

Priscilla Mathes Basso

**CRIME E LOUCURA:
A PSIQUIATRIA FORENSE E A MEDICALIZAÇÃO DA
PERICULOSIDADE CRIMINAL**

**Florianópolis
2014**

Priscilla Mathes Basso

**CRIME E LOUCURA:
A PSIQUIATRIA FORENSE E A MEDICALIZAÇÃO DA
PERICULOSIDADE CRIMINAL**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Doutora em Ciências Humanas.

Orientador: Profa. Dra. Myriam Raquel Mitjavila

Co-orientador: Profa. Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi

Florianópolis
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Basso, Priscilla Mathes
Crime e loucura : a psiquiatria forense e a
medicalização da periculosidade criminal / Priscilla Mathes
Basso ; orientadora, Myriam Raquel Mitjavila ;
coorientadora, Sandra Noemi Cucurullo de Caponi. -
Florianópolis, SC, 2014.
347 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa
de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas.

Inclui referências

1. Ciências Humanas. 2. Medicalização. 3. Psiquiatria.
4. Periculosidade. 5. Crime. I. Mitjavila, Myriam Raquel.
II. Caponi, Sandra Noemi Cucurullo de. III. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação
Interdisciplinar em Ciências Humanas. IV. Título.

Priscilla Mathes Basso

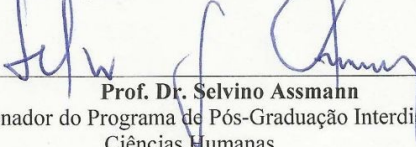
**Crime e loucura: A psiquiatria forense e a medicalização da
periculosidade criminal**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de *Doutor(a) em Ciências Humanas* e aprovada, em sua forma final, no dia 10 de dezembro de 2014, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas/Doutorado.

Profa. Dra. Myriam Raquel Mitjavila
Orientadora

Profa. Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi
Coorientadora

Florianópolis, 10 de dezembro de 2014.

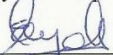


Prof. Dr. Selvino Assmann
Coordenador do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em
Ciências Humanas

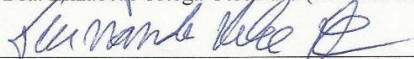
Banca Examinadora:



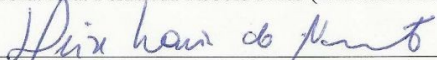
Profa. Dra. Myriam Raquel Mitjavila (orientadora) - UFSC



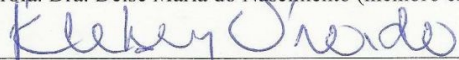
Profa. Dra. Elizabeth Ortega Cerchiaro (membro externo) - UDELAR



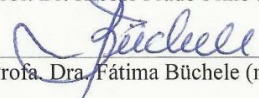
Profa. Dra. Fernanda Rebelo Pinto (membro externo) - UFBA



Profa. Dra. Deise Maria do Nascimento (membro externo) - UNISUL



Prof. Dr. Kleber Prado Filho (membro interno) - UFSC



Profa. Dra. Fátima Büchele (membro interno) - UFSC

Este trabalho é dedicado à minha querida orientadora Myriam, companheira de pesquisa e responsável por anos de meu aprendizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Myriam Mitjavila, sem a qual toda a minha trajetória acadêmica e de pesquisadora não seria possível.

Agradeço à minha co-orientadora Sandra Caponi, referência bibliográfica viva e presente, inspiração nas discussões de sala de aula e congressos.

Agradeço aos meus amigos e editores do periódico Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas, pelas tardes prazerosas e pelas angustias e alegrias partilhadas.

Agradeço aos professores e colegas do PPGICH, que me acompanharam neste processo de doutoramento e foram incentivo durante estes últimos anos nesta etapa do meu aprendizado.

Agradeço à Ethel Scliar, amiga inesperada que cruzou meus caminhos, pelas conversas e orientações nas horas mais confusas da vida.

Agradeço ao Jerônimo Duarte, colega de sala de aula e alento nos caminhos nem sempre simples do cumprimento de prazos e da entrega de formulários.

Agradeço ao meu marido, Felipe Mathes Basso, companheiro de jornada nesta vida, parceiro de debates calorosos e coautor em publicações acadêmicas. Que nossas pesquisas se aproximem para que nossos trabalhos nos unam sempre.

Agradeço aos meus pais, Fátima e Carlos Mathes, motivadores dos meus estudos e amigos presentes nos momentos de dúvidas e dificuldades, alegrias e comemorações, meu exemplo de felicidade e de busca incansável dos sonhos desta vida.

Agradeço ao meu irmão, Diego Mathes, meu grande amigo, meu confiante, por todo o apoio e horas de conversas encorajadoras, por ser com quem eu sempre posso contar, não importando a hora, não importando a distância.

E agradeço a Deus... por tudo.

RESUMO

A presente tese de doutoramento busca identificar e analisar as configurações recentes do saber médico no campo da psiquiatria forense, do ponto de vista do seu papel nos processos de medicalização do crime. Interessou examinar, em particular, as estratégias interpretativas atuais da medicina psiquiátrica sobre a questão da periculosidade criminal e suas relações com a doença mental. A proposta de pesquisa respondeu ao interesse em analisar um conjunto de transformações bastante recentes observadas no desenvolvimento de uma prática que por mais de um século se mantinha inalterada, qual seja, a emissão de laudos de cessação de periculosidade de indivíduos detidos em estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico para cumprimento de medida de segurança em virtude de sentenças judiciais. Através desse tipo de avaliação psiquiátrica é definida a permanência, ou não, da periculosidade como atributo do indivíduo, sendo que a atribuição de periculosidade criminal – isto é, a probabilidade de voltar a cometer delitos com algum grau de violência em um futuro qualquer – é peça-chave da renovação do confinamento sob medida de segurança por tempo indeterminado ou até a realização de uma nova perícia. Levantou-se a hipótese de que o saber médico psiquiátrico estaria experimentando algumas transformações do ponto de vista da racionalidade na qual se sustenta e de suas articulações com estratégias biopolíticas mais amplas de gestão do crime. Entre as principais transformações, destaca-se a emergência de instrumentos padronizados de avaliação psiquiátrica da periculosidade criminal e suas conexões com a “nova penologia” baseada na gestão de riscos. A partir de uma perspectiva bastante foucaultiana, formulou-se uma estratégia metodológica que compreendeu a análise de material empírico obtido através de fontes documentais, material bibliográfico e entrevistas a informantes-chave. Desse ponto de vista, foram particularmente examinados as modalidades enunciativas e o campo semântico dos modelos etiológico-terapêuticos sobre as relações entre saúde mental e comportamento criminal na psiquiatria contemporânea. Em termos de resultados, destacam-se algumas observações sobre o perfil atual das estratégias de medicalização do crime, tais como: (i) caráter não linear e contraditório dos processos de medicalização do crime, os quais também

compreendem processos de desmedicalização de alguns dos seus objetos; (ii) caráter estruturante do risco como dispositivo biopolítico a respeito da emergência de instrumentos padronizados para a avaliação da periculosidade criminal; (iii) predomínio de modelos etiológicos que privilegiam fatores individuais e familiares, em detrimento de fatores sociais e estruturais, na interpretação psiquiátrica do crime; (iv) natureza profundamente moral das categorias médicas utilizadas na imputação de periculosidade criminal e (v) a convivência atual entre, de uma parte, as formas tradicionais de avaliação da periculosidade criminal, baseadas na avaliação clínica como insumo para a emissão de laudos forenses e, de outra parte, as formas de avaliação que se apoiam na aplicação de testes e de outros instrumentos padronizados de predição de comportamento e periculosidade criminais.

Palavras-chave: 1 Medicalização. 2 Psiquiatria. 3 Periculosidade. 4 Crime. 5 Biopolítica.

RESUMEN

Esta tesis doctoral tiene como objetivo identificar y analizar las configuraciones recientes del saber médico en el campo de la psiquiatría forense desde el punto de vista de su papel en los procesos de medicalización del crimen. Interesó examinar en particular las actuales estrategias interpretativas de la medicina psiquiátrica sobre el problema de la peligrosidad criminal y sus relaciones con la enfermedad mental. La propuesta de investigación respondió al interés por analizar un conjunto de transformaciones bastante recientes observadas en el desarrollo de una práctica que desde hace más de un siglo se mantuvo sin inalterada, es decir, la emisión de laudos de cese de peligrosidad de individuos recluidos en establecimientos de custodia y tratamiento psiquiátrico para el cumplimiento de medida de seguridad como resultado de sentencias judiciales. A través de ese tipo de evaluación psiquiátrica se define la permanencia o no de la peligrosidad como un atributo del individuo, siendo que la atribución de peligrosidad criminal - es decir, la probabilidad de volver a cometer delitos con algún grado de violencia en un futuro cualquiera - es pieza clave de la renovación del confinamiento bajo medida de seguridad por tiempo indeterminado o hasta la realización de una nueva pericia. Se formuló la hipótesis de que el saber médico psiquiátrico estaría experimentando algunas transformaciones desde el punto de vista de la racionalidad en la cual se sustenta y de sus articulaciones con estrategias biopolíticas más amplias de gestión del crimen. Entre las principales transformaciones se destaca la emergencia de instrumentos estandarizados de evaluación psiquiátrica de la peligrosidad criminal y sus conexiones con la “nueva penología” basada en la gestión de riesgos. A partir de una perspectiva bastante foucaultiana, se definió una estrategia metodológica que comprendió el análisis de material empírico obtenido a través de fuentes documentales, material bibliográfico y entrevistas a informantes-clave. Desde ese punto de vista, fueron particularmente examinados las modalidades enunciativas y el campo semántico de los modelos etiológico-terapéuticos sobre las relaciones entre salud mental y comportamiento criminal en la psiquiatría contemporánea. En términos de resultados, se destacan algunas observaciones sobre el perfil actual de las estrategias de medicalización del crimen tales como (i) carácter no lineal y

contradictorio de los procesos de medicalización del crimen, los cuales también comprenden procesos de desmedicalización de algunos de sus objetos; (ii) carácter estructurante del riesgo como dispositivo biopolítico respecto a la emergencia de instrumentos estandarizados para la evaluación de la peligrosidad criminal; (iii) el predominio de modelos etiológicos que privilegian factores individuales y familiares en detrimento de factores sociales y estructurales para la interpretación psiquiátrica del crimen; (iv) la naturaleza profundamente moral de las categorías médicas utilizadas en la imputación de peligrosidad criminal y (v) la convivencia actual entre, de un lado, las formas tradicionales de evaluación de la peligrosidad criminal, basadas en la evaluación clínica como insumo para la emisión laudos forenses y, de otro, las formas de evaluación que se apoyan en la aplicación de tests y otros instrumentos estandarizados de predicción de comportamiento y periculosidad criminales.

