também muito sério o fato destes atos anti-sociais serem cometidos de modo gratuito, sem que haja o menor envolvimento emocional do psicopata em nenhum deles.

Revendo a literatura psiquiátrica relativa à psicopatia, Cleckley se surpreende que, sendo este um distúrbio tão sério e tão frequente, tão pouca atenção lhe tenha sido dada nos principais manuais de psiquiatria. Apesar da existência de vários volumes que tratam da personalidade psicopática, nenhuma forma prática de lidar com o problema pode ser encontrada ainda, na medida em que há uma tendência de, ou agrupar esses pacientes com vários outros tipos de pacientes completamente diferentes, ou subdividir o distúrbio em várias sub-categorias com base em distinções imaginárias.

Acredita ele que os primeiros trabalhos em psiquiatria apresentam conclusões práticas muito mais realistas que as que determinam o atual status legal e médico do psicopata, apesar de todas as abstrações filosóficas envolvidas naqueles trabalhos. Há neles não apenas observações que mostram que distúrbios sérios de personalidade ocorriam na ausência de "lesão do intelecto", como também a tendência a reconhecer esses distúrbios como doença, de modo a distingui-los de crime ou "depravação". Entre esses autores, Cleckley cita Benjamin Rush, cujas crenças sobre o "distúrbio da vontade" sugerem que já se observava pacientes aos quais hoje se chama de sociopatas e que se notava a ausência de ilusão, irracionalidade do pensamento, etc., nesses pacientes.

Ao se aprofundar no estudo do conceito de "máscara" do distúrbio da personalidade, Cleckley levanta a possibilidade de que o disfarce seja apenas uma tentativa de simular, voluntariamente assumida pelo psicopata. Neste caso, sua disfunção essencial deveria ser classificada como mera hipocrisia ao invés de doença ou deformidade psiquiátrica. Porém, afasta essa possibilidade, chamando atenção para o fato de que o comportamento típico do psicopata faz fracassar o que parece ser suas próprias metas. Embora deliberadamente engane os outros e seja bastante consciente de suas mentiras, ele parece ser incapaz de distinguir entre suas próprias pseudo-intenções e as respostas genuínas de uma pessoa normal. Sua concepção do oposto da hipocrisia é tão pouco real que deve-se questionar se o que se chama de hipocrisia pode ser atribuído a ele. Cleckley se pergunta, então, como pode o psicopata entender adequadamente a natureza das faltas que sua conduta provoca nos outros, se ele não possui valores próprios.

Para Cleckley, as tentativas de se interpretar o distúrbio do sociopata não constituem evidência de que ele tenha um distúrbio ou que este seja sério. Repete que só se encontra esta evidência se se examinar seu comportamento em seu meio-ambiente. Porém, ainda está buscando métodos que possibilitem maior objetividade às avaliações daquele comportamento.

Cleckley afirma que se esses métodos ajudarem a provar que o distúrbio do psicopata, tal como ele o define, realmente existe, não é de estranhar que seu reconhecimento como uma forma de incapacidade importante tenha sido tão retardado. Lembra que mudanças patológicas visíveis na superfície do corpo já estavam sendo tratadas regularmente por médicos quando todos ainda recorriam ao exorcismo de diabos no caso de doenças tratadas pelo alienista. O mesmo tem acontecido com os distúrbios de personalidade: os que se caracterizam por manifestações externas óbvias são aceitos como problemas psiquiátricos muito antes dos outros em que se preserva a aparência superficial de sanidade.

Para Cleckley, apesar de faltar ao psicopata os sintomas a-

cadêmicos característicos dos distúrbios tradicionalmente classificados de psicose, ele parece pertencer mais a este grupo do que a qualquer outro. Porém, para que se possa lidar com o problema desse indivíduo em termos médicos ou de outra forma qualquer, é necessário que paralelamente se estabeleçam meios legais que controlem a sua situação. Caso seja preciso dizer que ele é psicótico para que providências sejam tomadas no sentido de tratá-lo ou supervisioná-lo, Cleckley acha que isto pode ser resolvido, já que as objeções mais sérias são primariamente teóricas: "Talvez nossas definições tradicionais de psicose possam suportar melhor uma alteração do que estes pacientes perturbados e as pessoas próximas a eles possam suportar os absurdos, e às vezes trágicos, métodos atuais de lidar com seus problemas" (5, p. 423).

Cleckley vê a necessidade de esclarecer dois pontos que considera cruciais e interligados em qualquer tentativa de lidar de forma prática com a psicopatia: (1) a questão de se distinguir entre doença (incapacidade real) e má conduta voluntária ou culpável, e (2) a questão da responsabilidade ou capacidade legal.

Aquí, Cleckley novamente se refere ao costume antigo de se atribuir a causa das doenças às ações do diabo, feiticeiras ou outras forças sobrenaturais. Segundo ele, muitos tipos de condutas perigosas ou estranhas que hoje são vistas como doença, eram atribuídas, então, àquelas forças. Além dessa interpretação, era comum também atribuir o infortúnio e doenças físicas e psiquiátricas ao pecado ou alguma outra forma de má conduta. Com o tempo, a interpretação médica passou a ser a mais aceita, primeiro para as condições em que os sintomas (somáticos ou psíquicos) eram mais óbvios, e depois para as que apresentavam aspectos médicos encobertos ou dissimulados.

Comentando sobre isso, Cleckley diz que "Poucos teólogos, filósofos, ou juristas (sádios) negariam hoje que os conceitos atuais de doença e os métodos de lidar com ela...tenham prejudicado a religião ou tornado sem sentido os valores morais" (5,p.457). Para ele, quando o médico pode fazer alguma coisa que ajude a re-



solucionar a situação, ele age sem esperar chegar a um acordo em relação às questões absolutas, não-médicas, por mais importantes que estas possam ser.

Cleckley admite que questões filosóficas relacionadas a quem ou o que é responsável pelas condições patológicas do indivíduo são realmente difíceis de serem respondidas. Por outro lado, para ele, não é tão difícil determinar que essas situações são patológicas e que têm de ser corrigidas por todos os meios possíveis.

Segundo Cleckley, o fato de que muitos tipos de comportamento antes considerados como falta voluntária ou o resultado de pecado serem atualmente classificados como doença, não prova que eventualmente todas as faltas do indivíduo serão tidas como doença e que toda conduta será necessariamente avaliada em um nível onde não se leve em conta questões de bem e mal. Porém, ao que tudo indica, é útil se tomar providências médicas, legais e sociais para situações que não foram ainda analisadas e solucionadas em termos finais de ética, e talvez nunca o cheguem a ser.

Para Cleckley, o psicopata difere do criminoso em vários aspectos. Este último segue um propósito ao cometer um crime, e se protege a si mesmo, prejudicando apenas os outros, ao passo que as ações anti-sociais do primeiro são incompreensíveis às vezes até para ele próprio. Além disso, ele consistentemente se coloca em situações horríveis, e o dano mais sério que causa aos outros é muitas vezes devido à preocupação que têm em relação a ele. Mesmo que seu argumento quanto a essa diferença não seja válido, ele acha que se deve buscar um remédio para a situação do psicopata. E, não apenas o bem-estar do paciente, mas também o da comunidade deve ser levado em conta em qualquer ação que se decida tomar.

Cleckley adverte, porém, contra o abuso atual de se classificar a má conduta como doença. Segundo ele, geralmente as afirmações feitas nesse sentido não se baseiam em nenhuma evidência, proveniente da investigação psiquiátrica e dependem inteiramente da escolha arbitrária de um termo para exonerar as pessoas que cometem atos anti-sociais.

Outra tendência que considera bastante comum atualmente é dizer que o crime não é culpa do criminoso, e sim da sociedade, ou que não existem crianças más e sim maus pais. Para Cleckley, logicamente, isto conduz ao sentimento de que nada que a pessoa faz é errado, e que ela não necessita assumir a responsabilidade de sua própria conduta, por mais prejudicial que esta seja para si mesma ou para os outros. Segundo Cleckley, esta tendência gratuita de utilizar bodes expiatórios para exonerar criminosos talvez tenha ido longe demais na direção oposta aos abusos que se faziam na época das feiticeiras, e deve-se evitá-la ao se tentar compreender o psicopata.

## II. A abordagem de Thomas Szasz

O que se segue constitui um resumo das idéias desenvolvidas por Thomas Szasz a respeito da doença mental. Essas idéias encontram-se em obras suas publicadas no período de 1967 a 1971.

O estudo do conceito de doença mental, naturalmente, está intimamente ligado às ciências para as quais esse constitui um dos conceitos básicos: a psicologia e a psiquiatria. Szasz considera a psiquiatria como um dos ramos da psicologia e, como psiquiatra, é nesta ciência que baseia o seu estudo crítico sobre a doença mental. Para ele, a psiquiatria, como uma ciência teórica consiste no estudo da conduta pessoal e na explicação dos tipos de jogos que as pessoas jogam umas com as outras. O comportamento real constitui os dados básicos dos quais se infere as regras do jogo, sendo o comportamento verbal uma das áreas centrais de interesse para a psiquiatria. Assim, ao invés do método médico, o método básico da psiquiatria deve ser o método de análise da comunicação: a comunicação com pacientes através da linguagem, sinais não verbais e regras, e a análise, por meio de símbolos verbais, das interações observadas.

Szasz apresenta, então, uma "teoria da conduta pessoal", em que faz uma análise do comportamento em três áreas ou níveis que se interrelacionam: análise "semiótica" do comportamento, análise do comportamento em termos da obediência às regras (rule-following analysis), e análise do comportamento em relação ao modelo de jogo (game-model). Acredita ele que o enfoque ao aspecto social da linguagem pode proporcionar o reencontro entre a psiquiatria, por um lado, e a filosofia e a ética, por outro lado. Na medida em que a psicologia se volta para questões tais como "como vive o homem?" e "Como o homem deveria viver?", seus métodos e teorias diferem dos da ciência natural, e os psiquiatras não podem esperar: resolver problemas éticos por meio de métodos médicos. Na medida em que as teorias psiquiátricas procuram explicar e os sistemas de psicoterapia procuram alterar o comportamento humano, considerações relativas a metas e valores são partes indispensáveis das teorias da con

duta pessoal e da psicoterapia.

Assim, a psiquiatria necessariamente se refere aos aspectos normativos da conduta pessoal, e muito da dificuldade na construção de uma teoria coerente do comportamento humano se deve à incapacidade - e, às vezes recusa - dos cientistas humanos em separar a descrição da prescrição. Questões tais como "Como os homens são constituídos?" "Como agem?" e "Quais são as relações entre a sociedade e o indivíduo?" podem e devem ser distinguidas de questões tais como "Como os homens devem agir?" ou "Quais devem ser as relações entre a sociedade e o indivíduo?"

A "teoria da conduta pessoal" proposta por Szasz como alternativa à teoria organicista em psiquiatria, a qual pretende assumir uma atitude "neutra" diante dos fatos, não será tratada aqui em detalhe, já que o foco de interesse do presente estudo é sua visão crítica do conceito de doença mental. Passaremos, portanto, a tratar disso em seguida.

Szasz levanta 3 questões básicas ao iniciar sua crítica ao conceito de doença mental e seus "corolários", o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento: "Como começou e se desenvolveu o estudo das chamadas doenças mentais?" "Que forças econômicas, morais, políticas e sociais colaboraram para moldá-lo em sua forma atual?" e "Que efeito teve a medicina, e particularmente o conceito de doença física, no desenvolvimento do conceito de doença mental?"

A histeria de conversão é escolhida como o paradigma do tipo de fenômenos a que o termo "doença mental" pode se referir, em primeiro lugar, porque historicamente foi o problema que chamou a atenção dos neuropsiquiatras (p. ex.: Charcot, Janet e Freud) e levou à diferenciação gradual entre a neurologia e a psiquiatria. Em segundo lugar, a histeria traz à tona a necessidade de distinguir a doença física de imitações de tal doença. Apresenta assim o médico com a tarefa de distinguir entre o fato e o fac-símile, o que constitui o problema principal da epistemologia psiquiátrica contemporânea. Finalmente, a histeria proporciona um ótimo e-

xemplo de como a chamada doença mental pode ser conceituada melhor em termos dos conceitos utilizados em sua análise do comportamento (semiótica, etc.). Tudo o que for dito sobre a histeria se refere igualmente, em princípio, a todas as outras chamadas doenças mentais. A diversidade manifesta de doenças mentais - por exemplo, as diferenças entre histeria, obsessões, paranoia, etc. - é vista por Szasz como análoga à diversidade entre línguas diferentes.

Para se estudar o problema da histeria, Szasz acha necessário explorar as relações entre esta e a simulação de doença (*ma-linging*). Para tal, começa por analisar o trabalho de Charcot, o qual considera como o início da psiquiatria moderna. Charcot era um neurologista inicialmente, mas, na medida que seu conhecimento de neuropatologia se desenvolveu e seu prestígio começou a aumentar, seu interesse passou a se dirigir para os distúrbios que simulavam condições orgânicas neurológicas. Citando os comentários de Freud a respeito dessa mudança de interesse de Charcot, Szasz mostra como o estudo da histeria já começou com preconceito por causa da importância social de seu investigador. Segundo Freud, "O trabalho de Charcot primeiramente devolveu a este tema sua dignidade e pôs um fim aos sorrisos irônicos com que eram recebidas as queixas das pacientes. Visto que Charcot, com sua grande autoridade, havia se pronunciado em favor da autenticidade e da objetividade dos fenômenos histéricos, não podia tratar-se, como se pensava antes, de uma simulação. Assim, pois, Charcot repetiu, em menor escala, o ato liberador de Pinel..." (22, pp. 25 e 26).

Para Szasz, esta passagem mostra como foi decidido, sem base em evidência empírica ou razão lógica, que, ao invés de doenças neurológicas orgânicas, essas pessoas sofriam de "doenças nervosas funcionais". A maioria dessas "doenças" eram chamadas "histeria". O mesmo se aplica à preferência pela categoria "histeria" em vez de "simulação". Para tal escolha, Freud apela para a autoridade de Charcot e para considerações éticas. Segundo Szasz, essa situação não só marca o início do estudo moderno sobre as chamadas doenças mentais, como também contém o que ele vê como o principal erro lógico e de procedimento na evolução da psiquiatria moderna.

Este erro encontra-se tanto na tentativa de elevar socio-eticamente a pessoa que sofre do nível de simulador para o de paciente, quanto na confusão feita entre semelhanças e diferenças entre doenças neurológicas orgânicas e fenômenos que apenas se assemelham a elas. Em relação ao primeiro, Szasz estabelece um paralelo entre as contribuições de Charcot e de Guillotin à cultura humana, mostrando que, enquanto o primeiro facilitou a doença ao indivíduo que sofria, o segundo facilitou a morte dos condenados. Nenhum dos dois parece ter facilitado às pessoas estarem bem (não sofrer) ou viver. Mas, na medida que o papel do doente é socialmente mais aceito que o do marginal - e aí se inclui a pessoa que simula doença -, para Szasz, Charcot realmente "liberou" o doente mental ao promover os simuladores a histéricos.

Quanto às semelhanças e diferenças entre histeria e doença neurológica, Szasz considera que as alternativas são, ou das ênfases às primeiras ou às últimas ao se analisar histeria e simulação. As semelhanças entre histeria e doença do corpo tomado como uma máquina físico-química encontram-se principalmente nas queixas do paciente, sua aparência clínica e no fato de que a pessoa encontra-se realmente incapacitada. As diferenças acham-se nos fatos empíricos descobertos mediante exames físicos e de laboratório. Segundo ele, as semelhanças e diferenças não se opõem umas às outras, pois cada uma se refere a aspectos diferentes de um todo. Não há uma relação lógica necessária entre as queixas de estar doente ou a aparência de estar doente e um distúrbio físico-químico do corpo. Isto não nega o fato de que possa haver uma conexão entre os dois fatos. A natureza desta conexão, porém, é empírica e não, lógica. Assim, é uma questão de escolha científica e social se se escolhe enfatizar as semelhanças e, então, colocar a histeria na categoria de doença, ou se se prefere enfatizar as diferenças e colocá-la na categoria de "não-doença". O processo de diferenciação se baseia em observações empíricas e culmina com um julgamento. Em outras palavras, o processo implica em observação, seguida de arbitramento. Em termos médicos, isso corresponde ao "diagnóstico diferencial" entre doença orgânica e mental.

Para Szasz, a questão da utilidade em se definir problemas existenciais em termos de doença depende dos tipos de questões que se propõe enfrentar. Ao insistir que algumas pessoas são doentes mentais, ao invés de focar diretamente os problemas que essas pessoas apresentam, limita-se consideravelmente o número de questões possíveis, e, em consequência há uma diminuição também considerável na possibilidade de se exercer uma ação científica e efetiva. A questão de se os chamados distúrbios do comportamento - ou problemas existenciais - devem ser vistos como e chamados de "doenças" tem sido sempre discutida como se isso constituísse um problema que diz respeito apenas à ética ou à política. Não há dúvida que a questão tem implicações éticas, já que a resposta a esta questão pode influenciar ou alterar as estruturas de poder e existentes. Isto não significa, porém, que as próprias questões sejam sobre ética ou política. E mesmo quando se trata de um problema em ética, pode ser possível submetê-lo a uma análise tanto empírica quanto lógica. Desde que a conduta pessoal, quando analisada em termos de sistemas de símbolos, comunicações e relações sociais, envolve valores, a explicitação de todos os julgamentos de valor relevantes constitui um pré-requisito da análise científica que se quer efetuar.

De acordo com Szasz, a interação dialética de tendências ou temas opostos tais como liberdade e escravidão, liberação e opressão, capacidade e incapacidade, responsabilidade e licenciosidade, ordem e caos, tão essencial para o crescimento, a vida e a morte do indivíduo, transforma-se em psiquiatria nas tendências ou temas opostos de "maturidade" e "imaturidade", "independência" e "dependência", "saúde mental" e "doença mental", e "sanidade" e "insanidade". Acredita ele que todos esses termos psiquiátricos são inadequados e insatisfatórios, pois negam ou desviam a atenção do caráter essencialmente moral e político do desenvolvimento humano e da existência social. O que ele procura fazer com seu trabalho é, em grande parte, devolver à ética e à política seus lugares de direito em questões das chamadas doença mental e saúde mental.

Szasz vê o psiquiatra como aparentemente se comportando como o cientista médico, que aquele alega ser, supostamente se comporta - permanecendo "neutro" em relação às "doenças mentais" que "diagnostica" e tenta "curar". Mas, se estas "doenças" são em grande parte conflitos humanos e os resultados de tais conflitos, como Szasz argumenta, como pode o psiquiatra ajudar seu companheiro em conflito e se manter afastado do conflito? Naturalmente, isso é impossível, e, na realidade, o psiquiatra sempre participa como aliado de uma das partes do conflito. Geralmente, pensa Szasz, quando o psiquiatra se confronta com conflitos éticos e sociais "menores", tais como os apresentados por "pacientes neuróticos", ele apoia os interesses do próprio paciente em oposição aos interesses das pessoas com quem o paciente está em conflito. O contrário acontece quando o psiquiatra se relaciona com "pacientes psicóticos", os quais apresentam conflitos mais sérios. Mas, em vez de definir sua intervenção como ajudando ou prejudicando, liberando ou oprimindo o "paciente", o psiquiatra insiste em defini-la como "diagnosticando" e "tratando doenças mentais". Para Szasz, isto é precisamente o que é responsável pelo "fracasso moral e incompetência técnica do psiquiatra contemporâneo" (23, p. 7).

Szasz chama a atenção para o fato de não estar colocando em xeque a existência dos acontecimentos sociais e psicológicos nos quais se coloca o rótulo de doença mental. Não é que ele duvide da existência de amplas variações no comportamento do indivíduo ou da possibilidade de se rotular essas variações. O que questiona é a base lógica e o status moral da premissa por trás dos sistemas existentes de classificação psiquiátrica: a premissa de que o comportamento humano é um acontecimento natural, e, como tal pode e deve ser classificado. Esta é uma premissa baseada nas ciências físicas, e para as ciências que tratam do homem a lógica do fisicalismo é falsa, pois nega as diferenças entre pessoas e coisas e os efeitos da linguagem nas primeiras.

A linguagem da física leva à explicação e manipulação dos objetos físicos. Mas a ciência humana não pode ter o mesmo objeti



vo das ciências físicas a não ser que abdique a ser uma empresa moralmente digna. Em vez do objetivo de controlar o objeto de suas investigações, ela deve procurar liberar esse objeto. Portanto, necessita de métodos diferentes dos da ciência física.

Na psiquiatria e em todas as relações humanas o ato de classificar representa um acontecimento muito importante, pois na medida em que o homem cria símbolos e é influenciado por estes, o fato de ser colocado em certas classes afeta as pessoas, ao passo que não afeta aos animais e às coisas. Se se chama um rato de "rato", ou uma pedra de "granito", nada acontece a eles, mas se chamarmos uma pessoa de "esquizofrênica", algo acontecerá a essa pessoa. O ato de classificar está intimamente relacionado à necessidade humana de controlar e dominar. É desejável que o ser humano classifique, controle e domine a natureza na medida em que isto é necessário para sua realização como ser humano, mas classificar um outro ser humano sem o consentimento deste implica a violação da integridade pessoal deste indivíduo. Ser capturado em uma categoria, ser diagnosticado como este ou aquele tipo de pessoa é visto por Szasz como uma privação essencial da liberdade da pessoa. Mas, segundo ele, as pessoas não conseguem suportar o peso da liberdade e preferem buscar a segurança de uma identidade fixa.

Szasz mostra como a psiquiatria, encarada como parte da ciência da medicina, considera a "mente" como aquela ciência considera a pele, os órgãos internos ou o sistema nervoso. Ao se fazer uma classificação das doenças (nosologia) que acontecem a essas partes, é necessário investigar as causas dessas doenças, e, se possível, removê-las. Mas, a ação humana, sob essa perspectiva, é reduzida a zero. Nesse esquema, não há lugar para a ação dirigida a uma meta, ou para a intenção e o planejamento de ações para se chegar a uma meta. Há apenas o comportamento determinado por causas. Para Szasz, esse é o erro fundamental do enfoque médico e mecanicista ao comportamento humano e à classificação psiquiátrica.

Além disso, o diagnóstico médico, geralmente, não define a identidade pessoal do indivíduo, ao passo que o diagnóstico psiquiátrico o faz. Há uma grande diferença entre chamar uma pessoa

de "poeta leucêmico" e de "poeta esquizofrênico".

Um outro problema apontado por Szasz em relação à nosologia psiquiátrica é que esta não descreve apenas a chamada doença do paciente, mas também prescreve sua conduta futura, na medida que o rótulo diagnóstico determina a conduta de outras pessoas em relação ao "doente" e vice-versa.

Retomando o estudo empreendido por Szasz sobre histeria, em particular, e doença mental, em geral, passemos a suas considerações a respeito desse assunto. Para Szasz, Breuer e Freud inicialmente abordaram a histeria como se esta fosse uma doença, semelhante em essência, a distúrbios físico-químicos do organismo (a sífilis, por exemplo). Pensava-se que a base físico-química da histeria fosse apenas mais difícil de detectar pelos métodos de que se dispunha na época (métodos psicológicos). Era como se tivessem de se contentar com estes métodos, até que métodos melhores e mais adequados (métodos físicos) fossem descobertos. Szasz aborda o problema justamente do ângulo oposto, ou seja, pensa que considerações acerca das causas ou mecanismos físico-químicos da histeria (e de outras doenças mentais) são dispensáveis já que não há nem evidência observável nem necessidade lógica para eles. Segundo Szasz, se nos detivermos no nível observacional do que se relata, pode-se afirmar que os pacientes descritos eram pessoas infelizes ou com problemas, as quais expressavam suas dificuldades em termos de sintomas físicos, que sugeriam ao médico uma doença neurológica. Em nenhum caso pode-se encontrar evidência de que o paciente histérico sofresse realmente de uma doença anatômica ou fisiológica. Isto porém, não impediu que Breuer e Freud levantassem uma hipótese parcialmente orgânica para a "causa" dessa "doença".

Szasz mostra que a concepção original de Freud sobre a conversão baseou-se na resposta a perguntas tais como: "O que está sendo convertido (em dor física)?", "Por que o paciente sente dor física?" Questões subordinadas seriam: "O que causa isto?", "Como um conflito ou afeto se converte em dor física?" Freud responde tentando representar o mecanismo ideacional em termos de expres -

sões algébricas. Para Szasz, tal explicação complicada não é necessária, bastando-se apenas formular as questões de modo diferente: "Por que o paciente se queixa de dor?" Questões subordinadas seriam: "Por que o paciente queixa-se de algo em seu corpo se este está fisicamente intacto?" "Por que o paciente não se queixa de problemas pessoais?" As respostas a estas questões devem ser formuladas em termos dos problemas pessoais do indivíduo.

Segundo Szasz, na medida em que Freud pergunta como um problema psicológico se manifesta através de um fenômeno físico, ele justapõe fenômenos psicológicos e físicos como se estes constituíssem os 2 lados de uma mesma moeda. Para ele, a relação entre o psicológico e o físico não deve ser vista como uma relação entre dois tipos diferentes de acontecimentos, e sim como a relação entre dois modos diferentes de representação ou linguagem.

De acordo com a teoria psicanalítica da histeria, existem dores "orgânicas" e dores "histéricas". Esta teoria vê "significados" psicológicos de todos os tipos (um desejo, uma necessidade, etc.) como "agentes causais" semelhantes, em todos os aspectos significativos, a tumores, fraturas, e outras lesões físicas. Szasz vê falhas neste tipo de visão dos fatos, pois fraturas e tumores pertencem a uma categoria lógica diferente da de desejos, aspirações e conflitos. Com isto, não quer dizer que motivos psicológicos não possam ser vistos como "causas" da conduta humana. É necessário, porém, que esteja claro que o desejo de uma pessoa de ver um filme é a "causa" desta pessoa ter ido ao cinema num sentido muito diferente do sentido das "leis causais" da física.

Com a evolução da psicanálise, os psicanalistas passaram a dar cada vez mais ênfase à chamada psicologia do ego, a qual enfatiza os aspectos da comunicação e interpessoais do comportamento ao invés das necessidades instintivas. Nesta perspectiva, a histeria é descrita como uma forma de comunicação. A característica fenomenal distintiva da histeria passa a ser a substituição de comunicações acerca de problemas pessoais por meio da linguagem comum por um "estado do corpo". Como resultado dessa transformação

("tradução"), tanto o conteúdo quanto a forma do discurso mudam . O conteúdo muda de problemas pessoais para problemas orgânicos, enquanto a forma muda da linguagem verbal (linguística) para a linguagem corporal (gestos).

Assim, a conversão histérica passa a ser vista como um processo de tradução - uma concepção primeiramente proposta por Freud. Porém, Sullivan e Fairbairn foram os responsáveis pelo impulso dado à apreciação mais completa dos aspectos comunicativos, de todos os tipos de ocorrências encontradas em psiquiatria.

O termo "tradução" se refere à passagem de uma mensagem de um idioma para outro. Quando o processo de tradução se completa, diz-se que as duas mensagens significam a mesma coisa. Em tal contexto, não se pode adequadamente falar em transferência de energia nem em mudanças no conteúdo da informação. É melhor focar a situação interpessoal (social) prática que tornou necessária a tradução - ou seja, que as pessoas que não falam a mesma língua não podem se comunicar através da linguagem. A tradução é o ato que torna possível a comunicação em tal situação.

Segundo Szasz, geralmente, quando as pessoas se sentem incapazes de se comunicar efetivamente com os outros através de mecanismos "normais" tais como a linguagem comum, é provável que traduzam o que desejam comunicar para o idioma do que ele chama de "proto-linguagem", isto é, que se comuniquem através do choro, sinais físicos, etc. Pensa ele que este fenômeno, o qual pode tomar uma grande variedade de formas, veio a ser tratado como "doença mental". Assim, ao invés de ver que as pessoas estão envolvidas em vários tipos de comunicações estabelecidas em diversas situações sociais, constroi-se vários tipos de doenças mentais tais como "histeria", "hipocondria", "esquizofrenia", etc.

Na medida em que geralmente as pessoas estão dispostas a tratar melhor aos doentes e incapacitados, será útil para algumas pessoas personificar o papel de doente. Szasz desenvolve esta idéia apoiando-se em sua análise do comportamento em termos de obediência às regras do jogo. Para ele, o que está implícito na comu

nicação fornecida pelo estado de doença ligado à histeria é uma busca de ajuda. Szasz tenta então verificar onde se originaram as regras que prescrevem uma atitude de ajuda em relação às pessoas fracas ou incapacitadas.

Conclui que, primeiro, este é um jogo comum na infância, isto é, toda criança foi cuidada por adultos, pois sem a ajuda destes seria impossível sua sobrevivência. Em segundo lugar, verifica que estas regras características da interação pais-filhos (o "jogo familiar") derivam-se das religiões dominantes no mundo ocidental. A religião judaica, e especialmente o cristianismo, ensinam essas regras.

Explica a tendência a permanecer criança, ou a buscar metas regressivas, em termos de relações humanas que desencorajam ou proibem a ampliação do conhecimento. Como exemplo das pressões contrárias a esta ampliação, cita (1º) a atribuição pelas religiões judaica e cristã da queda do homem em relação à graça divina ao fato de Adão ter comido do fruto da árvore do saber; (2º) o Índice da Igreja Católica Romana, que provê uma lista de livros, filmes, etc. que são proibidos para os que professam a fé cristã; (3º) forças sociais mais sutis que impedem as pessoas de aprender os fatos da biologia humana e as crenças religiosas ou costumes nacionais de outros povos; e, finalmente, o fato de muitas pessoas, atuando em relações específicas, promoverem e alimentarem a ignorância da outra ou outras pessoas envolvidas na relação.

Os ensinamentos das religiões judaica e cristã estão cheios de regras que reforçam a doença, a simulação, a pobreza e o temor - em suma, todos os tipos de coisas que limitam as pessoas e as fazem infelizes. Além disso, essas regras, ou seus colorários, prevêem penalidades para as pessoas que são auto-suficientes, capazes, e orgulhosas de sua saúde e bem-estar. O tema de que Deus ama os humildes, acomodados, necessitados, os "pobres de espírito", ou os que O temem é uma constante tanto no velho quanto no novo testamento. Szasz cita Mateus (19:12) para ilus-

trar como a ética cristã aprova as pessoas emasculadas: "Com efeito, há eunucos que assim nasceram no seio materno, há os que foram feito eunucos pelos homens, e existem eunucos que se fizeram tais por amor ao reino dos céus". Segundo Szasz, os temas de auto-castração e impotência - ou mais geralmente, a luxúria e suas vicissitudes - constituem os leitmotive de (19) grande parte da bíblia, (29) do tratamento da questão de feitiçaria, e (39) das primeiras fases da teoria psicanalítica.

Szasz dedica grande parte de sua obra ao tratamento de questões relacionadas à teologia, feitiçaria e histeria, questões estas que vê como interrelacionadas e que explicam grande parte da origem do conceito de doença mental.

Segundo ele, o homem contemporâneo busca a negação das controvérsias sociais, morais e pessoais através do "jogo médico" (medical game), o qual constitui um dos principais modelos utilizados atualmente para a compreensão do mundo. Da mesma forma, o europeu utilizou o modelo teológico durante mais de mil anos, do princípio do Cristianismo até depois da idade média.

Szasz mostra como a relação entre os dois tipos de explicação pode ser vista na teoria médica sobre a feitiçaria. Afirma-se frequentemente, que as mulheres medievais que foram acusadas de feitiçaria, na realidade, sofriam do que se sabe hoje ser a histeria. Um dos médicos mais responsáveis pela classificação das feiticeiras como doentes mentais, foi Charcot, e entre os autores contemporâneos, Zilboorg é apontado como dos mais eloquentes defensores de uma visão médico-psiquiátrica da feitiçaria. Sua tese de que as feiticeiras eram doentes mentais mal diagnosticadas baseou-se em grande parte numa interpretação da obra de Kramer e Sprenger - Malleus Malleficarum (1486), um manual de feitiçaria para os caçadores de bruxas. Porém, Zilboorg não prestou atenção ao fato de que o manual se parece muito mais a um documento legal do que médico. O que resultava da busca e comprovação de feitiçaria nas pessoas era a aplicação de uma sentença a essas pessoas. Seria, então, mais lógica a conclusão de que as feiticeiras fos -

sem criminosas, ou seja, pessoas que desafiavam a ordem social (teológica) existente. Zilboorg sugere, entretanto, que o manual pode servir como um ótimo manual moderno de psiquiatria clínica descrita do século XV, apenas sendo necessário que se faça a substituição do termo "feiticeira" pelo termo "paciente" e que se elimine o diabo.

Para Szasz uma teoria que utilize o conceito de bode-expiatório leva a uma compreensão melhor do problema da feitiçaria do que a utilização de um modelo médico. A teoria médica da feitiçaria ignora dois determinantes sociais da crença em bruxas. Em primeiro lugar, uma preocupação com Deus, Cristo e a teologia cristã não pode ser inteiramente separada da crença em entes maus (diabos, bruxas, etc.). Além disso, a preocupação com as atividades sexuais das bruxas e diabos representa a contrapartida da atitude oficialmente anti-sexual da Igreja Católica. O principal objetivo de se queimar as "bruxas" era assegurar a existência da ficção social ou mito relacionado à crença de que o corpo é ruim e, portanto, pode ser sacrificado para a salvação da alma, a qual constitui a parte boa do ser humano. Sabe-se que na Idade Média a conduta sexual era muito promíscua. Assim, as leis expressavam ideais éticos que a grande maioria das pessoas não seguiam. Para que esse comportamento das pessoas não transparecesse, e para que as leis fossem mantidas, foram necessários bodes expiatórios, isto é, que determinadas pessoas fossem punidas pelo comportamento da maioria.

Trata-se agora de saber quem eram essas pessoas escolhidas para desempenhar o papel de bodes expiatórios. A maioria das pessoas acusadas de feitiçaria eram mulheres, velhos e membros da classe baixa. Naturalmente, era mais seguro perseguir pessoas socialmente inferiores do que pessoas que ocupassem uma posição importante na sociedade.

A esse respeito, Szasz cita uma passagem da obra de Freud relacionada à psicologia feminina, não tanto para criticá-lo, mas para ilustrar a importância da opressão social na determinação de fenômenos chamados feitiçaria, histeria, e doença mental: "O fato de que tenhamos de atribuir à mulher um escasso senso de justiça depen

de, talvez, do predomínio da inveja em sua vida mental, pois a exigência da justiça é uma elaboração da inveja ... Sobre as mulheres, dizemos também que seus interesses sociais são mais fracos e sua capacidade de sublimação dos instintos é menor do que a dos homens" (22, p. 213).

Szasz chama atenção para o que resultou da teoria psicopatológica da feitiçaria. Por um lado, o comportamento das feiticeiras tornou-se o objeto de grande interesse em termos de psicopatologia e passou a ser considerado como prova da "realidade trans-histórica" da doença mental. Por outro lado, os inquisidores, juizes, médicos e carrascos, foram cada vez mais ignorados pelos psiquiatras, e seu comportamento foi considerado como um erro infeliz daquela época obscura. É ilustrativa a opinião de Henry Sigrist, o historiador médico que Szasz cita: "Não há dúvida que muitas mulheres que perderam a vida na fogueira eram personalidades psicopáticas; o mesmo não se pode dizer dos homens que as perseguiram. A sociedade como um todo é que acreditava em bruxaria como resultado de uma filosofia definitiva" (24, p. 81). Para Szasz, quando se assume esta posição diante dos fenômenos, exclui-se a possibilidade de que estes - feitiçaria na Renascença e doença mental atualmente - tenham sido criados pela interação social do opressor e do oprimido.

Szasz faz uma separação radical entre o que ele chama de Psiquiatria Institucional e Psiquiatria Contratual. A primeira se baseia na coerção e tem como sua principal função proteger a sociedade, ao passo que a segunda se apoia na cooperação, sendo sua função proteger o indivíduo. Na medida em que tem como objetivo proteger a sociedade, a psiquiatria se preocupa em adaptar as pessoas a esta sociedade. E, conforme mostra Szasz, o controle social e a submissão dos indivíduos da classe baixa é o seu objetivo principal. Para ele, não é de admirar, portanto, que nos hospitais psiquiátricos do estado haja uma predominância quase total de indivíduos provenientes dos estratos socio-econômicos mais baixos. Szasz admite que esta predominância pode ser explicada como sendo uma indicação da alta incidência de doença mental na classe



baixa, mas acha que é muito mais provável que o "esquizofrênico" de classe baixa seja simplesmente um bode expiatório, disfarçado pelos rótulos que o diagnóstico psiquiátrico lhe impõe.

Finalmente, ainda relacionando a doença mental a uma interação entre opressor e oprimido, Szasz passa a falar dos "fabricantes" (manufacturers) de doença mental, vendo em Benjamin Rush, "o pai da psiquiatria americana", um dos principais nomes ligados a essa fabricação. É importante ver quais eram suas idéias e práticas relativas à psiquiatria, pois sendo ele uma figura tão importante na psiquiatria americana - seu retrato está no timbre oficial da American Psychiatric Association -, pode ser até certo ponto considerado como representante desta, ou pelo menos pode nos mostrar quais foram suas origens.

Rush (1745-1813) foi o primeiro médico americano a defender a medicalização dos problemas sociais e seu controle coercitivo através de sanções "terapêuticas" ao invés de "punitivas". Para Szasz, os problemas sociais que Rush tentou controlar permanecem os mesmos, pois continuamos ainda a tentar controlá-los por meio de sanções médicas.

Conforme Szasz, em 1812, Rush publicou sua obra mais importante: Medical Inquiries and observations upon the Diseases of the Mind, o primeiro manual de psiquiatria americano. Neste livro, o fato de se tomar bebida alcóolica, o fato de fumar, a incapacidade de acreditar em coisas apoiadas por evidência, crimes e mentiras, são considerados como doença.

O homicídio e o roubo são vistos como "sintomas" de uma das classes de doença mental que Rush arquitetou e a que chamou "distúrbios da vontade". Segundo ele mesmo afirma, sua intenção ao selecionar esses dois sintomas, era "livrar as pessoas que sofriam deles dos braços da lei, e trazê-las para a mão bondosa e indulgente da medicina" (24, p. 142).

Rush "descobriu" uma doença mental a que chamou "Distúrbio do Princípio de Fé ou da Faculdade de Crer". Entre os pacientes que sofrem dessa doença mental estão "pessoas que se recusam

a admitir o testemunho humano em favor das verdades da religião cristã e que acreditam em todos os acontecimentos da história profana" (24, p. 143).

Mais surpreendente ainda do que esta "descoberta" de Rush, é sua atitude em relação ao Negro, como nos mostra Szasz. Embora um abolicionista, sua atitude está longe de demonstrar um respeito à liberdade. Em um seminário da Sociedade Filosófica Americana, em 1797, Rush apresentou um trabalho cujo título era: "Observações que pretendem favorecer a suposição de que a cor preta (como é chamada) dos Negros deriva-se da LEPROSA". Neste trabalho, Rush chega a três conclusões em relação aos Negros. Em primeiro lugar, a doença deles dava-lhes direito a uma humanidade maior por parte dos brancos, os quais não deveriam mais tiranizá-los; por outro lado, os brancos não deveriam casar-se com eles, pois sua doença poderia infetar a posteridade; finalmente, esforços deveriam ser feitos no sentido de curar a doença. Rush acreditava que essa cura faria o próprio Negro mais feliz, pois "ainda que pareçam estar satisfeitos com sua cor, há muitas provas de que preferem a das pessoas brancas" (24, p. 157).

Para Szasz, assim como em 1796 o psiquiatra sabia que o Negro preferiria ser branco, atualmente ele sabe que "a pessoa apresentada como toxicômana preferiria não tomar drogas; que a homossexual preferiria ser heterossexual; e que a suicida preferiria viver. O que resulta disto é o descrédito psiquiátrico da experiência humana e a destruição terapêutica das diferenças humanas" (24, p. 157). Segundo ele, quase todo artigo ou livro que trata do doente mental involuntário, pode ser usado para ilustrar que os médicos caem no paternalismo para justificar seu controle coercivo em situações nas quais o chamado paciente não concorda com eles. Nestes casos, o "paciente" não sabe, e portanto não pode proteger, seus interesses próprios. A ação do médico é vista então como uma ajuda a seu companheiro. Szasz nos leva então a pensar no provérbio, segundo o qual "o inferno está cheio de boas intenções".

Ainda tratando de Rush, Szasz nos fala de seus variados métodos de "tratamento", aos quais ele mesmo às vezes se referia como métodos de punição. Para se compreender melhor os tipos de métodos utilizados por Rush, deve-se ter em mente sua declaração de que "o terror age poderosamente sobre o corpo através da mente, e deve ser empregado na cura da loucura" (24, p. 147). Assim, entre suas recomendações terapêuticas, estão o "confinamento através de camisa-de-força", "privação da boa comida habitual", e "jogar água fria debaixo da manga do paletó". Há ainda o que ele chama de "uma posição ereta do corpo", método que se inspirou numa forma de domar cavalos selvagens, e que consiste em manter a pessoa considerada louca em pé e acordada durante 24 horas.

Szasz considera Rush um pioneiro também na fabricação do que ele chama "insanidade masturbadora" (masturbatory insanity). A masturbação passou a ser considerada como sendo uma doença e como causa de doença mental a partir do século XVIII, quando se mostrou a necessidade de uma explicação para a doença mental. Como os teóricos da doença mental eram na realidade defensores das regras e valores sociais, era conveniente que a explicação da doença fosse "onipresente", pois isto lhes permitiria aplicá-la a qualquer problema que escolhessem, ou não aplicá-la quando isto fosse necessário. Para Rush, a masturbação era um "vício solitário" que conduzia à loucura.

Szasz mostra que, atualmente, o que resta das terríveis hipóteses desenvolvidas durante dois séculos sobre a masturbação, é que a masturbação só é prejudicial se o paciente se preocupa com ela por falta de informação sobre o assunto. A preocupação principal dos médicos contemporâneos quando tratam do assunto é persuadir o público que seus temores das consequências da masturbação não se justificam. Mas, Szasz pergunta, como interpretar a crença geral no terrível mal causado pela masturbação e a perseguição médica às pessoas que se masturbavam? Segundo ele se não se faz uma conexão entre a história da "insanidade masturbatória" e as práticas psiquiátricas atuais, a pessoa é vítima da mitologia da doença mental. Mantém que a situação da psiquiatria atual é virtual -

mente a mesma da que era na época em que a masturbação era considerada a causa de todos os males. Apenas mudaram os termos - ao invés de "masturbação", "mau hábito", e "insanidade", fala-se agora de "doença mental", "não culpar pacientes doentes" e "compreensão" - e as intervenções terapêuticas - em vez de se fazer clitoridectomia ou seccionar os nervos dorsais do pênis, aplica-se eletrochoque e drogas. A estrutura social básica e a função da Psiquiatria Institucional continuam as mesmas.

Para Szasz, o fato das autoridades psiquiátricas modernas (Zilboorg, Alexander, Menninger) não tratarem em nenhum dos seus textos sobre a história da psiquiatria do síndrome "Insanidade Masturbatória" apenas confirmam sua tese de que o papel do psiquiatra é enganar e oprimir os pacientes. Da mesma forma, em nenhum desses textos é mencionada a teoria de Rush sobre a lepra do Negro. Szasz interpreta esta falha em discutir esses fatos como uma tentativa de proteger a psiquiatria do embaraço.

Resumindo, Szasz pensa que há duas escolhas radicalmente diferentes ao se estudar a conduta pessoal. Pode-se ver o comportamento humano como um acontecimento essencialmente semelhante a outros acontecimentos não-humanos, o que permite, por exemplo, a previsão da periculosidade de prisioneiros, ou pode-se vê-lo como uma realização única da qual só o homem é capaz. Nesta perspectiva, a conduta pessoal se baseia nas escolhas livres de uma pessoa que se utiliza de sinais, segue regras e participa de um jogo. Sua ação frequentemente é determinada em grande parte por suas metas futuras em vez de pelas suas experiências passadas. Tentativas no sentido de prever o comportamento humano provavelmente resultam em esforços para constrangê-lo. Pessoalmente, Szasz assume os valores de uma racionalidade auto-consciente e da ciência, o que significa considerar como valores positivos a responsabilidade baseada na consideração inteligente das conseqüências da própria ação, o respeito pela autonomia e integridade próprias e dos outros, e a auto-determinação.

Em toda sua obra, Szasz defendeu a idéia de que a doença

mental é um mito e que a noção da pessoa "ter doença mental" é ci entificamente prejudicial. Ela expressa uma aceitação profissio - nal da racionalização popular de que os problemas existenciais são semelhantes às doenças do corpo. Além disso, esta noção nega o princípio de responsabilidade pessoal ao atribuir a uma fonte externa (a doença) a responsabilidade pelo comportamento anti-so - cial. Szasz tenta mostrar em sua obra que a prática psiquiátrica moderna desumaniza o homem ao negar a existência ou mesmo a possi - bilidade da responsabilidade pessoal. Sem este conceito, a liber - dade individual é também negada ao homem. Assim, a psiquiatria não é apenas uma "arte médica de curar", "... é, ao invés disso , uma ideologia e uma tecnologia para se refazer radicalmente o ho - mem" (23, p. 11).

Szasz vê a tarefa científica diante de tal situação como sendo redefinir o problema da doença mental de modo que ele seja incluído na categoria geral da ciência do homem. Pensa ele que as abordagens psiquiátrica e psicanalítica a esta tarefa devem ser definidas mais claramente em termos de uma descrição apropriada a seus métodos e conceitos próprios, os primeiros se referindo à análise de comunicações e os segundos envolvendo questões de es - trutura psicológica e de comportamento de utilização de sinais.

Antes de prosseguir no nosso estudo, será interessante com - parar as abordagens de Cleckley e Szasz.

As afirmações que Cleckley faz sobre Reich sugerem a possi - bilidade deste último estar sofrendo de alguma espécie de distúr - bio mental ao fazer declarações sobre o "orgone", "uma substância que, segundo dizem, tem muito a ver com o orgasmo sexual (bem co - mo com o azul do céu) e a qual pode ser acumulada em caixas forra - das de metal" (5, p. 22). Provavelmente, Cleckley discorda de to - do o trabalho anterior de Reich, e não se importa que sua suges - tão de que este sofria de doença mental pudesse contribuir para que este não fosse levado a sério em seu trabalho, ou mesmo que conseguisse prosseguir com suas pesquisas. Foi isto o que realmen

te aconteceu a Reich, cujas pesquisas sempre se orientaram no sentido de desafiar as instituições científicas e sociais estabelecidas. Reich sofreu pressões de todos os tipos para abandonar seus estudos e dentre estas pressões talvez a mais forte fosse realmente a de ser rotulado de "louco". Ele mesmo se defende dessas pressões em um trecho bastante lúcido onde afirma que alguns psiquiatras têm o hábito de rotular de loucas as pessoas que discordam de uma perspectiva de vida que eles consideram adequadas (19, pp. 27 e 28).

Por outro lado, Cleckley não vê problemas na obra de Benjamin Rush, ao mencionar que este apresenta conclusões práticas mais realistas que as atuais em relação ao status legal e médico do psicopata. Ao invés de criticar a doença a que Rush chama "distúrbio da vontade", como o faz Szasz, ele vê nesta apenas uma ajuda para se compreender a doença a que ele chama "psicopatia". Cleckley não vê as idéias "absurdas" de Rush sobre o Negro como um sinal de doença mental, como vê as idéias "absurdas" de Reich sobre o "orgone", anulando assim qualquer contribuição positiva que este último possa ter feito à psiquiatria.

Ao comentar sobre Ezra Pound, Cleckley apenas sugere que é absurdo que uma pessoa acusada de traição, e considerada doente mental possa ter ganho um prêmio máximo de poesia. Para ele, não é absurdo que Pound tenha sido acusado de traição e não tenha podido ser julgado por ter sido considerado doente mental por 4 psiquiatras e, portanto, incapaz de se submeter a julgamento. E que, após permanecer preso num hospital durante 13 anos, um dos 4 psiquiatras acima o tenha considerado como portador de uma doença mental incurável, como relata Szasz.

A atitude misto de surpresa e de reprovação que Cleckley assume diante do fato de que Gide tenha ganho o prêmio Nobel de literatura deve-se à forma como aquele encara o homossexualismo. Coerente com sua visão de que o problema do homossexual deriva-se de um "absurdo biológico", Cleckley vê em Gide apenas "o protagonista mais sincero da homossexualidade em nosso século (5, p.307)

e uma pessoa que considera a pederastia como uma forma de vida melhora para os adolescentes.

Szasz vê Gide através de valores muito diferentes. Para Szasz, o homossexual é "doente" apenas na medida em que os outros assim o classificam e na medida em que ele próprio aceita esta classificação. Considera a obra de Gide, não como uma apologia da vida homossexual, mas como uma tentativa de desmascarar o homossexualismo como um papel socialmente estigmatizado, o qual, sob a pressão da opinião pública, a pessoa que o possui é levada a repudiar. Para ele, Gide mostra o homossexual como um bode expiatório que só pode ser vítima, nunca um mártir, e em sua obra mostra-se angustiado pelo problema moral que acompanha sempre o homossexualismo.

Finalmente, tanto Cleckley quanto Szasz mencionam em suas obras a época em que se perseguiram as feiticeiras e se faziam exorcismo nas pessoas para ilustrar idéias bem diferentes. Enquanto o primeiro o faz para mostrar o atraso da medicina em reconhecer como doença certos distúrbios graves mas em que se preserva a aparência geral de sanidade, o segundo vê a perseguição às feiticeiras como um problema de opressão da Igreja aos indivíduos mais vulneráveis, opressão esta que passou aos poucos a ser exercida pela medicina psiquiátrica aos chamados doentes mentais. Enquanto Cleckley luta para que um novo tipo de problema existencial seja reconhecido como doença, Szasz mostra como é pernicioso, o fato de se considerar como doença os problemas existenciais que a psiquiatria já considera. Szasz afirma que esta tendência de rotular as pessoas de doentes mentais não ajuda em nada a estas pessoas ; ao contrário, na maioria das vezes, ela as prejudica.

Szasz enfatiza claramente a interferência dos valores na prática psiquiátrica, quando fala da "paixão de interpretar como loucura aquilo com o qual não concordamos" (24, p. 203). E afirma mesmo que não há diferença entre as regras da saúde mental e as regras da moralidade, "na medida em que a psiquiatria trata da conduta pessoal e social, e na medida em que tal conduta não pode

ser descrita, e, muito menos avaliada, sem ser colocada numa matriz de valores" (24, p. 190).

Na medida em que os valores da pessoa que faz o diagnóstico de doença mental interferem tanto neste diagnóstico, concordamos com Szasz quando este considera insuficiente a perspectiva psiquiátrica usual, a qual focaliza apenas o doente mental, negligenciando o psiquiatra. Para se compreender a Psiquiatria Institucional, que lida com pacientes involuntários, é necessário, portanto, estudar os psiquiatras e não os doentes mentais.

A seguir investigaremos qual o papel do psiquiatra na situação específica de um julgamento criminal, a partir de trabalhos de juristas e dos próprios psiquiatras. Isto nos permitirá ver como diferentes modos de conceituar a doença mental conduzem a visões diferentes daquele papel.



### III. O Papel do Psiquiatra nos Julgamentos Criminais

O que nos interessa agora será estudar especificamente qual o papel do psiquiatra nos julgamentos criminais e como este papel se define a partir dos conceitos de responsabilidade e capacidade do ser humano frente aos atos que pratica.

Tal estudo se baseia na parte do Código Penal brasileiro que fala sobre a responsabilidade das pessoas acusadas de crime, no que diz o Código de Processo Penal sobre a doença mental, e em trabalhos de especialistas sobre o papel que desempenham em questões relacionadas. Dentre esses trabalhos, os de Cleckley e Szasz se situam como os mais importantes, já que será possível vê-los em continuidade às suas abordagens ao conceito de doença mental.

Os artigos do Código Penal que dizem respeito a este trabalho\* tratam da responsabilidade do indivíduo e das chamadas medidas de segurança, dentre as quais se incluem "internação em manicômio judiciário" e "internação em casa de custódia e tratamento". Dentre os artigos que tratam da responsabilidade, apenas o artigo 22 está relacionado ao problema da doença mental. De acordo com este artigo, a doença mental ou o "desenvolvimento mental incompleto ou retardado" podem fazer com que o indivíduo seja incapaz de entender o caráter criminoso do ato que pratica ou de agir conforme o entendimento de que o ato é criminoso.

Os artigos do Código de Processo Penal que tratam da doença mental são os arts. 149 a 154 e o art. 682\*\*. Estes se referem às providências legais que são tomadas em relação ao acusado de quem se suspeita ser doente mental e em relação ao sentenciado "a que sobrevem doença mental".

Com exceção dos comentários de Nelson Hungria sobre o artigo 22 e os de Eduardo Espínola Filho sobre os artigos do Código de Processo Penal, os trabalhos nos quais se baseiam as idéias que se

---

\* A transcrição destes artigos encontra-se no anexo I.

\*\* Estes artigos acham-se transcritos no anexo II.

seguem são de autores americanos, e, portanto, se referem a leis americanas. Apesar dos procedimentos judiciais brasileiros serem diferentes dos americanos, aqueles trabalhos são válidos como ajuda na tentativa de se discutir e compreender os artigos dos Códigos Brasileiros na medida em que tratam de questões basicamente semelhantes às levantadas por esses artigos.

As leis americanas são chamadas "M'Naghten Rule" e "Durham Rule". De acordo com a primeira, elaborada em 1843, "Para se estabelecer a defesa com base na insanidade, deve ser claramente provado que ao tempo em que se cometeu a ação o acusado estava agindo sob um defeito da razão proveniente de doença da mente de modo a não saber a natureza e qualidade do ato que estava praticando, ou se sabia, ele não sabia que o que estava fazendo era errado" (5, p. 464).

A segunda lei foi introduzida em 1954, como uma reinterpretação da primeira. Segundo ela, "um acusado não é criminalmente responsável se seu ato ilegal foi o produto de doença mental ou defeito mental" (25, p. 45). Dela resultou um aumento do número de pessoas absolvidas por causa de insanidade, e o Congresso então aprovou uma lei em 1955, a qual requer a internação obrigatória de tais pessoas.

A lei atualmente em vigor diz o seguinte: "uma pessoa é legalmente insana se ao tempo da conduta criminosa não possui capacidade substancial de apreciar que seu ato é errado ou é incapaz de ajustar sua conduta aos requerimentos da lei" (1).

Segundo Eduardo Espínola Filho, a necessidade de se avaliar a sanidade mental do acusado pode se prender a objetivos diferentes, porém interligados: determinar o grau de responsabilidade do acusado, determinar a sentença, e concluir o processo.

Para ele, a verificação do estado mental do acusado não interessa apenas a este e à sua defesa, mas é também de grande importância para a justiça pública, pois "esta não pode, decente

mente, levar a termo a ação penal, indiferente às condições de sanidade mental daqueles que se sujeitam a processo e sobre que pode incidir a ação punitiva do Estado" (7, p. 423). Por isso, a iniciativa de se requerer o exame médico-legal do acusado não é dada apenas a seu advogado de defesa e à sua família, mas também ao órgão do ministério público, ao juiz, e à autoridade policial perante a qual corre o inquérito. A esta porém se faz restrição quanto ao período em que pode fazer tal requerimento, ou seja, apenas enquanto o inquérito policial estiver sob seu controle.

Por outro lado, quando se trata de requerimentos do ministério público, da defesa ou da família (legítima ou ilegítima) do acusado, poderá este ser submetido a exame psiquiátrico seja qual for a fase em que estiver o processo. O autor acredita que, além de ser esta uma iniciativa de "alto espírito de humanidade" por parte da família do acusado, "podem todos ter um interesse dos mais respeitáveis em que o seu nome de família não fique manchado com a condenação de um dos membros, o qual cometeu o crime; sem entendimento perfeito e faculdade de determinação" (7, pp. 423 e 424).

Ao iniciar seus comentários sobre o artigo 22, Hungria chama atenção para o fato do Código não dar uma definição do que seja responsabilidade, limitando-se a declarar os casos em que esta se considera excluída. Deduz-se pelo texto legal, que a responsabilidade pressupõe no agente ao tempo da ação ou omissão, a capacidade de entender o caráter criminoso do fato e a capacidade de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Segundo Hungria, o fato de se achar suprimida no agente a "capacidade (psicológica) de entendimento ético-jurídico ou a capacidade (psicológica) de adequada determinação da vontade ou de autogoverno" está condicionado a "certas causas biológicas : 'doença mental', 'desenvolvimento mental incompleto ou retardado' e 'embriaguez fortuita e completa'" (13, pp. 481-483. Grifos do autor). De acordo com ele, o Código adotou o que se cha-

ma de "método misto ou biopsicológico" na definição da responsabilidade.

Hungria nos mostra que este método biopsicológico baseia-se no art. 10 do Código suíço atual, que resultou de uma emenda apresentada em 1916. O artigo diz o seguinte: "Não é punível quem, por motivo de doença mental, de idiotia ou de grave alteração da consciência, não possuía, ao tempo do fato, a faculdade de apreciar o caráter ilícito de sua conduta ou de se determinar de acordo com essa apreciação" (13, pp. 488 e 489. Grifos do autor).

Para Hungria, "A mais pronunciada decadência do senso moral ou o mais acentuado relaxamento da auto-inibição na esfera dos instintos, se não se ligam a qualquer das causas biológicas (estados mentais mórbidos ou deficientes) que a lei entendeu de mencionar expressa e taxativamente, serão irrelevantes quanto à responsabilidade, e se não se apresentam como constitucionais ou inerentes a uma personalidade psicopática, longe de autorizarem a especial atenuação de pena a que se refere o parágrafo único do art. 22, devem mesmo ser fundamento a um maior rigor de punição" (13, p. 489. Grifos do autor).

O papel do psiquiatra é reconhecer essa causa biológica e dizer qual a influência que esta teve na "capacidade de discernimento ou poder de vontade do agente", quando este cometeu o crime. É indispensável o exame psiquiátrico, sempre que se suspeite da insanidade mental do acusado (Código de Processo Penal, arts. 149 a 151) mas cabe ao juiz decidir sobre os casos que apresentam laudo psiquiátrico. É compreensível que o psiquiatra possa se sentir ofendido se o laudo que elaborou não é levado em conta, mas Hungria lembra que "isso quase nunca acontece ao verdadeiro perito, que sabe adaptar suas conclusões ao ponto de vista dos profanos que vão julgar" (13, p. 533). Por outro lado, vê essa interferência decisiva do juiz como um "corretivo" à tendência dos psiquiatras, "sempre inclinados, em virtude da própria especialização", a ver o patológico em qualquer reação mais forte ou a exagerar a influência da patologia existente.

Segundo ele, o Código adotou como tipo da responsabilidade penal o tipo do homem comum em sociedade, do homem médio, em termos estatísticos. E só deixa de ser responsável perante a lei a pessoa que, ao tempo do fato, por algum problema psíquico não podia ajustar-se à média de comportamento da sociedade em que vive.

Hungria justifica a preferência no Código pela expressão "doença mental" ao invés de "alienação mental" ou "psicopatia", defendidas por alguns especialistas, pelo fato da primeira abranger todas as psicoses, na linguagem psiquiátrica moderna. Nessas, de acordo com ele, se incluem desde a paralisia geral progressiva, a sífilis cerebral, a arteriosclerose cerebral, até o sonambulismo e o delírio febril, passando pela esquizofrenia, histeria e pelo alcoolismo e toxicomania. Segundo ele, pode-se definir a doença mental da mesma forma ampla que se propôs definir a psicose no II Congresso Latino-Americano de Criminologia: "alteração patológica, mais ou menos prolongada, das funções psíquicas, a qual impede a adaptação do indivíduo às normas do meio ambiente, com perigo ou prejuízo para si próprio e para a sociedade" (13, p. 494).

Porém, de acordo com Hungria, ao se fazer um diagnóstico de doença mental, deve-se lembrar que não há uma relação necessária entre a patologia mental e a conduta criminosa do indivíduo. Para que se considere o indivíduo como desprovido dos pressupostos psíquicos da responsabilidade é necessário levar-se em conta não só o grau de evolução de sua doença, sua estrutura psíquica e a natureza do crime, como também os "intervalos lúcidos" de certas doenças mentais. Segundo ele, há casos em que a culpabilidade pode ser menor e levar à atenuação da pena, mas a responsabilidade não deixa de existir. Esta não é suscetível de gradação como o é a culpabilidade, apesar de ser comum falar-se em "responsabilidade diminuída" em questões criminais. Hungria não vê inconveniente na utilização desta expressão, se se deixa claro que ela se refere à responsabilidade com menor culpabilidade.

Inclui as personalidades psicopáticas no grupo de pessoas

cuja culpabilidade pode ser diminuída, pelo fato destas constituírem a transição entre o psiquismo normal e as psicoses: "Uma oitava a menos, e seriam doentes; uma oitava a mais, e seriam normais" (13, p. 499. Grifos do autor). Para ele, uma grande porcentagem dos criminosos são psicopatas. E, para ilustrar esta afirmação, cita a seguinte passagem, embora reconhecendo nela um exagero de generalização: "num Estado com vida econômica organizada e florescente, quase somente soçobra aquele que é de qualquer modo um inferiorizado psíquico". Além desta passagem, menciona outro autor, para quem "o Código Penal é essencialmente destinado aos inferiorizados psíquicos, pois só raramente podem outros incidir sob suas sanções" (13, p. 499).

Hungria vê a responsabilidade penal do psicopata como uma necessidade de defesa social. Na medida em que possui capacidade de "entendimento e auto-direção: é intimidável, disciplinável, educável, capaz de adaptação à ordem jurídica", o seu distúrbio psíquico poderá justificar a diminuição da pena, quando ele comete um crime, mas não a exclusão de sua responsabilidade. "E pelo seu notável grau de periculosidade (são os reincidentes por excelência), não basta a imposição de pena: depois do cumprimento desta, deve ser submetido a um regime de tratamento adequado e reeducação" (13, pp. 507 e 508).

Segundo Hungria, um dos motivos que impediu a substituição da pena pela medida de segurança no Código Penal foi de ordem prática: a indiferença da administração pública pela execução das medidas de segurança. A supressão da pena e a inexistência de instituições em que pudesse ser cumprida a medida de segurança devolveriam o psicopata à sociedade sem que este tivesse sido recuperado.

Hungria reconhece que este não é um problema de solução fácil, porém não se deve esquecer o interesse da defesa social, "segregando, de qualquer modo ou mediante qualquer sistema, os psicopatas cuja rebeldia ou associabilidade vá até o crime". E sugere que talvez o melhor modo de se conseguir isto seja colo-

cã-los na prisão comum, onde "se diluem na massa dos delinquentes isentos de anomalias psíquicas, tornando-se mais acessíveis à correção e à reeducação" (13, p. 511).

As idéias de Henri Davidson, um psiquiatra americano, coincidem com as de Hungria em alguns pontos. Faz também uma distinção entre insanidade e irresponsabilidade, pois se alguns psicóticos respondem ao medo da punição ou à promessa de recompensa, eles podem ser considerados responsáveis. Porém, considera absurdo falar-se em "responsabilidade diminuída" ou "sanidade parcial", apesar de entender que isto seja lógico para os propósitos legais.

Assim, o médico deve estar atento para a definição do conceito de responsabilidade e entendê-la claramente. O papel do psiquiatra em questões criminais não é apenas dizer se o acusado é ou não psicótico, mas avaliar o "status mental" do mesmo através da fórmula dada pela "M'Naghten Rule" e dar sua opinião ao júri, ao qual cabe determinar a responsabilidade.

Ao examinar um acusado o psiquiatra deve, segundo Davidson, estar certo de que não está utilizando a entrevista como uma forma de obter informações do paciente as quais irão incriminar o próprio paciente durante o julgamento.

Para ele, a técnica geral de exame difere pouco do exame psiquiátrico de rotina, exceto que o médico deve ter em mente responder à fórmula legal. Espera-se do psiquiatra uma opinião clara e concreta a respeito da intenção, deliberação e entendimento do "paciente" acerca da natureza e qualidade dos seus atos, e um diagnóstico clínico claro, pois presume-se que o psiquiatra seja o maior especialista em "estados mentais". Aí sua responsabilidade termina.

Joseph Cumming também se mostra preocupado com o bem-estar do "paciente" que é levado ao psiquiatra para que este dê uma opinião sobre sua saúde mental de modo a isentá-lo ou não da responsabilidade pelo crime que cometeu.

Para ele, o psiquiatra e o advogado abordam o problema da responsabilidade de formas diferentes devido à orientação diferente no treinamento que receberam. O enfoque do advogado enquadra-se no esquema de procedimentos legais estabelecidos para dar ordem às relações humanas. Está mais preocupado com o organismo social e os problemas ligados a atritos naquelas relações. A solução desses problemas não pode variar de indivíduo para indivíduo sem que se desorganize a administração da justiça. O psiquiatra, por outro lado, vê o problema do ponto de vista de uma relação pessoal a qual requer apenas o diagnóstico e tratamento de um distúrbio especial de um indivíduo. Preocupa-se assim com o paciente e sua doença, o que conduz a uma atitude solícita em relação à pessoa.

Além dessas diferenças em orientação, Cumming vê a psiquiatria e o direito como pertencendo a áreas diferentes do conhecimento - a primeira estando ligada ao mundo físico "onde a verdade pode ser conhecida através de testes confiáveis" (6, p. 492), e o último lidando com costumes sociais e relações humanas, onde as definições são menos claras. Para Cumming, a medicina progride através de descobertas de novos fatos científicos e o progresso desta pode significar para o direito o abandono "perigoso" de verdades já há muito tempo estabelecidas. Segundo ele, a sociedade como um todo e seus membros devem sentir-se seguros em sua confiança nos princípios legais estabelecidos para que não haja uma incerteza caótica nas relações humanas. Entre esses princípios, inclui-se a definição do que constitui um ato culposos. E é o júri e não o especialista que deve decidir sobre a culpa do acusado.

O julgamento feito por um júri de pessoas comuns (a qualificação principal de um júri é que ele consiste de pessoas comuns, e não de especialistas) é efetivo na medida em que estas pessoas podem decidir sobre um fato utilizando-se de certas diretrizes que não constituem fatos científicos. Segundo Cumming, a atitude crítica de muitos psiquiatras de que a "M'Naghten Rule" requer do júri determinar um fato - culpabilidade - a partir de fatores imponderáveis, não é válida, pois o Direito lida com esses



fatores há centenas de anos com resultados muito satisfatórios.

Por outro lado, o papel do psiquiatra, em um julgamento, não é decidir sobre a questão de culpabilidade mas sim sobre a questão de capacidade mental. Forma-se então uma chamada "comissão relativa à loucura" (lunacy commission) de especialistas que, supostamente, por seu treino e experiência, entendem mais do assunto, ou seja, da extensão que uma mente doente é capaz de formar uma intenção criminosa. Mas a decisão desta comissão resulta, não na punição do acusado, mas na sua internação em uma instituição psiquiátrica.

Cumming acha necessário enfatizar essa diferença entre o papel do júri e o do psiquiatra no julgamento para que o júri não chegue à conclusão que o acusado não é culpado, mas lhe dê uma sentença de internamento em uma instituição psiquiátrica. Cabe ao júri apenas decidir se a pessoa é ou não culpada. Se o júri decide que a pessoa não é culpada por causa da validade da defesa baseada em insanidade, isto não deve ser revelado juntamente com o veredito final, pois, para Cumming, a absolvição de um acusado que alega insanidade não pode ser equivalente, a dar a este um diagnóstico de doença mental. Caso seja necessário este último para que o acusado não fique livre, ele deve ser dado por um psiquiatra e implica um processo diferente do de um julgamento criminal.

Se se permite ao júri decidir ao mesmo tempo sobre a questão médica de insanidade e a questão legal de culpabilidade, Cumming teme que aquele tenderá a aceitar sem nenhuma crítica a opinião do especialista e confundir as duas questões. O que resulta disso é que deixa de prevalecer uma das maiores proteções que o indivíduo tem, ou seja, o direito de julgamento por um júri composto de pessoas não especialistas. A questão se agrava quando se pensa que o destino do indivíduo não será então decidido por indivíduos iguais a ele, mas por uma conclusão técnica "a que se chega através dos métodos misteriosos de uma disciplina, a qual nunca foi conhecida por estabilidade ou certeza inquestionável".

nável (6, p. 494).

A crítica dos psiquiatras à "M'Naghten Rule" e a sua substituição pela "Durham Rule" são vistas por Cumming como pouco válidas, como solução para o problema, pois para ele o conceito de doença mental é muito elástico, não se sabendo ao certo à qual variância da norma pode se referir, especialmente quando se trata de uma ação criminosa. E há ainda o problema de se descrever essa variância numa linguagem que o júri compreenda. Cumming expressa seu temor de que a elasticidade do conceito de doença mental resulte em abusos tão sérios que à determinada altura todos os criminosos poderão ser absolvidos.

Cumming termina concluindo que talvez exista um impasse entre o direito e a psiquiatria, o qual não seja possível eliminar. Apesar de reconhecer as grandes realizações da psiquiatria em termos de diagnóstico, tratamento e cura das doenças mentais, pensa ele que aquela não tem ainda condições de oferecer um conhecimento firmemente estabelecido sobre a conduta humana de modo a servir como evidência para um júri em processos criminais. E mesmo que algum dia o psiquiatra chegue a ter esse conhecimento, a questão de culpabilidade deve ser decidida por pessoas comuns, já que "nossa civilização decidiu, de modo bastante justo, que a determinação da culpa ou inocência dos homens é algo importante demais para ser confiado a pessoas treinadas" (6, p. 496).

Quinze anos depois da publicação do artigo de Cumming, comentando sobre a decisão da Administração Nixon de abolir totalmente a insanidade do novo código criminal devido a abusos, David Abrahamsen reconhece que estes realmente ocorrem com frequência. E considera natural que as pessoas se utilizem da apelação para a insanidade como uma forma de negar sua responsabilidade pelos atos que tenham praticado. Se este tipo de apelação existe, é de se esperar que as pessoas façam uso dela de modo a se verem livres de seus problemas com a justiça.

Cita o caso de um sequestrador de avião que durante muitos anos cometeu uma série de crimes graves e sempre fazia apela

ção para a insanidade, tendo sido internado em hospitais psiquiátricos com o diagnóstico de esquizofrenia paranóide em vez de cumprir pena numa prisão. Com um Q.I. de 131, e tendo estudado psiquiatria e psicologia, conseguiu enganar durante muito tempo 40 psiquiatras e muitos psicólogos, bem como advogados e juizes, sobre a natureza de seu status mental.

Porém, segundo Abrahamsen, pode-se prevenir contra os abusos da alegação de insanidade se o acusado é examinado cuidadosamente por um psiquiatra competente, que investigue a própria situação do crime, isto é, como o agente se comportou antes, durante e depois que cometeu o crime. Como exemplo desse tipo de exame, fala de sua própria atitude ao diagnosticar o sequestrador mencionado acima. Este fora capturado ao tentar sequestrar um avião e, levado ao hospital psiquiátrico, foi examinado por Abrahamsen, que, após estudar o relatório do que havia ocorrido no avião e fazer um exame no indivíduo, chegou rapidamente à conclusão que este não era doente mental ao tempo do sequestro, e que na realidade estava apenas simulando a insanidade. Por isso, o sequestrador foi considerado culpado.

Trabalhando tanto para o estado e o governo federal, quanto para a defesa, e em seu trabalho como membro do "Governor Rockefeller's State Commission to Study Legal Insanity", Abraham sen nunca pensou em abolir a insanidade. Para ele, esta faz parte do comportamento humano e, portanto, não pode ser eliminada por nenhuma lei. Sempre houve e haverá pessoas cuja mente apresenta distúrbios no momento em que cometem um crime, isto é, pessoas não responsáveis do ponto de vista legal. E segundo ele, tirar o conceito de insanidade da lei é o mesmo que privar o indivíduo - "mesmo o psicótico" - do direito de ser um ser humano.