Palabras clave: 1 Medicalización. 2 Psiquiatría. 3 Peligrosidad. 4 Crimen. 5 Biopolítica.

ABSTRACT

This doctoral thesis aims to identify and analyze the recent settings of medical knowledge in the field of forensic psychiatry from the point of view of their role in the crime medicalization processes. Interested examine in particular the current interpretive strategies of psychiatric medicine on the issue of criminal dangerousness and its relationship to mental illness. The research proposal responded to the interest in analyzing a set of fairly recent changes observed in the development of a practice that for over a century remained unchanged, namely, the issue of dangerousness termination reports of individuals held in custody establishments and psychiatric treatment for safety measure of performance because of court rulings. Through this kind of psychiatric evaluation is defined within, or not, of dangerousness as an individual attribute, and the attribution of criminal dangerousness - that is, the probability of re-committing crimes with some degree of violence in the future any - is key part of the renewal of confinement under security measure indefinitely or until the completion of a new skill. Rose the hypothesis that psychiatric knowledge doctor would be experiencing some changes in the point of view of rationality in which it holds and its links with biopolitical strategies broader crime management. Among the main changes, the emergence of standardized instruments of psychiatric evaluation of criminal dangerousness stands out and its connections with the "new penology" based on risk management. From a very Foucault's perspective, was formulated a methodology that included the analysis of empirical data obtained through documentary sources, bibliography and interviews with key informants. From this point of view, were particularly examined the enunciative modalities and the semantic field of etiological-therapeutic models on the relationship between mental health and criminal behavior in contemporary psychiatry. In terms of results, we provide a few comments on the current profile of medicalization strategies of crime, such as: (i) non-linear and contradictory character of the medicalization process the crime, which also include demedicalization processes of some of its objects; (ii) structural nature of risk as biopolitical device about the emergence of standardized instruments for assessing criminal dangerousness; (iii)

prevalence of etiological models that emphasize individual and family factors at the expense of social and structural factors in psychiatric interpretation of the crime; (iv) deep moral nature of medical categories used in criminal dangerousness allocation and (v) the current coexistence between, on one hand, traditional forms of assessment of criminal dangerousness, based on clinical evaluation as an input to the issue of forensic reports and , on the other hand, the forms of evaluation that rely on the application of tests and other standardized tools for predicting behavior and criminal dangerousness.

Keywords: 1 Medicalization. 2 Psychiatry. 3 Dangerous. 4 Crime. 5 Biopolitics.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	21
1.1 PERCURSO METODOLÓGICO DE UMA ABORDAGEM GENEALÓGICA.....	28
2 A PSQUIATRIA E A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA SOCIAL.....	37
2.1 OS PROCESSOS DE MEDICALIZAÇÃO DA VIDA SOCIAL.....	42
2.2 A MEDICALIZAÇÃO DO CRIME E DA LOUCURA.....	59
2.2.1 A medicalização do crime no contexto europeu.....	64
<i>2.2.1.1 A monomania e o problema da degeneração: as ideias francesas.....</i>	<i>68</i>
<i>2.2.1.1.1 Monomania.....</i>	<i>68</i>
<i>2.2.1.1.2 Degeneração.....</i>	<i>73</i>
<i>2.2.1.2 O “criminoso nato”: os italianos.....</i>	<i>77</i>
<i>2.2.1.3 O organicismo alemão: Emil Kraepelin e a hereditariedade mórbida.....</i>	<i>81</i>
2.3 MEDICALIZAÇÃO DO CRIME NO BRASIL.....	86
2.3.1 Nina Rodrigues: teorias italianas e as raças no Brasil	86
2.3.2 Teixeira Brandão: o alienismo francês no Brasil.....	88
2.3.3 Heitor Carrilho: emergência do Manicômio Judiciário no Brasil.....	90
2.3.4 Afrânio Peixoto: do italianismo revisto em terras brasileiras aos estudos kraepelinianos.....	92
2.3.5 Juliano Moreira: o organicismo alemão brasileiro.....	93
2.3.6 Franco da Rocha: das ideias francesas a um biologicismo difuso na medicalização do crime.....	95
2.3.7 Notas sobre a trajetória da medicalização do crime no Brasil.....	97
3 O CRIME NA ÓTICA DA PSQUIATRIA FORENSE.....	99
3.1 PSQUIATRIA FORENSE E CRIMINALIDADE.....	99
3.1.1 Psiquiatria Forense como especialidade: aspectos históricos.....	99
3.2 A PSQUIATRIA FORENSE E A MEDICALIZAÇÃO DO CRIME NO BRASIL.....	111

3.3	A LEI E O “LOUCO INFRATOR”.....	115
3.4	O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CRIME MEDICALIZADO: O MANICÔMIO JUDICIÁRIO E O HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO.....	119
4	ESTRATÉGIAS DISCURSIVAS E MODELOS ETIOLÓGICOS: A CONSTITUIÇÃO DE UMA NOVA RACIONALIDADE PSIQUIÁTRICA	127
4.1	SEDIMENTOS HISTÓRICOS DA NOÇÃO DE PERICULOSIDADE CRIMINAL NA PSIQUIATRIA.....	128
4.2	O “ACTING OUT” COMO ESTIGMA DA PERICULOSIDADE CRIMINAL.....	131
5	A NOÇÃO DE TRANSTORNO E A MEDICALIZAÇÃO DOS ANORMAIS.....	137
5.1	A NOÇÃO DE TRANSTORNO COMO ELEMENTO-CHAVE DOS PROCESSOS CONTEMPORÂNEOS DE MEDICALIZAÇÃO DA VIDA SOCIAL	139
5.2	TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL: CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DE UM CONCEITO.....	145
5.3	MANUAIS CID E DSM: O TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTISSOCIAL.....	149
5.4	A PSIQUIATRIZAÇÃO CRESCENTE DA MALDADE E OUTROS DESVIOS SOCIAIS.....	157
6	BIOPOLÍTICA, RISCO E PERICULOSIDADE CRIMINAL.....	165
6.1	AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DA PERICULOSIDADE CRIMINAL.....	168
6.2	RASTREAMENTO PSIQUIÁTRICO DA PERICULOSIDADE CRIMINAL.....	172
6.2.1	Exame Criminológico.....	177
6.2.2	Parecer para troca de regime	178
6.2.3	Exame para livramento condicional.....	179
6.2.4	Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade	181
6.3	O RISCO E O NOVO OBJETIVISMO MEDICO NA AVALIAÇÃO DE PERICULOSIDADE CRIMINAL.....	184
6.3.1	Escala HCR-20.....	186
6.3.2	Escala PCL-R.....	188

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	197
	REFERÊNCIAS.....	203
	APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista a Informantes-chave.....	225
	APÊNDICE B – Quadro – Os “Personality Disorders” e suas características diagnósticas nos DSMs I, II, III, IV e 5.....	226
	ANEXO A – Diagnostic and Statistical Manual – Mental Disorders (DSM-I).....	238
	ANEXO B – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Second Edition (DSM-II): seleção de textos.....	244
	ANEXO C – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition (DSM-III): seleção de textos.....	250
	ANEXO D – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV): seleção de textos.....	260
	ANEXO E – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5): seleção de textos.....	275
	ANEXO F – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Texto Revisado - DSM-IV-TR: seleção de textos.....	289
	ANEXO G – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5: seleção de textos.....	303
	ANEXO H – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas – CID-10: seleção de textos.....	322
	ANEXO I – Hospitais de Custódia no Brasil: avaliação e propostas.....	330
	ANEXO J – Avaliação de Risco de Violência em Psiquiatria Forense.....	341

INTRODUÇÃO

Com a presente tese pretendeu-se identificar e analisar as configurações recentes do saber médico no campo da psiquiatria forense do ponto de vista do seu papel nos processos de medicalização do crime. Interessou examinar, em particular, quais são as estratégias interpretativas atuais da medicina psiquiátrica sobre a questão da periculosidade criminal e suas relações com a doença mental.

Este trabalho se justificou pelo interesse em estudar um conjunto de transformações relativamente recentes que podem ser observadas no desenvolvimento de uma prática que por mais de um século tinha permanecido bastante inalterada: a emissão de laudos de cessação de periculosidade de indivíduos detidos em estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico para cumprir medidas de segurança em virtude de sentenças judiciais. Nesse contexto, a duração da medida de segurança depende do laudo psiquiátrico acerca da permanência ou não da periculosidade como atributo do indivíduo, sendo que a atribuição de periculosidade criminal – isto é, a probabilidade de voltar a cometer delitos com algum grau de violência em um futuro qualquer – passa ser considerada peça-chave da renovação do confinamento sob medida de segurança por tempo indeterminado ou até a realização de uma nova perícia.

Em períodos recentes tem emergido todo um movimento, no interior da própria psiquiatria, orientado à renovação dos métodos de avaliação de periculosidade empregados nos laudos forenses. Trata-se de propostas que visam substituir a clássica abordagem clínica da medicina pela utilização de instrumentos padronizados de avaliação de periculosidade criminal, que consistem em escalas de medição do potencial criminogênico presente no indivíduo. Supostamente, esses instrumentos, majoritariamente criados em centros de pesquisa de países como Estados Unidos, Reino Unido e Canadá, respondem à necessidade manifesta de criar condições mais objetivas para uma missão que tem se mostrado complexa e carregada de dificuldades éticas e políticas para os agentes que nela participam.