Numa tentativa de oferecer uma solução a esta situação complicada, Richard Board apresenta um artigo no qual desenvolve um conceito operacional de responsabilidade criminal. Com isto, pretende dar ao psiquiatra elementos conceituais adequados como alternativa à antiga preocupação da lei com o conceito "metafisi

co" de responsabilidade moral.

Segundo ele, quando o psiquiatra faz um diagnóstico para determinar se o acusado é ou não moralmente responsável, seu papel é semelhante ao do homem medieval que torturava as pessoas para obter informações que "provassem" que elas eram feiticeiras.

Duas alternativas se apresentam ao psiquiatra se este não deseja um papel de "torturador medieval": desistir de sua posição em julgamentos criminais, ou "liberalizar" os critérios relacionados à responsabilidade criminal, ou seja, separar este conceito do de responsabilidade moral, o qual não pertence ao campo da ciência.

Se se escolhe a segunda alternativa, como Board o faz, é preciso delinear quais são as consequências da determinação de responsabilidade criminal, e compreender se estas consequências são necessárias e desejáveis, e por que.

Para Board, a responsabilidade criminal é um conceito que diz respeito a discriminações de fato no mundo natural. Estas discriminações são necessárias na medida em que se tenta manter o equilíbrio entre os três objetivos que ele vê ao se administrar as leis criminais: (1) a proteção contra agressões adicionais do criminoso, (2) o desencorajamento de criminosos potenciais, e (3) uma atitude humana em relação aos criminosos, no sentido de não se infligir nestes punições desnecessárias. Estes três objetivos derivam-se de julgamentos de valor relacionados ao direito que a sociedade tem de se proteger. Segundo Board, embora esses julgamentos de valor possam ter origens metafísicas, para se implementá-los é necessário utilizar-se concepções científicas, e não metafísicas. Acredita ele que a revisão que faz do conceito de responsabilidade criminal atende a essa necessidade.

Formula esse conceito a partir dos três objetivos da administração das leis criminais. Segundo ele, quando se tenta fazer uma distinção entre criminosos que são doentes mentais e os que são "normais", ou entre os que sabem distinguir entre o bem e o

mal e os que não sabem, para se determinar se eles são ou não moralmente responsáveis, o que se está realmente tentando fazer é decidir (1) se o criminoso é ou não suficientemente semelhante à maioria dos membros da sociedade de modo a servir como um exemplo eficiente no sentido de desencorajar o crime, e (2) se ele é ou não suficientemente normal para modificar seu comportamento criminoso mediante punição. Assim, pode-se definir a responsabilidade criminal como "deterrent efficiency and/or efficient punishability", os quais são conceitos quantitativos que se referem à efetividade do criminoso punido, em termos de intimidação aos outros membros da sociedade, e à suscetibilidade do criminoso à reabilitação através da punição.

Estes conceitos possibilitam uma orientação segura às perguntas que o psiquiatra pode responder no tribunal sem necessidade de passar do campo da ciência para o da metafísica. Exemplos destas questões são: "O acusado é capaz de participar adequadamente em sua defesa?", "O acusado era psicologicamente capaz de cometer o crime?", "Qual a probabilidade do criminoso repetir o comportamento criminoso sob as seguintes condições: (a) após a punição; (b) após tratamento psiquiátrico em hospital; (c) se não for punido, tratado nem passar por um processo de reabilitação; (d) enquanto estiver vivendo em sociedade com tentativas de reabilitação?", "Qual a probabilidade da punição do criminoso ser um exemplo eficiente em termos de desencorajar comportamentos criminosos em outros membros da sociedade?".

Como consequência desta redefinição do conceito de responsabilidade criminal, o papel do psiquiatra no tribunal passa a ser o de um conselheiro em relação à sentença que se deve dar ao criminoso, em vez do de um participante polêmico no estabelecimento da culpa moral.

Cleckley, por sua vez, ao lidar com o problema do psiquiatra determinar a capacidade e responsabilidade do acusado, não vê, como Board, uma solução em termos de métodos e conceitos científicos. Acha mesmo que "forçar os métodos da ciência, ou uma carica-

tura destes métodos, em áreas nas quais a ciência não está equipada para lidar não proporciona validade aos julgamentos feitos nessas áreas, quaisquer que sejam as palavras que se queira utilizar para se colocar a questão" (5, p. 468). Porém, acredita que o psiquiatra tenha um papel importante a desempenhar em julgamentos criminais, principalmente quando se trata de determinar a capacidade legal de um psicopata.

Para Cleckley, o conceito de capacidade relaciona-se a questões de internação legal, que é um procedimento através do qual o paciente psiquiátrico pode, quando necessário, ser submetido a tratamento e restrições mesmo que isto seja feito contra sua vontade, e, se necessário, através do uso de força. Vê aquele conceito como fundamental ao se tentar melhorar os métodos de lidar com o psicopata. Porém, reconhece ser difícil tratar do conceito de capacidade sem se envolver em questões de responsabilidade legal, o que pode conduzir a tentativas de solucionar problemas filosóficos e religiosos, se não se explicita claramente o que se quer dizer com as afirmações que se faz. Por mais importante que esses problemas possam ser, o psiquiatra, como tal, não é, segundo Cleckley, qualificado para resolvê-los.

Segundo ele, quando se pede ao psiquiatra que dê sua opinião de especialista sobre a capacidade do acusado que é psicopata, raramente aquele terá dúvidas de que o crime cometido foi um produto da aberração deste último. Quer o psiquiatra se baseie na "M'Naghten Rule", quer na "Durham Rule", a decisão em relação à responsabilidade dependerá de se o psiquiatra considera aquela aberração como mental. Quando se trata do psicopata, a questão a ser decidida depende de se a avaliação de sua capacidade se baseia na aparência externa e nos mecanismos funcionais periféricos ou em sua incapacidade demonstrada em levar uma vida adequada ou socialmente aceitável, e na patologia interna grave que só aparece em seu desempenho real como membro de um grupo social.

Ao tratar das questões de capacidade e responsabilidade dos psicopatas, Cleckley se preocupa, assim, sobretudo, em divi-

sar uma forma de controle dessas pessoas, seja este um controle legal, seja um controle conseguido através de tratamento psiquiátrico. Segundo ele, conseguir isso tem sido as duas maiores dificuldades ao lidar com o psicopata, já que este não responde positivamente a penas grandes ou pequenas de prisões, nem a qualquer tipo de psicoterapia, drogas ou mesmo lobotomias.

Se tais pacientes pudessem ser avaliados em termos de seu comportamento e internados, como quaisquer outros pacientes psiquiátricos, durante períodos indeterminados, Cleckley pensa que a comunidade estaria bem mais protegida. O problema que vê aqui, porém, é que, mesmo para o melhor dos especialistas, é difícil avaliar quando o psicopata está em condições de ser devolvido à comunidade com segurança para si mesmo e outros. A aparência de profunda mudança num psicopata, que mais tarde se mostra tão perigoso como antes, engana a muitos especialistas.

Outra forma "efetiva e racional" de lidar com esses pacientes, seria a criação de meios que possibilitassem aos parentes iniciar uma ação legal de internação através das mesmas agências destinadas a lidar com outros pacientes psiquiátricos, e, do mesmo modo, sem que fosse necessária a acusação prévia do paciente por uma falta legal como um pre-requisito para tal ação. Cleckley reconhece, no entanto, que esta é uma forma que põe em risco a liberdade e os direitos dos cidadãos, na medida em que possibilitaria um abuso na utilização do diagnóstico para internar pessoas sem que fosse necessária uma evidência clara. Apesar disso, vê vantagens nesta forma, pois ela é uma solução para o problema de se internar o psicopata com base apenas em sua incapacidade demonstrada.

A esse respeito, argumenta, estabelecendo uma comparação com o "esquizofrênico", que, segundo ele, é uma pessoa que fracassa no seu modo de levar a vida, de progredir em termos de crescimento e função de sua personalidade. De acordo com ele, a restrição objetiva de suas atividades pelas regras do hospital psiquiátrico é "quase desprezível em comparação com a vasta sim

plificação, a perda de auto-expressão, e a desintegração pessoal que caracterizam sua regressão do ponto de vista subjetivo" (5, p. 436).

Propõe ainda que os psicopatas sejam reconhecidos claramente como pertencendo a um grupo diferente e que se criem regras e métodos específicos para se lidar com eles. Mesmo se não houver uma medida terapêutica adequada no futuro próximo, acredita ele que, com o desenvolvimento de meios especificamente designados para o controle do psicopata, este poderá ser mantido em um nível melhor de ajustamento, apesar da necessidade contínua de apoio e restrição. Segundo ele, "mesmo se não pudermos contar com a cura de seu distúrbio, não se deve desprezar a meta de se chegar a um ajustamento melhor" (5, p. 482).

Cleckley apresenta detalhadamente 13 casos (11 homens e 2 mulheres) de psicopatia estudados por ele para ilustrar seus pontos de vista. Destes, 3 foram selecionados para serem apresentados aqui, em forma resumida.

O primeiro, a que chama Tom, tem 21 anos e não aparenta de modo algum ser um criminoso ou delinquente. Apresenta boa saúde física e tem modos e aparência agradáveis, além de grande inteligência. No entanto, Tom estava envolvido em um processo criminal por roubo, e sua família e autoridades legais tinham esperança de que se descobrisse nele algum distúrbio psiquiátrico de modo a que ele escapasse da sentença de prisão. As pessoas ligadas aos aspectos legais do problema imediato, haviam, anteriormente, entrado várias vezes em contato com Tom, e percebiam nele algo diferente de um "esquema anti-social comum ou sadio".

Evidências de seu desajuste tornaram-se claras desde a infância, na medida em que não se podia confiar nele para fazer nada, roubava cigarros, doces, etc. para dar aos outros, não ia a aula para perambular pela cidade, ler revistas em quadrinho, etc. Ele ressentia e procurava evitar a punição, mas seu comportamento não se modificava através desta. Não apresentava impulsividade. Embora andasse frequentemente com turmas de crianças ou delinquen-



tes, nunca se identificou com eles numa causa comum. Professores, chefes de escoteiros, diretores de escolas, etc., reconhecendo que ele diferia do jovem mau comum, faziam esforços especiais para ajudá-lo e dar-lhe novas oportunidades de reforma ou reajustamento.

Tom entrou em contato com a polícia pela primeira vez, ao atravessar de um estado para outro em um carro roubado e, segundo informações seguras, depois disso, foi preso aproximadamente de 50 a 60 vezes, por falsificar assinaturas em cheques, perturbar a paz pública, etc. Sempre causava uma ótima impressão nas autoridades, o que as levava a libertá-lo ou não vigiá-lo suficientemente para que não fugisse.

Apesar de expressar um grande amor por sua mãe e mostrar-se muito arrependido das preocupações que lhe causava, Tom aparentemente nunca se ligou afetivamente a ninguém. Casou-se com uma prostituta, mas abandonou-a logo, sem nunca apresentar sinais de "vergonha ou tristeza pelo caráter" da mulher com quem havia se casado, ou qualquer responsabilidade em relação a ela.

Durante a guerra, manteve uma relação com a esposa de um combatente, a qual aparentemente ficava ansiosa quando Tom desaparecia, após fazer planos e promessas de fazerem algo especial juntos. Quando ele reaparecia de novo era telefonando (a cobrar) de outra cidade para conversar informalmente.

Quando voltava de suas viagens durante a guerra, Tom contava histórias mirabolantes sobre coisas que fizera ou que haviam acontecido a ele. Em nenhuma destas histórias havia um elemento real de ilusão. Quando se descobria a mentira do que ele estava contando, ele apenas ria e comentava que aquilo era apenas uma brincadeira ou piada que estava tentando fazer.

O segundo caso se refere a George, de 33 anos, que foi admitido por Cleckley em um hospital psiquiátrico, queixando-se de "nervosismo". Apesar desta queixa, encontrava-se sempre calmo e sem o menor sinal de ansiedade anormal.

George passou grande parte de sua vida em hospitais psi -

quiátricos, tanto federais quanto particulares, durante períodos que variavam de algumas semanas até 6 meses. Esteve também em várias prisões por estar bêbado e provocar distúrbios, falsificar cheques, pequenos roubos, etc. e também por ameaças de machucar sua esposa e 4 filhos. Por sua conduta no hospital, era claro que George via esta instituição apenas como um expediente para escapar das consequências de seu comportamento.

Todas as observações feitas nos hospitais negavam que houvesse alguma evidência técnica de uma psicose ou neurose. Sua esposa e amigos várias vezes conseguiram persuadir as autoridades locais a considerá-lo mentalmente perturbado e interná-lo em hospitais ao invés de deixá-lo enfrentar as acusações que se faziam a ele frequentemente.

Embora não apresentasse sinais de "alucinações alcólicas", seu comportamento quando bebia era bastante estranho: jogar-se de roupa em um lago num dia frio de inverno e nadar até a borda sem dificuldade, depois de gritar e provocar alarme nos habitantes próximos; correr inteiramente nu pelas ruas da cidade, etc.

Por seu bom comportamento no hospital, várias vezes foram-lhe dados privilégios, dos quais ele abusava. Em vista de seu fracasso em se comportar de modo sensato, não há dúvida, para Cleckley de que este homem não tinha uma mente sã. Nunca trabalhou, a não ser durante uma semana mais ou menos, período em que realmente prometia se sair bem nos vários empregos que teve.

Porém, o hospital psiquiátrico não tinha um lugar para ele, uma pessoa aparentemente lúcida e educada, que contrastava totalmente com seus companheiros; "cujos lábios moviam-se inarticuladamente ao responderem a vozes alucinatórias e alguns dos quais urinavam e defecavam em si mesmos" (5, p. 98).

George continuou indo do hospital para a vida livre, daí para a prisão, etc. Apesar de ter abandonado cedo os estudos, enquanto estava preso ou internado, escrevia cartas como se tivesse um diploma de curso superior. Nelas insistia em ter sua liber

dade, que estava preparado para levar uma vida exemplar, e que sua esposa e filhos necessitavam dele. Na sua vida familiar, Cleckley não encontra explicações para sua conduta: os pais e avós eram pessoas trabalhadoras, sóbrias, respeitadas na comunidade rural em que viviam. Sua irmã e três irmãos levavam uma vida normal.

O terceiro caso estudado por Cleckley é ilustrado por Roberta, que tinha 20 anos quando ele a examinou pela primeira vez. Teve dela, então, uma impressão que se tem de um adulto que é ainda um tanto criança, pois ela não parecia levar em conta seus atributos femininos "no equacionamento que provavelmente ocorre em todo contato pessoal entre homem e mulher" (5, p. 55).

Ela mostrava-se ressentida de ter sido trazida para a entrevista pois, para ela, seus pais estavam exagerando as coisas numa tentativa de descobrir algo "errado com sua mente". Admitia, entretanto, que necessitava de algum tipo de ajuda pois sua vida estava muito confusa.

Sua história foi obtida de relatos dos pais e de cartas de sua chefe de bandeirantes, da professora de catecismo, etc. Estes mostram como, desde pequena, Roberta se viu envolvida em vários roubos de menor importância. Na adolescência, comprava vestidos, cosméticos, doces, perfumes, etc. na conta do pai, sem que ele pudesse pagar por essas coisas, algumas das quais Roberta distribuía entre seus amigos. O rendimento escolar de Roberta era medíocre, apesar de seu QI de 135. Além de estudar pouco, ela deixava de ir às aulas para ir ao cinema ou andar pelas lojas, roubando uma ou outra coisa. Acabou por ser expulsa da escola em que estava, tendo sido internada num colégio de sua escolha. Apesar de suas cartas para casa expressarem grande satisfação pelo colégio, Roberta fugiu de lá e não se soube dela por muitos dias. Quando voltou à casa, descobriu-se que ela tinha falsificado vários cheques e pedido dinheiro a várias pessoas na escola. Cleckley não acha que esses atos possam ser explicados por um desejo "compulsivo" nem pela tentativa deliberada de magoar os pais.

Para Cleckley, os pais de Roberta não pareciam ser severos.

E na opinião do pastor da família e outras pessoas que os conheciam bem, eles não tinham nenhuma atitude pouco comum em relação a seus filhos. O irmão e as 2 irmãs de Roberta eram "membros bem comportados da comunidade".

Desde que começou a ir a festas, Roberta nunca voltava às 11 horas, como seus pais queriam e como suas amigas o faziam. Ficava até bem tarde da noite com os rapazes. Os pais, preocupados com o que ouviam sobre as "irregularidades sexuais" dos jovens, tinham discussões sérias com a filha. Há muito eles temiam que ela "perdesse a virgindade", e, após o período que Roberta passou fora de casa ao fugir do colégio interno, "prepararam-se para o pior". Ela havia negado qualquer relação sexual, mas sempre negava as coisas que fazia. Então, quando a menstruação de Roberta atrasou, pouco depois de sua fuga, os pais ficaram tão perturbados, que a submeteram a um exame médico. O exame mostrou que, não só não havia sinal de gravidez, como o hímen estava definitivamente intacto.

Cleckley menciona o fato de Roberta ter-lhe falado de sua primeira experiência sexual, a qual ocorrera quando ela tinha mais ou menos 19 anos, com franqueza e sem se mostrar embaraçada. Esta poderia ter sido um tanto traumática para qualquer moça virgem "cuidadosamente educada", na medida em que fora uma relação com um homem de meia idade, bêbado, um desconhecido que se oferecera para pagar sua noite no hotel. A partir desta experiência que ocorrera numa de suas fugas misteriosas de casa, Roberta passou a viver em "extensiva promiscuidade", embora nunca tivesse realmente experimentado um orgasmo ou considerado as relações sexuais como um grande prazer.

Ao reencontrar seus pais, expressou uma grande afeição e ao vê-los zangados, mostrou-se formalmente arrependida, mas aparentemente livre de "verdadeira humilhação". Nem a ansiedade dos pais, nem o "perigo social" que ela mesma corria pareceram atingi-la. Como se protegida por uma espécie de inocência, ela continuou a viver livremente - afável, sem embaraço, como uma criança

ingênua, amiga dos outros e esperando ternura de todos.

Para Cleckley, a conduta de Roberta teria sido mais fácil de entender e, num sentido muito importante, mais racional e adequada, se ela tivesse alucinado ouvindo a voz de Deus mandando que ela abandonasse sua casa, ou se ela tivesse acreditado, com a convicção de uma ilusão, que havia sido convidada por um príncipe para uma noite de amor. Teria sido também, segundo ele, mais compreensível se ela tivesse sido levada por um forte desejo sexual a sacrificar a aprovação social por uma meta hedonista irresistível.

Retomando a posição dos psiquiatras em relação a seu papel nos julgamentos criminais, vejamos o que Eysenck tem a dizer a esse respeito. Para ele, se o comportamento do indivíduo é produto da sua hereditariedade e do seu meio ambiente, então ninguém é responsável no sentido que a lei exige. Porém, dizer que ninguém é responsável, no sentido filosófico e jurídico, não é dizer que ninguém deve ser punido, pois o fim da punição é proteger a sociedade e reeducar os criminosos. Não se requer a postulação da responsabilidade para que a sociedade possa reeducá-los de modo cientificamente capaz de modificar com êxito a sua conduta.

Ao estudar o comportamento criminoso, Eysenck o inclui no grupo de distúrbios tais como o homossexualismo, o fetichismo, o alcoolismo, a toxicomania e a enurese. Estes distúrbios se caracterizam por sintomas que o indivíduo pode achar muito agradáveis, mas que vão contra os interesses da sociedade em geral. A sociedade então tem o direito de se proteger e pode punir as pessoas que apresentam esses distúrbios.

Porém, ele reconhece que as punições que tem sido aplicadas aos criminosos não têm sido eficazes no sentido de fazer com que as pessoas respeitem as leis criminais. A explicação que Eysenck dá para essa "triste recusa da natureza humana de inclinar-se perante a lei" é que o comportamento criminoso e outros tipos de desvio necessitam ser tratados e não punidos. Para substanci-

ar esta explicação, começa por formular a hipótese de que os criminosos e psicopatas são extrovertidos. Os resultados de pesquisas que ele cita confirmam a hipótese, além de mostrar um forte componente emocional nesses indivíduos. Sendo assim, extrovertidos e emocionais, estes indivíduos "condicionam muito mal".

Dentre os estudos que confirmam uma relação entre a extroversão e o comportamento criminoso, Eysenck seleciona os que tratam da construção do corpo. Estes estudos mostram que os extrovertidos são pícnicos quanto à constituição física. Sendo os criminosos, em conjunto, extrovertidos, pode-se esperar que estes quando comparados com a população normal, apresentem uma formação pícnica. Isto foi realmente confirmado em estudos realizados nos Estados Unidos e segundo Eysenck, uma série de estudos realizados na Alemanha podem servir para explicar esta influência da constituição física na conduta criminosa.

Estes estudos mostram que o pícnico tende a ser mais imaturo quanto à personalidade, comportamento e funcionamento do corpo, do que o leptossômico. Se se relaciona esta descoberta com a mencionada acima, isto é, que a pessoa de formação do corpo pícnica tende a ser extrovertida quanto à personalidade, verifica-se que estes estudos alemães trazem conclusões importantes, segundo Eysenck, para o estudo do comportamento criminoso. Para ele, uma das características do extrovertido é certa imaturidade de comportamento, o que, na teoria comportamentista de Eysenck, quer dizer que a pessoa "falhou em beneficiar-se tanto quanto o introvertido dos processos de condicionamento que a sociedade lhe impôs" (9, p. 232). Para ele, o conceito de maturidade relaciona-se ao número de respostas condicionadas que o indivíduo forma, e a grande contribuição que vê nesses estudos é que eles possibilitam a quantificação daquele conceito e uma forma de relacioná-lo a teorias testáveis, morfológicas e fisiológicas.

As teorias que tratam da formação do corpo mostram a influência da hereditariedade na conduta criminosa, e há também provas da determinação da hereditariedade da extroversão, porém, Eysenck

cita provas mais diretas dessa influência. Os resultados das pesquisas de Lange, um alemão que estudou gêmeos por volta de 1928, mostram, segundo Eysenck, de modo irrefutável, que a hereditariedade representa importante papel no comportamento anti-social.

Eysenck não esconde seu interesse e sua busca de atingir o objetivo de unir a psicologia à fisiologia e às ciências biológicas em geral. Para ele, "não há fatos mentais sem que estejam implícitos alguns fatores fisiológicos ou neurológicos, os quais podem ser investigados e medidos pela ciência física" (9, p. 232). Por isso, não é de estranhar que ele explique o comportamento criminoso em termos de constituição física ou pela hereditariedade. Reconhece a influência do meio ambiente naquele tipo de comportamento, mas não admite que se trate o crime como sendo um fenômeno exclusivamente social.

Segundo ele, admitir que há fatores de hereditariedade na criminalidade, proporciona um conhecimento do processo de herança e fornece a única base possível no sentido de se fazer esforços terapêuticos. E pergunta: "Se tudo o que está errado num criminoso ou num psicopata é a excessiva extroversão, então não seria possível fazê-los mudar em direção de uma maior introversão, pela administração de alguma droga e, deste modo, moderar seu comportamento anti-social, criminoso e psicopático?" (9, p. 237). Eysenck acha que esta possibilidade é muito viável e cita resultados da administração de anfetamina - uma droga "introvertente e socializante" - em criminosos e psicopatas como prova disto.

Em suma, Eysenck aborda o problema de se determinar a responsabilidade legal do criminoso, como se este fosse de pouca importância, já que o psiquiatra não pode decidir sobre o assunto. Além disso, ele não estabelece uma distinção entre crime cometido por pessoas doentes mentais e por pessoas "normais", considerando aquele como um tipo de distúrbio em si mesmo. Portanto, o papel do psicólogo ou do psiquiatra em relação à pessoa que apresenta qualquer tipo de comportamento criminoso é tratar essa pessoa. Adverte, porém, que "Evidentemente, o tratamento deve ser designado

especificamente para cada pessoa, dependendo de seu grau de extroversão ou introversão, neuroticismo ou estabilidade e, particularmente, da facilidade ou dificuldade com que forma respostas condicionadas" (9, p. 245).

Coerente com sua posição de que alguns comportamentos rotulados de "distúrbio psiquiátrico" ou "doença mental" consistem na verdade, de atos anti-sociais ou desvios sociais, tais como o homossexualismo e o homicídio, Szasz não acredita na premissa de que existam comportamentos criminosos normais e anormais, ou que existam dois tipos de criminosos: os que são doentes mentais e os que não são. Questiona, portanto, o papel do psiquiatra de determinar a capacidade mental de pessoas que cometem crimes. Em seu livro Psychiatric Justice, estuda especificamente o papel do psiquiatra ao determinar se o acusado tem "capacidade mental de ser submetido a julgamento", cuja definição se refere à capacidade de entender a natureza e objetivo dos procedimentos legais, e as acusações feitas contra ele e capacidade de ajudar a defesa em seu favor.

Pensa ele que o conceito de capacidade ou incapacidade para ser submetido a julgamento é válido apenas quando é algum distúrbio físico que está em jogo. Neste caso, a questão de se decidir se o acusado é ou não capaz de se submeter a julgamento é um problema para o próprio acusado, sua defesa, ou seu médico particular. O mesmo não acontece em relação à doença mental. Na maioria dos casos, quem levanta a questão de capacidade não é o acusado ou a defesa, mas a promotoria ou o juiz. Justifica-se isto pelo próprio conceito de doença mental, isto é, as pessoas que sofrem deste tipo de doença não se consideram doentes, e, portanto, não buscam ajuda em relação a seu problema, necessitando que outros ajam "em seu favor".

Em sua tentativa de esclarecer o conceito de incapacidade de se submeter a julgamento, Szasz busca substituir a definição puramente semântica daquele conceito por uma definição baseada em fatos. Distingue entre "afirmações de fato" e "recomendações es -



tratégicas", as primeiras podendo ser falsas ou verdadeiras e as últimas justas ou injustas. Analisa então o conceito de incapacidade de se submeter a julgamento, primeiramente como uma afirmação de fato e depois como um "movimento estratégico no jogo de se fazer cumprir a lei".

De acordo com ele, quando uma pessoa se submete a julgamento, espera-se que ela desempenhe um determinado papel, o qual é definido legalmente. É possível e razoável que se pergunte se a pessoa está apta a desempenhar esse papel, da mesma forma que se pode questionar sua habilidade para desempenhar outros papeis, e julgar essa habilidade pelos padrões que se quiser estabelecer. Para Szasz, o problema em relação à capacidade de se submeter a julgamento não é que não haja um padrão que estabeleça quem é capaz ou incapaz. Há um padrão fornecido pela definição legal de capacidade de se submeter a julgamento. A dificuldade é não se ter um método racional e geralmente aceito que possibilite a transformação do padrão legal em um ato social. Propõe então que se trate o conceito de capacidade legal fazendo-se, não uma análise lógica e semântica, mas uma análise funcional de situações sociais. Para tal análise deve-se levantar questões do tipo "Quem interpreta o padrão legal de capacidade, e como?", "Quem faz com que este padrão seja utilizado, e como?" Segundo Szasz, o psiquiatra é a pessoa designada pelo juiz para desempenhar aquelas tarefas.

Para ele, o fato do psiquiatra desempenhar um papel na determinação da capacidade legal do indivíduo conduz a uma situação em que a identificação fatural é consciente e deliberadamente usada para se atender a um objetivo estratégico, embora esta utilização seja explicitamente negada. Se se considera a situação em que uma pessoa acusada de crime e disposta a ser julgada é considerada pelo promotor ou pelo juiz como muito doente para tal, e, em vez de ser julgada é levada para um "hospital" psiquiátrico para "diagnóstico" e "tratamento" de modo que mais tarde esteja mais apta a ser julgada, não se pode compreender essa situação a não ser como a utilização estratégica (desacreditar e destruir) de uma afirmação aparentemente fatural (que o acusado é incapaz de se

submeter a julgamento).

Para Szasz, é inútil buscar-se critérios psiquiátricos "objetivos" e "racionais" para se estabelecer a capacidade legal do indivíduo. A afirmação de que o acusado é mentalmente incapaz de se submeter a julgamento é sempre estratégica. Se é o próprio acusado que faz a afirmação, isto significa um movimento estratégico de sua parte e tem o objetivo de colocá-lo numa situação melhor do que a que resultaria se ele fosse julgado. Se é o promotor (ou o juiz) que fazem a afirmação, ela é também um movimento estratégico destinado a colocá-lo numa posição melhor do que a que teria se o acusado fosse julgado.

Segundo ele, as pessoas que defendem a participação do psiquiatra nos julgamentos criminais afirmam que o julgamento deste é científico e profissional, ou seja, fatal. As pessoas que desaprovam tal participação mantêm que, nestas situações, o julgamento do psiquiatra é moral e partidário, isto é, estratégico.

Naturalmente, tendo assumido a última posição, Szasz passa a falar de situações em que o psiquiatra é empregado pelo Estado para se opor aos interesses\* do indivíduo. E chega à conclusão de que em pelo menos duas situações o psiquiatra é claramente o adversário da pessoa que ele examina e "trata": quando o paciente é uma pessoa que é acusada de crime e deseja se submeter a julgamento, mas é suspeita pelo promotor ou juiz de ser doente mental; e quando o paciente é uma pessoa que não cometeu nenhum crime e não deseja ser incomodado, mas é suspeito, geralmente pela família, de ser doente mental.

Para Szasz, o psiquiatra desempenha o papel de adversário do paciente involuntário toda vez que entra em contato com este último. Para ilustrar esta afirmação, cita estudos que descrevem alguns procedimentos de internação de pacientes involuntários. Es

---

\* Szasz chama atenção para o fato de que considera como interesses de um adulto aquilo que o próprio indivíduo diz ser seus interesses.

tes estudos mostram que o psiquiatra geralmente assina os pedidos de admissão sem examiná-los com cuidado, e a regra é internar todas as pessoas nas quais se suspeita uma doença mental, mesmo quando não há nenhuma "evidência" em favor desta suspeita. Um dos psiquiatras observados afirmou, por exemplo, que um determinado paciente era desconfiado por que este havia perguntado se seria representado por um advogado durante o inquérito. Outro psiquiatra recomendou que um jovem paciente ficasse sob observação durante 30 dias, não porque ele fosse doente mental, mas porque não se dava bem com seus pais e poderia se envolver em alguma confusão. Um outro psiquiatra afirmou que, nos casos em que a família faz o pedido de hospitalização - o que acontece na maioria dos casos -, a internação é automática, porque, se a própria família do paciente quer se ver livre dele, já se sabe que alguma coisa está errada com ele.

Os estudos mostram também que os exames realizados nos pacientes são excessivamente rápidos - uma média de 9 minutos - e, portanto, superficiais.

Finalmente, os estudos observam que a linguagem utilizada pelo psiquiatra que recomenda a internação é uma retórica que justifica a "detenção psiquiátrica". Um psiquiatra, por exemplo, afirmou que não havia encontrado "nenhuma evidência óbvia de ilusões ou alucinações" com base numa entrevista na qual não só não havia evidência, como nem mesmo a menor sugestão de ilusões ou alucinações.

Szasz não vê uma relação entre doença mental e capacidade de se submeter a julgamento, a não ser quando o termo doença mental se refere a distúrbios no cérebro. Para ele a questão principal é saber se a informação que os rótulos diagnósticos psiquiátricos nos fornecem é relevante para se julgar a capacidade legal da pessoa. Se se considera que uma pessoa diagnosticada de "esquizofrênica" ou "homossexual" pode ser capaz de desempenhar seu papel de acusada no tribunal, e outra pessoa com o mesmo diagnóstico pode não o ser, então não há relação lógica nem de fato entre

a doença mental e a capacidade de se submeter a julgamento.

De acordo com Szasz, a avaliação de um acusado como mentalmente incapaz de se submeter a julgamento não pode ser entendida à parte do contexto social global em que ocorre, e, especialmente, de sua consequência social: a prisão do acusado numa instituição psiquiátrica por período indeterminado, frequentemente, por toda a vida. Para ele, na medida em que essa avaliação faz com que o acusado não tenha chance de se livrar de algum tipo de punição - julgamento e prisão, se for considerado capaz, e "diagnóstico psiquiátrico" e detenção em hospital, se considerado incapaz, essa avaliação é estratégica. Confirma-se, então, a impossibilidade de se fazer uma avaliação da capacidade de se submeter a julgamento de forma neutra e fatural. Aparentemente, o psiquiatra avalia fatos, mas, na realidade, ele decide sobre o curso que os acontecimentos deverão tomar. Na medida em que o psiquiatra não pode oferecer nenhum método funcional de se avaliar a capacidade legal do acusado, ele não pode, segundo Szasz, participar da questão - nem tomando decisões, nem fornecendo sua opinião de especialista. A responsabilidade de se examinar o acusado e decidir sobre sua capacidade legal deve ser deixada ou para o juiz ou juizes; ou para o advogado ou advogados; ou para um júri de pessoas comuns.

Para Szasz, as atuais práticas legais e psiquiátricas americanas, as quais rotulam de doente mental o indivíduo suspeito de conduta anti-social e o punem com a internação involuntária em um hospital psiquiátrico, não diferem das de regimes totalitários. Considera os problemas que discute em suas obras como parte do problema mais amplo de controles sociais numa sociedade de massa. Num regime totalitário, é natural que as leis criminais se tornem cada vez mais repressivas, principalmente para os indivíduos que ameaçam o sistema de alguma forma. Entre estes, estão os chamados doentes mentais, aos quais os cidadãos "normais" sempre aprenderam a temer e desprezar. E para que haja maior proteção contra esses indivíduos, a lei prevê que, se eles não puderem ser acusados e condenados como criminosos, podem então ser diagnosti-

cados como doentes mentais e, como tais, detidos em hospitais psiquiátricos para serem "tratados".

Em relação a esse problema, Szasz lembra ainda o fato de que a maioria dos indivíduos sujeitos às penalidades das leis criminais americanas e às terapias compulsórias das leis de higiene mental pertencem à classe baixa. Assim, a consequência prática das leis relacionadas à doença mental pode ser, ainda que inconscientemente, impor um controle mais rígido aos membros daquela classe.

Szasz apresenta quatro históricos de casos de pessoas envolvidas com a justiça, as quais foram privadas de seu direito de se submeter a julgamento com base em diagnósticos de doença mental. Três desses casos serão vistos agora.

Inicia por Louis Perroni, cuja ocupação consistia em trabalhar em seu posto de gasolina em um subúrbio de Syracuse. A primeira e única vez que Perroni entrou em conflito com a polícia foi quando, aos 40 anos, utilizando-se de um rifle, atirou para o alto, de modo a advertir os representantes da propriedade em que estava instalado seu posto, os quais estavam obrigando Perroni, com o consentimento da lei, a abandonar o lugar, para que ali pudesse ser construído um "shopping center".

Perroni foi preso e processado. Porém, a pedido da promotora, foi examinado por dois psiquiatras e considerado incapaz de ser submetido a julgamento. Foi então internado numa instituição psiquiátrica do estado, onde ficou durante 6 anos, quando, depois de muito esforço, sua família conseguiu uma ordem de que ele fosse julgado ou posto em liberdade. Perroni foi posto incomunicável numa prisão, até que recebeu ordem de se submeter a novo exame psiquiátrico. Mais de 1 mês depois, foi internado em outro hospital psiquiátrico para que "testes psicológicos" determinassem sua capacidade de se submeter a julgamento.

Antecipando a audiência que se seguiria ao exame, a família do acusado e seu advogado buscaram a ajuda de Szasz no sentido deste testemunhar que Perroni era capaz de ser submetido a jul

gamento. Após entrevistar o acusado na prisão, Szasz considerou-o capaz e concordou em participar em seu favor.

A audiência, que durou 2 dias inteiros, ocorreu alguns meses depois, perante um juiz, sem que estivesse presente um júri. Algumas semanas depois, o juiz apresentou sua decisão: Perroni era considerado incapaz de ser submetido a julgamento. Perroni foi então transferido da prisão para o hospital psiquiátrico, e continuava preso ali quando Szasz relata o caso. Desde a sua prisão até então, ele estivera preso durante 10 anos.