Diversas pesquisas têm apontado que as decisões judiciais a respeito da imputabilidade e periculosidade de indivíduos simultaneamente

considerados doentes mentais e criminosos são quase sempre consoantes com as conclusões das perícias psiquiátricas, confirmando uma aliança de longa data entre poder judiciário e medicina psiquiátrica (BERCOVICH, 2000; ABDALLA-FILHO, 2004).

Do ponto de vista sociológico, a atividade forense da psiquiatria pode ser analisada como uma configuração de saber e de poder que forma parte do que Mitjavila (2002) define como “processos de arbitragem social”, para referir-se a um tipo de prática institucional que se apoia na utilização de mecanismos de categorização social dos indivíduos, geralmente com o auxílio de conhecimento científico e técnico, e que tem por finalidade instituir posições ou condições sociais (vinculadas ao acesso a bens, a serviços, ao desempenho de papéis e ao exercício de direitos) afetando de maneira decisiva as trajetórias sociais individuais e familiares. As variadas formas de arbitragem implicam em tomada de decisões, devendo-se optar, geralmente, entre alternativas dicotômicas em assuntos tão diversos como outorgar ou não crédito no sistema financeiro; encaminhar ou não uma criança para adoção; determinar se uma pessoa está apta a ser julgada por um crime e, ainda, se apresenta ou não periculosidade em matéria criminal.

Diante desse quadro, levantou-se a hipótese de que o saber médico psiquiátrico estaria experimentando algumas transformações do ponto de vista da racionalidade na qual se sustenta, na medida em que a incorporação desses novos instrumentos pode ser interpretada como parte de um processo mais amplo de renovação das tecnologias biopolíticas da gestão de riscos na modernidade tardia e do papel que nelas desempenha o saber médico.

A medicalização do crime representa um campo de análise fecundo para tentar compreender as complexas relações entre a medicina e a esfera da justiça. A conversão do crime em objeto de saber e de intervenção da medicina pode ser considerada como resultado de um processo histórico por meio do qual problemas “não-médicos” passam a ser tratados como problemas médicos, no sentido de serem definidos com termos médicos e com linguagem médica, usualmente como doenças e transtornos. Contudo, trata-se de processos que não se restringem ao campo da medicina na medida em que se inscrevem em processos socioculturais mais amplos que possibilitam, entre outras

coisas, a expansão dos domínios da profissão médica. (CONRAD, 1992). O termo medicalização é geralmente utilizado no campo das ciências sociais para referir-se aos

procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios. (MENÉNDEZ, 1985).

O fenômeno da medicalização tem se estendido a um amplo leque de situações e condições sociais, revelando que “[...] a saúde, a doença e o corpo começam a ter bases de socialização e, simultaneamente, convertem-se em instrumentos de socialização dos indivíduos.” (FOUCAULT, 1976, p. 154). Ademais de orientar-se por objetivos de cura real e imaginária, a medicalização representa um campo normatizador (porque cria normas) e normalizador (porque opera no controle social dos desvios) (MITJAVILA, 1998).

Para Illich (1987), a medicalização produz efeitos negativos nas condições de saúde dos indivíduos, devido ao caráter iatrogênico da medicina, o qual se manifesta nas dimensões clínica (substituindo o autocuidado pela administração heterônoma da saúde), social (com os indivíduos experimentando a perda do controle das condições em que estão inseridos) e cultural (interferindo na relação do indivíduo com o sofrimento). Para este autor, a medicalização impede o exercício individual do autocuidado, através do monopólio médico da cura e também se alastra pelo tecido social de forma uniforme, “mediante a estandarización del conocimiento y de la intervención sanitarias.” É praticamente impossível que os indivíduos não estejam expostos aos “procesos colonizadores de la medicina.” (MITJAVILA, 1998, p. 11).

A forma de medicalização que se estabeleceu de maneira mais evidente e em praticamente todos os âmbitos da vida humana é a “medicalização de condutas classificadas como anormais” (CAPONI, 2009, p.530), na qual o binômio normalidade/anormalidade aparece como um substrato comum à maior parte dos processos medicalizadores. A norma em Foucault (1992, p.181) é o “elemento que circula do

disciplinar ao regulador, que se aplica ao corpo e às populações e que permite controlar, ao mesmo tempo, a ordem do corpo e os fatos de uma multiplicidade humana”. Assim, o conceito de *normalidade* utilizado pela medicina moderna não pode ser separado do que “em determinado momento se reconhece como sendo a média ou frequência [sic] estatística de uma população. Aí começam a aparecer as dificuldades dessas tentativas de definir, em termos ‘científicos’, normalidade e saúde.” (CAPONI, 2009a, p. 535). Com a associação de saúde e normalidade, esta como frequência estatística, será patologia toda anomalia que fuja do “normal”, o que a converte potencialmente em alvo de intervenção terapêutica.

Diversas pesquisas que abordam a medicalização da vida social têm evidenciado a importância da questão do risco na ampliação das fronteiras do universo de objetos dos processos medicalizadores (MITJAVILA, 1999), característica que se verificaria também no caso da medicalização da criminalidade.

A noção de risco alcançou tanta relevância que autores como Giddens (1995) e Douglas (1996) apresentam a modernidade como uma cultura do risco. Contudo, a preocupação pelo risco estaria mais relacionada às racionalidades, interesses e padrões culturais que organizam a percepção e as respostas sociais perante diversos tipos de ameaça para a vida humana do que vinculada ao predomínio real ou factual desses perigos. (GIDDENS, 1995; MITJAVILA; MATHES, 2007).

Alguns enfoques destacam a relevância do saber científico-técnico na estruturação dos discursos e das práticas em torno dos riscos. Na obra de Mary Douglas (1990), destaca-se o que a autora chama de propriedades *forenses* do risco, aquelas que lhe permitem agir tanto retrospectiva – referindo-se a uma avaliação de uma situação pertencente ao passado -, quanto prospectivamente – sobre a avaliação de algo que pode vir a ocorrer.

No campo da psiquiatria forense, é possível observar a presença de ambas as propriedades. Assim, as avaliações retrospectivas predominam nos laudos de insanidade mental, ou seja, quando o psiquiatra deve, por determinação judicial, avaliar se, em um momento passado, à época do crime, o indivíduo agiu conscientemente e no uso

das suas faculdades mentais. Já no caso da avaliação de periculosidade criminal, a lógica que organiza o laudo responde a uma análise prospectiva sobre o risco do indivíduo cometer em um momento futuro um ato considerado violento e/ou criminoso.

Do ponto de vista da presente pesquisa, cabe formular alguns interrogantes quanto aos critérios e referências conceituais e ideológicas que organizam a percepção técnica do risco e da periculosidade criminais como fundamento para a aplicação de punições que podem chegar até o confinamento perpétuo dos indivíduos¹. Nesse sentido, considerou-se pertinente indagar se o recente processo de formalização dos instrumentos do saber médico no campo da psiquiatria responde a algum tipo de transformação nos modelos etiológicos ou interpretativos sobre as relações entre doença mental e periculosidade criminal e, ao mesmo tempo, quais seriam as condições de possibilidade que seriam responsáveis pela emergência dessa nova forma de aproximação.

Por outro lado, como assinala Beck (1991), toda predição baseada na lógica do risco encontra-se imbuída de um forte grau de irrealidade. Na medida em que se trata de enunciados sobre o futuro, qualquer medição em termos de possibilidade será fictícia e, por isso, sem compromisso. (MITJAVILA; MATHES, 2007). É possível pensar, portanto, que a avaliação de risco ou periculosidade criminal nos moldes dos novos instrumentos utilizados pela psiquiatria forense, caracterizados por uma maior formalização ou grau de objetividade com relação às abordagens clínicas tradicionais, representa uma modalidade de proteção perante a incerteza que gera a gestão da criminalidade associada à doença mental. Nesse sentido, o “princípio de precaução” que comanda a lógica do risco (EWALD, 1991) explicaria certa propensão a confinar indivíduos em manicômios judiciais diante mesmo de vagos indícios de periculosidade antes que correr o risco de enfrentar as possíveis consequências da reincidência criminal. Devido a isso, o movimento de padronização dos instrumentos de avaliação de

1 Ao contrário do tempo de cumprimento da pena que é definida no momento em que um indivíduo é considerado culpado, a pessoa que tem recebido o cumprimento de medida de segurança não tem período máximo previsto para o confinamento e dependerá de um laudo para sua desinstitucionalização. Esse assunto será abordado mais adiante na presente tese.

periculosidade, por meio de processos que envolvem, entre outras coisas, sua validação no ambiente acadêmico internacional da psiquiatria, constituiria, ademais de uma modalidade de gestão da incerteza, uma estratégia de imunização perante eventuais fracassos na predição de periculosidade.

No entanto, a produção de saber sobre crime e periculosidade criminal na psiquiatria forense contemporânea parece manter intactos alguns de seus traços fundacionais. Entre eles, destacam-se dois atributos. O primeiro refere-se ao caráter dicotômico ou binário dos laudos periciais, os quais não são apenas uma imposição da justiça criminal, mas também um traço constitutivo do saber psiquiátrico desde a sua emergência:

[...] no domínio da doença mental, a única questão verdadeira que se coloca é a questão em forma de sim/não; isto é, o campo diferencial no interior do qual se exerce o diagnóstico da loucura não é constituído pelo leque das espécies nosográficas, é simplesmente constituído pela escansão entre o que é loucura o que é não-loucura; é nesse domínio binário, é no campo propriamente dual que se exerce o diagnóstico da loucura. [...] A psiquiatria funciona, portanto, segundo o modelo do diagnóstico absoluto e não do diagnóstico diferencial. (FOUCAULT, 2006, p. 346)

O que Foucault aponta como uma característica dos laudos de sanidade mental funciona também no caso da predição psiquiátrica de periculosidade criminal. Isto não significa que os questionamentos e críticas ao engessamento que provoca o pensamento dicotômico se encontrem ausentes na psiquiatria atual. Elas acabam, porém, se rendendo tanto às exigências que provém do campo jurídico quanto àquela tendência secular ao pensamento binário à qual Foucault faz referência.

O segundo atributo dos laudos de cessação de periculosidade advém da ausência do corpo, na medida em que a natureza do material submetido à avaliação está praticamente restrito a comportamentos, valores, atitudes, ideias e referências morais dos indivíduos submetidos

a essas avaliações de insanidade e de periculosidade. (CAPONI, 2009; MITJAVILA, 2009). Trata-se de um tipo de atributo que lhe outorga à medicina psiquiátrica condições de exercício do poder inéditas no âmbito do saber médico: a ausência de qualquer classe de materialidade suscetível de deixar vestígios, testemunhas ou evidências que permitam exercer alguma classe de controle técnico ou social posterior. Certamente, observa-se aqui, mais uma vez, o alto grau de autonomia técnica que caracteriza ao exercício da profissão médica (FREIDSON, 1978) bem como a elevada confiança que a instituição judiciária nela deposita.

Considera-se, assim, se os novos instrumentos padronizados de predição de periculosidade criminal introduzem ou não alterações de atributos do saber psiquiátrico como os acima mencionados. É possível identificar a emergência, na literatura da área, de vários sistemas e instrumentos de avaliação psiquiátrica de risco ou periculosidade criminal, entre os quais cabe mencionar os seguintes:

HCR-20 (Historical, Clinical, Risk Management)

PCL-R (Psychopathy Checklist Revised)

LOUDET (que contém indicadores de maior e de menor periculosidade)

BURGES (que contém 22 itens)

PRUNES (que estabelece quatro categorias de fatores de periculosidade)

SCHIEDT (que contém 15 fatores).

Um dos objetivos da presente pesquisa consiste em identificar a que tipos de racionalidade respondem essas escalas e quais os modelos interpretativos sobre periculosidade criminal que eles transportam. Outro aspecto analisado é a relação desse processo de formalização dos instrumentos de avaliação psiquiátrica com transformações mais amplas das tecnologias biopolíticas que caracterizam o que alguns autores definem em termos de uma “nova penologia” (KEMSHALL, 2006) que estaria estruturando também novas configurações de saber e de poder em torno da criminalidade nas sociedades contemporâneas.

Para fins da análise a ser aqui empreendida, serão examinados, em particular, alguns desses instrumentos levando em consideração o grau em que representam os principais atributos do que será considerado como uma nova configuração do saber médico no campo da psiquiatria forense. O objetivo dessa análise é identificar as estratégias

interpretativas atuais da medicina psiquiátrica sobre a questão da periculosidade criminal e suas relações com a doença mental. Desse ponto de vista, a pesquisa aponta para os seguintes objetivos específicos:

- Identificar e descrever os principais instrumentos de avaliação psiquiátrica de periculosidade criminal.
- Examinar as estratégias discursivas e não discursivas da medicina psiquiátrica na percepção de risco e periculosidade criminais, bem como as condições de possibilidade a partir das quais essas novas modalidades de produção e aplicação do saber médico se desenvolvem.
- Descrever o campo semântico e os modelos etiológicos nos quais se sustentam as avaliações de periculosidade criminal de doentes mentais.
- Identificar os modos de estruturação e as regras de enunciação dos discursos psiquiátricos sobre periculosidade criminal e suas conexões com processos sociais mais amplos de gestão biopolítica da criminalidade nas sociedades contemporâneas.

1.1 Percurso metodológico de uma abordagem genealógica

Do ponto de vista metodológico, a pesquisa pretendeu dar conta de uma abordagem que, em termos conceituais, responde a uma perspectiva daquilo que Foucault chamou de genealogia sobre a os processos de transformação e funções do saber médico psiquiátrico na gestão da criminalidade. Isso significa que se procurou empreender um estudo genealógico sobre a emergência e papel das estratégias mais recentes do saber médico psiquiátrico em torno da questão da criminalidade. Para tanto, considera-se pertinente a utilização combinada de diferentes níveis de análise e de referências empíricas.

Por se tratar de um estudo de cunho genealógico, o presente trabalho não se desenvolve dentro das rígidas fronteiras de um único campo disciplinar. Nesse sentido, a pesquisa incorporou conhecimentos e categorias de análise oriundas de perspectivas teóricas e de autores que, tendo proveniências disciplinares diversas (Saúde Coletiva, História, Filosofia, Sociologia, Antropologia), representam atualmente

um capital intelectual comum da área das Ciências Humanas para o estudo do tema.

A partir de um desenho de caráter qualitativo, a pesquisa de campo teve como foco de análise estratégias discursivas da medicina psiquiátrica, abordando aspectos semânticos em torno dos modelos etiológicos e das ideias médicas sobre periculosidade criminal, e também aspectos relacionados com as modalidades de enunciação e de estruturação desses discursos e práticas, ou seja, examinando não apenas o conteúdo, mas também aspectos estruturais e dos modos de organização desse tipo de saber.

Em termos de material empírico, foram utilizados três tipos de fontes de informação: entrevistas com informantes-chave, fontes documentais e material bibliográfico. As entrevistas com informantes-chave foram realizadas com dois psiquiatras forenses por meio de um roteiro que permitiu tanto conhecer práticas e discursos do saber psiquiátrico na atuação forense contemporânea quanto orientar o levantamento de material documental e bibliográfico. Nesse sentido, essas entrevistas permitiram reconhecer a importância de consultar a legislação e documentos institucionais com informações sobre o papel, competências e condições de emissão de laudos de cessação de periculosidade criminal. Quanto ao núcleo mais significativo de material empírico examinado, realizou-se a análise de conteúdo da produção bibliográfica da psiquiatria em torno da questão da periculosidade criminal e, especialmente, daquele segmento que apresenta e/ou examina os instrumentos de avaliação de periculosidade. Os materiais foram selecionados de acordo com critérios de pertinência e relevância, tendo sido analisados livros, manuais e artigos científicos sobre tópicos privilegiados nesta pesquisa no que concerne aos modelos etiológicos do crime e aos instrumentos de avaliação da periculosidade criminal.

Interessa aqui destacar que a opção por uma genealogia como proposta metodológica relaciona-se justamente com a possibilidade de ampliar o campo de investigação visando o estudo de práticas discursivas e não discursivas, pretendendo-se desenvolver uma análise do funcionamento do saber médico psiquiátrico em sua trajetória, buscando conhecer as transformações e permanências desse saber na

gestão da criminalidade. (CASTRO, 2009). Dessa forma, o trabalho seguiu as orientações de Foucault (1979, p. 34-35) a esse respeito:

A história, genealógicamente dirigida, não tem por fim reencontrar as raízes de nossa identidade, mas ao contrário, se obstinar em dissipá-la; ela não pretende demarcar o território único de onde viemos, essa primeira pátria a qual os metafísicos prometem que nós retornaremos; ela pretende fazer aparecer todas as descontinuidades que nos atravessam.

Com esta estratégia metodológica pretendeu-se desvelar as relações de saber-poder em sua materialidade, não apenas como signos, mas enquanto realidade, em que o discurso produz práticas que passam a ser sinônimos de verdade. Assim, não se pretende identificar uma origem, um marco histórico, mas trabalhar com a singularidade dos acontecimentos. Procurou-se nesta tese considerar os efeitos dos enunciados do saber médico psiquiátrico, o que funciona como verdade e as transformações não lineares dos acontecimentos que não podem ser capturados pelas abordagens historiográficas. Nestes termos, identificar as descontinuidades constitui um dos núcleos do método genealógico, em que as alterações nas regras de formação dos enunciados, como no caso dos modelos etiológicos da psiquiatria forense, convertem-se em foco privilegiado de análise. (FOUCAULT, 1979; AZEVEDO, RAMOS, 2003).

Nessa perspectiva, a compreensão é de que a genealogia permite revelar os processos de produção de enunciados de verdade sobre o crime e periculosidade criminal em seus diversos níveis de formação bem como a sua articulação com estratégias de poder e formações mais amplas do campo do saber.

Em suma, problema de regime, de política do enunciado científico. Neste nível não se trata de saber qual é o poder que age do exterior sobre a ciência, mas que efeitos de poder circulam entre os enunciados científicos; qual é seu regime interior de poder; como e por que em certos

momentos ele se modifica de forma global.
(FOUCAULT, 1979, p.5).

Como toda pesquisa de caráter genealógico, o presente estudo indaga elementos do passado com o intuito de interrogar o presente. Nesse sentido, se por um lado, os instrumentos de avaliação psiquiátrica da periculosidade criminal teriam permanecido bastante inalterados ao longo de mais de um século, por outro lado, em períodos recentes, esses mesmos elementos assumiriam novas funções discursivas e estariam gerando novos efeitos em termos de poder do ponto de vista da ingerência médica na gestão da criminalidade. Nessa direção, interessa destacar que não se pretende aqui traçar a história das ideias médicas sobre o crime, a loucura e periculosidade criminal e, sim, indagar como e até que ponto certos elementos que matriciaram o saber psiquiátrico desde sua emergência foram sedimentando nesse campo de saber para, em períodos recentes, ressurgirem assumindo novas ações discursivas e novos efeitos biopolíticos. Nessa perspectiva, serão indagadas algumas dessas ideias fundacionais da psiquiatria forense em torno do crime e da periculosidade criminal, principalmente na formulação de alguns dos seus principais representantes na virada do século XIX para o século XX no Brasil, tais como as formuladas pelos médicos Teixeira Brandão, Nina Rodrigues, Juliano Moreira e Franco da Rocha, entre outros.

Em termos da trajetória das ideias e da modalidade de avaliação da periculosidade criminal que se constituíram a partir das últimas décadas do século XX, a pesquisa focaliza, como já mencionado, a trajetória da construção dos instrumentos padronizados de avaliação da periculosidade criminal. Pretende-se observar a que tipo de racionalidade esses instrumentos ou testes respondem e como se articulam com novas modalidades de administração dos riscos e perigos nas sociedades contemporâneas. Do ponto de vista do campo semântico no qual os diversos instrumentos operam, será empreendida uma análise dos modelos etiológicos acerca do comportamento criminal que atualmente predominam na psiquiatria acerca do comportamento criminal. Nesse sentido, serão levantadas algumas hipóteses sobre dois tipos de efeitos biopolíticos que a medicalização do crime experimentaria à luz da emergência desse tipo de instrumentos: por um

lado, a ampliação do repertório de atributos e comportamentos humanos que passam a ser categorizados como desvios normativos e, portanto, medicalizáveis e, por outro lado, a crescente individualização ou psicologização das causas do comportamento criminal, uma vez que a perspectiva psiquiátrica do crime abandona progressivamente a consideração etiológica sobre a participação de fatores ambientais e, especificamente, sociais na produção do crime para abraçar, cada vez com maior afinco e pretensão científica, a ideia do crime como resultado da constituição anormal do indivíduo ou do seu meio familiar.