O segundo caso estudado por Szasz é o de Abraham Hoffer. Este fora preso e acusado de rapto, estupro, sodomia, assalto, tentativa de estupro e de atentado contra a moral de menores, supostamente, por ter tido relações sexuais com duas meninas, uma de 11 e outra de 13 anos, o que ele negava. Ao invés de ser submetido a julgamento, fora mandado para uma instituição psiquiátrica, tendo ali permanecido dois anos e meio sem conseguir uma audiência onde pudesse provar sua capacidade de se submeter a julgamento.

Hoffer era veterano de guerra. Havia sido dispensado do Exército e recebia uma pensão. Durante a guerra, fora internado num hospital psiquiátrico e recebera o diagnóstico de esquizofrenia. Havia sido preso várias vezes, anteriormente, e recebera penalidades por pequenas faltas.

Segundo Szasz, Hoffer tinha frequentado a Universidade e tinha bastante dinheiro, mas não podia fazer uso deste, pois havia sido julgado legalmente incapaz de lidar com seus negócios.

Com a ajuda de Szasz e de um advogado recomendado por este, Hoffer conseguiu uma audiência, cujo resultado foi que ele era incapaz de se submeter a julgamento. Nessa audiência, Szasz havia deposto a favor de Hoffer, isto é, que ele era capaz de ser submetido a julgamento.

Szasz faz os seguintes comentários da audiência, após citar uma série de trechos da mesma: (1) todas as pessoas presentes na audiência concordavam que Hoffer era um homem inteligente,

mantendo um bom contato com seu ambiente; (2) o promotor estava os tensivamente acusando Hoffer, não de ter cometido um crime, mas de ser doente mental; (3) o promotor e o outro psiquiatra presente na audiência enfatizaram várias vezes o fato de Hoffer ter uma "história" de doença mental, com isto querendo dizer que ele era ainda doente mental e incapaz de ser submetido a julgamento; (4) o fato de Hoffer mencionar que dispensara os serviços de um advogado que o estava representando anteriormente devido ao comportamento realmente inadequado que aquele demonstrara ao lidar com os negócios de Hoffer, foi interpretado pelo psiquiatra como sendo um sintoma de sua "paranóia"; finalmente, apesar do comportamento de Hoffer na audiência tornar evidente o fato dele ser capaz de desempenhar bem seu papel no tribunal, o juiz considerou-o mentalmente incapaz de se submeter a julgamento.

Hoffer foi mandado de volta para o hospital em que estava, e mais de um ano depois foi considerado pelos psiquiatras do hospital capaz de se submeter a julgamento. Posto à disposição do Tribunal, foi internado em um outro hospital psiquiátrico a pedido do promotor público para que se verificasse sua capacidade de se submeter a julgamento. Permaneceu no hospital 27 dias e foi mandado para o tribunal como capaz de se submeter a julgamento. Foi julgado e condenado ao tempo que estivera internado no hospital, isto é, 3 anos e 9 meses de prisão. Como o tempo passado no hospital foi creditado em sua sentença, Hoffer foi imediatamente posto em liberdade.

O caso de Frederick Lynch mostra uma outra forma de se impedir a pessoa de se submeter a julgamento. Embora considerado capaz de ser submetido a julgamento, o acusado é obrigado pelo tribunal a declarar-se inocente por motivo de insanidade. Geralmente, nestes casos, o acusado é realmente absolvido, mas, ao invés de ser posto em liberdade, é declarado doente mental e, portanto, necessitando ser internado imediata e indefinidamente em um hospital psiquiátrico.

O que fez Lynch entrar em conflito com a justiça criminal pela primeira e única vez foi ter excedido o limite de sua conta

bancária em 100 dólares e não ter repostado a quantia no período de 5 dias após ter recebido o aviso para tal. Lynch compareceu ao tribunal e declarou-se inocente. Foi então internado num hospital psiquiátrico para ser examinado e se determinar sua capacidade de ser submetido a julgamento, sem que houvesse uma razão evidente para que o tribunal tomasse tal decisão.

Lynch foi considerado incapaz de se submeter a julgamento e permaneceu sob tratamento no hospital. Menos de um mês depois, o mesmo psiquiatra que o considerara incapaz enviou uma carta ao tribunal dizendo que Lynch já estava apto a se submeter a julgamento. Porém, nesta carta, o psiquiatra afirmava também que Lynch estava sofrendo de uma doença mental, isto é, psicose maniaco-depressiva, quando cometera a ofensa, sendo esta, segundo ele, o produto daquela doença. A carta prosseguia nos seguintes termos: "No momento, o Sr. Lynch parece estar no início de um estágio de recuperação da psicose maniaco-depressiva. Assim, é possível que ele tenha novos lapsos de julgamento num futuro próximo. Seria aconselhável que ele passasse por mais um período de tratamento num hospital psiquiátrico" (25, p. 228).

No dia seguinte, Lynch foi submetido a julgamento e, representado por seu advogado, tentou mudar sua declaração anterior, e declarar-se culpado. O juiz recusou-se a aceitar esta nova declaração, provavelmente com base na afirmação do psiquiatra de que a ofensa de Lynch tinha sido o produto de doença mental. Apesar de suas persistentes objeções, Lynch foi considerado inocente por motivo de doença mental, e foi ordenada sua internação num hospital psiquiátrico, sem que se fizesse antes uma avaliação de seu estado mental ou da necessidade de hospitalização naquele momento. Lynch foi então internado e colocado num departamento juntamente com 1000 pacientes, os quais ficavam aos cuidados de 2 psiquiatras.

Após 6 meses de internamento, Lynch impetrou um mandado de segurança no qual afirmava que sua internação com base numa alegação involuntária de insanidade violava os procedimentos da lei. A audiência que se seguiu a esse mandado, deferiu-o. Lynch, porém,



não foi posto em liberdade, pois os representantes do hospital e o promotor apelaram para o Tribunal, argumentando que o juiz fora obrigado a rejeitar a declaração de culpa do acusado por causa da informação que ele tinha recebido em relação à doença mental daquele. Além disso, a apelação afirmava que não era relevante para a determinação da legalidade de sua detenção, a possibilidade de que Lynch pudesse ficar preso no hospital por um período maior do que o que lhe seria imposto numa prisão pela falta de que ele queria assumir a culpa. Esta apelação foi aceita e a internação de Lynch foi mantida como um procedimento legal adequado.

Comentando sobre as afirmações feitas no Tribunal ao se decidir sobre a legalidade da internação de Lynch, Szasz observa que a maioria dessas afirmações enfatizavam que o internamento de Lynch não era punitivo, mas terapêutico, e chamavam a atenção para o fato de que na medida em que Lynch já recebera tratamento, ele já estava a caminho de uma liberdade incondicional sem a probabilidade de que repetisse a falta.

Na realidade, Lynch recebera uma ordem de liberdade condicional. Mas, ao deixar o hospital não conseguira nem o mais simples dos empregos. Então, apelou novamente para os cheques sem fundo, e breve perdeu sua liberdade condicional, tendo sido internado novamente.

Um pedido de revisão da decisão que resultara da última audiência foi feito ao Supremo Tribunal e aceito por este. Onze meses depois, o Supremo Tribunal anulou aquela decisão e considerou como inválida a internação de Lynch. Se este fosse um criminoso, teria sido posto em liberdade imediatamente, mas, como era doente mental, isto não aconteceu, pois as autoridades do hospital em que estava internado decidiram abrir um processo para continuar sua internação civil.

Enquanto aguardava a decisão do Supremo Tribunal, Lynch escreveu a seu advogado que "as condições aqui são quase mais do que qualquer pessoa possa suportar - a monotonia - 78 centavos

diários de comida para cada paciente, não há lavanderia, e, o que é mais grave, não há tratamento. Este hospital ... é um depósito humano". E acrescentou: "Mesmo que o Tribunal julgue em meu favor, este é um caso do tipo daquele em que a operação foi um sucesso, mas o paciente morreu" (25, p. 233). E, realmente, 3 meses depois da decisão do Supremo Tribunal a seu favor, enquanto ainda permanecia no hospital aguardando a decisão sobre sua internação civil, Lynch jogou-se sob as rodas de um caminhão que passava no terreno do hospital.

O que acabamos de ver em relação ao papel que o psiquiatra desempenha em uma situação social específica - julgamento criminal - já nos sugere algumas conclusões que podem ser resumidas em 4 pontos principais.

Primeiro, quando o acusado é colocado diante do psicólogo ou psiquiatra para ser examinado, ele se transforma num "paciente" que deve ser enquadrado dentro de uma das categorias diagnósticas.

A esse respeito, é interessante a opinião de Szasz, que compara alguns métodos modernos de psicodiagnóstico com os testes aplicados antigamente nas feiticeiras, de modo a provar sua inocência.\* Dentre os métodos atuais, Szasz cita o uso de testes projetivos, tais como o Rorschach e o T.A.T. Para ele, quando um psicólogo clínico aplica um desses testes na pessoa enviada por um psiquiatra, já existe uma expectativa de que o teste mostrará alguma "patologia". "Afim de contas", diz Szasz "um psiquiatra competente não encaminharia uma pessoa 'normal' para ser submetida a testes tão caros e complicados. O resultado é que o psicólogo descobre algum tipo de psicopatologia: o paciente é 'histérico', ou 'deprimido', ou apresenta uma 'psicose latente', ou, se tudo mais é eliminado, 'mostra sinais que sugerem organicidade'" (24, pp.34

---

\* Um destes testes consistia em jogar a "feiticeira" amarrada dentro d'água. Se ela boiasse, isto queria dizer que era culpada; se afundasse, estaria provada sua inocência.

e 35). Segundo ele, em mais de 20 anos de trabalho como psiquiatra, nunca encontrou um psicólogo clínico, cujo relatório baseado em testes projetivos dissesse que o sujeito fosse uma pessoa "normal" e com boa "saúde mental". Para Szasz, "enquanto é possível que algumas bruxas tenham sobrevivido ao afogamento, nenhum 'louco' sobrevive aos testes psicológicos" (24, p. 35).

Em segundo lugar, o conceito de doença mental funciona como um rótulo classificatório que permite e incentiva o controle social da conduta pessoal sem necessidade de procedimentos que dêem proteção à liberdade individual.

A hospitalização em instituição psiquiátrica, como forma de controlar e adaptar o comportamento do indivíduo às regras da sociedade foi mencionada explicitamente em vários dos trabalhos que vimos. Szasz compara o controle social exercido pelo psiquiatra, através do diagnóstico e internação, com o controle social exercido pelo rei e outras autoridades, nos séculos XV a XVIII, através da chamada lettre de cachet. Esta era um documento que autorizava a prisão sem julgamento das pessoas a que se referiam e cujo objetivo principal era punir pessoas que, de alguma forma se rebelavam contra a ordem estabelecida.

Se, como mostra Szasz, citando um estudo de Scheff, o comportamento da pessoa considerada doente mental geralmente não é um fator importante na decisão das autoridades para internar ou dar alta aos pacientes em hospitais psiquiátricos, assume-se que as pessoas podem ser internadas nesses hospitais por uma série de razões que não a de estarem realmente precisando de ajuda psiquiátrica. Assim, Szasz vê como hipócrita a seguinte afirmação contida nos Direitos Constitucionais do Doente Mental: "... o objetivo básico (da internação) é assegurar que seres humanos doentes obtenham o tratamento apropriado a suas necessidades ... " (24, p. 51).

E, realmente, se considerarmos as condições em que o indivíduo passa a viver após ser internado em um hospital psiquiátrico do estado, temos, por força, de concordar com Szasz.

O terceiro ponto trata justamente das instituições estaduais para onde são levados os indivíduos, como resultado do diagnóstico de doença mental. Ao que parece, estas oferecem condições que conduzem à degradação social e física do indivíduo.\*

E, finalmente, na medida em que o conceito de doença mental é importante para se tomar decisões quanto à responsabilidade e capacidade legal do indivíduo, e, na medida em que nenhum leigo sabe ao certo quem é e quem não é doente mental, é necessário que especialistas - psicólogos, psiquiatras - dêem sua opinião sobre o assunto. Acreditamos que a opinião deste especialista é supervalorizada, e, na maioria das vezes, aceita sem crítica alguma, justamente pelo desconhecimento do leigo sobre a questão. Nesse sentido, a proteção legal de julgamento por um jurado ao indivíduo para que este não seja aleatoriamente internado em uma instituição psiquiátrica não é válida.

Daremos maior importância à investigação desses quatro pontos ao analisarmos os casos de processos criminais, de que passamos a tratar agora. Cremos que isso nos levará a responder as 2 questões que levantamos no início do trabalho.

---

\* Ver no anexo III, algumas declarações sobre estas instituições.

IV. Análise de 5 processos criminais nos quais o acusado foi submetido a exame de "sanidade mental"

Os 5 processos criminais que passamos a analisar foram selecionados entre os casos julgados em Belo Horizonte, Minas Gerais, após 1963, nos quais o acusado foi submetido a exame de "sanidade mental".

De acordo com o livro destinado ao registro de sentenças de "crimes dolosos contra a vida" (1a. e 2a. vara do Júri e das Execuções Criminais), foram julgados em Belo Horizonte 800 casos no período de 1963 a 1973. Em 33 destes casos, o diagnóstico psiquiátrico foi decisivo para o tipo de sentença dada ao acusado\*.

Não nos foi possível obter o número total dos casos em que, durante aquele período, se pediu o exame de "sanidade mental" do acusado, de modo a saber em quantos casos o diagnóstico psiquiátrico não foi levado em consideração ao se decidir sobre a sentença do réu.

Os quatro primeiros casos que estudamos neste trabalho foram selecionados ao acaso entre os 33 que mencionamos acima. O último caso foi selecionado porque tivemos a oportunidade de assistir ao julgamento final do mesmo. Neste também, o diagnóstico psiquiátrico foi decisivo para a sentença que o acusado recebeu.

1º caso: Geraldo\*\*

No dia 26 de setembro de 1960, Geraldo, então com 45 anos, solteiro, sem profissão definida, residente debaixo do viaduto da Gameleira, recebeu a seguinte denúncia feita pelo Promotor de Justiça:

"No dia 14 de junho de 1960, cerca das 12,30 hs., debaixo

---

\* Destes 33 casos, 78% são de pessoas do sexo masculino e 22% do sexo feminino.

\*\* Os nomes das pessoas, de quem passaremos a falar, são fictícios.

do viaduto da Gameleira, nesta capital, onde em deplorável promiscuidade vivem vários marginais, o denunciado..., desavindo com João, outro morador daquele antro, por questão de furto de pequenos objetos domésticos de mínimo valor, de posse de uma faca a vibrou seguidas vezes contra o seu contendor, causando-lhe as lesões corporais descritas no auto de corpo de delito...

...É a presente para que contra o mesmo se instaure processo de crime..."

No dia do seu julgamento, quando estava sendo interrogado, Geraldo "pôs-se a dizer palavras desconexas, narrando fatos inteiramente estranhos aos autos, inclusive asseverando que a vítima era pessoa 'muito rica e dona de vários apartamentos em Belo Horizonte'".

Diante disso, o Juiz, "de acordo com a Defesa e o Ministério Público, dissolveu o Conselho de Sentença e determinou, após ouvidos também os Jurados, fosse o réu submetido a exame de sanidade mental".

Geraldo foi então mandado para o Instituto Raul Soares para ser examinado por um psiquiatra, o qual assinou o seguinte "laudo médico":

"Geraldo, 53 anos, solteiro, sem profissão definida, residente segundo informa em Governador Valadares, até a sua prisão há 3 anos atrás.

Histórico: O paciente informa mal e desconexamente. Declara a custo, que fez um 'arranhão' em um rapaz que lhe implorava 'pelo amor de Deus' que o paciente esfaqueasse a ela, vítima.

Entre outras confusas e absurdas declarações semelhantes, apresenta idéias delirantes de grandeza (declara que 'ganhou' a Presidência da República, que vai imprimir moedas de 1 milhão de cruzeiros, etc.), ao lado de idéias de perseguição e prejuízo (julga-se ameaçado de morte por várias pessoas e roubado em quantias astronômicas).

Relata também alucinações auditivas (vozes que conversam

com o paciente).

Relata ainda inapetência, insônia e outros distúrbios psíquicos.

Antecedentes Pessoais e Familiares: Já esteve internado aqui no IRS e no Hospital Colonia de Barbacena.

Exame Objetivo: Paciente dissociado, confuso, desanexo, apresentando conteúdo delirante de fundo persecutório e megalomaníaco.

Conclusão: Paciente apresenta sinais e sintomas característicos de esquizofrenia paranóide. Trata-se de indivíduo completamente alienado, irresponsável pelos seus atos e portador de "periculosidade".

A sentença de Geraldo foi dada no dia 26 de junho de 1966:

"Denunciado, processado, pronunciado, e, finalmente, hoje julgado pela prática do crime de tentativa de homicídio de que foi vítima João, houve o Tribunal do Juri por bem, e por unanimidade de votos responder afirmativamente ao 3º quesito da série, que lhe foi formulado, isto é, que o réu era, ao tempo da ação, por doença mental, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato, circunstância essa discriminante prevista no artigo 22 do código penal, e, por isso,

ABSOLVO o mesmo réu da acusação que lhe move nestes autos a Justiça Pública, pagas as custas pelos cofres do Estado na forma da lei.

Atendendo, porém, ao que dispõe os artigos 76, nº II, 78, nº I e 91, todos do código penal, determino seja o mesmo réu Geraldo internado por 6 anos no Manicômio Judiciário 'Jorge Vaz', de Barbacena, sujeito ao regime aconselhado por suas condições pessoais, medida essa que poderá ser revogada, desde que verificado o restabelecimento do internado, em laudo devidamente fundamentado".

No dia 8 de julho de 1966, tentou-se a remoção de Geraldo do presídio em que se encontrava para o Manicômio. Porém, " por

absoluta falta de vagas" seu pedido de internamento ficou "relacionado para ser atendido oportunamente".

Geraldo permaneceu na penitenciária até que, no dia 26 de dezembro de 1972, o juiz determinou que ele fosse submetido a novo exame para "verificação da cessação de sua periculosidade". O exame foi marcado para o dia 15 de dezembro de 1973 e realizado nessa data. O laudo elaborado após o exame é o seguinte: "Laudo Pericial elaborado pelos peritos da Penitenciária de Mulheres E.P.

Exame Psiquiátrico (assinado por 2 psiquiatras)

Identificação (nome, naturalidade, etc.)

Procedência: Penitenciária de Neves

Versão Subjetiva do Caso: 'Eu trabalhava no pesado. Estava trabalhando debaixo da ponte e fui agredido por um indivíduo. Para me defender, embora sem querer brigar, dei uma facadinha e machuquei o homem; ele não morreu.

História Mórvida Progressiva: Não se lembra da data, mas desde jovem apresenta alucinações auditivas, idéias megalomaniacas, idéias delirantes de conteúdo persecutório. Afirma que quando foi detido, já era presidente da República eleito por votos, e que possui milhões e propriedades. Nega traumatismo craniano, sífilis, schistosomose, tuberculose e passado comicial. Relata, de forma imprecisa, que já esteve internado no I. Raul Soares, provavelmente em 1952.

Dados Objetivos do Processo: O paciente nos vem acompanhado do processo para realização de perícia psicopatológica atual e verificação da persistência ou não da periculosidade.

Exame Objetivo: Paciente apresentando desorientação no tempo e no espaço e quanto a si e o ambiente que o cerca. Afirma que estamos em abril de 74. Linguagem furtiva e comedida por receios persecutórios. Contato difícil e desconfiado. Não enfrenta com o olhar ao interlocutor. Atenção e concentração de idéias presentes. Memória fraca. Ideação com predominância de idéias me



galomaniacas e roubo do pensamento sem alterações da psicomotricidade.

Impressão: Concluimos que o paciente apresenta sinais e sintomas de natureza psicótica, configurando um quadro de Esquizofrenia (forma paranóide, processual). Primitivismo cultural.

Levantamento Sócio-Cultural (assinado por um antropólogo)

Nome, Filiação, Naturalidade, etc.

Idade: 74

Cor: branca

Altura: 1,67

Peso: 51 k

Caracterização: Mais para Leptossomático

Aspectos Culturais da Escolaridade: Sabe ler e escrever

Meio socializante: Família com 4 filhos, pai trabalhador rural, família pobre sem condições, classe pobre rural.

Ocupações, relações culturais: Lavrador, gosta da profissão

Adaptação, Integração Social: Diz viver bem em qualquer lugar

Auto imagem no Contexto Cultural: Se vê como uma pessoa boa

Condições Sócio-Culturais da Ocorrência: Diz o réu: 'Em uma briga na Gameleira eu tirei uma faca e brigamos, mas eu não fiz nada. Não matei nem nada'.

Outros aspectos: Pessoa socializada para uma vida simples e comum, nota-se retardamento ou atraso cultural, no réu.

Exame Psicológico (assinado por 1 psicólogo)

Identificação (nome, escolaridade, etc.)

Exame Objetivo: Apresenta-se mal orientado no tempo e no espaço

Relata deformações da percepção

Narra distúrbios da memória

Narra hábitos sexuais anormais

Apresenta deformações nas informações

Hábitos diários anormais, sono e alimentação

Exame Psicológico: Apresenta desenvolvimento intelectual, caracterizando déficit

Apresenta índice de tensão normal, no momento.

Ficaram evidenciados sinais de distúrbios da percepção - alucinações

Apresenta personalidade com características de primitivismo cultural, apresentando sinais de desintegração sugerindo quadro psicótico.

Observação: PMK forma abreviada

Respostas aos quesitos (formulados pelo advogado de defesa e respondidos pelos 2 psiquiatras)

I. O paciente ainda apresenta sintomas de doença mental? - Sim.

II. Qual? - Persistem sinais e sintomas psicológicos que configuram um quadro de esquizofrenia (forma paranóide residual).

III. O paciente é portador dos sinais característicos de esquizofrenia paranóide referida no 1º laudo? - Sim.

IV. Com o tratamento submetido desapareceu a periculosidade do paciente? - Não.

V. O paciente já se encontra apto a voltar ao convívio social? - Não. Sugerimos a hospitalização do paciente para tratamento psiquiátrico especializado, e controle psiquiátrico permanente, considerando que a enfermidade apresenta prognóstico sombrio".

No dia 4 de março de 1974, o advogado de defesa apresentou o seguinte ofício ao Juiz:

"A despeito da medida de segurança, o acusado, embora absolvido cumpriu pena de 6 anos. Mesmo após ter decorrido o lapso

determinado pela medida de segurança, o acusado continua preso e, muito embora os Srs. Peritos, respondendo aos quesitos, sugeriram a hospitalização do paciente para tratamento psiquiátrico, este se encontra há tantos anos preso e confinado numa prisão comum sem receber nenhum tratamento e de modo a tornar mais grave seu estado mental.

À vista do exposto e já estando extinta a punibilidade pelos dispositivos legais invocados, requer determinar a expedição do alvará de soltura em favor do paciente com o que estará fazendo a mais lédima Justiça".

Porém, o pedido do advogado não foi aceito, como se pode ver pelos seguintes trechos da carta enviada pelo Juiz ao Diretor do Departamento de Organização Penitenciária:

"Solicito a V.Sa. providências no sentido de ser o réu Geraldo, atualmente recolhido à casa de detenção central, removido para o Manicômio Judiciário de Barbacena, para ali cumprir medida de segurança que lhe foi imposta, pelo prazo mínimo de 6 anos, no processo que lhe é movido pela Justiça Pública.

... Informo ... que o último exame médico a que se submeteu, os Doutores Peritos em resposta a quesito formulado pela Defesa, sugeriram a hospitalização do paciente para tratamento psiquiátrico especializado e controle psiquiátrico permanente, considerando que a enfermidade apresenta prognóstico sombrio".

A resposta a esta carta está na última folha dos autos do processo de Geraldo. A data é 29 de julho de 1974:

"Pela presente comunico a V.Sa. que foi autorizado o internamento do réu Geraldo no Manicômio Judiciário Jorge Vaz em Barbacena para o cumprimento da medida de segurança pelo prazo de 6 anos que lhe foi imposta.

Em face do exposto, solicito a apresentação do réu naquele hospital, impreterivelmente até o 23 de agosto próximo, de acordo com ..."

No caso de Geraldo, confirmam-se algumas das afirmações

que Szasz faz ao estudar os casos de processos criminais. Em primeiro lugar, em ambos os exames a que foi submetido, o papel dos peritos, com exceção talvez do antropólogo, foi claramente de adversário do réu. Além de declarar que Geraldo é esquizofrênico, isto é, "completamente alienado, irresponsável pelos seus atos" e perigoso, sugerem sua hospitalização e "controle psiquiátrico permanente" após este ter passado mais de 10 anos numa prisão. Não se limitando a isso, fazem declarações de trechos da entrevista com o acusado, o que não aconteceria se se tratasse de uma entrevista para tratamento particular, que naturalmente seria confidencial.

Em segundo lugar, são interpretados como "sintomas" uma série de atitudes de Geraldo que podem ser consideradas perfeitamente normais na situação em que ele se encontra. Uma pessoa pobre, que foi absolvida, e a quem foi recomendado tratamento em um hospital, mas está presa há 10 anos, não pode estar muito orientada no tempo ou no espaço. É natural também que seu contato não seja dos mais abertos e seja desconfiado, e que ela não enfrente com o olhar ao psiquiatra - sentido como muito mais poderoso. Da mesma forma, é possível que sua linguagem se apresente "furtiva e comedida" menos por receios persecutórios do que pela situação real em que se encontra.

Por outro lado, os pedidos de exame de "sanidade mental" foram feitos com pleno consentimento e mesmo aprovação da Defesa a qual utiliza o laudo para basear seu pedido de liberdade para o acusado, o que, sem dúvida seria negado. Geraldo pode ter conseguido ser libertado da penitenciária, mas foi preso novamente num hospital do estado.

#### 2º caso: Sueli

No dia 23 de janeiro de 1961, Sueli, então com 28 anos, doméstica, casada, natural do Ceará e residente em Belo Horizonte, recebeu denúncia relativa à morte de sua afilhada de 7 anos de idade. Segundo o Promotor, "a menor, em estado de acentuada debili

dade orgânica, recebeu, da parte da denunciada, pancadas que lhe produziram as lesões descritas no auto do exame cadavérico que lhe causaram a morte. Registrou, ainda, o referido laudo, que houve emprego de meio cruel, nos espancamentos".

No dia 11 de março de 1961, o Juiz foi informado que Sueli já estivera internada em duas instituições psiquiátricas, porém não pudera ser examinada devido ao pouco tempo que permaneceria nessas instituições. No dia 9 de maio deste mesmo ano, o advogado de defesa enviou um ofício ao Juiz, no qual requeria que este determinasse que Sueli fosse submetida a uma observação na Clínica Pinel do IPASE, pois não se sabia até então se a ré era "pessoa normal, vale dizer: pessoa capaz de reger seus bens e sua pessoa". Sua dúvida quanto à normalidade de Sueli baseava-se no fato das internações prévias da mesma.

Neste mesmo ofício, o advogado pedia a absolvição de Sueli com base num exame feito na vítima, o qual revelou que esta era aleijada e sofria quedas, o que podia ter provocado sua morte. Baseou-se também no fato da acusada nunca ter sido processada anteriormente.

O exame psicopatológico pedido foi realizado no dia 19 de março de 1962, na Clínica de Medicina e Higiene Mentais (IPASE).

O laudo, assinado por 1 psiquiatra é o seguinte:

"Sueli, melanoderme, nascida em Fortaleza, Ceará, 17/8/32, casada, de tipo constitucional pichomorfo, submeteu-se a este exame anteriormente já solicitado, para esclarecer se lhe ocorrem distúrbios mentais.

Antecedentes Familiares: Pais falecidos, por causa ignorada. Não possui irmãos, nada sabendo informar sobre seus antecedentes, por ignorados.

Antecedentes Pessoais: Nascimento a termo, eutócico. Doenças peculiares à infância. Crises epileptiformes desde os 4 anos de idade o último ocorrendo há 2 anos e sempre em decorrência de situações conflituosas. Há 4 anos esteve internada no 'Raul Soa -

res' onde permaneceu por 20 dias, submetendo-se a eletrochoques, sendo, posteriormente, transferida para o Hospital Colonia de Barbacena, no qual ficou hospitalizada por 30 dias. Acusada de homicídio, acha-se recolhida à Penitenciária, onde se submete a tratamento de 'nervos', por se queixar de irritabilidade nervosa, insônia e tonturas.

Exame Psicopatológico: Examinanda lúcida e calma respondendo correta e pormenorizadamente às questões que lhe são formuladas. Senso-percepção e ideação normais. Orientação quanto a si, ao tempo e ao espaço, conservada. Atenção e memória sem distúrbios apreciáveis. Estados de consciência normais.

Teste de Rorschach: Protocolo normal, com 10 respostas"

No dia 26 de abril de 1962, a Defesa mandou novo ofício ao Juiz:

"... Acontece, porém, que o laudo não é subscrito por 2 médicos psiquiatras e, sim, por um psiquiatra da Clínica de Medicina e Higiene Mentais e, como o mesmo não é comprometido neste Juízo, de vez que o laudo deve ser feito e assinado por 2 médicos psiquiatras, o presente laudo junto aos autos não satisfaz os requisitos da lei.

Assim, requer a V. Excia. que seja procedido novo exame psiquiátrico na denunciada, no Instituto Raul Soares, ou em outra Casa de Saúde de Doentes Mentais, onde possa a paciente ser internada para a observação, já que no IPASE, apenas, compareceu para fazer um exame rápido, do qual não se pode baseá-lo em caso de interdição da paciente, ou de uma sentença condenatória".

O Juiz ordenou a determinação do exame e formulou 12 quesitos a serem respondidos pelos psiquiatras. A Defesa formulou 6 quesitos.

Os quesitos formulados pelo Juiz foram:

1º Sueli sofre de alienação ou perturbação mental?

2º É ela portadora de mal congênito ou de tara hereditária?

3º A ré tem intervalos lúcidos?

4º A ré, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, do tempo da ação criminosa, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato?

5º Era possível a ré determinar-se de acordo com aquele entendimento?

6º Podem os peritos precisar a data da enfermidade. Retroagem à época do evento?

7º Podem os peritos, em face do exame feito na paciente, especialmente, em face das condições sóciopatológicas atribuídas à paciente, afirmar ser a mesma uma irresponsável, perante a lei, de modo a permitir-lhe a aplicação da medida de segurança?

8º É aconselhável essa medida?

9º Deve a ré ser submetida a um tratamento rigoroso das faculdades mentais, em estabelecimento adequado?

10º Julgam-na os doutos peritos uma doente mental, uma insana, uma paranóica, uma anormal, uma irresponsável psicopata?

11º É uma perigosa?

12º A sua permanência em liberdade oferece perigo à sociedade?

Os quesitos apresentados pela Defesa foram:

1º A denunciada Sueli sofre de alguma doença mental?

2º A denunciada Sueli que transitou por estabelecimento de dementes, está em condições de entender o caráter criminoso que lhe é imputado pelo Ministério Público?

3º Caso seja capaz de entendê-lo, poderia a denunciada se determinar e reger seus atos de acordo com esse entendimento?

4º Poderá a denunciada sofrer eventualmente de perturbação de sua saúde mental, que lhe impeça esse entendimento?

5º Tem a mesma capacidade para reger sua pessoa?

69 Tem a mesma capacidade para reger seus bens?

Laudo: "Sueli, faioderma, com 30 anos de idade (17 de Agosto de 1932), natural de Fortaleza, Estado do Ceará, filha de ... Instrução rudimentar. Doméstica.

Motivo do Exame: De acordo com os termos do ofício, de 5 de Março de 1963, do M.M. Juiz de Direito da 2a. Vara Criminal, Dr. ..., dirigido ao Sr. Diretor do Hospital 'Galba Veloso'. De acordo também, com os termos do ofício 822/63 do Sr. Dr. ..., Chefe do Departamento de Assistência Neuro Psiquiatra, dirigido ao Sr. Dr. ..., Chefe do Serviço Técnico de Assistência a Psicopatas Adultos e Diretor do Instituto 'Raul Soares', designando peritos os Drs. ... e ...

Anamnese e Exame Psíquico: Destaca-se entre os dados anamnéticos colhidos da examinada, que esteve ela internada no Instituto 'Raul Soares' em 12 de Agosto de 1958, tendo sido transferida logo após para o Hospital Colonia de Barbacena. Na ocasião do internamento, segundo as declarações dos seus familiares, os motivos ligados a essa medida, eram relacionados a ocorrência de uma crise de agitação psico-motora, pois inesperadamente a periciada, passou a 'quebrar tudo que se achava à sua frente', 'insultando e agredindo aos seus familiares', que procuravam contê-la.

Mais tarde, já parcialmente recuperada, voltou a periciada, ao convívio familiar verificando-se então um período bom de saúde mental. Entretanto, frustrada em sua vida matrimonial, em consequência de não conseguir descendentes seus, semiadotou uma filha, e ao castiga-la em ocasião conflitiva, num gesto impulsivo, ocasionou-lhe a morte, conforme a denúncia, oferecida às folhas 2 e 3 dos autos de processo.

O médico assistente da periciada relacionou ao estado epiléptico a explicação da sua conduta anômala como se observa, no trecho seguinte do seu laudo: 'Crises epilepticas desde os 4 anos de idade, a última ocorrendo há dois anos e sempre em consequência de situações conflitivas'. Entretanto, no exame psicopatológico, o médico não confirmou o diagnóstico do síndrome epileptifor -



me, de maneira efetiva, restringindo-se a focalizar o estado momentâneo da periciada, quando da feitura da perícia, estado esse, de relativa saúde mental.

Nossa observação clínica, também, restringe o seu alcance nesse sentido, pois faltam-nos dados positivos, para a caracterização do síndrome. Registramos a ocorrência patológica, com reservas, na sua aceitação ampla e irrestrita.

Ao passarmos a processar o exame psíquico propriamente dito, queremos acentuar que, o mesmo é direto, isto é, feito objetivando o estado atual da doente. Torna-se retroativo apenas no que se refere a apreciação médico-legal, para fins de ordem judicial.

Efetivamente, a presente análise psiquiátrica, não revela na periciada, características neuróticas, nem psicóticas de grande evidência clínica. Todos os setores mentais, de maneira geral, estão praticamente normais, a exceção da inteligência, que apresenta indisfarçável "deficit" proporcional. Está bem orientada quanto a própria pessoa e às demais, tanto no tempo como no espaço e mostra consciência lúcida, memória íntegra, mas ideação pobre, todavia sem distúrbios psicóticos. Decorre desta forma como fator predominante ser ela, portadora de inteligência medíocre, com conseqüente debilitação do juízo e deficiência da auto-crítica, motivo esse, que nos levou a encaminhá-la ao Instituto de Psico-Pedagogia, a fim de submetê-la ao psicodiagnóstico de Binet Terman, teste cujo resultado, confirma a debilidade mental, na linha divisória da imbecilidade (quociente intelectual = 45). NOTA: Os debeis mentais, tem seu quociente intelectual entre 50 e 70 e os imbecis entre 30 e 50.

Diagnóstico: Oligofrenia, em grau de debilidade mental, na linha divisória com a imbecilidade. Provável síndrome epiletiforme.

Respostas aos quesitos formulados pelo M.M. Juiz

1º Sim (Oligofrenia)

- 2º É portadora de defeito constitucional
- 3º Sim
- 4º Não. Parcialmente, por desenvolvimento incompleto ou re-  
tardado.
- 5º Parcialmente
- 6º Trata-se de defeito constitucional permanente, estando  
portanto o ato delituoso compreendido no período médico  
legal da enfermidade. Retroage pois a enfermidade, à é-  
poca do evento.
- 7º Sim
- 8º Sim
- 9º Não rigoroso. Medidas ortofrenicas, como tratamento.
- 10º Trata-se de uma oligofrenia, isto é, de uma débil men-  
tal fronteira a imbecilidade, com capacidade parcial  
de responsabilidade e de auto-determinação.
- 11º Atualmente, não é perigosa.
- 12º Em algumas ocasiões, sim. Passível de permanecer na so-  
ciedade, em liberdade vigiada.