A exposição dos resultados da pesquisa está organizada em seis seções temáticas. Na seção 2, intitulada de *A Psiquiatria e a Medicalização da Vida Social*, é apresentada a problemática da medicalização de um ponto de vista que considera, também, seus movimentos em termos de desmedicalização e remedicalização de objetos nesta área. Os processos de medicalização da vida social tem o saber médico, a partir do século XIX, como autoridade experta quanto a definição do que é ou não doença, assim como se deve tratá-la. Essa ingerência do saber psiquiátrico na gestão do social alcança, não somente o comportamento do louco, mas também a do “louco perigoso”, estratégia medicalizadora que tem uma origem bastante nítida nas ideias construídas pela psiquiatria de fins do século XIX em torno à *manie sans délire*, à figura do criminoso nato e ao conceito de personalidade psicopática. Desse ponto de vista, discute-se nesta seção como as tentativas da psiquiatria européia de identificação de uma constituição mórbida em indivíduos caracterizados por praticar crimes não atribuíveis a estados de loucura reverberaram na pensamento médico brasileiro na passagem do século XIX para o século XX através das obras de psiquiatras como nomes como Nina Rodrigues, Heitor Carrilho e Teixeira Brandão, por mencionar alguns dos médicos entre outros que perpetuaram ou construíram releituras das ideias de monomania, degeneração e a hereditariedade mórbida.

E é essa trajetória de medicalização do crime no Brasil que será tratada na seção 3: *O Crime na Ótica da Psiquiatria Forense*. De fato, o nascimento e desenvolvimentos iniciais da psiquiatria no Brasil estiveram diretamente relacionados com as suas funções forenses no campo da justiça criminal, basicamente nos moldes do que, nesse

período, constituía a área da medicina legal. A psiquiatria forense passa, assim, a atuar nessa interface entre o médico e o jurídico especificamente voltada para a gestão do crime e da periculosidade criminal. Nesse contexto, os saberes jurídicos e médicos encontram no manicômio judiciário o espaço privilegiado para a administração conjunta do crime, aspecto que será também abordado nessa terceira seção.

Na quarta seção da presente tese, *Estratégias Discursivas e Modelos Etiológicos: a constituição de uma nova racionalidade psiquiátrica*, são apresentadas algumas dimensões dos modos de estruturação dos discursos do saber médico psiquiátrico na contemporaneidade, em particular, através da noção de periculosidade criminal e seus modelos explicativos. Nesta seção serão analisadas algumas dimensões da medicalização dos desvios, especialmente as relativas ao papel arbitral da psiquiatria na gestão da criminalidade, papel que, como se verá, não está isento de divergências e conflitos no interior do próprio campo psiquiátrico. Pretende-se, aqui, demonstrar o caráter central dos procedimentos arbitrais da psiquiatria forense para a administração de certos tipos de comportamento criminal bem como seu significado em termos de autonomia, monopólio e autoridade cultural do saber médica nas sociedades modernas.

A noção de “transtorno”, enquanto peça central dos processos de medicalização da vida social, será tratada na quinta seção, intitulada *A Noção de “Transtorno” e a Medicalização dos Anormais*. Considera-se que essa noção contribui a expandir o campo de objetos da psiquiatria para além dos limites anteriormente estabelecidos pelo conceito de doença na direção de uma “medicina do não patológico” (FOUCAULT, 1999, p.292). Indaga-se, em particular, a trajetória da noção de “transtorno de personalidade antissocial” (TPA) frequentemente associada pela psiquiatria ao comportamento e periculosidade criminais. Desse ponto de vista, são analisados aspectos relativos à progressiva ampliação do espectro de atributos individuais que são codificados em termos desse rótulo diagnóstico e suas consequências para a medicalização do crime e de outros desvios comportamentais. No que se refere ao papel atribuído pela psiquiatria ao TPA como fator etiológico do comportamento criminal, discute-se, nesta seção, a progressiva perda

de presença de causas ambientais e sociais e, em contrapartida, o também progressivo protagonismo da localização da etiologia de esse tipo de comportamento desviante na constituição mórbida dos próprios indivíduos, como resultado de combinações variáveis de causas biológicas e psíquicas localizadas nos domínios individual e familiar.

Biopolítica, Risco e Periculosidade Criminal é o título da sexta seção. Nela, apresenta-as a noção de risco como um dispositivo biopolítico contemporâneo que participa na gestão da criminalidade. Trata-se de um elemento nuclear do novo tipo de racionalidade que organiza as respostas sociais, médicas e não médicas, à problemática da periculosidade criminal. A lógica do risco promove novas modalidades de codificação psiquiátrica do crime por meio de instrumentos que supostamente permitem detectar a periculosidade criminal dos portadores de anomalias e transtornos de personalidade. A lógica do risco introduz novos campos documentais na gestão da criminalidade por meio de tecnologias que articulam os pólos molar (ou biopolítico) e molecular (ou anatomopolítico) do crime no contexto do que a literatura sobre o tema denomina “nova penologia” (KEMSHALL, 2006). No entanto, nesta seção argumenta-se que a emergência desse novo tipo de racionalidade não exclui a vigência das formas precedentes de psiquiatria do crime como, por exemplo, o confinamento por tempo indeterminado em hospitais de custódia (antigos manicômios judiciários) dos indivíduos considerados perigosos. Nesta seção também serão apresentados instrumentos de avaliação médica da periculosidade criminal, tanto os tradicionais meios de avaliação psiquiátrica da periculosidade criminal (organizados de acordo com a lógica da clínica médica) como alguns dos principais instrumentos padronizados atualmente usados pela psiquiatria forense para determinar a periculosidade criminal dos indivíduos de acordo com critérios de risco. Esses instrumentos são analisados como parte de uma nova classe de tecnologia política que inaugura mecanismos inéditos de vigilância e controle para classificar os indivíduos em conflito com a lei do ponto de vista de sua exposição a fatores de risco de recidiva e periculosidade criminais. Ao mesmo tempo, o mapeamento dos riscos funciona como suporte da aplicação de penalidades e modalidades de tratamento a partir de critérios padronizados, proporcionado, como anteriormente apontado,

mecanismos de racionalização de recursos escassos no campo da justiça e da execução penal (KEMSHALL, 2006). Contudo, o que se observa é a convivência de antigas e novas formas do exercício das funções arbitrais da psiquiatria no campo penal. Assim, por exemplo, apresentam-se algumas observações acerca da medida em que os novos instrumentos padronizados de predição de periculosidade reproduzem as formas enunciativas elementares e o campo semântico dos tradicionais laudos psiquiátricos cuja vigência permanece inalterada ao longo dos últimos cem anos.

2 A PSIQUIATRIA E A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA SOCIAL

A presente seção tem o propósito de contextualizar a problemática da medicalização do crime no espaço mais amplo dos processos de medicalização da vida social, que começam a ser observados a partir da segunda metade do século XVIII. Em termos gerais, entende-se por medicalização o conjunto dos processos caracterizados pela expansão do campo de objetos de conhecimento e de intervenção da medicina científico-técnica, processos através dos quais praticamente todas as esferas da vida social passaram a ser alvo do olhar e do poder médicos. (MENÉNDEZ, 1985; MITJAVILA, 1998; FOUCAULT, 1999; 2006).

2.1 Os processos de medicalização da vida social

Do ponto de vista de Foucault, os processos de medicalização do social podem ser examinados como parte de uma ampla reorganização da produção de conhecimento e do exercício do poder sobre a vida em sua dimensão propriamente biológica. Nesse sentido, a emergência dos processos de medicalização seria constitutiva do biopoder como elemento-chave da modernidade. De acordo com Foucault o biopoder apresenta duas dimensões, a anátomo-política do corpo humano e biopolítica da população.

Para compreender a anátomo-política do corpo humano, Foucault refere-se à época clássica como momento de “descoberta do corpo como objeto e alvo de poder.” É dedicada particular atenção a esse corpo ao qual se intenta modelar, treinar, tornar hábil, corrigir as suas ações para torná-lo um corpo útil. O “Homem-máquina” de La Mettrie é trazido por Foucault para apresentá-lo como “uma teoria geral do adestramento”, introduzindo a “docilidade” a esse corpo manipulável, que esteve presente então no século XVIII, e sobre o qual se exercem novas técnicas de controle. Nesta direção, a minúcia destaca-se. O corpo não se trata de um todo, mas pode ser trabalhado detalhadamente (gestos, movimentos e sua organização interna),

esquadrinhado, através da disciplina, realizando-se “uma anatomia política do detalhe.” (FOUCAULT, 1987; 1999).

Diferente da escravidão, da domesticidade, da vassalidade e das “disciplinas” do tipo monástico, o momento das disciplinas “é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe.” (FOUCAULT, 1987, p. 164).

Dessa forma, a “mecânica do poder” pela anátomo-política do corpo se define através do controle do corpo para que este opere como se deseja de acordo com a eficácia pretendida, tendo-se “corpos dóceis”. A disciplina atua dissociando o poder do corpo, pois se utilizam determinadas técnicas minuciosas para fazer do corpo uma capacidade a ser dominada. “Se a exploração econômica separa a força e o produto do trabalho, digamos que a coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada.” (FOUCAULT, 1987, p. 165).

Se essa anatomia política não foi uma “descoberta súbita”, mas uma “multiplicidade de processos”, importa a Foucault pontuar as técnicas essenciais que se generalizaram; dispositivos que trouxeram alterações significativas no regime punitivo da época contemporânea. (FOUCAULT, 1987, p.163-166)

Nessa disciplina do que é minúsculo, das minúcias, a observação detalhada das pequenas coisas “e ao mesmo tempo um enfoque político dessas pequenas coisas, para controle e utilização dos homens, sobem através da era clássica, levando consigo todo um conjunto de técnicas, todo um corpo de processos e de saber, de descrições, de receitas e dados. E desses esmiuçamentos, sem dúvida, nasceu o homem do humanismo moderno.” (FOUCAULT, 1987, p.166 – 168)

Assim, as técnicas utilizadas para que essa disciplina possa distribuir os indivíduos no espaço dizem respeito (i) à delimitação, à cerca, à um local protegido e fechado; (ii) ao quadriculamento, à localização de cada um em seu lugar, à distribuição decomposta até seu mínimo membro sabendo sempre onde encontrá-lo para controlá-lo; (iii) ao uso do espaço como local útil e vigiado, distribuído e dividido com rigor, realizando uma decomposição individualizante; (iv) à utilização de elementos intercambiáveis, definindo um lugar na fila, na classificação.

A disciplina é, então, a “arte de dispor em fila”, a “técnica para transformação dos arranjos. Ela individualiza os corpos por uma localização que não os implanta, mas os distribui e os faz circular numa rede de relações.” Organizando, as disciplinas criam espaços de fixação e circulação, garantem a complexidade funcional, arquitetural e hierárquica, logrando a obediência do indivíduo, economia de gestos e de tempo. (FOUCAULT, 1987, p.172).

Dessa forma, a disciplina é “a constituição de 'quadros vivos' que transformam as multidões confusas, inúteis ou perigosas em multiplicidades organizadas.” (FOUCAULT, 1987, p.174) No século XVIII, esse quadro será uma “técnica de poder” e um “processo de saber”, buscando se impor uma “ordem”.

Pouco a pouco um espaço administrativo e político se articula em espaço terapêutico; tende a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes; constitui um quadro real de singularidades justapostas e cuidadosamente distintas. Nasce da disciplina um espaço útil do ponto de vista médico. (FOUCAULT, 1987, p.171).

Já quanto às técnicas para definir um controle das atividades, serão observados (i) o horário, o rigor do tempo em que a aplicação pela regularidade aparece nesse tempo disciplinar; (ii) a “elaboração temporal do ato”, pensado e decomposto em todo o seu encadeamento, “uma espécie de esquema anátomo-cronológico do comportamento”; (iii) o gesto e o corpo em correlação, visando eficácia e rapidez, tendo um corpo útil, um gesto sempre eficiente; (iv) a “articulação corpo-objeto”, esmiuçando corpo e objeto de forma a que os elementos deste

estejam em correlação com os do corpo; (v) a “utilização exaustiva”, eliminando a perda de tempo, a ociosidade com o princípio do uso crescente do tempo fracionado e prolongado. Esse corpo é perpassado por novos mecanismos de poder com novas formas de saber. (FOUCAULT, 1987, p.167-181)

Se, por um lado, o poder organiza a vida durante o século XVIII pela a anátomo-política do corpo humano, que tem esse corpo-máquina como objeto, em fins do mesmo século Foucault observa a emergência da biopolítica da população, que tem o corpo-espécie como objeto. (FOUCAULT, 2005, p.289) Ou seja, há o surgimento dessa outra tecnologia, que não exclui a técnica disciplinar, e cujo objeto é a população e “visa, [...] pelo equilíbrio global, algo como uma homeóstase: a segurança do conjunto em relação aos seus perigos internos.’” (FOUCAULT, 2008, p. 515)

A biopolítica é apresentada por Foucault como a problematização social e a politização de um grande leque de fenômenos que se referem à vida em termos populacionais, processos biológicos de nascimento e morte, reprodução, fecundidade. Essa nova técnica de poder volta-se à massa da multiplicidade dos indivíduos, perpassados todos pelas questões próprias da vida. As medições estatísticas tornam-se relevantes, como as primeiras demografias e o mapeamento das taxas do fenômeno dos nascimentos. (FOUCAULT, 2005, p.290)

Passa a haver uma preocupação com o controle da morte permanente, a doença como fenômeno populacional. Diante disso, a medicina recebe a função da higiene pública, de normatizar o saber, adquire “aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população.” (FOUCAULT, 2005, p.291) Outras questões como a velhice, a relação com o meio e suas repercussões na população passam a ser alvo de atenção, voltando-se não mais somente para o corpo individual, mas para um corpo de muitas cabeças. A biopolítica se ocupa com a população como problema de poder e com a natureza dos fenômenos que a ela se referem.

Muitos fenômenos imprevisíveis em nível individual, no nível coletivo eles se tornam constantes, ou mais fáceis de prever. Diante disso, a biopolítica vai justamente se dirigir a esses fenômenos de série, implementando mecanismos para realizar previsões e intervir no que há

de geral nesses fenômenos, para providência do aleatório, visando otimizar o estado de vida da população,

em resumo, de levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação. Aquém, portanto, do grande poder absoluto, dramático, sombrio que era o poder da soberania, e que consistia em poder fazer morrer, eis que aparece agora, com essa tecnologia do biopoder, com essa tecnologia do poder sobre a 'população' enquanto tal, sobre o homem enquanto ser vivo, um poder contínuo, científico, que é o poder de 'fazer viver'. (FOUCAULT, 2005, p.294).

A biopolítica, a “tecnologia regulamentadora da vida”, centrada na vida, vai se voltar aos eventos fortuitos que assolam um coletivo, a probabilidade de ocorrerem e tentar controlá-los, modificá-los, compensar seus efeitos. Esta tecnologia recoloca os corpos individualizados nos processos biológicos do corpo coletivo. (FOUCAULT, 2005, p.295)

De fato, a biopolítica age nas multiplicidades, onde o biológico começa a ser definido como uma questão de Estado no século XIX. A regulamentação de processos biológicos passa a fazer parte das preocupações do Estado.

Os dois pólos do biopoder (anátomo e biopolítico) não excluem um ao outro. Eles tomam a vida sob diferentes perspectivas, diferentes níveis. [...] É da abordagem global da vida que nasce a noção de população. O individual se torna, nesse pólo de atuação, algo da ordem do aleatório, do imprevisível, mas que se pode, através de uma intervenção, em longo prazo, produzir um efeito. Essa tecnologia implica em mecanismos que lidam com estimativas, previsões, probabilidades. A ação de uma força adquire nesse contexto uma nova amplitude no que se refere à ação sobre uma ação possível. (MOURA, 2007, p.53-54).

E a norma se relaciona com o “corpo são”, permitindo a presença da medicina e a utilização do saber médico nesse contexto, sendo não apenas uma questão de disciplina, mas também de regulamentação, com a medicalização da população.

Esse tipo de controle é exercido pelas sociedades sobre os corpos e nos corpos, o que converte a medicina em uma estratégia biopolítica, sendo este o conceito que Foucault (1978, p. 170) utiliza “para designar o que faz com que a vida e seus mecanismos possam entrar no domínio de cálculos explícitos e o que transforma o saber-poder num agente de transformação da vida humana”. É nesse espaço da biopolítica que “o poder de morte aparece como complemento de um poder que se exerce positivamente sobre a vida, que procura administrá-la, aumentá-la, exercer sobre ela controles precisos e regulações gerais.” (FOUCAULT, 1978, p. 165).

Então, nos mecanismos implantados pela biopolítica, vai se tratar, sobretudo, de previsões, de estimativas estatísticas, de medições globais; vai se tratar, igualmente, não de modificar um fenômeno em especial, não tanto tal indivíduo, na medida em que é indivíduo, mas, essencialmente, de intervir no nível daquilo que são as determinações desses fenômenos gerais, desses fenômenos no que eles têm de global. Assim, “vai ser preciso modificar, baixar a morbidade; vai ser preciso encomprar a vida; vai ser preciso estimular a natalidade.” Trata-se, assim, “sobretudo de estabelecer mecanismos reguladores que, nessa população global com seu campo aleatório, vão poder fixar um equilíbrio, manter uma média, estabelecer uma espécie de homeóstase, assegurar compensações [...]” (FOUCAULT, 1999, p.293)

Uma das manifestações da importância biopolítica da medicalização da vida pode ser observada na participação da medicina na organização das cidades a partir do século XVIII.

A medicina investe sobre a cidade, disputando um lugar entre as instâncias de controle da vida social. [...] a presença do médico como uma autoridade que intervém na vida social, decidindo, planejando e executando medidas ao mesmo tempo médicas e políticas [...] A figura da medicina como instrumento técnico-científico a

serviço, direta ou indiretamente, do Estado. (MACHADO, 1978, p.68).

Os processos de medicalização da vida social exibem todo o poder da medicina técnico-científica para aparecer como o principal expoente na obtenção do reconhecimento como autoridade experta. Isso é possível na medida em que a medicina detém o monopólio para definir o que é doença e para tratá-la, monopólio este que se edifica com aprovação oficial, ainda que esse fenômeno tenha adquirido tamanha força recém a partir do século XIX. Portanto, aquém daquele poder absoluto – o poder soberano responsável por fazer morrer –, a biopolítica – “essa tecnologia do poder sobre a ‘população’ enquanto tal, sobre o homem enquanto ser vivo, um poder contínuo, científico, que é o poder de ‘fazer viver’” – terá lugar nos estudos dos problemas presentes desde o século XIX. (FOUCAULT, 1999, p.294)

No século XIX, a medicina social esteve presente nas relações familiares, medicalizando essas relações através das suas políticas higienistas. A família passou a ser avaliada como não sendo capaz de cuidar da vida de crianças e adultos, devido à observação de altas taxas de mortalidade infantil e às condições sanitárias precárias dos adultos. Com isso, os médicos higienistas conseguiram

impor à família uma educação física, moral, intelectual e sexual, inspirada nos preceitos sanitários da época. [...] Converteu, além do mais, os predicados físicos, psíquicos e sexuais de seus indivíduos em insígnias de classe social. A família nuclear e conjugal, higienicamente tratada e regulada, tornou-se no mesmo movimento, sinônimo histórico de família burguesa. (COSTA, 1999, p. 12-13)

Mais recentemente, contudo, passa a fazer parte desse cenário “um paradigma biomédico (e fisicalista), num processo combinado de patologização da experiência e medicalização do cotidiano.” (MALUF, 2010, p.27). Fica cada vez mais evidente “[...] nas políticas públicas e nos discursos dos chamados ‘usuários’ do sistema público de saúde um certo consenso em torno de uma ‘demanda por medicalização’.” (MALUF, 2010, p.46)

Irving Zola, em 1972, seria o primeiro autor a formular o conceito de medicalização. Para esse autor, medicalização seria uma “expansão da jurisdição da profissão médica para novos domínios, se ocupando então de problemas de ordem espiritual, moral e legal, assumindo progressivamente a função de regulação social antes exercida pela Igreja e pela lei.” Dessa forma, questões do cotidiano passam a ser tratadas em termos de saúde e doença, incluindo uma nova forma de normalização com controle social a partir de termos médicos e do uso de fármacos. (BARONI; VARGAS; CAPONI, 2010, p.72).