Respostas aos quesitos formulados pelo defensor da ré

- 1º Sim.
- 2º Sim, parcialmente.
- 3º Capacidade de auto-determinação parcial.
- 4º Sim.
- 5º Não.
- 6º Não.

Apreciação médico legal: A periciada, acha-se incluída no  
parágrafo único do Artigo 22 do Código Penal. Na resposta dos que-  
sitos, afirmamos a sua parcial capacidade de entendimento e parci-  
al capacidade de auto-determinação, na época da infração anti-so-  
cial verificada, levando em conta, unicamente a sua condição oli-

gofrênica, já que nada se pôde positivar com referência a sua condição epilética, isto é, não encontramos sintomas confirmativos de síndrome epileptiforme".

A sentença de Sueli foi dada no dia 27 de maio de 1964. Nesta, "reconheceu o Júri, em favor da ré, o caso de diminuição da pena previsto no parágrafo único do art. 22 do C.P., ... considerando que a ré (era) portadora de oligofrenia, em grau de debilidade mental, na linha divisória com a imbecilidade. Provável síndrome epileptiforme". Porém, "O Júri afirmou, por maioria de votos a qualificativa e a agravante constantes do libelo". Assim, a pena ficou "concretizada em 13 anos de reclusão", a serem cumpridos na Penitenciária de Mulheres em Belo Horizonte. O Juiz impôs "ainda à ré, nos termos do art. 78, II, e 92, I, ambos do C.P., a medida de segurança de internação em casa de custódia e tratamento, por 3 anos."

Em 24 de junho de 1964, Sueli apelou para a Câmara Criminal do Tribunal de Justiça através do advogado de defesa. Dentre as razões que este alegou encontram-se:

"1º Na sentença condenatória ... o Conselho de Sentença reconheceu que a apelante é doente, pois sofre de OLIGOFRENIA, em grau de debilidade mental, na linha divisória com imbecilidade e provável síndrome epileptiforme.

2º Logo, a apelante é uma anormal do ponto de vista psiquiátrico e, no ponto de vista ginecológico, portadora de epilepsia, donde se conclue que a mesma está necessitando de um tratamento psiquiátrico adequado ao seu caso.

3º Ora, Egrégia Câmara Criminal, se o próprio Conselho de Sentença foi quem reconheceu que a apelante é uma pessoa doente, dado aos sintomas que a mesma os possui, como, então, condenaram-na à pena de 13 anos de reclusão e 3 de medida de segurança?

4º Neste sentido, Egrégia Câmara Criminal, a sentença condenatória está em desacordo com as provas dos autos e da própria consciência de cada jurado, que tendo reconhecido os mesmos que a apelante é uma enferma mental, acabaram por condená-la, quando, em

realidade, um criminoso normal que matou uma pessoa, acaba sendo absolvido...

... 11? A pena que foi imposta à apelante pelo Tribunal do Júri merece ser reformada por essa Egrégia Câmara Criminal, pelo fato de estar provado que a apelante é uma doente mental, epilética e já esteve internada no Instituto Raul Soares em 1958 e em Barbacena, sendo que precisa ser curada de sua enfermidade mental".

Em 22 de junho de 1965, a Câmara negou provimento à apelação de Sueli.

No dia 11 de fevereiro de 1974, Sueli terminou de cumprir integralmente a pena que lhe havia sido imposta. Através do Assistente Judiciário, veio requerer a transformação da medida de segurança em liberdade vigiada, por falta de estabelecimento apropriado à execução daquela medida, ou, então, a revogação da pena acessória.

O Promotor de Justiça foi "de opinião contrária ao pedido", achando que se devia "aplicar à requerente o cumprimento da medida em seção especial de outro estabelecimento".

O Juiz, porém, decidiu a favor do pedido de Sueli, e, no dia 13 de maio de 1974, converteu "em 3 anos de liberdade vigiada a medida de segurança imposta à ré". Justificou sua decisão da seguinte forma:

"... Nosso estado não possui estabelecimento penal destinado ao cumprimento da referida medida de segurança; a internação em outro estabelecimento que pudesse executar a medida, em seção especial, também não é possível fazer, pois nem mesmo se consegue a internação de doentes mentais para o simples exame de sanidade mental. As prisões estão cheias de doentes que vêm passar os anos, sem nenhuma preocupação do estado em atendê-los.

Manter privadas de liberdade as pessoas que estejam na dependência desta espécie de internação, seria cometer constrangimento ilegal que ensejaria até mesmo o recurso de habeas-corpus.

Por isto mesmo, a jurisprudência de nossos Tribunais tem se orientado no sentido de determinar a conversão da medida de segurança em liberdade vigiada".

O que se destaca neste caso é principalmente a atitude do advogado de defesa em relação à doença mental. Sua "defesa" baseia-se quase exclusivamente no fato da acusada ser "anormal do ponto de vista psiquiátrico", ou seja, incapaz de "reger seus bens e sua pessoa". Pede que a mesma seja submetida a exame psiquiátrico e não aceita o resultado deste exame porque este nega a existência de alguma doença mental. Alega porém que o exame não satisfaz a requisitos legais, e exige que seja feito um segundo exame. Neste, a acusada é considerada oligofrênica e o laudo menciona um "provável síndrome epileptiforme", apesar de não se ter encontrado sintomas que confirmassem esse síndrome.

Deste laudo, o advogado conclui que a apelante é realmente "anormal do ponto de vista psiquiátrico, e, "no ponto de vista ginecológico, "portadora de epilepsia". Embora não se saiba ao certo o que o advogado quer dizer com "ponto de vista ginecológico", é interessante notar como ele distorce o conteúdo do laudo para defender sua opinião de que, em vez de ser condenada, a ré devia receber "um tratamento psiquiátrico adequado ao seu caso". Para reforçar esta opinião, ele ainda se utiliza constantemente do fato de Sueli ter "transitado por estabelecimento de dementes".

Ao que parece, no caso de Sueli, os papéis de adversário e defensor se inverteram até certo ponto, na medida em que o juiz aceitou a afirmação do laudo de que Sueli era "passível de permanecer na sociedade, em liberdade vigiada", ao invés de insistir no cumprimento da medida de segurança, que equivaleria ao "tratamento psiquiátrico" defendido pelo advogado.

#### 3º caso: José

José, de 41 anos de idade, cabo da PM, residente no lu-

gar denominado "Taquaril de Cima", recebeu a seguinte denúncia no dia 20 de abril de 1964:

"... O denunciado era vizinho da família de Antonio Leite, com o qual entrou a se desentender, de certo tempo para cá, por causa de questões em que se envolveram filhos dos 2 casais.

Eram divergências sem maior importância, mas o denunciado, homem rancoroso e com extraordinária capacidade de odiar, sentiu aos poucos crescer em seu íntimo, a aversão, não apenas pelo chefe da família Leite, mas por todas as pessoas que a constituíam, a ponto de desejar, e não fazer segredo disto, a eliminação de todas elas...

... Comprou uma certa quantidade de arsênio e atirou-a na cisterna que fornecia a água de que se servia a família de seu infeliz vizinho. Utilizando-se dessa água assim envenenada, todas as pessoas que se encontravam na casa começaram a passar mal, no dia 23 de fevereiro, sendo logo após internadas no Hospital do Pronto Socorro.

Nos primeiros dias do mês de março, 6 dessas pessoas, Antonio Leite, sua mulher, seus filhos de 8, 6 e 4 anos e sua empregada, não resistindo aos padecimentos, vieram a falecer em consequência de intoxicação por arsênio, conforme autos de necropsia, de fls... e fls...; enquanto as 2 outras, mais felizes na sua batalha contra a morte, lograram sobreviver, embora também vítimas da monstruosa ação do denunciado"...

No dia 30 de junho de 1965, o Promotor de Justiça apresentou o seguinte ofício ao Juiz:

"... 1º Entre os documentos que a defesa dos réus José e Marilda\* fez juntar aos autos, por ocasião da contrariedade aos libelos, figuram vários recortes de jornais da época dos fatos, dois dos quais se referem expressamente a uma doença mental de que seria portador o 1º denunciado, proveniente de um grave aci -

---

\* A mulher de José, Marilda, de 46 anos de idade, havia sido denunciada como participante dos crimes.

dente com ele ocorrido em 1953, quando servia no 5º BI, e que lhe teria provocado um traumatismo craniano.

2º Há, igualmente, notícia a respeito de 2 períodos em que teria ele sido internado no Hospital Militar desta Capital, em 1951 e em 1962, ocasião em que os médicos que o examinaram concluíram tratar-se de pessoa portadora de "Neurose Disfórica", além de informações prestadas por sua própria esposa sobre ataques e crises nervosas sofridos pelo cabo José a partir da época do aludido acidente.

3º Por outro lado, a natureza mesma dos crimes imputados ao acusado está a indicar a necessidade de ser ele submetido a exame de sanidade mental, que agora se vê reforçada pelo noticiário que a própria defesa trouxe ao conhecimento do processo.

Ante o exposto, requer esta Promotoria, com fundamento no art. 149 do Código de Processo Penal, seja o réu José levado a exame médico-legal no Manicômio Judiciário Jorge Vaz, de Barbacena, ou no Instituto Raul Soares, de Belo Horizonte, para dirimir a dúvida existente sobre a sua integridade mental, devendo os peritos que o examinarem responder aos seguintes quesitos:

a. O réu, por motivo de doença mental era, ao tempo da ação, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato?

b. O réu, por motivo de doença mental, era, ao tempo da ação, inteiramente incapaz de determinar-se de acordo com o entendimento do caráter criminoso do fato?

c. O réu, por desenvolvimento mental incompleto, era, ao tempo da ação, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato?

d. O réu, por desenvolvimento mental incompleto, era, ao tempo da ação, inteiramente incapaz de determinar-se de acordo com o entendimento do caráter criminoso do fato?

e. O réu, por desenvolvimento mental retardado, era, ao tempo da ação, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso

do fato?

f. O réu, por desenvolvimento mental retardado, era, ao tempo da ação, inteiramente incapaz de determinar-se de acordo com o entendimento do caráter criminoso do fato?

g. O réu, por perturbação de sua saúde mental, carecia, ao tempo da ação, da plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato?

h. O réu, por perturbação de sua saúde mental, carecia, ao tempo da ação, de plena capacidade de determinar-se de acordo com o entendimento do caráter criminoso do fato?

i. O réu, por desenvolvimento mental incompleto, carecia, ao tempo da ação, da plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato?

j. O réu, por desenvolvimento mental incompleto, carecia, ao tempo da ação, de plena capacidade de determinar-se de acordo com o entendimento do caráter criminoso do fato?

k. O réu, por desenvolvimento mental retardado, carecia, ao tempo da ação, da plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato?

l. O réu, por desenvolvimento mental retardado, carecia, ao tempo da ação, de plena capacidade de determinar-se de acordo com o entendimento do caráter criminoso do fato?

Requer, ainda, que se officie à Direção do Hospital Militar desta Capital, solicitando a remessa a este Juízo de todas as fichas referentes a tratamento ali feito pelo réu José, especialmente as que se referem aos anos de 1951 e 1962".

No dia 12 de dezembro de 1965, o psiquiatra (1º tenente médico) que examinou José, apresentou o seguinte laudo ao Juiz:

"Laudo Pericial

Identificação: Cabo José, preto, casado, militar, 43 anos de idade, etc.



Histórico da Moléstia Atual: O paciente queixa-se de amné sia e nervosismo há cerca de 14 anos, após um traumatismo que so freu em um acidente de trânsito.

Queixa-se também de uma sensação de um líquido que corre da cabeça para a espinha (sic). Ouve 'zoeiras' na cabeça, e às vezes um ruído semelhante a uma campainha.

Relata ainda 'acessos' à noite, acompanhados de convulsões (?).

Nega idéias de referência, idéias delirantes, alucinações e outros sintomas psicóticos.

Antecedentes pessoais: Aos 17 anos, sofreu sífilis (cancrovenéreo).

Antecedentes familiares: A mãe já esteve internada no Instituto Raul Soares, por loucura.

Exame Psíquico: O paciente declara que é inocente das acusações que lhe são imputadas.

Apresenta-se lúcido, bem orientado, informando bem dentro das limitações de seu nível mental.

Exames Complementares: O EEG, pedido por ocasião do 1º exame, ao qual o paciente foi por nós submetido, e que foi feito e interpretado pelo Dr. ..., em 31/7/64, deu um resultado normal.

O exame de sangue para pesquisa de sífilis (reação de V. D.R.L.) deu resultado negativo (Lab. do Hosp. Militar em 17/11 / 65).

O psicométrico (Teste de Binet-Termann), feito no Instituto de Psicopedagogia, em 18 e 23/nov./65, deu como resultado um QI igual a 46, o que coloca o paciente no grupo dos débeis mentais profundos.

O teste de Rorschach, apesar de pedido, não foi feito pelo Instituto de Psicopedagogia, segundo tudo indica, ao resultado do teste anterior, que o tornava dispensável.

Conclusão do Exame: Considerando o exame direto e os exames complementares que temos em mãos, podemos afastar no caso do paciente, o diagnóstico de psicose ou neurose evidente, não apresentando o mesmo nenhum sinal ou sintoma que implique em alienação mental, ou seja, loucura propriamente dita.

Também a possibilidade de epilepsia, relatada pelo paciente, foi por nós afastada, à falta de sintomas mais conclusivos e em virtude de seu EEG estar normal.

Não conseguimos ainda, perceber sintomas definidos de distúrbios mentais que teriam sido consequentes ao traumatismo craniano que o paciente relata, fato que se deu há 14 anos atrás, aliás um acontecimento remoto e, segundo tudo indica, sem sequelas atualmente.

O mesmo se diga dos episódios de sífilis, sendo também não reativo o exame específico feito na presente ocasião.

Resta-nos o diagnóstico evidente de oligofrenia, ou seja, redução do nível intelectual do paciente a um grau que o leva a ser classificado no grupo dos débeis mentais.

E para definir bem a debilidade mental, julgo oportuno transcrever aqui a autora brasileira Iracy Doyle (Nosologia Psiquiátrica, 1956), que diz à fl. 574:

'... A capacidade de aprendizagem, embora inferior à da pessoa normal, pode permitir, principalmente nos graus mais leves do defeito, certo progresso escolar, pelo menos no curso primário. Os débeis mentais são geralmente capazes de adquirir uma profissão relativamente simples e, em condições favoráveis, de prover à própria subsistência. A boa adaptação social do débil depende em grande parte do seu equilíbrio emocional, quando este é favorável, o indivíduo mostra-se cordato, cooperador, geralmente fiel e correto, e realiza plenamente as suas possibilidades intelectuais, exibindo mesmo certo raciocínio e inventividade. Entretanto, a deficiência mental torna mais aparentes os problemas emocionais acaso existentes. Incapazes de julgamento perfeito, sugestionáveis ao extremo, alguns débeis adotam conduta cri-

minosa, que procuram esconder e desculpar com mentiras tolas facilmente desmascaráveis'.

Respostas aos Quesitos:

a. O réu não sofre de doença mental, ou seja, loucura propriamente dita.

b. Idem.

c. Em virtude de seu desenvolvimento mental incompleto e conseqüente incapacidade de julgamento perfeito (ver citação anterior), o réu é apenas parcialmente capaz de entender o caráter criminoso do fato.

d. Pelas mesmas razões citadas no ítem anterior, o paciente é também apenas parcialmente capaz de determinar-se de acordo com o entendimento do caráter criminoso do fato.

e. Prejudicado.

f. " "

g. " "

h. " "

i. Sendo o desenvolvimento mental incompleto parte da constituição psíquica do réu, durante toda a sua existência e também ao tempo da ação, era o mesmo apenas parcialmente capaz de entender o caráter criminoso do fato.

j. Pelas mesmas razões do ítem anterior, o réu tinha apenas parcialmente a capacidade de determinar-se de acordo com o caráter criminoso do fato".

Como diz o promotor no 2º ítem de seu ofício ao juiz, o qual citamos acima, José recebera o diagnóstico de "neurose disfórica" quando fôra internado no Hospital Militar. Consultando um dos psiquiatras daquele hospital sobre o significado deste diagnóstico, o advogado de defesa recebeu a seguinte carta, assinada pelo mesmo psiquiatra que assinou o laudo acima e datada de 13 de julho de 1965:

"... desejamos esclarecer que:

1º o termo 'neurose disfórica', pouco empregado na prática psiquiátrica atual, porém empregado pelo meu antecessor na Clínica Psiquiátrica deste Hospital Militar, significa a nosso ver, o mesmo que neurose depressiva, ou seja, uma alteração do psiquismo do paciente, constituída primordialmente por melancolia, pessimismo, desânimo e outros sintomas secundários.

2º A neurose, por si só, não leva o indivíduo por ela acometido, à alienação mental, ou seja, não o torna inconsciente dos atos praticados, nem o exime da responsabilidade pelos mesmos.

3º O paciente foi por nós examinado após a data do crime de que é acusado como autor, e a conclusão que tiramos dos exames, é de que realmente é esse o diagnóstico do paciente, ou seja, neurose depressiva, sem alienação mental".

No dia 23 de maio de 1967, o Promotor de Justiça enviou o seguinte ofício à Câmara Criminal, no qual dava seu parecer à apelação feita por José, através do advogado de defesa, em relação à sentença que o condenara a 33 anos de prisão, sem levar em conta o laudo pericial, acima transcrito:

"Inconformado com a decisão do Tribunal do Júri que condenou o acusado apelante José ao cumprimento da pena de 33 anos de reclusão, o seu digno patrono recorreu, oportuno tempore, sustentando que o veredicto contraria a evidência da prova do processo, pelas razões seguintes:

1. ter sido a condenação do apelante baseada em meros indícios e circunstâncias;

2. ter o júri, ainda, negado estivesse o réu na situação prevista no § único do art. 22 do Código Penal.

A despeito do louvável esforço do patrono do acusado apelante, gastando cêra para tão mau defunto, a decisão do Júri, no nosso modo de entender, data vêniam, deve ser respeitada, pois está inspirada na evidência dos autos.

Julgado pela primeira vez em data de 4 de março de 1966 , foi condenado pelo Júri ao cumprimento da pena de 19 anos e quatro meses de reclusão.

Irresignado apelou para o Egrégio Tribunal de Justiça , pleiteando a cassação do veredito, e a mais alta Côrte de Justiça de Estado, sem voto discrepante, anulou o julgamento do réu, mandando-o a novo Júri, sob o fundamento de que na formação do quesito de nº 11, o louvado M.M. Juiz Presidente do Tribunal do Júri usou de expressão não autorizada em lei, ao empregar, em ca da série, o verbo carecer, ao invés de possuir.

Julgado pela segunda vez pelo Tribunal Popular, foi condenado ao cumprimento da pena de 33 anos de reclusão (unanimidade de votos). Novamente incoformado, o seu bravo defensor protestou agora por novo Júri, ex-vi do disposto no art. 607 do C.P.P., no que foi atendido.

Julgado, afinal, pela terceira vez, foi mais uma vez condenado pelo Tribunal do Júri ao cumprimento da pena de 33 anos de reclusão.

As três decisões condenatórias do Tribunal do Júri, por si sô, desmentem a alegação do acusado apelante, quando se insurgge, sustentando que o veredito contraria a prova evidente do processo".

Comentando sobre a 2a. razão alegada pela Defesa, isto é, a negação do júri de que o réu estivesse na situação prevista no parágrafo único do art. 22 do Código Penal, o Promotor cita trechos de um ofício da Defesa, no qual esta, baseando-se na carta que lhe enviara o psiquiatra, afirma que o exame de sanidade mental que o Promotor solicitara era desnecessário, visto que o Cabo José não era "alienado mental, vale dizer, é perfeitamente consciente dos atos que pratica, e caso assim não fosse, já teria por certo sido reformado desde a data em que sofreu o acidente referido exageradamente através do noticiário acima referido"

E o Promotor prossegue da seguinte forma em seu ofício:

"Não obstante com insistência, o honrado Presidente do Tribunal do Júri manteve o seu despacho, determinando que o assunto fosse submetido a exame de sanidade mental.

Às fls. 113/115/2º volume - vê-se o imprestável exame a que se submeteu o acusado apelante. Imprestável e de nenhum valor é o termo adequado e por nós empregado pois contém ele apenas a assinatura de um médico, quando a lei exige, no mínimo, dois. E tem mais o que é bem grave e o inquina de vício insanável: é que esse médico é o mesmo Dr. ..., o mesmo médico que atestou 5 meses antes, a perfeita consciência dos atos praticados pelo apelante.

O Júri, assim, não podia aceitar esse laudo, como de fato dele não tomou conhecimento, por duas vezes...

E além do mais, só por respeito aos louvados julgadores, ad-quem, como se não bastasse essa gritante irresponsabilidade profissional, pedimos vênia para ponderar para esta outra de ordem médico-legal: é que o citado ... depois de atestar a "redução do nível intelectual do paciente a um grau que o leva a ser classificado no Grupo dos débeis mentais, oligofrênico. - (Antes era portador apenas de uma neurose disfórica - a neurose dos porquês) - Só o reconhece parcialmente capaz de entender o caracter criminoso do fato - § único do art. 22 do Código Penal. E cumpre assinalar que o acusado apelante, segundo informação do citado Dr. ..., é portador de um Q.I. 46, o que o coloca no grupo dos débeis mentais profundos ... Ora, e como pode uma pessoa portadora de um Q. I. 46 ser apenas parcialmente responsável???

E foi por essas razões e por outras contradições contidas no imprestável exame de fls. 113 a 115, que o Tribunal do Júri da Capital, que viu o acusado, assistiu ao seu interrogatório, o condenou à pena de 33 anos de reclusão, respeitando, assim, a condenação anterior.

Face ao exposto, deve ser respeitada a decisão do Júri que além de ter sido inspirada na prova dos autos, foi uma obra de magistria e solene Justiça.

E os louvados julgadores ad-quem, suprimindo as deficiên-

cias dessas contra-razões, confirmando-a, estarão resguardando a faculdade do livre convencimento dos Jurados, que não são 'convivas de pedras', mas que julgam 'ex-informata conciencia' e, portanto, com

#### JUSTIÇA"

Os membros da Câmara passaram a discutir em face da apelação da Defesa e das contras-razões apresentadas pelo Promotor. Seguem-se alguns trechos dessa discussão:

Membro A: - "Mas a defesa ainda sustenta que o júri não podia renegar a prova de semi-responsabilidade do réu pois isto foi comprovado em laudo pericial. Aí reside toda a força da apelação. Se, em verdade, o réu é doente mental, de responsabilidade atenuada, além de ter direito à pena menor, também merece ser tratado em casa especial de custódia, após à prisão, por medida de segurança.

Não quero discutir, agora, o mérito da prova, e examinar o que se contém no laudo. Limito-me a respeitar o júri que, assim como o juiz, decide livremente e não está adstrito a conclusões periciais. Isto mesmo afirmou, com toda sua autoridade, MARGARINOS TORRES, ao justificar a desnecessidade de obrigar o réu a submeter-se a exame, antes de pleitear a malfadada dirimente da perturbação de sentidos e inteligência - 'Porque as conclusões do exame médico não obrigam ao conselho de jurados, que decide de consciência, sendo inúmeras as decisões discordantes do laudo de sanidade mental e confirmada pela Corte de Apelação'. (Processo Penal do Júri, p. 405)...

... Embora me pareça certo que o laudo de um só perito tenha valor, data vênia das conclusões do Excelso Pretório, no caso em apreço tenho que o exame não se realizou de modo conveniente e adequado. Foi feito pelo mesmo médico que, anteriormente, em carta, havia declarado que o réu apenas sofria de neurose depressiva e não era alienado mental (fls. 88 do 2º volume). O exame foi feito no mesmo Hospital Militar, onde serve o perito, E este, afinal, deu grande valor a outro exame a que se submeteu o

rêu, a fim de ser verificado seu quociente de inteligência. Por tais motivos, antes de pronunciar-me em definitivo sobre a causa ouso submeter aos meus eminentes colegas a proposta de ordenar o internamento do réu no Manicômio Judiciário, a fim de que seja examinado por peritos oficiais. Afinal, se inexistir a doença mental, este aspecto não deverá ser considerado no julgamento. Ao contrário, se ela existiu na época do crime, nosso pronunciamento terá que levar em conta outros dados.

Submeto aos eminentes Colegas a proposta de internar-se o réu em manicômio judiciário, a fim de ser examinado por médicos ou peritos oficiais. Quero dizer o seguinte: em vez de prosseguir-se no julgamento, proponho sustá-lo e mandar examinar esse réu. Trata-se de processo grande, com três volumes, coisa muito antiga. Mandando seja submetido a exame, agora, evitaríamos fosse tomada uma deliberação diferente. Pelo resultado, se o réu não for portador de doença mental, essa parte será deixada de lado e o Júri examinará os outros aspectos. Se o médico decidir que realmente é um doente mental, nossa deliberação terá que ser diferente. Ouso propor essa diligência à Câmara".

Membro C: - "A prova que existe, quanto à insanidade, é a opinião de um só médico. Assim, não julgo que a decisão tenha sido contrária à evidência dos autos, tanto mais que os Juizes não são obrigados a obedecer ao laudo médico; podem aceitá-lo ou não. Em se tratando de Juizes leigos, a quem também se dá essa faculdade, não vejo como o fato de que o exame posterior possa influir na prova que os jurados tiveram para o julgamento. Já seria uma prova estranha e a nossa consciência não ficará pesada, porque ao réu ainda caberia submeter-se a um exame médico-legal psiquiátrico para, depois, vir com essa nova prova em um pedido de revisão. No momento, acho que os elementos que os jurados tinham são os que estão no processo. Se trouxermos nova prova a respeito, não poderemos dizer que a decisão tenha sido contrária à prova dos autos.

Assim, data vênia, sou contra a diligência".



A partir desta discussão, o Presidente da Câmara Criminal decidiu converter o julgamento em diligência.

No dia 16 de agosto de 1967, o advogado de defesa envia um parecer ao Juiz, no qual explica o fato de um só médico ter dado 2 diagnósticos diferentes ao acusado num período de 5 meses. Diz ele que "quando da assinatura daquela carta, o apelante não se submetera ainda ao Teste de Binet-Terman o que foi feito no Instituto de Psicopedagogia em data posterior". E que, aquele teste era o principal na determinação do diagnóstico contido no laudo pericial que se seguiu à carta, "pois é através dele que se registra a atividade intelectual". Afirma, então, que, tendo sido o teste realizado no Instituto de Psicopedagogia, "quem atestou que o apelante é um débil mental profundo, um oligofrênico evidente, outro não foi senão o Instituto de Psicopedagogia através de seus técnicos".

O advogado utiliza o fato do Promotor de Justiça ter considerado o laudo imprestável, para argumentar que "o julgamento a que foi submetido o apelante é nulo, devendo-se outro ser proferido, depois de realizado novo exame de sanidade com observância do disposto em lei".

No dia 31 de julho de 1970, José foi internado no Manicômio Judiciário Jorge Vaz, em Barbacena. O laudo que resultou é assinado por 2 psiquiatras e datado de 28 de junho de 1971:

"Sobre o estado de sanidade mental de José

Identificação: (pais, nascimento, procedência, etc.)

Inspeção Geral: Está diante dos peritos indivíduo de cor preta, de estatura mediana, com as características pícnicas da classificação de Kretschmer; apresenta cabeça de conformação normal, com cabelos encarapinhados, raspados, pretos, já grizalhos; normal, sem saliências ou bossas; sobrancelhas pouco abundantes, separadas na linha da glabella; olhos castanhos com pupilas isocóricas, conjuntivas ligeiramente amareladas, próprio da raça, mucosa bem corada; nariz chato; boca grande com lábios grossos; na arcada dentária superior possui somente um molar à direita; na

arcada dentária inferior, somente 9 dentes, sendo: 4 incisivos, à esquerda o canino, o 1º e 2º pré-molares e à direita o 2º pré-molar; língua normal; amígdalas, úvula, palato e mucosa da boca-normais; orelhas pequenas, tendo os lobos separados da face; barba raspada, grizalha e pouco abundante; pescoço grosso, sem hipertrofia da glândula tireóide; torax normal assim como o abdomen, com pêlos pouco abundantes; membros superiores e inferiores normais; cicatriz na região tibial anterior direita; órgãos genitais externos de aspecto e conformação normais, sem cicatrizes; pêlos pubianos de implantação normal; fâneros normais, mal cuidados.

Anamnese Familiar: Não conheceu seu pai, dele só ouviu dizer que se chamava ...; mãe falecida há mais ou menos 3 anos, na época encontrava-se prêsso, não sabendo a causa do seu passamento. Quando viva aconteceu de certa vez (sic) adoecer das faculdades mentais e tendo ficado internada no Hospital Raul Soares em Belo Horizonte. Tem um irmão ..., gozando de relativa saúde. Casando com Marilda, tendo desta união sete filhos vivos, e dois falecidos, estes do sexo feminino, dentro do primeiro ano de vida, ambos de gastroenterite.

Anamnese Pessoal: Nascido a termo e de parto normal, andar e fala em tempos normais; (sic) não se lembra de ter sofrido as doenças próprias da infância; blenorrágia 1 vez, e de outra vez adenite inguinal, tendo na época sido submetido a tratamento com 914; tabagista e etilista moderado, nunca chegando a embriagar-se.

Exame Somático: Encontram-se normais todas as suas grandes funções orgânicas. Atualmente com pequena presbiopia e alguma dificuldade na audição. Bulhas cardíacas normais. Pressão arterial-normal, pulso 72. Ganglios inguinais, axilares, cervicais impalpáveis e indolores.

Exame Neurológico: Marcha, estática e atitude de pé-normais; reflexos pupilares normais a luz e acomodação para longe e perto; reflexos osteo-tendinosos exaltados; reflexos cutâneos e mucosos-normais.

Versão Oficial do Delito: (transcrição da denúncia feita

pelo Promotor)

Versão do Periciado: 'Arranjaram uma confusão comigo na Rua Taquaril, espalharam veneno no meu terreno, pessoas ignorantes faziam feitiçaria, como uma dona chamada Etelvina Leite, dei parte deles na polícia, pois insultavam minha mulher, por isso também espalhei um pouco de arsênico no terreno deles. Fiz a mesma coisa que fizeram comigo. Aí apareceram uns reporteres na minha casa, e contaram-me que estava sendo acusado de envenenar a cisterna d'água. Daí há uns dias de madrugada, surgiu a polícia, e me levaram. Dei parte também de um tal Idalísio, pois este fazia feitiço contra nós. No terreno de Idalísio joguei arsênico na terra, mas para a Etelvina Leite joguei uma mão cheia na cisterna. Comprei arsênico, perto da feira de amostras, numa casa que vende material para matar formigas e inseticidas para a lavoura. Não tenho muita certeza se fui eu que comprei ou se foi o meu filho Gilson'.

Vida Progressa: Nasceu em Corinto, onde ficou até aos 4 anos de idade, só se lembra que morava em frente a Igreja de São José, numa pensão em que sua mãe trabalhava. Depois mudou com sua mãe para Belo Horizonte. Sua mãe sempre foi empregada doméstica, de modo que teve muitas residências. Se lembra de uma atrás da Escola Normal, rua Paraíba. Mais ou menos aos 7 anos de idade entrou num Grupo Escolar no Bairro Santo Antônio, nesta época trabalhava sua mãe na casa do Dr. ... Estudou também no Grupo Escolar Afonso Pena e no Dom Pedro II. Conseguindo finalmente o diploma na Escola Lima Duarte em Sítio (hoje Antônio Carlos). Quando morava em Belo Horizonte vendia jornais. Sua mãe casou-se com um homem chamado Mário, que batia muito no periciado, e ele bebia muito, por isso José fugiu de casa, e dormia na oficina do jornal Folha de Minas; um dia estando "vendendo jornais" um rapaz lhe tomou uns jornais; foi o periciado preso e levado ao 2º distrito, ficando detido mais ou menos 1 mês e meio, tendo o Juiz de Menores o enviado para a Escola de Preservação de Menores Lima Duarte, em Sítio onde ficou mais ou menos 6 anos. Nesta Escola trabalhava e estudava. Rachava lenha,

aprendeu ofício de sapateiro e um pouco de ferreiro, e um pouco de lavoura. Após completar seu tempo na Escola Lima Duarte, retornou a Belo Horizonte, quando sua mãe trabalhava como cozinheira na casa do Professor ... já havia abandonado o tal de Mário. Sua mãe concitou-o a arranjar um emprego, digo, serviço, o que arranjou numa cerâmica no Bairro Santo Antônio, após 1 ano, durante a guerra, foi tirar cristal, perto de Sete Lagoas, trabalhava para um parente do Dr. ... Retornou a Belo Horizonte e após ter trabalhado em vários lugares fazendo biscates, conseguiu ingressar na Polícia Militar (1940), estava com mais ou menos 19 para 20 anos. Estando na Polícia, conheceu Marilda com a qual se casou, combinou bem. Sua folha na Polícia nunca teve faltas graves, tendo umas duas detenções, assim mesmo por chegar atrasado. Foi posteriormente promovido a cabo. Nunca teve oportunidade de disparar arma de fogo, embora andasse sempre armado, a não ser quando morando no Taquaril, disparou para o ar, uns tiros, mais para assustar os vizinhos que ficavam na beira da cerca fazendo feitiçarias.

Exame Mental: Apresenta-se o periciado diante dos peritos, trajando o uniforme do estabelecimento. Nota-se que não se incomoda com a sua apresentação e aparência pessoal, pois tem as vestes em desalinho, descuidadas, mal postas e falta de higiene corporal. O periciado foi examinado várias vezes em várias entrevistas. Assenta-se e fica interiorizado, calado, em atitude defensiva, estabelecendo difícil contato com os peritos. Acha-se orientado no espaço e mal orientado quanto à pessoa e tempo. Memória falha para fatos recentes. Aos testes psicométricos, como a repetição de cifras, torna-se penoso seu esforço, reage por não ter condições de se lembrar, acusa forças ocultas, radioatividade e forças elétricas nos objetos que o rodeiam e que lhe impedem raciocinar. Repete somente 3 algarismos, falhando completamente nas tentativas subsequentes. Atenção instável, flutuante. Apresenta distúrbios da ideação e percepção. O periciado acha que tudo que lhe tem acontecido parte de malquerenças e hostilidades dos vizinhos, dos mais fortes e poderosos que pretendem fa

zer-lhe mal. Outras vezes são as forças ocultas dos padres, doutores, e ele "pequeno" não tem forças para lutar. Desespera e pede um pouco de arsênico misturado com cerveja, pois assim pode acabar com tudo isso. Apresenta distúrbios da vontade com este-reotipias; quando inquirido, tendo dificuldade em responder, dá pequenos sôcos na testa. Inibição afetiva, já não tem qualquer ambição na vida. Iniciativa reduzida, inclusive para seus aspectos mais elementares.

Vida Nosocomial: O periciado inicialmente ficou recolhido nas dependências do 9º Batalhão da Polícia Militar, mas como lá estivesse causando muitos transtornos, e não tendo no Batalhão condições para contê-lo, pois apresentava-se em intensa excitação psico-motora, foi conseguida a sua internação no Manicômio. Recolhido a um dos dormitórios, continuou a sua agressividade e excitação, com brigas com os outros internos e depredações. Por isso teve que ser contido em cela e submetido à terapêutica especial. No dia 11 de maio de 1971, anotou-se no livro de ocorrências um episódio convulsivo do periciado. Atualmente, por ocasião do término deste laudo, apresenta-se o periciado agressivo, excitado.

Conclusões: Por tudo isso consideramos que o periciado é portador de entidade nosológica classificada como esquizofrenia paranoide e epilepsia. Seu Q.I. não pode ser pesquisado por absoluta falta de condições. Periciado se nega colaborar, não responde, agride com palavras, em decorrência do seu estado atual.

Concluimos portanto estar o periciado nas condições previstas no artigo 22 do Código Penal.