A partir das ideias de Foucault, isso corresponderia com a emergência de uma medicina do não-patológico que pode compreender tanto o desvio da média como de normas. Nela, a noção de normalidade desempenha um papel fundamental. Para tanto, é preciso recuperar as duas dimensões destacadas por Canguilhem (1995) do “normal”, em que,

de um lado, remete a médias estatísticas, constantes e tipos; de outro, é um conceito valorativo, que se refere àquilo que é considerado desejável em um determinado momento e em uma determinada sociedade, dizendo como uma função, processo [...] É por essa razão que o conceito de normalidade entendida como um valor não se opõe nem à doença nem à morte, mas somente à anormalidade e à monstruosidade. A anormalidade não é senão um fenômeno intermediário entre o médico (pois foge das médias estatísticas e, conseqüentemente, dos valores desejáveis) e o jurídico (pois foge do modo como um comportamento ou fato deveria ser). A anomalia está associada à diferença, à variabilidade de valor negativo, num sentido ao mesmo tempo vital e social. (CAPONI, 2009a, p. 536).

De fato, Canguilhem aponta que ao tratarmos de anomalias, referimo-nos para além de desvios estatísticos, pensando também em deformidades incompatíveis com a vida. A anomalia é relacionada a um “tipo normativo de vida” e não apenas a fato estatístico.

(CANGUILHEM, 2009, p.53). Contudo, a anomalia é resultado de uma variação individual, enquanto que a diversidade biológica não é doença: “O anormal não é patológico”. Para que algo seja definido como patológico, é necessário ter *pathos*, sofrimento, “sentimento de vida contrariada”. Dessa forma, o patológico é anormal, ainda que o anormal não seja necessariamente patológico. A doença é prevista como algo contrário à manutenção da vida. Estando a vida no papel da norma, a doença ocupa o espaço do anormal. Conjuntamente, anomalia e doença diferem quanto à própria situação humana. “A anomalia se manifesta na multiplicidade espacial; a doença, na sucessão cronológica.” A doença interrompe uma condição, referente à própria pessoa doente, que tem um momento passado, que se encontra doente em relação a ela mesma em outro momento cronológico. Já na anomalia, não é possível comparar o indivíduo consigo mesmo. (CANGUILHEM, 2009, p. 53)

Illich (1975) considera que definir o que é anormalidade tem um caráter marcadamente cultural, assim como os sintomas que a identificam.

Contudo, diante da concepção do homem O que numa é doença pode ser crime, manifestação de santidade ou pecado em uma outra. [...] O mesmo sintoma pode excluir da sociedade um homem, seja executando-o, exilando-o, abandonando-o, encarcerando-o, hospitalizando-o, ou seja mesmo cercando-o de respeito, donativos e subvenções. Pode-se obrigar um ladrão a vestir determinadas roupas, fazer penitência, como pode-se lhe cortar os dedos e submetê-lo a um tratamento mágico ou técnico numa prisão ou numa instituição para cleptomaniacos.” (ILLICH, 1975, p.58).

Contudo, diante da concepção do homem normal, do “homem normativo”, a anomalia pode ser levada à situação de doença, ainda que não o seja em si mesma. Canguilhem (2009, p.54) afirma: “Não é fácil determinar em que momento a anomalia vira doença.” Isso porque se referem a possíveis normas de vida, o normal e o patológico não o são em si mesmos definidos, mas a normalidade será atribuída através da normatividade. Por isso, o patológico será mais que ausência de norma,

será uma norma biológica diferente, rejeitada pela vida. (CANGUILHEM, 2009, p. 56)

Tal consideração nos indica que ao próprio ser cabe definir quando se inicia a doença. Ou seja, o limite entre o que é patológico e o que é normal tende a ser impreciso, pois a norma é flexível de acordo com as condições individuais, porém bastante precisa para próprio indivíduo na sua trajetória individual. “Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado.” (CANGUILHEM, 2009, p.71).

Ainda assim, a anomalia aparece como um problema a ser alvo da ciência. Isso se relaciona a um evento, na maior parte das vezes indesejável, sobre o qual se quer. “A anomalia só é conhecida pela ciência se tiver sido, primeiro, sentida na consciência, sob a forma de obstáculo ao exercício das funções, sob a forma de perturbação ou de nocividade” (CANGUILHEM, 2009, p.104).

Esse é o tipo de contexto no qual o saber médico é convocado pela sociedade. E é exatamente essa relação entre a medicina e a sociedade que o conceito de medicalização da vida social vem registrar, ao se referir à ampliação dos espaços de aplicação do poder e saber médicos, fundamentalmente através de funções de controle social e socialização (MITJAVILA, 1998).

Exatamente por se tratar de uma noção, no sentido de ser menos precisa que um conceito propriamente dito, a ideia de medicalização costuma ser objeto de olhares que provém de diversas perspectivas. Conrad (1992) observa que o termo medicalização tem sido utilizado desde os anos de 1970, mas não necessariamente de forma articulada. Contudo, existiria consenso entre os pesquisadores quanto ao fato de que a medicalização refere-se à entrada dos problemas humanos na jurisdição da profissão médica. Para ele, trata-se do processo de definição de um comportamento como uma doença, um problema do âmbito da profissão médica, em que esta passa a ser responsável tanto pelo fornecimento de respostas como pelo tratamento.

Entretanto, Conrad (1992) entende que não necessariamente é a profissão médica que está sempre na centralidade desse processo, pois este ocorre como um processo sociocultural, levando a um controle

médico social, a um tratamento médico ou, ainda, à ampliação dos alcances da medicina. Medicalização, assim, é evidenciada pelo uso da linguagem, da estrutura médica para entender, definir e descrever um problema, como também tratar do problema pela intervenção dessa profissão.

Menéndez (1998) aponta que grande parte dos conceitos utilizados pela Saúde Pública ou Epidemiologia são oriundos de denominações utilizadas pelas Ciências Sociais. No caso, as ciências sociais e antropológicas apresentam uma leitura da doença como construção e da vida cotidiana como espaço em que ocorre o adoecimento. Nas ciências sociais, o termo medicalização é empregado para se referir aos processos de expansão tanto de parâmetros ideológicos quanto dos parâmetros técnicos em que a medicina produz saberes, intervindo em diversas áreas da vida social, em especial aquelas que exibiam um maior grau de exterioridade no que diz respeito aos seus domínios tradicionais (MENÉNDEZ, 1985).

Conrad (1992, p.209) apresenta a medicalização como um processo em que problemas *nonmedical* passam a ser tratados e definidos como se fossem problemas médicos, usualmente em termos de distúrbios ou doenças. Com a medicalização tendo se estendido enquanto fenômeno a várias situações, inclusive na noção de saúde e doença, estes funcionam como instrumentos de socialização dos indivíduos, em que o saber médico exerceria o caráter normalizador nesses processos. (FOUCAULT, 1979; MITJAVILA, 1998).

De acordo com Luz (1988), a medicalização é um processo em que a medicina apropria-se do modo de vida dos seres humanos de forma tal que passa a interferir na construção de normas, costumes, conceitos, regras e comportamentos sociais. Nesse sentido, pode-se afirmar que a medicalização assume caráter político ao intervir no espaço social. (MITJAVILA, 1998, p.08).

Illich (1975, p. 6) introduz um de seus livros com a seguinte frase: “A empresa médica ameaça a saúde, a colonização médica da vida aliena os meios de tratamento, e o seu monopólio profissional impede que o conhecimento científico seja partilhado.” Para este autor, a medicalização é responsável por alguns efeitos que podem ser considerados negativos para a saúde das pessoas, pois aquele que

recorre à medicina e aos seus cuidados passa a ser incapaz de curar a si mesmo ou a outros, pois a medicina apresenta um caráter iatrogênico.

De acordo com este autor, a nocividade da medicalização da vida decorre de três motivos:

primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra saúde; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema. (ILLICH, 1975, p.10).

É possível pensar a medicalização como um processo de iatrogênese clínica, social e estrutural. A composição da palavra iatrogênese, “iatros” e “genesis” – respectivamente médico e origem – indica justamente as doenças decorrentes do próprio exercício da medicina. A iatrogenia clínica se manifesta através de condições clínicas decorrentes da própria terapêutica em que os agentes patogênicos são as ações medicamentosas, médicas e hospitalares. Nesta dimensão da iatrogênese, a atenção está voltada para as consequências negativas do ato técnico. (ILLICH, 1975; MITJAVILA, 1998).

Quanto à iatrogenia social, observa-se uma desarmonia na relação entre o indivíduo como parte de um grupo e o meio social e físico. Nesta dimensão iatrogênica, o indivíduo vivencia a perda de autonomia, o controle das condições em que se encontra inserido. Assim, este é um efeito social indesejado da medicina, não necessariamente relacionado com a sua técnica em si. Cabe destacar que não é com o comportamento de médicos em nível individual que se relaciona esta iatrogênese, mas com o monopólio exercido pela profissão médica. (ILLICH, 1975).