Respostas aos Quesitos:

a. O réu, por motivo de doença mental, era, ao tempo da ação, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato?

Resposta ao - Sim.  
quesito a.

b. O réu, por motivo de doença mental, era, ao tempo da ação, inteiramente incapaz de determinar-se?

Resposta ao - Sim.  
questo b.

Tendo recebido este laudo, o Juiz elaborou um ofício, datado de 14 de outubro de 1971, no qual termina dizendo: "Casso a decisão condenatória proferida contra o apelante, e determino que, em novo julgamento, seja examinada a prova, ora aduzida e relativa ao estado de sanidade mental do mesmo".

José foi julgado novamente, e, no dia 23 de maio de 1972, recebeu a seguinte sentença:

"O Júri... reconheceu haver o réu José praticado homicídios consumados e tentados, conforme consta desses autos.

Reconheceu, também, que o réu praticou os crimes quando era inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato. (art. 22 do C. Penal).

Por estes motivos, o absolvo da culpa pelos delitos referidos.

De acordo com os artigos 78 nº II, 79 e 91 § 1º nº I do C. Penal, imponho contra o réu a medida de segurança de internação no Manicômio Judiciário 'Jorge Vaz', de Barbacena, pelo prazo mínimo de 6 anos".

No dia 12 de novembro de 1973, José, através do advogado de defesa, enviou ao Juiz o seguinte ofício:

"... vem expor e requerer o seguinte:

1º que, por força de uma sentença emanada do Honrado Conselho de Sentença do Tribunal do Júri, o requerente foi considerado irresponsável penalmente, e, o M.M. Juiz determinou internamento do peticionário pelo prazo de 6 anos em manicômio judiciário - em que pese ser o requerente um militar, bem como estar internado no Hospital Militar;

2º que foi pedida a remoção do requerente do Hospital Militar para o Manicômio Judiciário 'Jorge Vaz', tendo V. Excia. determinado tal providência;

3º que, o requerente se encontra no referido hospital, ou seja, no Manicômio Judiciário 'Jorge Vaz', há mais de 2 anos sem qualquer tratamento, eis que, em que pese o elevado espírito de humanidade do Sr. Diretor do Manicômio Judiciário 'Jorge Vaz', e seu auxiliar, torna-se humanamente impossível, o tratamento dos doentes ali recolhidos, motivo pelo qual, não podem os mesmos ter quaisquer condições de cura;

4º que, assim sendo, não pode o requerente permanecer no dito hospital, motivo pelo que, como há interesse da família que seja o requerente submetido a intenso tratamento, vem com o devido respeito requerer a V. Excia., se digne determinar seja o requerente removido para esta Capital, para o Hospital Raul Soares, estabelecimento hospitalar este que mantém uma grande equipe de médicos, e possa o suplicante fazer os exames necessários, bem como tratamento urgente e indispensável para sua completa recuperação, e, ainda, no sentido de que os familiares do requerente possam lhe dar maior assistência.

Na última folha do longo processo de José, está a carta do diretor do Instituto Raul Soares, respondendo o ofício do Juiz, no qual este pedia a internação de José naquele estabelecimento. Diz a carta:

"... temos a informá-lo de que este Hospital não tem condições de manter pacientes processados pela Justiça, que é o caso de sua solicitação em favor de José..."

Vejamos alguns pontos que nos chamaram a atenção neste caso:

1º o exame de sanidade mental foi primeiramente pedido pelo Promotor de Justiça, não apenas para que se confirmasse uma provável doença mental de que José seria portador devido a um traumatismo craniano provocado por um acidente que ele sofrera havia 12 anos. O exame foi pedido, também, porque, o fato de José ter sido internado 2 vezes num hospital psiquiátrico e recebido o diagnóstico de "Neurose Disfórica", ainda levantava suspeitas sobre sua "integridade mental" atual, não importa quantos a-

nos tenham se passado desde sua internação.

É interessante também notar que o Promotor ainda justifica seu pedido de exame com base na natureza dos crimes de José. Quer dizer, então, que existem certos tipos de crimes que são cometidos só por doentes mentais?

2º As 3 avaliações, contidas nos 2 laudos e na carta do psiquiatra, sobre a "sanidade mental" do acusado representam categorias diagnósticas inteiramente discrepantes, se levarmos em consideração as descrições dessas categorias encontradas nos manuais de psiquiatria.

De acordo com a carta do psiquiatra, em alguma data entre março de 1964 e julho de 1965, José foi examinado por ele, e recebeu o diagnóstico de "neurose depressiva, sem alienação mental", o que tornava o acusado responsável pelos seus atos.

Em dezembro de 1965, tendo examinado José novamente, o mesmo psiquiatra deu-lhe o diagnóstico de "oligofrenia", considerando-o, desta vez, apenas parcialmente responsável pelos seus atos. No laudo em que faz este diagnóstico, o psiquiatra inclusive afasta expressamente os diagnósticos de neurose ou psicose, à falta de sinais e sintomas que levassem a esses diagnósticos.

Em junho de 1971, tendo sido examinado por 2 psiquiatras que não o psiquiatra mencionado acima, José recebeu o diagnóstico de "esquizofrenia paranóide e epilepsia", sendo considerado inteiramente irresponsável pelos seus atos.

Podemos interpretar esta discrepância de 3 formas: (1º) ou José, num período de 7 anos passou por um processo em que, de neurótico passou a oligofrêncio e, finalmente, tornou-se esquizofrênico e epilético, (2º) ou os dois primeiros diagnósticos não eram válidos por incompetência do psiquiatra, como foi decidido pela Justiça, ou (3º) a psiquiatria não tem condições de oferecer conhecimentos seguros e baseados em dados científicos para que se classifique os indivíduos quanto a sua normalidade e quanto à responsabilidade dos atos que praticou. Acreditamos que a



3a. interpretação é a que mais se aproxima da realidade. Discuti-  
remos mais sobre isso no final do trabalho.

3º Mais uma vez o advogado utiliza o diagnóstico de doen-  
ça mental como uma forma de "defender" o acusado. Embora inicial-  
mente tenha sido contrário a que se realizasse o exame de "sani-  
dade mental", pois considerava José como "perfeitamente conscien-  
te" de seus atos, o advogado pede que o acusado seja submetido a  
novo exame, quando a sentença não levou em consideração o diag-  
nóstico psiquiátrico que o considerava parcialmente irrespon-  
sável.

4º Apesar de ter sido absolvido, como resultado do novo  
diagnóstico, o réu foi internado em Barbacena pois a sentença im-  
punha contra ele uma medida de segurança pelo prazo de 6 anos. O  
termo "contra" expressa bem a situação que o réu passou a viver  
após a internação, se levarmos em consideração o último ofício  
do advogado de defesa.

#### 4º caso: Judite

A denúncia feita à Judite foi a seguinte:

"... dia 10 de fevereiro de 1965, à rua ..., residência da  
denunciada, com golpes contundentes de pontapés e chicotadas, Ju-  
dite matou sua própria filha menor, Rosana ...

A denunciada é de gênio irascível, apresenta crises psi-  
comotoras e, ao que parece, é esquizofrênica, mas possui discer-  
nimento para entender o caráter criminoso do fato (laudo de fls.  
23).

O motivo que a levou ao crime é supinamente fútil - tra-  
vessuras da criança e hábito de urinar na cama, e, pela própria  
descrição dos ferimentos registrados no auto de necrópsia, o fa-  
to se revestiu de crueldade".

Judite foi examinada no dia seguinte ao do crime, isto é,  
no dia 11 de fevereiro de 1965, no Departamento de Medicina Le -

gal, às 15,40 hs. Deste exame resultou o seguinte laudo:

"Exame: Diz que é filha de ..., tendo se casado com ..., que morreu de acidente e do qual teve 2 filhos. Posteriormente, contraiu matrimônio com ..., com o qual vive brigando. Ao exame notamos que a paciente padece de transtornos sérios na esfera afetiva, dizendo que não gosta de ninguém, que tem vontade de sair do convívio das pessoas que a cercam e fugir para o mato. Realmente apresenta-se apática e indiferente, em estado de confusão mental, trocando às vezes, os nomes dos pais. Padece alucinações visuais e auditivas e apresenta crises psicomotoras.

Diagnóstico: provavelmente esquizofrenia.

Respostas aos quesitos propostos pela Delegacia especializada de Segurança Pessoal:

1. O paciente submetido a exame era, ao tempo da ação, por motivo de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento? (Resposta especificada) - Sim

2. O paciente submetido a exame não possuía, ao tempo da ação, em virtude de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento? (Resposta especificada) - Não possuía plena capacidade de entendimento.

3. Qual essa doença mental ou de que natureza era essa perturbação de saúde mental? - Esquizofrenia.

4. Que grau de desenvolvimento mental apresenta o paciente submetido a exame? - "Aparentemente normal".

No dia 29 de março de 1965, o advogado de defesa enviou ao Juiz um ofício, no qual requeria que Judite fosse transferida da Penitenciária de Mulheres para o Hospital Galba Veloso, onde ela se encontrava antes de sua prisão preventiva. Justifica seu pedido, afirmando que comprovara que Judite era doente men-

tal, necessitando de hospitalização.

O Juiz atendeu o pedido do advogado e enviou um ofício ao Diretor do Hospital Galba Veloso, perguntando sobre a possibilidade da internação da acusada para tratamento e desta ser mantida "sobre rigorosa vigilância policial".

O Diretor do Hospital internou Judite no dia 5 de abril de 1965, porém explicou que não havia condições de vigilância contra fugas naquele estabelecimento.

Depois disso, o advogado de defesa enviou um ofício ao juiz, no qual pedia que ele se dignasse "dispensar doravante o comparecimento da suplicante a quaisquer audiências que se tenham de realizar no processo, inclusive tendo-se em vista o seu estado mental absolutamente precário, ... o que, sem dúvida, recomenda a sua ausência, desde que possível, aos atos judiciais".

No dia 6 de outubro de 1965, o advogado apresentou a seguinte opinião sobre o caso de Judite:

"O drama retratado neste processo, ao invés de nos causar revolta, desperta-nos o sentimento de mais profunda piedade.

Realmente, uma criança, de apenas 10 anos de idade, perde a vida, em decorrência de castigos físicos, que lhe são infligidos por sua própria mãe.

Então, pelo só enunciado do fato, assalta-nos, desde logo, a suposição de que essa mulher não pode ter perfeitas as suas faculdades mentais.

Na verdade, ninguém ouviu falar, nunca, em um sentimento humano que superasse, em intensidade e em beleza, o instinto materno.

E, no presente caso, aquela suposição inicial comum a fatos semelhantes, se transforma em certeza plena e absoluta, através do laudo pericial de fls. 23, que responde afirmativamente ao 1º quesito formulado.

Pouco importa que, ao asseverar essa irresponsabilidade

penal, os peritos não tenham definido com precisão, qual a doença mental de que é portadora a paciente: "Provavelmente esquizofrenia".

Sem dúvida, não é o nome da doença que determina a irresponsabilidade, mas, sim, a própria doença. E a existência desta resulta evidente, através da parte expositiva do respectivo laudo.

Aliás, o próprio Juiz sumariamente, com o peso de sua autoridade, assim se pronuncia:

'... tendo verificado a impossibilidade de interrogar a ré, a qual por motivo de doença mental não está em condições de responder às suas perguntas...'

Induvidada, pois, a plena irresponsabilidade da ré nos termos do art. 22 do Código Penal.

... Tanto mais, que o magistério de José Alves Garcia é positivo:

'Os crimes de esquizofrênicos enquadram-se nos termos do art. 22 do Código Penal; mesmo cometidos durante a remissão, será cabível negar-lhes a imputabilidade, pois é de supor ainda uma disposição mórbida aos atos delituosos' (Psicopatologia Forense, p. 363).

E, ao que tudo indica, a ré tomou-se de aversão por sua inocente filha, o que se constitui, mesmo, em um dos característicos da esquizofrenia.

'Os ódios familiares são frequentes nos esquizofrênicos . Os parentes se tornam antipáticos aos doentes, que acabam por odiá-los' (Hélio Gomes, in Medicina Legal, vol. I, p. 337).

Nessas condições, impõe-se a absolvição sumária da ré, com base no art. 411 do Código de Processo Penal...

... E ao fazê-lo, aplicará a medida de segurança detentiva, preconizada pelo art. 91 do Código Penal...

E o prazo dessa medida será de 6 anos, conforme preceito

constante do § 19, inciso I do artigo de lei referido acima.

Esse o caminho legal. Essa a medida humana. Essa, enfim, a própria JUSTIÇA".

Apesar das argumentações do advogado em "defesa" da ré, o Juiz decidiu condená-la, e dá as seguintes razões para sua decisão, no dia 16 de outubro de 1965:

"A materialidade do crime está indigitada, e de modo impressionante, pelo auto de corpo de delito, que mostra as torturas corporais causadoras da morte da pequena vítima.

A autoria emerge do processo, em evidência de alto relevo, pacificamente aceita e reconhecida por gregos e troianos. Não se fazem necessários, pois, quaisquer consideranda sobre o óbvio: a ré matou a desditosa Rosana.

Ao destruir, impiedosamente, a vida inocente de sua própria filha, estaria Judite, porventura, atuada por plena irresponsabilidade mórbida?

Talvez. Em verdade, manifesto dúvidas, e dúvidas perturbadoras de escrupuloso convencimento, sobre o ajuste, ao caso dramático dos autos, da excludente prevista no Código Penal, art. 22, tão bem focalizada pela defesa, em prol da infeliz mãe assassina.

Realmente, os ilustres psiquiatras (laudo de fls. 23, que tecnicamente, para governo dos leigos, bem poderia ser mais explícito), diagnosticando a doença da paciente como, provavelmente, esquizofrenia (a seguir, é afirmada, já sem os véus da expressão adverbial) e esclarecendo ser aparentemente normal seu desenvolvimento mental, responderam com um seco sim, ao 1º quesito. Ao subsequente, porém, explicaram que ela não possuía plena capacidade de entendimento.

A falta de condições da ré em responder as perguntas do interrogatório, segundo entendo, não conduz necessariamente, à conclusão da sua plena irresponsabilidade. Não. O semi-irrespon

sável, pelo receio, medo ou emoção de enfrentar a justiça, poderia, também, enquadrar-se na mesma situação de mudismo inarredável.

Não faz muito tempo, nesta mesma 3a. Vara, um pobre e estraviado alagoano, que irresponsável não era, afundou-se, no interrogatório, em profunda e estranha afasia, conseguindo, alfim e tão sô, o balbúcio de algumas palavras de defesa.

Poder-se-ia invocar, aqui, a velha parênese do 'in dubio pro réu', em latim solenizada. O Código de Processo Penal, todavia, em seu art. 411, que exige o convencimento do juiz, não lhe daria nenhuma hospitalidade.

Eis porque não absolvo a ré, no ensejo de agora, entregando sua sorte à soberania do Júri.

Decisão: De consequência, pronuncio Judite como incurso nas sanções do C. Penal, art. 121, § 2º, II e III, com as agravantes do art. 44, "f" e "i" do mesmo Código. Lance-se-lhe o nome no rol dos culpados. Recomendo-a na prisão em que se acha..."

No dia 21 de outubro de 1965, Judite recorreu à Justiça, através de seu advogado de defesa:

"A sentença não foi feliz ao concluir pela pronúncia da recorrente. Sem dúvida, o seu digno prolator, ao dar pela responsabilidade criminal da ré, desprezou os elementos científicos e de convicção existentes no processo.

Na verdade, em se tratando da comprovação de uma doença mental, o pronunciamento dos peritos técnicos se eleva à categoria de peça decisiva, tanto mais quando corroborado por outras provas robustas, bem como circunstâncias de peso.

Ora, no caso sob apreciação, o laudo pericial, (fls. 23) é positivo e concludente ao afirmar, em resposta ao 1º quesito proposto, a absoluta irresponsabilidade penal da paciente, pois a mesma era - 'inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento'.

Não bastasse isto, e aí está, ou melhor, e, na parte expositiva do laudo, estão relatados fatos e circunstâncias de vigor bastante para alicerçar a conclusão.

Não bastasse isto, e aí está, o juiz sumariamente a dizer ser impossível interrogar a ré, dada a doença mental de que a mesma é portadora.

Aliás, esse estado patológico ainda mais se positiva, quando é certo que a ré se encontra desde a sua prisão, internada em estabelecimento destinado a tratamento de doenças mentais conforme atesta a farta documentação existente nos autos.

... tem a recorrente como certo que se dará provimento ao seu recurso, para que seja a mesma absolvida, nos termos do art. 411, do C. Processo Penal com a decretação da medida de segurança aplicável à espécie".

O parecer do promotor foi contra o provimento do recurso pois "a absolvição sumária, recomendada pelo art. 411 do Código de Processo Penal, está sempre na dependência de provas completas e incontestáveis, ... acima de qualquer dúvida, ... tal não ocorre nos autos..."

O parecer do sub-procurador geral do Estado foi a favor do provimento do recurso:

"... Realmente, submetida a exame de sanidade mental concluíram os doutos peritos, que ela era no tempo do delito 'inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento', esclarecendo tratar-se de esquizofrenia, porém, aparência normal.

... o próprio crime, tirar a vida daquela inocente que nada mais era do que parte de seu próprio sangue é sem dúvida caso típico de uma doença mental em estado positivo.

Data vênia da respeitável sentença, estamos de pleno acordo com o ilustrado defensor da recorrente, e temos que é caso que se enquadra perfeitamente no art. 22 do Código Penal para reconhecer isenta de pena, e aplicar a mesma medida de segurança

art. 91 do Código Penal.

O escrúpulo do MM prolator da sentença, pronunciando-a, quis devolver à sociedade o conhecimento dos fatos, mas de sua consciência, é, parece-nos evidente que os julgadores em vista do exame de sanidade afirmarão positivamente, daí devolver o caso ao juiz para respectiva aplicação da medida que poderá se efetuar desde logo..."

A seguir, a Câmara Criminal de Justiça dá o seguinte parecer ao caso de Judite:

"... Acorda em negar provimento ao recurso para confirmar a decisão que pronunciou a recorrente.

Uma vez que os autos não fornecem elementos dos quais possa emergir, sem a menor sombra de dúvida, a irresponsabilidade penal da acusada. A peça em que poderia o juiz basear-se para a absolvição sumária é o laudo de exame de sanidade mental. Os peritos porém, não são positivos a respeito da doença da paciente, sendo, ainda, de relevo a circunstância de ter sido feito o exame sem o necessário período de observação..."

Os seguintes trechos das notas taquigráficas, mostram a opinião dos desembargadores, ao negarem provimento ao recurso apresentado por Judite.

"... 1º é sabido que é necessário que o perito traga para a Justiça provas precisas e convincentes. Assim sendo, acho que o Juiz tinha motivos para mandar a ré a júri.

2º Segundo o meu humilde entendimento, julgo que nos falta competência para decretar a absolvição sumária da ré. Quanto à apreciação do mérito, verificamos que a recorrente cometeu o delito em 10/2 e no dia seguinte, foi submetida a um ligeiro exame médico por peritos que não são especializados em psiquiatria. ... Esse laudo, em suma, nada representa. Os peritos que a examinaram, num período de menos de 24 horas, não puderam formar um juízo perfeito sobre a sua plena capacidade ou incapacidade mental. Acresce, ainda, notar que, tratando-se de uma mu-



lher que matou a própria filha, poderia estar justamente sofrendo um impacto emocional e, daí, o mutismo em que se manteve ao ser interrogada".

Em novembro de 1965, um ofício assinado por dois advogados foi mandado à Câmara Criminal, insistindo no provimento do recurso apresentado por Judite:

"... A lei, fria e apriorística, carece na sua aplicação, de humanizar-se para melhor alcançar seus objetivos.

O conhecimento do presente recurso se impõe, pelos motivos expostos, pela oportunidade da instância superior, ao examinar o mérito, verificar se a melhor solução para o caso será levar uma louca ao Tribunal do Júri, possibilitando uma condenação e assim vir a expor a sociedade a um grave risco, quando cumprida a pena, ou se, mais acertado será absolvê-la, entregando-a a um estabelecimento adequado, impondo-lhe a necessária medida de segurança.

De Meritis: Um exame sereno das provas dos autos, de tudo que se encontra no processo - perícias, depoimentos, observações das autoridades (Delegado e Juiz), do Promotor de Justiça, a reconstituição do tenebroso crime, tudo aqui conduzirá forçosamente a uma conclusão - a autora do delito só pode ser uma insana mental, absolutamente irresponsável.

Façamos, em síntese, uma incursão pelos elementos dos autos, tentemos, dentro de nossas forças, levar ao alto pronunciamento dessa Colenda instância a convicção de que Judite é irresponsável, que sua ação se enquadra, com exatidão perfeita, dentro do preceito do art. 22 do Código Penal.

A DENÚNCIA do Promotor de Justiça, a fls. 2, já reconhece, com apoio nas provas, que a denunciada é de gênio irascível, apresenta CRISES PSICOMOTORAS e, ao que parece, é esquizofrênica ...<sup>1</sup> (Nossos os grifos).

O DELEGADO DE POLÍCIA, um bacharel, Dr. ..., preocupou-se com o estado mental da indiciada e com prudência elogiável, nome

ou um ADVOGADO e CURADOR para assistir-lhe em suas declarações (fls. 17).

E essa pobre infeliz, u'a mãe que não se sensibiliza diante dos estertores da morte de sua própria filha e a mata impiedosamente à pancada, essa criatura, que, contrariando um dos maiores instintos da natureza, que se vê em toda série animal, desde o protozoário mais simples ao mamífero mais completo, o instinto materno, assegurado da perpetuação da espécie, nem se lembra de ato que nunca poderia se apagar de uma mente sã, normal.

Ela nada sabe, sofre de tonteiras, já esteve em tratamento psiquiátrico, não conseguiu fazer o curso primário (fls.18).

Sua fisionomia (fotografia de fls. 31) apresenta-a como uma anormal.

O laudo médico, tão discutido, constitui prova certa da irresponsabilidade absoluta da indiciada, quando afirma o 1º quesito - 'SIM, a paciente submetida a exame era, ao tempo da ação, por motivo de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento' (fls. 23).

Ainda uma vez a palavra do DELEGADO DE POLÍCIA, em seu relatório, mostra-se alarmado e pede que seja internada urgentemente para evitar sacrifício de outras vidas e diz, in verbis:

' É UMA DOENTE MENTAL' (fls. 37)

Depois, foi para um HOSPITAL, cujo internamento, pedido por seu patrono, o DR. PROMOTOR DA JUSTIÇA' é medida humanitária, que deve prevalecer sobre qualquer outro argumento' (fls. 17 v.).

A PERÍCIA, de fls. 52, repete o que anteriormente já havia afirmado a fls. 23.

NO INTERROGATÓRIO, a constatação de sua insanidade mental se confirmou de maneira categórica. O JUIZ não pôde interro

gã-la em virtude de sua doença mental (sic) e nomeou-lhe outro CURADOR, porque não se encontrava presente o seu patrono e anterior curador (fls. 65).

Como então quer o ilustre Juiz que ela seja julgada? Como se comportará perante o Júri? e, sobretudo, como se comportará o Júri?...

Os poucos dias que estive na Penitenciária, o seu DIRETOR, atendendo o seu estado mental mandou-a para enfermaria, onde estive sempre sob rigorosa vigilância (fls. 40).

Para ser intimada da sentença de pronúncia, teve de ser requisitada de uma casa de saúde onde se encontrava por ordem do JUIZ e anuência do PROMOTOR DE JUSTIÇA.

Sem embargo destas provas, o M.M. Juiz preferiu pronúnciá-la. Não obstante avassalado por terrível dúvida, preferiu S. Exa. entregar ao julgamento de leigos a ação criminosa de uma demente. Preferiu S. Exa. expor a sociedade a um grave risco, tal seja a condenação da acusada, se o Júri aceitar seu ponto de vista, e em seguida voltar ao seu meio. Preferiu essa solução ao invés de absolvê-la sumariamente e impor-lhe a medida de segurança que a lei estabelece para o caso.

É contra tal situação, em amparo não só aos direitos da recorrente, mas, igualmente em prol da sociedade, que pleiteamos neste recurso a absolvição sumária de JUDITE, que não terá marcada sua vida pelo estigma de assassina de sua própria filha, amargurando a vida dos irmãos, que não somente irão chorar a morte trágica da irmã, mas guardarão indelével lembrança do crime de sua mãe, podendo alterar profundamente a formação psíquica, o caráter daquelas crianças.

Egrégia Câmara: Medida humana, de alcance social, o provimento do recurso para ABSOLVER SUMARIAMENTE a recorrente, será também obra de rigorosa

JUSTIÇA!"

A defesa apresentou, ainda, um requerimento ao Juiz, no

qual solicitava que se oficiasse à Casa de Saúde Galba Veloso, pedindo informações sobre o seguinte:

"a) desde quando (Judite) está internada naquele estabelecimento;

b) por ordem de quem?

c) e por que motivos?

d) se é portadora de doença mental ou pleno desenvolvimento mental, que a torna inteiramente irresponsável;

e) se estará isenta de responsabilidade pelo crime que lhe é atribuído neste processo.

No dia 28 de dezembro de 1966, o Hospital Galba Veloso enviou ao Juiz o seguinte laudo, o qual é assinado por dois psiquiatras:

"Histórico: JUDITE, de 31 anos, branca, casada, de prendas domésticas, alfabetizada, católica, residente nesta capital. Foi internada neste hospital em 11/2/65, por seu marido ..., que informou ter sido constatado no Departamento de Medicina Legal que a paciente era portadora de doença mental. Foi retirada em 25/3/66, quando foi decretada sua prisão preventiva, a pedido do Sr. Delegado de Vigilância Geral, Dr. ... . Posteriormente, em 5/4/66 foi reinternada neste hospital onde se encontra até a presente data, conforme determinação do Sr. M.M. Juiz de Direito da 3a. Vara Criminal, Dr. ..., por se tratar de pessoa portadora de doença mental e necessitada de tratamento especializado. Durante o tempo de permanência neste hospital, a paciente alternou períodos de absoluta calma, de lucidez, com bom comportamento na enfermaria, ajudando nos trabalhos que lhe eram solicitados, com períodos de intensa agitação psicomotora com hétéro-agressividade, de início súbito e com período de depressão, apatia, choro fácil.

Exame da paciente: Paciente sintonizada, estabelecendo bom contacto, cooperante, respondendo bem às perguntas formuladas, se bem que as vezes se note, alterações do pensamento (persevera -

ção, circunlôquios). Durante a entrevista fala com voz pausada, baixa, quase nunca tomando a iniciativa da conversa; algo deprimida, ligeiramente ansiosa. No curso da entrevista, sobretudo quando se mencionou os seus filhos, a paciente chorou muito. Não sabe precisar porque está neste hospital, quando veio, quem a trouxe, como chegou aqui - responde com 'não sei', 'não consigo me lembrar', 'minha cabeça não dá' -

informa que ficou orfã quando ainda menina de grupo (não precisa data) foi criada junto com mais 2 irmãos pela irmã mais velha. Aos 17 anos casou-se pela 1ª vez. Deste casamento teve 3 filhos, sendo que o mais novo morreu com 1 mês de nascido, de Gastro-Enterite. Tem ainda 2 filhos - uma menina e um menino - que a paciente não vê desde que foi internada neste hospital - supõe que estejam em colégio interno, segundo lhe informou o marido.

O 1º marido morreu subitamente (desastre de caminhão) antes de ter nascido o seu 3º filho - foi então morar novamente com a irmã mais velha. Não sabe precisar bem, mas nesta época começou a trabalhar fora, para poder sustentar os filhos - não se recorda bem qual o tipo de trabalho, só sabe que era "muito chato", porque "tinha que escrever muito".

Não se lembra quando conheceu o 2º marido, nem quando se casou com ele - acha que tem mais ou menos 9 a 10 anos o 2º casamento. Levou os 2 filhos do 1º marido para a sua companhia alguns anos após o casamento - as crianças estavam com a avó paterna. O 2º marido sempre tratou bem às crianças; ela é que sempre foi muito nervosa e sempre bateu muito neles - mas lhes tem muito amor, considerando-se uma mãe amorosa. Ficou grávida do 2º marido alguns anos depois do casamento - abortou a criança devido a uma queda que levou. Nunca mais ficou grávida, o que sempre a entristeceu porque gosta muito de crianças e sempre pensou em ter muitos filhos. Atualmente sentia dor no peito, com peso e calor na cabeça, nervosa e passava a ter raiva de todos, sobretudo daquelas pessoas que mais quer - suas irmãs, seu marido, seus filhos. Diz que nestes momentos avança neles para bater e machucar sem ver coisa alguma, já tendo por diversas vezes ferido o mari-

do e os filhos com unhas e dentadas. Só depois, quando lhe con tam, é que fica sabendo o que fez nestes períodos; e quando toma conhecimento disto fica triste, chora, arrepende-se, pede per - dão. Tem vontade de nunca ser assim, nunca bater em ninguém, so - bre tudo nos filhos.

Queixa-se também de que nestas ocasiões vê vultos, fantas mas que não a deixam dormir e incomodam muito; ficam falando que vão matá-la, combinando de persegui-la e maltratá-la; trancava - se no quarto, mas não adiantava, porque eles entravam em qual - quer lugar, deixando-a agitada e insone. Diz que depois que fez tratamento neste hospital nunca mais viu tais coisas mas que es - poradicamente é presa a crises súbitas de agitação e hetero - a - gressividade.

História pregressa: Diz que sempre foi 'nervosa', nunca fi cando sem 'calmantes'. Há tempos, iniciou tratamento psiquiátri - co no SESI, que não chegou no entanto a concluir. Nega passado convulsivo e alcoolismo. Já fez tratamento para sífilis.

História familiar: Segundo informações do marido, a paci - ente tem uma irmã e um tio com doença mental. Ao que parece tam - bém seu pai e uma prima da paciente são mentalmente doentes.

Exames subsidiários: 19) Eletroencefalograma - normal.

29) Teste de Rorschach - Baixa produ tividade e forte lentidão nos processos associativos. Embotamen - to da área intelectual e disfunção lógica. Personalidade extrema mente agressiva, explosiva, imatura, ansiosa e deprimida. Proble mática sexual; o relacionamento humano é também extremamente con flitivo. Vários elementos sugestivos de autismo. Dez sinais de Piotrowski indicadores de disritmia cerebral.

Quesitos e respostas:

a) Desde quando está internada nesse estabelecimento?

Resposta: - Esteve internada de 11/2/65 a 25/3/65 e de 5/4/65 até a presente data.

b) Por ordem de quem?

Resposta: - A 1a. internação foi feita pelo marido, por sugestão do Sr. Chefe do Departamento de Medicina Legal, Dr. ...; a 2a. internação foi feita por solicitação do M.M. Juiz de Direito da 3a. Vara Criminal, Dr...

c) Por que motivos?

Resposta: - Por se tratar de pessoa doente e que necessitava de tratamento especial (conforme guias de internação - of. nº 168/65 do Departamento de Medicina Legal da Secretaria de Segurança Pública e ofício nº 0408 S. C. de 3/4/65 do Juiz de Direito da 3a. Vara Criminal de Belo Horizonte.

d) Se é portadora de doença mental, ou pleno desenvolvimento mental, que a torna inteiramente irresponsável?

Resposta: - É portadora de doença mental que a torna inteiramente irresponsável, no momento de crises; há no entanto período de lucidez de permissão, durante os quais a paciente é inteiramente responsável pelos seus atos.

e) Se estará isenta de responsabilidade pelo crime que lhe é atribuído neste processo?

Resposta: - Estará isenta de responsabilidade se o ato criminoso foi cometido numa de suas crises; será responsável, se o ato criminoso foi praticado num dos períodos de lucidez. Não temos, no entanto, elementos para afirmar se no momento em que praticou o delito encontrava-se num surto de sua doença mental ou num dos períodos de completa lucidez".

Depois de examinado o novo laudo, Judite recebeu a seguinte sentença, dada por um Juiz que não o que havia decidido anteriormente pela condenação da ré:

"De conformidade a decisão do Júri, que por unanimidade de votos, afirmou que a ré Judite, era, ao tempo da ação, por doença mental, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato por ela praticado, sendo, portanto, isenta de responsabilidade nos precisos termos do art. 22 do Código Penal, ABSOLVO-A da

acusação que se lhe move neste processo.

Mas, atendendo a que de acordo com o art. 78 nº I do Código Penal, presumem-se perigosos os que nos termos no citado art. 22 são isentos de pena, sujeitos, pois, à medida de segurança (art. 79, última parte do Código Penal), imponho a ré internação no Manicômio Judiciário Jorge Vaz, de Barbacena, ou em estabelecimento congênere pelo prazo mínimo de 6 anos, de acordo com o art. 91, § 1º, I, do Código Penal,..."

Através de seu advogado, Judite solicitou permissão para continuar internada no Hospital Galba Veloso. O Juiz acedeu a seu pedido e consultou o diretor daquele hospital sobre a possibilidade de Judite cumprir ali a medida de segurança que lhe havia sido imposta. Recebeu a seguinte resposta do diretor do hospital:

"... temos a informar:

1º) O Hospital G. Veloso recebe apenas doentes agudos com tempo médio de permanência de 60 dias.

A ré Judite permanece aqui desde 11 de julho de 1965, contrariando todos os regulamentos do hospital, em obediência às suas disposições.

2º) O Hospital G. Veloso está superlotado, com 350 pacientes agudos, não nos parecendo justo que uma vaga seja ocupada a longo prazo, por uma ré, considerando que existem, no estado instituições para este fim.

Lembramos ainda que o H. G. Veloso é aberto, não oferecem condições de segurança eximindo-se esta Diretoria, desde já, de qualquer responsabilidade quanto à custódia da paciente".

Mais tarde, o advogado conseguiu que Judite fosse transferida para a Casa de Saúde Santa Clara, em Belo Horizonte, ao invés de ir para Barbacena.

E, em 6 de fevereiro de 1968, o advogado enviou o seguinte ofício ao Juiz:

"Internada presentemente na Casa de Saúde Sta. Clara, sub



metendo-se a tratamento adequado e permanente, conseguiu atingir a uma etapa que permite sua permanência em sua casa, conforme atestado junto. Assim sendo, constituindo seu regresso ao lar verdadeira complementação do tratamento, período de recuperação, além do que estará sujeita a vigilância judicial e médica, com sua apresentação periódica ao Hospital e à presença de V.Exa., vem requerer seja autorizada sua ida para casa".

O atestado, de que fala o advogado, diz o seguinte:

"Atestado

Sra. Judite

Vem sendo observada na casa de Saúde Sta. Clara, onde se acha internada, desde outubro passado. Encontra-se presentemente em fase de remissão social da sintomatologia psicótica que apresentou, com comportamento compatível com a sua permanência no lar, sob os cuidados de seu marido, o que se realizou no mesmo dia. Depois desta data a paciente não mais voltou a internar-se nesta Casa de Saúde..."

A carta é datada de 12 de março de 1971.

Talvez, o caso de Judite tenha sido o que melhor ilustra a importância do diagnóstico psiquiátrico nas argumentações que se fazem em torno do julgamento dos indivíduos. Quando dizemos isto, estamos nos baseando nas afirmações feitas pelo advogado de defesa em todos os pareceres que fez a respeito do caso.

Para demonstrar que Judite sofria de doença mental, a Defesa baseou-se tanto no laudo, o qual, segundo ela, constituía "um elemento científico" e se elevava à categoria de peça decisiva" do processo, quanto em fatos, tais como: a própria natureza do crime, o fato do Juiz, "com o peso de sua autoridade" ter afirmado que a ré não estava em condições de ser interrogada "por motivo de doença mental", e o fato de Judite encontrar-se internada em "estabelecimento destinado a tratamento de doenças mentais".

A Defesa faz insistentes pedidos no sentido de obter para Judite a medida de segurança ao invés dela ser julgada por um júri de leigos, o que possibilitaria sua condenação e representaria um risco para a sociedade, na medida em que ela seria posta em liberdade após cumprida a pena. Apesar desses requerimentos da Defesa, o Promotor, o Juiz e os desembargadores da Câmara Criminal insistem em manter que o laudo pericial não constitui prova suficiente de que a ré se enquadra no artigo 22 do Código Penal, e que deve ser mantida a decisão do Juiz de dar a ela uma sentença de prisão na Penitenciária de Mulheres. Neste caso, nos dados diferem dos dados que Szasz apresenta e que mostram que o papel da defesa é sempre o de lutar para que a pessoa acusada de crime seja julgada. Ali, a Defesa assume um papel de proteger o indivíduo frente ao Estado. Aqui, ela assume a atitude de proteger antes de tudo a sociedade, como se pode ver no ofício dos advogados, de novembro de 1955.

Na atitude da Defesa em relação à doença mental, observa-se uma certa incoerência. Ao mesmo tempo em que ela considera que a pessoa "louca" representa uma ameaça à sociedade, e, portanto, deve ser mantida em um estabelecimento adequado, supostamente, por tempo indefinido, afirma também que é melhor para uma pessoa ser considerada louca do que ter "sua vida marcada pelo estigma de assassina".

Um outro aspecto deste caso que também difere da experiência que Szasz teve com os processos que estudou nos Estados Unidos, se refere ao fato do próprio Juiz, e não um psiquiatra, ter decidido que Judite era incapaz de se submeter a julgamento, devido à impossibilidade desta responder às perguntas que lhe eram formuladas, e sem se basear no laudo pericial. Além disso, o Juiz não concluiu que Judite era plenamente irresponsável a partir da sua impossibilidade de responder às perguntas.

Porém, este parece um caso especial, se levarmos em conta o fato de que Judite, como resultado da sentença final, fora internada, não em um hospital do estado, mas em um hospital parti-

cular. Aí, segundo mostra o último ofício do advogado, pode ela ter "tratamento adequado e permanente", conseguindo chegar a uma "fase de remissão social da sintomatologia psicótica" que apresentava, o que lhe permitiu obter a liberdade vigiada.

Finalmente, queremos chamar atenção para a importância do papel do próprio psiquiatra nas decisões legais que envolvem pessoas suspeitas de serem doentes mentais. Ao que parece o que retardou tanto a aceitação de se dar provimento ao recurso apresentado pela Defesa no qual se afirmava que a acusada era doente mental, e, portanto, se enquadrava no art. 22 do Código Penal, deveu-se ao fato do primeiro laudo ter se baseado num exame feito por peritos não especializados em psiquiatria. Dizemos isto porque o segundo laudo assinado por dois psiquiatras, foi aceito, imediatamente, e a sentença definitiva baseou-se inteiramente nesse laudo.

Também para a Defesa, o psiquiatra representa um papel fundamental no julgamento. Isto fica evidente principalmente em sua afirmação de que o Juiz estava expondo a sociedade a um grave risco ao "entregar ao julgamento de leigos a Ação criminosa de uma demente".

...

#### 5º caso: Alfredo

A denúncia feita a Alfredo, de 31 anos, vendedor de sorvete em carrocinha, diz que ele matou uma prostituta, com pancadas na cabeça, utilizando-se de um jarro. Estando bêbado, dormiu com a vítima, até que foram encontrados pela polícia, ao amanhecer do dia seguinte.

O primeiro advogado que foi designado como seu defensor, enviou o seguinte ofício ao Juiz:

"... Lamentavelmente, o réu indica como defensor o signatário da presente.

É o terceiro processo criminoso em que se envolve o réu em pouco mais de 1 ano.

Assim, à vista dos inúmeros ilícitos praticados pelo réu, somos preliminarmente que seja antes de mais nada o mesmo submetido a exame médico a fim de se apurar o grau de sua responsabilidade.

A Defesa requer preliminarmente seja o réu, Alfredo, submetido a Exame Psiquiátrico, desde que, somente assim teremos tranquilidade de patrocinar a sua defesa..."

Como tivemos oportunidade de assistir à última audiência do julgamento de Alfredo, que se realizou no dia 25 de abril de 1974, e pudemos conversar com o advogado de defesa sobre o caso, foi possível ter uma visão diferente da que nos foi dada estudando apenas os processos, sem ver as coisas realmente acontecendo.

O que mais nos impressionou nesta experiência foi a forma como o laudo psiquiátrico foi interpretado - especialmente a linguagem utilizada -, e os argumentos que foram feitos a partir dessas interpretações. Portanto, no caso de Alfredo, faremos apenas a transcrição do laudo e a seguir resumiremos os pontos importantes da audiência a que assistimos.

#### "Exame Psiquiátrico

Identificação: ...

Versão Subjetiva do Caso (sujeito conta como vê crime):

Acho que 1969 quando vivia amaziado e tinha 2 filhos. Preso por 3 dias por bebida. Companheiro aproveita e tem relações sexuais com amãzia. Quando soube, tira satisfações e o mata.

Tenho um 2º processo, e desta vez estava altamente alcoolizado. Foi na Zona Boemia após a mulher ter se negado a ficar comigo. Entramos em atrito e por fim agredi com um jarro, tendo ela falecido na hora.

História Progressiva: Doenças próprias da infância. Sofreu várias crises de Delirium Tremens tendo sido hospitalizado na

clínica Nossa Senhora de Lourdes e depois no Hospital Santa Clara. Fazia uso abusivo de bebidas alcóolicas, deixando de beber depois de estar preso. Aos 16 anos sofreu traumatismo craniano violento, na região occipital tendo ficado hospitalizado e recebido 22 pontos. Sofreu hemorragia várias vezes e provavelmente canero.

Nega tuberculose pulmonar, Schistosomose e Teniáse.

Dados Objetivos do Processo: o paciente nos vem acompanhado de 2 processos, ambos por homicídio. Não foram observados discrepâncias maiores entre as versões objetiva e subjetiva dos fatos.

Exame Objetivo: Paciente lúcido, orientado no tempo e espaço e quanto a si e o ambiente que o cerca. Linguagem fluente, sintonia, atitude ativa. Ao exame não apresenta anormalidades da atenção, concentração, memória, nem da psico-motricidade e ideação. Hábitos da vida diária sem alterações (vida sexual, sono, alimentação e hábitos de higiene). De constituição do tipo atlético.

Impressão: Concluimos tratar-se de um paciente portador de conflitos emocionais associados a Primitivismo Cultural com potencial de agressividade e impulsividade acentuado e fraco sistema repressor dos impulsos.

Salientamos que devido aos conflitos emocionais, associado ao Primitivismo Cultural e acentuado potencial de Agressividade, o paciente quando sob efeito de bebidas alcóolicas apresenta periculosidade iminente para delinquir.

Laudo Pericial

Exame Psicológico

Nome: Alfredo

Naturalidade: ...

Profissão: vendedor - ambulante

Escolaridade: semi-analfabeto

Idade: 31 anos

Exame Objetivo: Apresenta-se bem orientado no tempo e no espaço. Narra hábitos diários normais, sono, alimentação.

Narra vida sexual normal  
Nega distúrbios da memória

Exame Psicológico: Apresenta desenvolvimento intelectual caracterizando por déficit.

Apresenta sinais de elevado grau de tensão, desencadeando comportamentos agressivos.

Apresenta personalidade com características de Primitivismo Cultural.

Observação: PMK - Forma abreviada

Quesitos:

A)

1 - Os Doutos Peritos, reconhecem que o réu, ao tempo da ação, era inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato? NÃO

2 - Em caso afirmativo, sua incapacidade era proveniente de:

Doença Mental

Desenvolvimento mental incompleto ou

Desenvolvimento mental retardado?

R - PREJUDICADA

B)

1 - Os Doutos Peritos reconhecem que o réu, ao tempo da ação, era inteiramente incapaz de determinar-se de acordo com o entendimento do caráter criminoso do fato?

R - Parcialmente em virtude do alto potencial de agressividade, liberado pelo efeito de bebidas alcóolicas.

2 - Em caso afirmativo, sua incapacidade era proveniente de:

Doença Mental

Desenvolvimento mental incompleto ou

Desenvolvimento mental retardado?

(resposta explicativa)

R - O paciente apresenta Perturbação da Saúde Mental tendente a uma descompensação por efeito de bebidas alcóolicas.

C)

1 - Os Doutos Peritos reconhecem que o réu, ao tempo da ação, não possuía plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato.

2 - Em caso afirmativo, sua reduzida capacidade era proveniente de:

Doença Mental

Desenvolvimento mental incompleto ou

Desenvolvimento mental retardado?

R - PREJUDICADA

D)

1 - Os Doutos Peritos, reconhecem que o réu, ao tempo da ação, não possuía plena capacidade de determinar-se de acordo com o entendimento do caráter criminoso do fato?

R - Possuía parcial capacidade.

2 - Em caso afirmativo, sua reduzida capacidade era proveniente de:

Doença Mental

Desenvolvimento mental incompleto ou

Desenvolvimento mental retardado?

R - Consideramos respondida a pergunta no quesito nº 1".

O advogado de Defesa no dia da audiência, não era o mesmo que assinara o ofício, pedindo o exame de "sanidade mental" do réu. A Defesa, na audiência, ao dar sua opinião sobre o caso de Alfredo, instrui ao Juri como responder aos quesitos que lhes são formulados pela Justiça. Segundo ele, os jurados deviam simplesmente seguir o que dizia o laudo psiquiátrico, que tinha em suas mãos. Em relação a isto, argumentava que "como lei-

gos que somos, não podemos duvidar do veredito de duas autoridades em psiquiatria que declararam este homem semi-responsável". O advogado via a autoridade dos psiquiatras como inquestionável, porque eles estavam trabalhando nesta área havia muito tempo, já haviam examinado muitos casos, e eram famosos.

Para explicar aos jurados o que significava o termo "semi-responsável" o advogado usa mais ou menos as seguintes palavras\*: "Ele é o que se chama personalidade psicopática - um caso fronteiro: 1/8 a mais, seria louco, 1/8 a menos seria normal. É um semi-louco. Não é humano como nós, - eu e os senhores, que somos responsáveis pelos nossos atos. Ele é semi-responsável. É como um animal".

Em relação ao termo "déficit intelectual", que aparece no laudo, o advogado explica aos jurados que o réu é um oligofrênico. Segundo ele, quando uma pessoa comete um crime por causa de déficit da inteligência, ela o faz porque não sabe que é errado matar. Portanto, não sente remorso ou culpa. "Ri do crime". Porém, apesar do "déficit de inteligência" de que fala o laudo, nas respostas aos quesitos, o advogado descobre que o réu cometeu o crime por problema da vontade, isto é, porque não conseguiu se controlar. A Defesa pensa que a pessoa nessas condições sofre mais, pois, sente remorso, o que representa uma incoerência em relação a suas palavras anteriores. Conclui, então, que Alfredo é um homem "digno de dō".

Finalmente, o termo "primitivismo cultural" encontrado no laudo, é interpretado pela Defesa como querendo dizer que Alfredo é um selvagem, e portanto perigoso.

Conclui, então, que os jurados devem dar a Alfredo um sentença de acordo com o laudo. Este fala em "perturbação mental" e não "doença mental". Portanto, Alfredo deve receber uma sentença

---

\* Não nos foi possível anotar com precisão o que foi dito na audiência. Porém, imediatamente após a mesma, fizemos uma transcrição o mais acurada possível do que havíamos presenciado.



"meio a meio", ou seja, deve ser condenado a alguns anos de cadeia pela parte de responsabilidade que demonstra, e deve ser mandado para o Manicômio Judiciário de Barbacena pela parte de perturbação mental que apresenta. "E só sair de lá quando for confirmada sua não-periculosidade".

A sentença de Alfredo foi de 10 anos na penitenciária e de 2 anos no Manicômio Judiciário.

Em breve conversa com o advogado, pudemos observar que aquele não estava muito empenhado na Defesa do réu. Na medida em que Alfredo era pobre, "não tinha dinheiro para pagar" um advogado particular, aquele estava ali porque fora designado pelo estado. Segundo o advogado, ele já havia comunicado ao réu que não pediria sua absolvição, ao que o réu respondeu: "Não, doutor, o senhor faz o que o senhor acha que deve fazer. Eu cometi um crime e devo ser castigado". Assim, vê-se que o réu que não tem dinheiro, não tem muita escolha em relação à sua defesa: Seu advogado de Defesa é pago pelo Estado e provavelmente, nem sempre está disposto a defender o réu que o Estado lhe impõe. Podemos ver isto na utilização do termo "Lamentavelmente", utilizado pelo primeiro advogado de Alfredo para se referir ao fato de ter sido designado para defendê-lo.

Talvez seja este o motivo por que, na maioria dos casos que acabamos de ver, a Defesa se empenhe tanto em proteger a sociedade, buscando absolver o réu de modo a interná-lo em um hospital do estado, não se importando com o que acontecerá a ele daí em diante.

No caso de Alfredo, como na maioria dos outros, o promotor pede a condenação do réu. Ele menciona também o fato do réu ser pobre, e explica que no meio pobre há mais crimes porque as pessoas nesse meio são "rebaldes, pelo problema econômico".

## V. Revisão da Literatura sobre a Psicopatia

A análise dos casos que acabamos de ver, mostra que, embora a psicopatia seja um síndrome frequentemente associado a um ato anti-social ou criminoso, este talvez não seja o diagnóstico mais frequente quando se faz um exame de "sanidade mental" em pessoas acusadas de crimes "dolosos contra a vida", como são classificados os casos que estudamos.

De qualquer forma, será importante revermos, ainda que resumidamente, a literatura relativa à psicopatia, não só por esta estar relacionada a conceitos jurídicos\*, o que interessa diretamente ao nosso trabalho, como também para que investiguemos até que ponto existe acordo entre os autores, e estabilidade em relação a uma das categorias nosológicas existentes.

Iniciaremos por Kurt Schneider, cuja obra Las Personalidades Psicopáticas\*\* é considerada uma das mais importantes sobre o assunto.

Para definir a personalidade psicopática, Schneider primeiramente define o conceito mais abrangente de "personalidade anormal". Segundo ele, "As personalidades anormais são variações, desvios, de um campo médio, imaginado por nós, porém não exatamente determinável, das personalidades" (21, p. 31). Limita

---

\* O epílogo do livro de Kurt Schneider, Las Personalidades Psicopáticas, é escrito por um advogado, Prof. Antonio Ferrer Sama. Para justificar este fato, o Prof. Sama diz que "é inegável o fenômeno de profunda preocupação por parte dos penalistas ante as últimas relações existentes entre os conceitos de psicopatia, responsabilidade criminal e periculosidade social" (21, p. 187).

Também Cleckley afirma que "Estas pessoas, a quem chamarei psicopatas, na falta de um nome melhor, na verdade constituem o problema tanto de juris, tribunais, parentes, da polícia e do público em geral quanto do psiquiatra" (5, p. 31).

E Henri Ey, considera a psicopatia não apenas como "um capítulo da psiquiatria" mas também e sobretudo, "um capítulo de criminologia".

\*\* A primeira edição do original alemão é de 1923.

a definição de personalidades psicopáticas a "aquelas personalidades que sofrem por sua anormalidade ou, com ela, fazem sofrer a sociedade" (21, p. 32). Essa delimitação, segundo o próprio Schneider é arbitrária e se baseou em razões práticas, isto é, e la compreende todas as personalidades anormais de que trata a psiquiatria.

Para Schneider, o conceito de psicopatia está subordinado ao conceito de anormalidade estatística e é livre de apreciações de valor. Considera o psicopata não apenas o que faz sofrer à sociedade, mas o que sofre, não em consequência de sua anormalidade, e sim pela própria anormalidade. "Os psicopatas", segundo ele, "são personalidades anormais, que, em consequência da anomalia de sua personalidade, têm que chegar mais ou menos, em toda situação vital, sob toda classe de circunstâncias, a conflitos internos ou externos. O psicopata é um indivíduo que, por si só, ainda que não se leve em conta as circunstâncias sociais, é uma personalidade estranha, afastada do termo médio" (21, p. 34. Os grifos são do autor).

Discutindo a relação entre o conceito de psicopatia e o conceito de doença, Schneider conclui que as personalidades psicopáticas não podem ser consideradas patológicas. Para ele, só existem doenças no sentido físico e os fenômenos psíquicos são patológicos apenas quando estão condicionados a alterações patológicas do organismo. Justifica isso da seguinte forma: se se define a doença como algo nocivo, indesejável, inferior, isto implica numa diminuição do bem estar da pessoa, e muitas pessoas "psiquicamente anormais" se sentem às vezes muito bem. Além disso, os distúrbios funcionais psíquicos que geralmente acompanham uma anormalidade psíquica não podem ser considerados inferiores. São apenas funções psíquicas diferentes, novas.

Numa seção especial de seu livro, Schneider apresenta o que ele chama de uma "doutrina tipológica assistemática". Distingue 10 tipos de psicopatas. Chama atenção para o fato de que, em bora esses tipos apareçam como diagnósticos, esta não é uma ana-

logia que se justifica pois "os homens, as personalidades, não podem ser rotulados diagnosticamente como as doenças e as consequências psíquicas de doenças" (21, p. 85).

Acredita que nenhum clínico deve se utilizar das designações tipológicas do psicopata com o único objetivo de rotular as pessoas, pois há o perigo de que o indivíduo isolado seja visto apenas como uma fórmula e que se esqueça o conteúdo - essencial na psicopatia -, os motivos e fundamentos psíquicos do problema, a história do indivíduo. Por outro lado, adverte contra a tendência de se esquecer das propriedades, debilidades, dos pontos perigosos e das características constitucionais da personalidade, em favor dos conflitos instintivos, vivências e destino do indivíduo, "e menos ainda em favor das próprias fantasias de interpretação" (21, p. 91).

Schneider reconhece que não se pode trabalhar bem com os tipos que apresenta pois é raro que uma propriedade predomine tanto e caracterize tanto o indivíduo, que com esta propriedade possa se designar este indivíduo. Também por isto é difícil descrever graficamente os tipos psicopáticos. De acordo com ele, estes são:

1. Psicopatas Hipertímicos: caracterizados pelo ânimo alegre, temperamento sanguíneo e certa atividade. São geralmente de constituição física pícnica e mostram tendência para o alcoolismo.

2. Psicopatas Depressivos: apresentam uma constante acentuação afetiva sombria de todas as experiências vitais.

3. Psicopatas Inseguros de Si Mesmos: caracterizados por insegurança interna e insuficiência. Dividem-se em sensitivos e anancásticos. Os primeiros apresentam uma capacidade de impressão aumentada para todas as vivências e impossibilidade de descarga. Os segundos apresentam problemas relacionados com a obsessão.

4. Psicopatas Fanáticos: caracterizam-se por uma superva

lorização de certos complexos. São personalidades ativas, de natureza marcadamente estênica, embora, haja também, fanáticos silenciosos, afastados da realidade, e puramente fantásticos.

5. Psicopatas Necessitados de Estima: sua motivação fundamental é a vaidade, a necessidade de estima, a tendência a aparentar mais do que são. Nestes, a mentira e a teatralidade são importantes características.

6. Psicopatas de Ânimo Lábil: apresentam tendência periódica, de disposição endógena, a reações depressivas frequentes e intensas, de índole mal humorada e irritável.

7. Psicopatas Explosivos: são indivíduos que, pelo menor motivo, se enfurecem, ou até começam a golpear, sem consideração alguma.

8. Psicopatas Desalmados: caracterizam-se pelo embotamento afetivo, sobretudo frente a outros homens. São carentes de compaixão, vergonha, pudor, arrependimento ou consciência moral. Segundo Schneider podem ser comparados com os "anestesiados morais" de F. Scholz, os quais "conhecem perfeitamente as leis morais; as vêem, porém não as sentem, e, por isso, tampouco subordinam sua conduta a elas".

9. Psicopatas Abúlicos: sua característica principal é a falta de vontade, a incapacidade de resistência frente a todos os estímulos.

10. Psicopatas Astênicos: são indivíduos a quem se costuma chamar de "nervosos". Por motivos caracterológicos, ou tendem a fracassar em termos físicos ou sentem-se psiquicamente débeis.

Alonso Fernandez, em seu livro Fundamentos de La Psiquiatria Actual (1968), inicia o capítulo sobre as personalidades psicopáticas, fazendo um breve histórico.

Segundo ele, em 1835 a psiquiatria começou a se interessar pelo indivíduo que se comporta de um modo socialmente anormal, sem que seja psicótico nem apresente alguma deficiência in-

telectual. Neste ano, Prichard, introduz o termo "insanidade moral" para designar aqueles indivíduos.

Em 1891, Koch empregou pela primeira vez o termo "psicopático", em seu livro "As inferioridades psicopáticas". Esta expressão incluía as anormalidades psíquicas congênitas ou adquiridas - entre as quais encontra-se a oligofrenia -, que não constituíam uma doença mental em sentido estrito.

Apenas há relativamente pouco tempo, a psiquiatria anglo-saxônica passou a dar atenção ao problema da psicopatia, prevalecendo aqui a concepção sociológica da psicopatia, isto é, considerando-se tanto sua etiologia quanto suas características principais como tendo uma índole social.

Comentando sobre a obra de Schneider sobre a psicopatia, Fernandez discorda das idéias básicas daquele, embora classifique sua obra como a melhor sobre o assunto. Primeiramente, considera que o elemento estatístico apenas não é suficiente como base para o conceito de anormalidade. Para ele, no conceito de anormalidade psicopática estão incluídos um elemento valorativo e um elemento fenomenológico, além do elemento estatístico.

Além disso, considera a psicopatia como uma doença, e, portanto, um problema médico. O psicopata não pode aceitar as normas sociais por causa de sua anormalidade. O fato de não poder aceitar as normas sociais distingue o psicopata do simples criminoso, cujo comportamento anti-social resulta do não querer aceitar aquelas normas. "Para diferenciar o 'não poder' do 'não querer'", segundo Fernandez, "torna-se imprescindível verificar se existe ou não uma anormalidade endotímico-vital" (11, p. 99). E, para ele, é justamente a insuficiência radical nesta área que torna os psicopatas doentes e os impede de realizar seu projeto de vida. Portanto, a designação de "psicopata" é equiparável a um diagnóstico médico.

Para Fernandez, o tratamento dos psicopatas deve seguir uma orientação médica, e não, pedagógica. O psicopata apresenta mais traços semelhantes aos dos doentes psicóticos do que dos in

divíduos mal educados. Seu tratamento deve ser integrado pela psicoterapia, a socioterapia e a farmacoterapia. Fernandez mostra-se bastante otimista quanto aos resultados dessas diferentes técnicas de tratamento.

Fernandez distingue 4 modos de se conceber a psicopatia : 1) como um modelo de constituição hereditário e estático; 2) como uma anomalia do caráter; 3) como um tipo associal, e 4) como uma estrutura mórbida endotímico-vital. Segundo ele, neste último "reside o núcleo originário de toda autêntica psicopatia" (11, p.104). Considera os três primeiros como responsáveis pelo fato de que o conceito e o termo "psicopatia" tenham cada vez menos validade e que sua utilização em psiquiatria esteja desaparecendo progressivamente.

Passa então a tratar da concepção estrutural, a qual, segundo ele, justifica a sobrevivência do conceito de psicopatia. Segundo Fernandez, a alteração psicopática não afeta apenas ao caráter, mas à personalidade total. Utiliza os termos "fenosicopatia" e "criptosicopatia" para "expressar que a facticidade psicopática compreende duas séries de fenômenos hierarquicamente distintas, porém ligadas entre si por densas conexões de direção dupla" (11, p. 106). O "fenosicopático" não é a simples tradução externa do "criptosicopático". Este último representa a face original do psicopata. O primeiro é o resultado das influências recíprocas entre o "criptosicopático" e a personalidade restante. A medida que a personalidade é menos madura, a ressonância exterior da estrutura "criptosicopática" se acentua progressivamente.

Para se descrever clinicamente a estrutura da personalidade psicopática, pensa Fernandez, ser necessário basear-se no conteúdo das vivências. Isto porque considera a estrutura psíquica psicopática como qualitativamente análoga à normal, as duas diferindo apenas em termos quantitativos.

Dentre os traços "fenosicopáticos" que menciona, estão : personalidade imatura, ausência de sentimentos de culpa, de angústia, de consciência de estar doente, e das funções da consciência

moral, potencial agressivo exagerado, desconhecimento do amor, e desenvolvimento de impulsos não controlados.

A característica principal da atitude do psicopata frente ao mundo consiste em que, sem que haja uma ruptura psicótica com a realidade, acham-se muito prejudicados os fundamentos do que Fernandez chama de "Comundo" (Mitwelt), isto é, a convivência, a comunicação e o diálogo. A capacidade de estabelecer contatos iniciais e efêmeros acha-se muito desenvolvida no psicopata, sendo esta, segundo Fernandez, sua principal arma para seduzir e conquistar os outros.

De acordo com Fernandez, o presente é o importante na temporalidade do psicopata. Sua capacidade para manipular a experiência passada é muito limitada. Isto é mais visível no campo das experiências sociais. A aprendizagem social é extremamente difícil para o psicopata. Ele não é capaz de nenhuma reflexão retrospectiva e mostra uma completa falta de visão para seus fracassos próprios. Sua prospecção também apresenta escassa amplitude e consistência. Tudo isto reflete-se numa espécie de "anti-conformismo", isto é, numa necessidade de mudar incessantemente o panorama presente.

A estrutura intelectual do psicopata caracteriza-se pela superioridade do desenvolvimento da inteligência prática em relação ao da inteligência verbal.

Fernandez distingue 6 tipos básicos de psicopatas, baseando-se no "criptosicopático" e não no "ferosicopático", pois este sofre muitas influências das demais qualidades da personalidade. Os tipos que distingue são: o hipertímico, o depressivo, o impulsivo, o irritável ou explosivo, o lábil afetivo e o atímico. Esses tipos estão sujeitos a transformações histórico-culturais. Como exemplo, Fernandez cita um estudo que mostra que o tipo explosivo tornou-se muito mais raro nas últimas décadas.

Henri Ey utiliza o termo personalidade psicopática, de modo amplo, com ele abrangendo distintos casos de que trata no ca-



pítulo sobre "o desequilíbrio psíquico", em seu livro Tratado de Psiquiatria (1969). O denominador comum entre esses casos é a anti-sociabilidade e a impulsividade. Com o termo personalidade psicopática se classificam os indivíduos que "apresentam uma anomalia de sua personalidade, distúrbios afetivos e caracteriais diversos e uma propensão às condutas anti-sociais".

Não trata de todas as variedades consideradas como "desequilíbrios psicopáticos", restringindo-se a expor o essencial dos problemas clínicos levantados pelos perversos constitucionais, os indivíduos que apresentam uma perversão sexual e os toxicômanos.

Resumiremos aqui suas considerações sobre os "perversos constitucionais (moral insanity)" pois, segundo Ey, este tipo de desequilíbrio constitui o centro do grupo dos desequilíbrios psicopáticos.

Define-os como "'inválidos morais' (Mairet) que não têm nenhum sentido moral e cuja conduta subversiva está constantemente dominada pelas tendências perversas e pela malignidade" (8, p. 357). Segundo ele, entre estes indivíduos existe com bastante frequência uma alta proporção de alterações das funções somáticas, glandulares e nervosas.

Ey cita os seguintes elementos semiológicos fundamentais: a ausência de déficit intelectual, de angústia ou de delírio; a ausência ou debilidade das reações ante os imperativos sociais geralmente recebidos; a insensibilidade aos meios de educação ou de repressão social, a instabilidade afetiva, e, sobretudo, a impulsividade. Estes traços do comportamento são considerados crônicos, pois fazem parte do próprio caráter do indivíduo.

A tensão agressiva e a impulsividade são consideradas como os traços essenciais do psicopata perverso. Ey vê na rebeldia e na malignidade, os traços que formam o núcleo do caráter do perverso. Segundo Ey, este se comporta como "um mal sujeito", indisciplinado. Age repentina e obstinadamente e segundo seu próprio arbítrio. Parece insensível ao amor, à amizade, ao respei-

to, à sua própria dor e a dos outros. Desde muito jovem, comporta-se como um rebelde que ignora as ordens e os conselhos, e resiste com frieza às punições. Caprichoso, colérico, violento, vindicativo, é excluído logo dos diversos grupos sociais (família, escola, trabalho) e passa a viver à margem da sociedade, sozinho, ou, o que é mais frequente, integrado em quadrilhas organizadas para o roubo ou a rebeldia.

De acordo com Ey, o psicopata perverso tem o prazer de agir mal e de fazer o mal. Sua agressividade é perversa ou destrutiva. Pratica ações refinadas caracterizadas pela malignidade ou o escândalo. Inventava estórias extraordinárias de façanhas pessoais, ou calúnias venenosas. Segundo Ey, a criança perversa é um tormento em casa, e acaba por se tornar um criminoso ou um vagabundo, um ser habitual nas prisões ou destinado aos asilos.

A vida sexual do psicopata perverso é anormal, implicando, sempre, alguma perversão (homossexualismo, sadismo, masoquismo, etc.). Também a toxicomania, especialmente o alcoolismo, ocupa papel importante na vida desses indivíduos.

Ey distingue algumas "fisionomias clínicas" que se encontram no psicopata: o tipo neurótico, o tipo psicótico, os diversos tipos de neurose de caráter e o delinquente infanto-juvenil.

Para Ey, os casos de psicopatia perversa sempre já se observam na juventude ou nos primeiros anos da idade adulta. Considera que "o fim destes psicopatas (quer terminem no hospital psiquiátrico ou na prisão), não tem história, por assim dizer... devemos reconhecer que a maioria das vezes estas disposições caracterológicas persistem sem modificação, e desanimam todos os esforços médico-sociais" (8, p. 366).

No início deste trabalho, já vimos muitas das idéias de Cleckley a respeito da psicopatia. Segundo ele, na psiquiatria contemporânea, pode-se distinguir duas tendências que contribuem para afastar o problema da sociopatia de considerações práticas, e para criar confusão, em relação ao conceito de psicopatia. Uma

dessas tendências diz respeito a esforços no sentido de agrupar esses "pacientes" com vários outros tipos totalmente diferentes entre si. A outra tendência se relaciona a tentativas de subdividir o distúrbio psicopático em várias categorias diagnósticas que representam distinções um tanto imaginárias, baseadas em descrições superficiais, que não levam em consideração as diferenças reais e evidentes. Cleckley cita os tipos de Schneider para exemplificar esta tendência.

Segundo Cleckley, não é exagero dizer que as dificuldades com que se defronta o psiquiatra, ao tratar do problema do psicopata através de tal confusão de conceitos, são comparáveis às que um clínico geral teria de enfrentar se fosse lidar com a "leucemia", e este termo fosse usado em medicina para se referir também à perna fraturada, hemorróidas, gravidez, tumor cerebral e gripe.

Na obra de Kahn, Psychopathic Personalities (1931), considerada como a fonte melhor de informação em relação à psicopatia, Cleckley não conseguiu achar quase nada que se referisse ao grupo de pacientes que constituem o interesse de seu estudo. O que Cleckley descobriu foram as psiconeuroses tratadas sob o título de "personalidade psicopática" e uma lista de 16 categorias que ocasionalmente dizem respeito a seu tema de estudo, porém nunca o clarificam. As 16 subdivisões em que o psicopata pode ser classificado, segundo a obra de Kahn são: (1) "o nervoso", (2) "o ansioso", (3) "o sensitivo", (4) "o compulsivo", (5) "o excitável", (6) "o hipertímico", (7) "o depressivo", (8) "o temperamental", (9) "o afetivamente frio", (10) "o de vontade fraca", (11) "o impulsivo", (12) "o sexualmente perverso", (13) "o histérico", (14) "o fantástico", (15) "o obstinado", (16) "o excêntrico".

Conclui que o livro não trata, na realidade, da psicopatia, mas que constitui um estudo válido e cuidadoso de outros temas.

Cleckley apresenta em seu livro The Mask of Sanity (1964), casos clínicos detalhados de psicopatas. Com base em

sua experiência, ele seleciona 16 características que formam o perfil clínico do psicopata (a quem também chama "sociopata"). De acordo com ele, estas permitem um reconhecimento imediato do psicopata e ajudam a distingui-los das outras pessoas. As características que destaca são: charme superficial e boa inteligência; ausência de ilusões e outros sinais de pensamento irracional; ausência de "nervosismo" ou manifestações psiconeuróticas; não é digno de confiança ("unreliability"); tendência a mentir e ausência de sinceridade ("untruthfulness and insincerity"); falta de remorso ou vergonha; comportamento anti-social inadequadamente motivado; julgamento pobre e fracasso em aprender através da experiência; egocentricidade patológica e incapacidade de amar; pobreza geral nas reações afetivas fundamentais; perda específica de insight; não responde às relações interpessoais gerais; comportamento fantástico e pouco recomendado quando bebe, e às vezes, mesmo sem beber; raramente comete suicídio; vida sexual impessoal, trivial, e pobremente integrada; e fracasso em seguir qualquer plano de vida.

Para que se possa reconhecer ainda melhor o psicopata, Cleckley estabelece uma comparação entre o mesmo e outros "pacientes" que apresentam doenças clínicas e os que mostram reações ou padrões de vida desviantes. Ao fazer essas comparações, ele apresenta as características que diferem o psicopata de cada um desses "distúrbios".

Considera os seguintes tipos: (1) o psicótico; (2) pacientes com desvios reconhecidos como semelhantes às psicoses, mas vistos como reações incompletas e menos graves; (3) o psiconeurótico; (4) o débil mental; (5) o criminoso comum; (6) outros distúrbios do caráter e do comportamento, inclusive a delinquência, etc.; (7) homossexualismo específico e outros desvios sexuais consistentes; (8) o extravagante homem de gênio; (9) o hedonista imoderado e alguns outros bebedores; (10) o alcóola tra clínico; (11) o simulador ("malingerer"), e finalmente, (12) personagens de ficção de interesse psiquiátrico.

Cleckley pensa que, para se chegar a uma concepção do

psicopata que seja consistente com os fatos de sua observação, é necessário, antes de tudo postular que a psicopatia é um distúrbio ou desvio genuíno e muito grave. Cleckley levanta a hipótese de que este distúrbio, ou a diferença que o psicopata apresenta quando comparado com a personalidade normal ou integrada, consiste numa ausência de percepção e uma incapacidade persistente de discernir o sentido que as experiências mais importantes da vida tem para as outras pessoas. Disto resulta uma patologia, a qual, Cleckley compara com o que Henry Head descreve como "afasia semântica". Esta representa um distúrbio da linguagem relacionado a uma patologia na área do giro supra-marginal. A afasia semântica, segundo Head, caracteriza-se pela falta de reconhecimento do significado primordial e da intenção das palavras e frases, e pela perda da capacidade de apreciar ou formular a conclusão geral de uma sequência do pensamento. A pessoa que sofre de afasia semântica pode compreender uma palavra ou uma frase curta e pode apreciar os vários detalhes de uma composição, mas o significado do todo lhe escapa.

Fazendo uma analogia com o conceito de Head, Cleckley chama o distúrbio do psicopata de "demência semântica". Embora suas verbalizações (por exemplo, "Sinto muito que eu tenha lhe causado este transtorno") pareçam normais, elas não possuem nenhum significado emocional.

Cleckley não acredita que a causa desse distúrbio do psicopata tenha sido descoberta e demonstrada.

E mostra-se desencorajado em relação aos efeitos do tratamento no psicopata. Os pacientes psicopatas tratados por psicanálise, terapia de grupo e do meio ambiente, e várias outras técnicas dinâmicas continuaram a se comportar como antes do tratamento. Cleckley não acredita também que nenhum tratamento psiquiátrico (eletrochoque, lobotomias, etc.) tenha se mostrado como uma solução verdadeira para o problema. Sugere, então, que os psicopatas sejam reconhecidos como um grupo distinto do das demais doenças mentais, e que sejam tratados por regras e métodos especificamente adaptados a seus problemas. Não esclarece, entretan-

to, quais sejam estas regras e métodos.

Partridge, em seus artigos de 1928 e 1930 no American Journal of Psychiatry, encontra dificuldade em classificar a personalidade psicopática da mesma forma que as principais doenças mentais. Segundo ele, não há um método seguro de se fazer um diagnóstico de psicopatia, sendo adotado geralmente um critério mais especulativo, baseado numa condição constitucional. Algumas vezes, classifica-se como psicopatia o que resta dos distúrbios mentais que foram classificados pela psiquiatria.

As idéias que se relacionam à personalidade psicopática se encontram, segundo Partridge, amplamente difundidas em trabalhos psiquiátricos e de criminologia e muito do material pertence ao estudo da delinquência como um todo.

De acordo com Partridge, pode-se fazer um agrupamento preliminar e superficial dos psicopatas a partir das variedades de desajustamento social. O termo "sociopatia" pode ser utilizado para designar um grupo dentro da classe mais ampla, se se considera esta em termos de comportamento socializado. O termo significa algo desviante ou patológico nas relações sociais. Reconhece que não pode haver um acordo completo sobre o que seja sociopático, da mesma forma que não há acordo nas discussões sobre anormalidade e normalidade. Mas, ao menos, pode-se reconhecer graus distintos de comportamento sociopático tais como a criminalidade, a vagabundagem, o antagonismo, etc. Também estes às vezes são difíceis de se determinar porque a motivação do indivíduo deve ser levada em consideração.

Partridge, propõe, então, que para as pessoas serem classificadas de sociopatas elas devem ser vistas como essencial e unicamente sociopatas, isto é, seu comportamento anti-social crônico deve estar relacionado de alguma forma com suas motivações quanto a seus principais interesses e necessidades. O que se deve procurar identificar e definir é o padrão de comportamento sociopático crônico relacionado a determinado desajustamento em uma união causal.

Partridge questiona, então, a utilidade do termo "personalidade psicopática", tanto para designar esse sub-grupo, como para designar a classe dos desvios de personalidade. Segundo ele, o termo "personalidade patológica" tem algum sentido, mas não é indispensável para se trabalhar numa área em que as 2 classes principais de fatos a serem considerados são, por um lado, um grande número de desajustamentos não classificados e, por outro lado, um grupo de pessoas que se caracterizam principalmente por anomalias na esfera social.

Segundo Partridge, há mais de 12 termos utilizados para se referir aos sintomas da psicopatia, o que contribue para grande parte da confusão em relação a este síndrome. O estudo da personalidade psicopática, considerada como um dos grupos principais dos desvios mentais, não tem conduzido a conclusões definitivas, pois este é um grupo difícil de se estudar.

Em relação ao tratamento do psicopata, Partridge não encontra muito mais do que comentários pessimistas. A tendência geral é considerar o desajustamento do psicopata como fixo e incurável.

Partridge nos apresenta um estudo de 50 casos de personalidade psicopática (21 M e 29 F). O diagnóstico de personalidade psicopática, ou havia sido aceito unanimemente pela equipe do hospital, ou era o diagnóstico que prevalecia. Os dados foram acumulados no curso normal das atividades clínicas do hospital.

Nesses casos, Partridge distingue 3 tipos principais em relação às características encontradas num nível descritivo: (I) o tipo delinquente; (II) o tipo inadequado, onde se incluem aqueles que apresentam um tipo "inválido" de reação; e (III) o tipo incompatível geral, que se caracteriza por desajustamento emocional crônico.

No primeiro tipo, predominam os indivíduos do sexo masculino, e no segundo, os do sexo feminino. A tendência geral entre as mulheres era a de uma reação mista, enquanto, entre os homens, havia mais casos que pareciam atípicos. Entre as mulheres,

Partridge encontrou 7 do tipo I; 8 do tipo II; e 14 do tipo III. Partridge explica esta tendência das mulheres a se acumularem no grupo III por sua "instabilidade emocional e sua maior inabilidade em se adaptar". Entre os homens, Partridge encontrou 10 delinquentes crônicos; 3 do tipo II; e 8 que, ou eram cronicamente incompatíveis, ou pertenciam a um tipo misto ou indefinido. As mulheres não apresentaram nenhum caso de delinquência crônica, mas apenas aproximações deste tipo.

Deste estudo, Partridge conclui que "o 'psicopata' é uma pessoa em quem fortes demandas são acompanhadas por sentimentos de inadequação, inferioridade ou instabilidade e em quem desenvolve-se uma tendência a recorrer a um ou mais padrões típicos de reação, que diferem de acordo com o caso, mas que podem ser incluídos, de modo geral sob os termos ataques de raiva, mal humor e fuga" (17, p. 974).

Em 1948, Ben Karpman escreveu um artigo criticando o conceito de personalidade psicopática. Segundo ele, embora muito se tivesse escrito sobre o assunto, muito pouco se tinha conseguido no sentido de melhor compreensão e de possibilidade de se conseguir alguma solução para o problema. Sua crítica principal era a de que o material relativo à psicopatia era apresentado num nível descritivo. Os sintomas eram descritos, mas não a dinâmica por trás dos sintomas. Define o termo "dinâmica" como "a operação constante de forças responsáveis pelo andamento real da situação, pela emergência dos processos e mecanismos" (16, p.523). Vê na compreensão dinâmica da psicopatia, uma possibilidade de se chegar a alguma solução e entendimento melhores do problema.

Segundo Karpman, muitos trabalhos sobre psicopatia apresentam amplo material de históricos de caso. Porém, geralmente, estes incluem indivíduos de vários tipos que, na realidade, não têm nada em comum, além do fato de terem cometido alguma ação anti-social. Isto indica que não se delimitou ainda o que seja a chamada personalidade psicopática.



Karpman se pergunta mesmo se a personalidade psicopática, tal como é clinicamente descrita, realmente existe. Divide os indivíduos que são classificados sob o conceito de personalidade psicopática em 2 grupos: o sintomático ou secundário e o idiopático ou primário. No primeiro grupo, inclui os casos em que, por trás dos sintomas que apresentam, pode-se ver que a reação psicopática, por mais severa que seja na superfície, deriva-se de influências psíquicas definitivas que se enquadram no esquema de outros tipos clínicos: histeria, neurose, etc. O segundo grupo representa um pequeno número de casos, nos quais não se pode descrever uma psicogênese apesar de todas as tentativas que se façam nesse sentido. Segundo Karpman, poucos psiquiatras se preocupam em lidar com este tipo de caso porque, em termos de resultados práticos, não há compensação. O paciente parece ser o que é pelo mesmo motivo de que sempre foi e sempre será, e a reação é tão profundamente arraigada, que conduz à suspeita de um fator constitucional. Propõe substituir para esse grupo, o termo "personalidade psicopática" pelo que chama de "anetopatia". Este termo designaria uma doença sui generis e específica, diferente das outras doenças mentais e do que serve para designar o conceito de personalidade psicopática. Assim, de acordo com Karpman, não há mais lugar para o termo personalidade psicopática dentro do esquema tradicional da psicopatologia, e o que permanece é um mito, uma entidade inexistente.

Adelaide Johnson e S. Szurek consideram o psicopata como o equivalente adulto do jovem delinquente, e desenvolvem a tese de que a sanção impensada ou o encorajamento indireto dos pais é uma causa fundamental do comportamento anti-social destes indivíduos.

Fazem um estudo de delinquentes procedentes de famílias aparentemente "normais" e não daqueles cujo comportamento é determinado em grande medida por fatores sociais por morarem em favelas ou pertencerem a quadrilhas ou bandos.

Através de estudo e tratamento concomitante dos pais, bem

como do jovem delinquente, torna-se evidente, segundo eles, que um dos pais, e ocasionalmente ambos os pais, têm impulsos proibidos pobremente integrados, e derivam uma gratificação vicária, frequentemente inconsciente, do mal comportamento de seus filhos.

Muitas vezes os pais, ou um dos dois, podem escolher apenas um dos filhos para ser o bode expiatório, numa família de vários filhos. Permite-se que se desenvolva o que os autores chamam de "um defeito de consciência" na criança. Isto acontece especialmente durante os primeiros 6 anos de vida, primariamente através de identificação, em grande detalhe, com o comportamento total dos pais.

Os autores concluem que a solução para o problema estaria em se aceitar que o comportamento delinquente pode não ser consequência de hereditariedade, "más companhias", más escolas, ou divórcio e sim o resultado de impulsos anti-sociais inibidos dos adultos. A partir dessa aceitação não seria tão fácil para estes adultos expressarem seus impulsos, encorajando bodes expiatórios.

O livro de Robert Hare, Psychopathy: Theory and Research (1970) apresenta uma abordagem experimental ao estudo da psicopatia, que segundo ele, é um distúrbio do comportamento e um problema social apenas começando a receber a atenção que merece dos pesquisadores que têm uma orientação científica. Entre estes pesquisadores destaca Cleckley, e considera excelente seu livro The Mask of Sanity.

Em relação ao diagnóstico de psicopatia, Hare cita um estudo que mostra o grau de acordo entre os psiquiatras quanto às principais categorias descritivas do grupo. Os autores deste estudo enviaram um questionário a 973 psiquiatras canadenses pedindo que eles ordenassem numa lista de 29 traços geralmente usados para descrever o psicopata, os 10 que achavam mais importantes no diagnóstico da personalidade psicopática. Dos 677 psiquiatras que responderam o questionário, 89,3% achavam que havia sentido

em se usar em psiquiatria o conceito de personalidade psicopática. Consideraram as seguintes características como as mais importantes no diagnóstico da psicopatia: (1) não tirar proveito da experiência; (2) falta de senso de responsabilidade; (3) incapacidade de formar relações significativas; (4) falta de controle sobre os impulsos; (5) falta de senso moral; (6) crônica ou recorrentemente anti-social; (7) a punição não altera o comportamento; (8) imaturidade emocional; (9) incapacidade de sentir culpa; e (10) centrado em si mesmo.

Para Hare, embora haja um acordo razoável sobre o significado do termo psicopatia, não é sempre fácil identificar os indivíduos que podem ser classificados como psicopatas. O conceito, neste particular, apresenta um problema que é comum a todas as categorias diagnósticas, isto é, o problema da confiabilidade do diagnóstico. Hare tem a expectativa de que o tipo de pesquisa discutido em seu livro contribuirá para que o conceito de psicopatia seja mais preciso e mais objetivo do que o é atualmente.

Inicia pelos estudos psicométricos da psicopatia: escalas de inteligência, inventários, MMPI, escalas de ansiedade, o diferencial semântico de Osgood. Entre os métodos projetivos, cita estudos com o Rorschach, testes de complementação de sentenças, o Rosensweig, o TAT. Conclui destes estudos que, embora o psicopata, como um grupo, apresente inteligência pelo menos média, é necessário mais pesquisas que mostrem as dimensões do seu intelecto. Em relação às outras medidas psicométricas, os resultados geralmente têm coincidido razoavelmente bem como as descrições clínicas.

Os estudos feitos utilizando-se o EEG têm produzido resultados um tanto consistentes apesar de suas limitações. Uma das descobertas nesta área foi que a atividade de onda lenta generalizada, frequentemente encontrada em psicopatas, se assemelha aos padrões eletroencefalográficos usualmente encontrados em crianças. Isto conduziu à hipótese da "imaturidade cortical" ligada à psicopatia. Uma segunda hipótese diz respeito à presença de anormalidades localizadas do EEG. Segundo esta hipótese, a psico-

patia é associada à má-função de certos mecanismos do cérebro relacionados com a atividade emocional e a regulação do comportamento.

Hare apresenta estudos que buscam precisar as relações entre a psicopatia e o funcionamento do sistema nervoso autônomo. Uma das conclusões que se pode chegar nessa área é que os psicopatas tendem a ser hipoativos em vários índices de atividade do SNA, o que é consistente com as descrições clínicas do psicopata como uma pessoa sem ansiedade, culpa ou tensão emocional.

Ainda na área neurológica, várias pesquisas sugerem que certos aspectos do comportamento do psicopata estão relacionados a um nível relativamente baixo de ativação cortical. Isto poderia explicar a busca ativa de estimulação do psicopata. Hare sugere que no processo de busca, entretanto, o psicopata talvez não perceba as pistas que conduzem a um funcionamento social adequado.

Segundo Hare, as tentativas de explicar o comportamento do psicopata em termos de aprendizagem, baseiam-se em uma das seguintes afirmações: o psicopata é o produto de uma combinação particular das primeiras experiências de aprendizagem; ou o psicopata é o resultado de uma incapacidade de aprender certas formas de comportamento necessárias para o funcionamento social eficiente.

Os estudos relacionados ao primeiro tipo de hipótese chegaram a algumas conclusões quanto ao comportamento do psicopata. Entre estas, destacam-se as seguintes:

1. embora muitos psicopatas sejam provenientes de meios familiares pobres e tenham tido experiências de perda ou rejeição dos pais, parece que um dos fatores que melhor prevê a psicopatia é a presença de um pai psicopata, alcoólatra ou anti-social;

2. o psicopata é incapaz de se colocar no lugar dos outros, de modo a se ver como os outros o vêem, e suas primeiras experiências levaram-no a aprender uma "fachada social" sem restrições morais ou emocionais que não a de parecer bem aos ou -

tros;

3. é provável que a punição dada ao psicopata tenha sido consideravelmente tardia em relação à ação que se desejava punir e que a disciplina tenha sido inconsistente, o que pode explicar a aparente ausência de culpa do psicopata e sua baixa resistência à tentação.

Com relação à hipótese de déficit na aprendizagem, Hare cita os estudos de Eysenck como os mais representativos. Cita também estudos utilizando condicionamento clássico e operante com psicopatas. Os estudos do primeiro tipo geralmente utilizaram um estímulo nocivo como estímulo incondicionado (choque elétrico) e, ou uma resposta muscular (piscar o olho) ou uma resposta autônoma (RGP) como a resposta a ser condicionada. Uma das conclusões que se pode tirar desses estudos é que o psicopata não desenvolve logo respostas de medo condicionado. Como resultado, não aprende com facilidade respostas que são motivadas pelo medo e reforçadas pela redução do medo.

Comentando sob o tratamento do psicopata Hare mostra que a atitude pessimista é a que prevalece, tanto entre os clínicos quanto entre os pesquisadores, quando se trata da psicopatia. Nem os métodos terapêuticos tradicionais nem a terapia de comportamento têm se mostrado efetivos no sentido de mudar o comportamento do psicopata. Hare vê uma exceção possível na utilização de alguma espécie de comunidade terapêutica em que se faça uma tentativa de se melhorar as relações interpessoais do psicopata e de se reestruturar seu meio ambiente social. Segundo ele, há evidência também de uma melhora espontânea em relação ao comportamento anti-social com a idade.

Embora esta revisão da literatura sobre a psicopatia represente apenas uma amostra muito pequena do que foi escrito sobre o assunto, podemos concluir do que foi visto que há muito pouco acordo entre os especialistas sobre o que significa, na verdade, o diagnóstico de psicopatia. Enquanto algumas pessoas empregam este termo de modo abrangente para designar uma série

de distúrbios diferentes, outras pessoas pensam que o termo não tem utilidade alguma e só serve para designar uma entidade que não existe.

Porém, há pelo menos uma característica comum entre as várias considerações sobre o assunto. Todos os autores mencionam, de alguma forma, o fato da psicopatia designar um comportamento anti-social. Assim, na definição da psicopatia, entram necessariamente os valores que fazem o indivíduo considerar o comportamento de outro como fugindo das normas da sociedade em que eles vivem. Não podemos falar então de um estudo "científico", da psicopatia, se com isto queremos dizer que mantemos uma atitude neutra ao estudarmos esse síndrome. Nem mesmo se concordarmos com Schneider, que diz que sua definição da psicopatia é simplesmente estatística, e não uma definição de valor, na medida em que considera o normal como o médio, o que é mais frequente na população global. Se nosso objetivo ao classificar o comportamento do indivíduo de psicopático é modificá-lo, de modo a enquadrá-lo na média, isto significa que estamos agindo de acordo com o valor de que o que é bom é o que é médio e mais frequente.

## Conclusões

O que acabamos de expor, nos permite formular algumas conclusões tentativas.

Em primeiro lugar, o modo como se chega ao diagnóstico de doença mental de uma pessoa acusada de crime é tendencioso, isto é, espera-se sempre encontrar algum distúrbio no indivíduo pela própria natureza do crime que cometeu. O próprio fato de se referir ao indivíduo que está sendo examinado como "o paciente" pode representar uma confirmação do que dissemos. E uma série de comportamentos apresentados pelo indivíduo durante o exame são considerados como "sintomas" de doença pelo fato do indivíduo ter sido internado no hospital para exame.

Rosenham (1973) explica esta tendência num estudo que mostra que as características importantes que conduzem a um diagnóstico de doença mental pertencem menos às pessoas que são diagnosticadas do que ao contexto em que elas são observadas.

Segundo, o diagnóstico psiquiátrico ocupa uma posição essencialmente estratégica no caso de uma pessoa acusada de crime. A interpretação que se dá a ele depende, em grande medida, do objetivo ao qual se deseja chegar. A própria decisão de submeter o réu a exame de "sanidade mental" já indica este papel estratégico do diagnóstico.

Frequentemente, quando o advogado de defesa não vê como desempenhar seu papel no caso de um cliente, ele recorre ao diagnóstico psiquiátrico. Provavelmente, isto ocorre com mais frequência no caso de pessoas pobres, cujos advogados são indicados pelo estado, pois, a utilização do diagnóstico de doença mental pode levar o acusado a cumprir a chamada medida de segurança num hospital psiquiátrico do estado, o que não constitui, na realidade, uma vantagem, quando comparado a uma sentença de prisão numa penitenciária. A esse respeito, é ilustrativo o que diz o rapaz que havia fugido de Barbacena e se entregara em Belo Horizonte no dia seguinte: "Não sou doido e eles me jogaram dois anos no Manicômio Judiciário de Barbacena. Tive que fugir, porque senão

acabava ficando doido também. Mas não fugi para ficar livre da cadeia, fugi apenas para voltar para minha comarca (Mantena) ou então para Neves" (Estado de Minas, 24 de maio de 1974. Os grifos são nossos).

Além de haver a possibilidade do indivíduo permanecer indefinidamente numa instituição psiquiátrica estadual, como resultado da utilização do diagnóstico psiquiátrico pela defesa, é possível também que o indivíduo fique para o resto da vida com o estigma de doente mental. Porém, este também pode ser visto pelo advogado, como uma vantagem em relação ao estigma de assassino.

Em terceiro lugar, a psiquiatria aparece como uma ciência respeitada e em cuja autoridade os juristas baseiam muitas vezes seus argumentos. Geralmente, o laudo elaborado por um psiquiatra é levado em consideração e se torna um fator decisivo no tipo de sentença que o réu recebe. No entanto, os estudos mostram como a psiquiatria é ainda instável em relação à definição e tratamento da doença mental. O problema torna-se mais sério, se acreditarmos no que afirma Robert Felix (1964) - que o psiquiatra de amanhã será "um dos guardiães de sua comunidade".

Finalmente, o diagnóstico psiquiátrico conduz à hospitalização do acusado numa instituição estadual, até que seja provada sua cura ou ausência de periculosidade. Não acreditamos que a responsabilidade da pessoa que faz o diagnóstico termine com a conclusão de que o indivíduo examinado é doente mental. É necessário levar em conta as condições reais em que o indivíduo passará a viver, e saber se estas são as melhores condições para a "cura" do indivíduo.

Este trabalho representa apenas um início no sentido de tentar buscar soluções para os sérios problemas levantados pelo diagnóstico psiquiátrico. Embora estes problemas sejam muito antigos, ainda não os compreendemos o suficiente de modo a propormos soluções concretas.

Acreditamos, no entanto, que, para abordarmos esses pro-



blemas de modo adequado, devemos levar em conta os aspectos morais e políticos do desenvolvimento do ser humano e de sua existência social. O fato de se considerar estes aspectos não impede, como pensam alguns teóricos, a possibilidade de uma ação científica efetiva em relação ao problema. Pelo contrário, ele abre mais perspectivas neste sentido.

Muitos estudos já estão sendo feitos no sentido de abordar o problema da doença mental de modo diferente do modo tradicional. Será necessário muito mais estudos nessa direção para que possamos chegar a uma solução mais humana para o problema.

## ANEXO I

Artigos do Código Penal (Decreto-lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940) que tratam dos doentes mentais e das medidas de segurança que lhes são impostas.\*

### Título III - Da Responsabilidade (arts. 22 à 24)

Art. 22 - 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 criminoso do fato ou determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

### Título VI - Das medidas de segurança

Art. 75 - As medidas de segurança regem-se pela lei vigente ao tempo da sentença, prevalecendo entretanto, se diversa a lei vigente ao tempo da execução.

Art. 76 - A aplicação da medida de segurança pressupõe:

- I - a prática do fato previsto como crime;
- II - a periculosidade do agente.

Art. 77 - Quando a periculosidade não é presumida por lei, deve ser reconhecido perigoso o indivíduo, se a sua personalidade e antecedentes, bem como os motivos e circunstâncias do crime autorizam a suposição de que venha ou torne a delinquir.

Art. 78 - Presumem-se perigosos:

- I - aqueles que nos termos do art. 22, são isen

---

\* Nelson Hungria, Comentários ao Código Penal, vols. I e III, Companhia Editora Forense, Rio de Janeiro, 1958 e 1959.

tos de pena;

II - os referidos no parágrafo único do art.;

III - os condenados por crime cometido em estado de embriaguez pelo álcool ou substância de efeitos análogos, se habitual a embriaguez;

IV - os reincidentes em crime doloso;

V - os condenados por crime que hajam cometido como filiados a associação, bando ou quadrilha de malfeitores.

Art. 79 - A medida de segurança é imposta na sentença de condenação ou de absolvição.

Parágrafo único - Depois da sentença, a medida de segurança pode ser imposta:

I - durante a execução da pena ou durante o tempo em que a ela se furte o condenado;

II - enquanto não decorrido tempo equivalente ao da duração mínima da medida de segurança, o indivíduo que, embora absolvido, a lei presume perigoso;

III - nos outros casos expressos em lei.

Art. 80 - Durante o processo, o juiz pode submeter as pessoas referidas no art. 78, nº I, e os ébrios habituais ou tóxicômanos às medidas de segurança que lhes sejam aplicáveis.

Parágrafo único - O tempo de aplicação provisória é computado no prazo mínimo de duração da medida de segurança.

Art. 81 - Não se revoga a medida de segurança pessoal, enquanto não se verifica, mediante exame do indivíduo, que este deixou de ser perigoso.

§ 1º - Procede-se ao exame:

I - ao fim do prazo mínimo fixado pela lei para a medida de segurança;

II - anualmente, após a expiração do prazo mínimo, quando não cessou a execução da medida de segurança;

III - em qualquer tempo, desde que o determine a superior instância.

§ 2º - Se inferior a um ano o prazo mínimo de duração da medida de segurança os exames sucessivos realizam-se ao fim de cada período igual àquele prazo.

Art. 82 - Executam-se as medidas de segurança:

I - depois de cumprida pena privativa de liberdade;

II - no caso de absolvição, ou de condenação à pena de multa, depois de passada em julgado a sentença.

Art. 88 - As medidas de segurança dividem-se em patrimoniais e pessoais. A interdição de estabelecimento ou de sede de sociedade ou associação e o confisco são as medidas da 1a. espécie; as da 2a. espécie subdividem em detentivas ou não-detentivas.

§ 1º - São medidas detentivas:

I - a internação em manicômio judiciário

II - a internação em casa de custódia e tratamento

III - a internação em colônia agrícola ou em instituto de trabalho, de reeducação ou de ensino profissional.

§ 2º - São medidas não-detentivas:

I - a liberdade vigiada

II - a proibição de frequentar determinados lugares

III - o exílio local.

Art. 89 - Onde não há estabelecimento adequado, a medida detentiva, segundo a sua natureza, é executada em seção especial de outro estabelecimento.

Parágrafo único - Aplica-se às medidas de segurança detentivas o que dispõe o art. 29, § 3º (refere-se a execução da medida de segurança fora do Estado em que foi imposta).

Art. 90 - O internado deve ser submetido a regime de reeducação, de tratamento ou de trabalho, conforme suas condições pessoais.

pessoais.

Parágrafo único - O trabalho deve ser remunerado.

Art. 91 - O agente isento de pena, nos termos do art. 22, é internado em manicômio judiciário.

§ 1º - A duração da internação é, no mínimo:

I - de seis anos, se a lei comina ao crime, pena de reclusão não-inferior no mínimo, a 12 anos;

II - de 3 anos, se a lei comina ao crime pena de reclusão não-inferior no mínimo, a 8 anos;

III - de 2 anos, se a pena privativa de liberdade, cominada ao crime é, no mínimo, de 1 ano;

IV - de 1 ano, nos outros casos.

§ 2º - Na hipótese do nº IV, o juiz pode submeter o indivíduo apenas à liberdade vigiada.

§ 3º - O juiz pode, tendo em conta a perícia médica, determinar a internação em casa de custódia e tratamento observados os prazos do art. anterior.

§ 4º - Cessa a internação por despacho do juiz, após a perícia médica (art. 81) ouvidos o Ministério Público e o diretor do estabelecimento.

§ 5º - Durante um ano depois de cessada a internação, o indivíduo fica submetido à liberdade vigiada, devendo ser de novo internado se seu procedimento revela que persiste a periculosidade. Em caso contrário, declara-se extinta a medida de segurança.

Art. 92 - São internados em casa de custódia e tratamento não se lhes aplicando outra medida detentiva:

I - durante 3 anos, pelo menos, o condenado por crime a que a lei comina pena de reclusão por tempo não-inferior, no mínimo a 10 anos, se na sentença foram reconhecidas as condições do parágrafo único do art. 22;

II - 2 anos

5 anos

III - durante um ano, pelo menos, o condenado por crime a que a lei comina pena privativa de liberdade por tempo não inferior, no mínimo, a um ano, se na sentença...

IV - durante 6 meses, pelo menos, ainda que a pena aplicada seja por tempo menor, o condenado à pena privativa de liberdade por crime cometido em estado de embriaguez pelo álcool ou substância de efeitos análogos, se habitual a embriaguez.

Parágrafo único - O condenado por crime a que a lei comina pena privativa de liberdade por tempo inferior, no mínimo, a um ano, se na sentença foram reconhecidas as condições do parágrafo único do art. 22, é internado em casa de custódia e tratamento durante 6 meses, pelo menos, ou, se mais conveniente, submetido, por igual prazo, à liberdade vigiada.

## ANEXO II

Artigos do Código de Processo Penal (Decreto-lei nº 3.689 de 3 de outubro de 1941) que se referem à Doença Mental.\*

### CAPÍTULO VIII

#### Da insanidade mental do acusado

Art. 149 - Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal.

§ 1º - O exame poderá ser ordenado ainda na fase do inquêrito, mediante representação da autoridade policial ao juiz competente.

§ 2º - O juiz nomeará curador ao acusado, quando determinar o exame, ficando suspenso o processo, se já iniciada a ação penal, salvo quanto às diligências que possam ser prejudicadas pelo adiamento.

Art. 150 - Para o efeito do exame, o acusado, se estiver prêso, será internado em manicômio judiciário, onde houver, ou, se estiver solto, e o requererem os peritos, em estabelecimento adequado que o juiz designar.

§ 1º - O exame não durará mais de 45 dias, salvo se os peritos demonstrarem a necessidade de maior prazo.

§ 2º - Se não houver prejuízo para a marcha do processo, o juiz poderá autorizar sejam os autos entregues aos peritos, para facilitar o exame.

Art. 151 - Se os peritos concluírem que o acusado era, ao tempo da infração, irresponsável nos termos do art. 22 do Código

---

\* Fonte: Código de Processo Penal (Decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941) e Legislação Complementar, Atualização e Índices pelo Dr. Floriano Aguiar Dias, Cia. Forense de Artes Gráficas, Rio, 1967.

Penal, o processo prosseguirá, com a presença do curador.

Art. 152 - Se se verificar que a doença mental sobreveio à infração o processo continuará suspenso até que o acusado se restabeleça, observado o § 2º do artigo 149.<sup>37</sup>

§ 1º - O juiz poderá nesse caso, ordenar a internação do acusado em manicômio judiciário ou em outro estabelecimento adequado.

§ 2º - O processo retomarã o seu curso, desde que se restabeleça o acusado, ficando-lhe assegurada a faculdade de reinquirir as testemunhas que houverem prestado depoimento sem a sua presença.

Art. 153 - O incidente da insanidade mental processar-se-ã em auto apartado, que sã depois da apresentação do laudo serã apenso a processo principal.

Art. 154 - Se a insanidade mental sobrevier no curso da execução da pena, observar-se-ã o disposto no art. 682.

Art. 682 - O sentenciado a que sobrevier doença mental, verificada por perícia médica, serã internado em manicômio judiciário, ou, à falta, em outro estabelecimento adequado, onde lhe seja assegurada a custódia.

§ 1º - Em caso de urgência, o diretor do estabelecimento penal poderá determinar a remoção do sentenciado, comunicando imediatamente a providência ao juiz, que, em face da perícia médica, ratificarã ou revogará a medida.

§ 2º - Se a internação se prolongar até o término do prazo restante da pena e não houver sido imposta medida de segurança detentiva, o indivíduo terá o destino aconselhado pela sua enfermidade, feita a devida comunicação ao juiz de incapazes.



### ANEXO III

#### Afirmações relativas às condições de vida em instituições psiquiátricas brasileiras

1) A partir de denúncias feitas pela Associação Mineira de Psiquiatria e pelo Sindicato dos Médicos de Belo Horizonte, ficamos sabendo que, no Hospital Raul Soares, "o médico sofre pressão para dar alta ao paciente no máximo três dias após sua entrada. Para isso, é obrigado a receitar medicamentos em doses maciças, uma forma talvez não muito humana e honesta de abater, com um só golpe, qualquer doente mental mais renitente.

Se o doente, por outro lado, está em estado tal que seria perigoso devolvê-lo à família, é, então internado e recebe choques diários, prosseguindo o bombardeio intenso e contínuo à base de tranquilizantes. Se a loucura persiste, o doente é transferido para o sanatório de Barbacena; o maior centro fornecedor de cadáveres para a Universidade Federal de Minas Gerais" (Jornal do Brasil, 13 de fevereiro de 1975).

2) Maura Lopes Cançado, em seu livro Hospício é Deus, que relata sua experiência como paciente em uma instituição psiquiátrica da Guanabara, nos diz em uma passagem:

"Compreendi: o absurdo disto. É monstruoso. Os médicos são de uma incoerência escandalosa; por mais que queiram negar, estão de acordo com os "castigos", aprovam-nos ou mandam até mesmo aplicá-los. É necessário levar em consideração que são estes mesmos médicos que classificam os doentes, "acusando-os" (é importante) de irresponsáveis. Mas esta responsabilidade de afirmar se o indivíduo é ou não responsável parece terminar no momento em que é feito o diagnóstico. Como punir a inconsciência é o que não entendo. Entretanto, o médico, depois de rotular um indivíduo de irresponsável, inconsciente, exige deste mesmo indivíduo a responsabilidade de seus atos ao mandar (ou permitir que se faça) castigá-lo. De que falta pode um louco ser acusado? De ser louco? É o que venho observando e sentindo na carne" (Cançado, M., 1965, pp. 117 e 118).

3) A revista Visão fala de depoimentos de médicos e pacientes brasileiros que "reforçam a constatação tanto do caráter aleatório dos métodos de diagnóstico de certas doenças mentais como das condições revoltantes em que os doentes são mantidos em alguns centros de tratamento" (Visão, 28 de maio de 1973, p. 86).

4) Finalmente, a notícia de jornal que conta a fuga de um indivíduo de manicômio de Barbacena, traz também suas declarações sobre essa instituição: "Fiquei lá dois anos. Dois anos terríveis. O diretor lá é muito bom, mas os guardas chegam de casa invocados e querem tirar a raiva em cima da gente... Eles amarraram as pernas e os braços dos doidos e enfiaram numa banheira cheia de água, quase até afogá-los. Além disso fazem muitas outras covardias" (Estado de Minas, 24 de maio de 1974).

## B I B L I O G R A F I A

1. Abrahamsen, D., "Insanity in criminal behavior", New York Times, 8 de julho de 1973.
2. Board, R., "An operational conception of criminal responsibility", in Reed, Alexander and Tomkins (eds.), Psychopathology, a source book, John Wiley & Sons, Inc., New York, 1964.
3. Cançado, M.L., Hospício é Deus, José Alvaro Ed., Rio de Janeiro, 1965.
4. Cleckley, H., "Psychopathic States" (chap. 28) in Arieti, S. (ed.), American Handbook of Psychiatry, Basic Books, Inc., New York, 1959.
5. Cleckley, H., The Mask of Sanity, The C.V. Mosby Company, St. Louis, 1964.
6. Cumming, J.B., "The role of the psychiatrist in criminal trials", The American Journal of Psychiatry, 115, 491-497, 1958.
7. Espínola Filho, E., Código de Processo Penal Brasileiro Anotado, Ed. Borsoi, Rio de Janeiro, 1955.
8. Ey, Henri, P. Bernard, e C. Brisset, Tratado de Psiquiatria, trad. de C. Ruiz Ogara, Toray-Masson, S.A., Barcelona, 1969.
9. Eysenck, H.J., Fato e Ficção na Psicologia, trad. de Vera Mendonça, Ibrasa, São Paulo, 1968.
10. Felix, R., "The image of the psychiatrist: past, present and future", American Journal of Psychiatry, 121, 318-322 (Oct.) 1964.

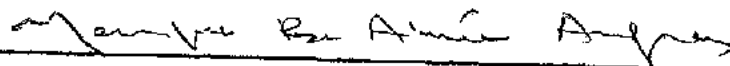
11. Fernandez, F.A., Fundamentos de la Psiquiatria Actual, Editorial Paz Montalvo, Madrid, 1968.
12. Hare, R.D., Psychopathy: theory and research, John Wiley & Sons, Inc., New York, 1970.
13. Hungria, Nelson, Comentários ao Código Penal, vol. I, t. II (arts. 11 a 27), Companhia Editora Forense, Rio de Janeiro, 1958.
14. Hungria, N., Comentários ao Código Penal, vol. III (arts. 75 a 101), Companhia Editora Forense, Rio de Janeiro, 1959.
15. Johnson, A.M. e S.A. Szurek, "Etiology of the antisocial behavior in delinquents and psychopaths", Journal of the American Medical Association, 154, 814-817, 1954.
16. Karpman, B., "The myth of the psychopathic personality", American Journal of Psychiatry, 104, 523-534, 1948.
17. Partridge, G.D., "A study of fifty cases of psychopathic personality", American Journal of Psychiatry, 7, 953-974, 1928.
18. Partridge, G.D., "Current conceptions of psychopathic personality", American Journal of Psychiatry, 10, 53-99, 1930.
19. Reich, W., Listen, Little Man!, trad. de Theodore P. Wolpe, The Noonday Press, New York, 1970.
20. Rosenham, D.L., "On being sane in insane places", Science, 4070, vol. 179, 250-258, 1973.
21. Schneider, K., Las Personalidades Psicopáticas, trad. de Bartolomeu Lopus, Ed. Morata S.A., Madrid, 1968.
22. Szasz, T.S., The Myth of Mental Illness, Dell Publishing Co.,

Inc., New York, 1967.

23. Szasz, T.S., Ideology and Insanity, Doubleday & Company, Inc., Garden City, 1970 a.
24. Szasz, T.S., The Manufacture of Madness, Dell Publishing Co., Inc., New York, 1970 b.
25. Szasz, T.S., Psychiatric Justice, Collier Books, New York , 1971.

Tese apresentada no Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, fazendo parte da banca examinadora os seguintes

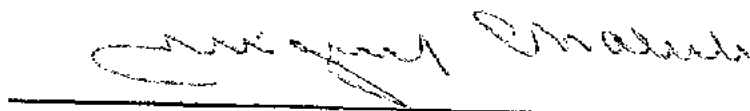
professores:



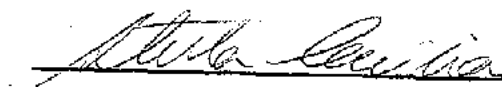
Profa. Monique Rose-Aimée Augras



Prof. Aroldo Rodrigues



Prof. Miguel Chalub



Coordenador dos Programas de Pós-graduação do Centro de Teologia e Ciências Humanas



Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 23 de abril de 1974