Já a iatrogenia estrutural ou cultural diz respeito justamente à relação do indivíduo com o sofrimento. Illich coloca que, na gestão da fragilidade que representa a doença, a instituição restringe a autonomia, limitando o seu autocontrole. A saúde passa a ser alvo da terapêutica do

serviço médico, com uma regressão estrutural da saúde, se pensada como poder de adaptação. “Com a medicalização de uma cultura, as determinantes sociais do sofrimento agem em sentido inverso.” (ILLICH, 1975, p.107) A dor passa a ser objeto da profissão médica e pode agora ser medida, verificada, provocada e esta profissão passa a definir que dor é autêntica e qual simulada, julgamento este que a sociedade reconhece e adere. A experiência da dor será definida como sofrimento pelo olhar médico, validado pela sociedade. O sofrimento não mais pode ser aliviado pela intervenção pessoal, mas deve advir desse outro medicalizado. (ILLICH, 1975).

Dessa forma, o que se observa como principal um sintoma da iatrogênese social é o caráter epidêmico da descoberta de anomalias. De acordo com Illich, todo comportamento estranho, enquanto conduta anormal, pode ser considerado uma ameaça. Isso significa atribuir nome à anormalidade, categorizá-la e classificá-la. Essa “não-doença iatrogênica” apresenta marcas decorrentes do diagnóstico definido e do tratamento assim instituídos, tais como angústia, invalidez, exclusão do convívio social.

Nesse processo de medicalização, ao indivíduo categorizado é determinado um espaço específico junto com outros que contém essas mesmas marcas, seja sob a administração de ginecologistas ou obstetras no caso das gestantes, de geriatras, no caso da velhice, por exemplo. Todo espaço de convívio para estes anormais é perpassado por prescrições profissionais, ao extremo da subtração de permanência com outros, como se verá mais adiante no caso do “louco perigoso”. É destinado a esse homem domesticado uma “estabulação permanente para se fazer gerir numa seqüência [sic] de celas especializadas.” (ILLICH, 1975, p.44).

A partir de Illich, podemos compreender a medicalização social associada a uma forma difusa de iatrogenia da biomedicina, na qual se tem uma perda do potencial cultural no que se refere ao trato com a maior parte das situações de adoecimento, dor e/ou sofrimento. Dessa forma, repensar a autonomia dos indivíduos quanto a sua situação de saúde-doença encaminharia uma nova organização entre as ações autônomas e heterônomas. Essa expansão da medicina científica seria mais uma face da medicalização social, onde ferramentas sociais e

tecnológicas trariam resultados nefastos e ampliação do alcance do saber médico. (TESSER, 2006).

A própria ampliação da abrangência das categorias possibilita esse aumento do alcance do saber médico. Conrad (1992) sustenta que enquanto determinadas categorias são mais restritas e bastante pontuais, outras podem absorver uma diversidade de problemas e podem se expandir, ampliando a possibilidade de medicalização das mesmas. Assim, a medicalização refere-se à absorção pelo saber médico de definições e tratamentos que antes faziam parte da esfera dos problemas sociais ou eventos naturais, propondo uma intervenção médico-centrada e uma causa biomédica para esses problemas.

Para Poli Neto (2007), a medicalização pode ser definida como um tipo de processo que consiste na assimilação ou introdução no campo de objetos da medicina de diversas anomalias. Mas a noção de medicalização apresenta um caráter polissêmico, na medida em que existem diversos significados atribuídos ao termo, tendo sido utilizado para denotar questões tais como a “ampliação da jurisdição médica na sociedade, aumento do número de médicos e de empresas médicas, maior dependência da população de serviços médicos ou de medicamentos, entre outras”. (POLI NETO, 2006, p.45)

Pode-se pensar, portanto, na medicalização como “um processo de expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos.” (TESSER, 2006, p.348).

Em Foucault (2005, p.302) a norma é apresentada como o elemento que perpassa o regulamentador e o disciplinar, controlando corpo – pela ordem disciplinar – e população – pela multiplicidade humana. Ou seja, a norma pode ser aplicada sobre uma população à qual se pretenda regulamentar ou sobre um corpo ao qual se pretende disciplinar.

Inserindo a noção de corpo subjetivo, ao colocar que seria pelo sofrimento que se estabeleceriam os estados de doença, seria possível reelaborar a forma de apreender o que se entende por saúde-doença. Efetivamente, a noção de anormalidade permite ampliar o campo da saúde, perpassando justamente o regulamentador e o disciplinar. Foucault (1979) aponta que, com a emergência da medicina social, o

primeiro objeto a ser medicalizado seria o próprio corpo social, sob o domínio da medicina, porém incorporando outros saberes como a estatística e o planejamento urbano. Trata-se de processos que, historicamente, decorram de uma complexa relação entre a medicina, o Estado e diversos setores da sociedade.

Friedson (1988) chama a atenção para a aliança entre Estado e medicina, registrada em diversas sociedades, por meio da qual o Estado concede o monopólio do exercício da medicina à profissão médica em troca de sua participação em processos de gestão de problemas no espaço público, tais como os relativos ao controle de epidemia, à higienização do espaço urbano, e à moralização da classe operária e da família. A obtenção de licença e mandato para desempenhar tais funções propiciou a precoce conquista da autonomia técnica do saber médico para controlar seu próprio trabalho, acompanhada do exercício de um monopólio que lhe permitiu excluir e subordinar outros saberes e profissões do campo sanitário. (POLI NETO, 2006).

Na realidade, através da medicalização do social, a medicina se espalha e adentra em todas as áreas da vida dos indivíduos.

A medicina investe sobre a cidade, disputando um lugar entre as instâncias de controle da vida social. [...] a presença do médico como uma autoridade que intervém na vida social, decidindo, planejando e executando medidas ao mesmo tempo médicas e políticas [...] A figura da medicina como instrumento técnico-científico a serviço, direta ou indiretamente, do Estado. (MACHADO, 1978, p.68).

Com a desvalorização de saberes e práticas não-científicas, tradicionais ou do senso comum (TESSER, 2006), cujo papel foi importante na construção da percepção cultural e técnica de ações autônomas na questão de saúde-doença, percebe-se uma forte transformação com a presença do saber médico, indicando riscos inerentes do processo de medicalização, principalmente no sentido da iatrogenia cultural que se refere Illich.

De fato, é possível utilizar o termo medicalização para se referir à intervenção da medicina em praticamente qualquer assunto que

envolva a vida em sociedade e que se encontre ao alcance do olhar e do pensamento médico. Assim, é possível falar de “medicalização da moral, da atividade sexual, da morte, da sociedade, ou ainda, fala-se em ‘socialização da medicina’.” Os médicos sempre se interessaram em determinar normas de comportamento para a vida das pessoas, que abarcam desde a vestimenta até a conduta sexual, entre outros. Nesse contexto, eles passaram a ser reconhecidos como conselheiros, peritos, responsáveis por ensinar regras de higiene, as quais seriam imprescindíveis para a saúde individual e coletiva e por isso deveriam ser respeitadas (REBELO, 2004).

Os processos de medicalização da vida social exibem todo o poder da medicina técnico-científica para aparecer como o principal expoente na obtenção do reconhecimento como autoridade experta. Isso é possível na medida em que a medicina detém o monopólio para definir o que é doença e para tratá-la, monopólio este que se edifica com aprovação oficial, ainda que esse fenômeno tenha adquirido tamanha força recém a partir do século XIX.

Isso ocorre devido à função normalizadora do saber médico, ou seja, a medicalização ocorre a partir da classificação, avaliação e caracterização de inúmeros atributos da vida individual e coletiva em termos de normalidade-anormalidade. Esse critério de normalidade indica que tanto o conhecimento quanto a prática médicas instituem normas.

Conrad (1992) traz questões que permitem pensar sobre outras perspectivas quanto à problemática da saúde do indivíduo e o saber que a tematiza. Um dos pontos dessa discussão, para esse autor, refere-se a interesses de grupos e à atuação de movimentos sociais, como os Alcoólicos Anônimos, em que pessoas diagnosticadas e/ou leigos podem ser participativos no processo de medicalização dos seus problemas pessoais. Um efeito decorrente é a alteração da concepção do alcoolismo, fazendo a pessoa alcóolatra responsável pelos seus problemas de saúde. Se, por um lado, o *status* de doença atribuído ao alcoolismo remove a percepção de desvio moral do indivíduo quanto ao consumo do álcool, os elementos morais aparecem renovados através de uma moral-médica do cuidado com a saúde.

Para Conrad (1992, p.211), a medicalização ocorre em três diferentes níveis:

1. Nível Conceitual – este nível se relaciona com a questão do vocabulário utilizado para definir o problema em questão. Aqui não há necessariamente relação com o envolvimento dos profissionais ou tratamentos médicos.

2. Nível Institucional – aqui é a abordagem médica adotada pelas organizações o foco. Os profissionais médicos podem não realizar todo o processo de trabalho, mas são os responsáveis pela regulação das ações.

3. Nível Interacional – neste nível os profissionais médicos estão diretamente envolvidos com o problema como objeto do saber médico. Aqui está presente a relação médico-paciente, em que o médico define que um problema é de domínio do saber médico, inclusive questões sociais, e o “trata”.

Haveria, segundo Crawford (1980), dois entendimentos da noção de medicalização: a primeira refere-se às funções de substituição e complementariedade quanto a outras competências institucionais; já a segunda noção contempla a expansão da medicina, através de critérios de prevenção.

Destas, a primeira diz respeito à crescente intervenção da medicina no setor de condutas socialmente desviadas, as quais em períodos precedentes eram objeto de controle fundamentalmente por parte do direito e da religião, substituindo noções de pecado ou tabu por outras que pertencem ao universo das doenças, transtornos e anormalidades.

Já o segundo sentido refere-se ao aumento de problemas sociais que passam a ser definidos de acordo com o binômio doença/saúde. Assim, o saber médico adentra na vida cotidiana dos indivíduos e passa a fazer parte da definição de estilos de vida.

Segundo Conrad (1992), alguns estudos de sociólogos compreendem a secularização como forma de explicar aspectos relacionados a medicalização. A secularização apresenta uma linha de análises voltadas às transformações dos processos explicativos em que a medicina passa a ocupar espaços deixados pela religião. Assim, o

argumento seria de que a secularização leva à medicalização, e o pecado que se transforma em crime transmuta-se à doença.

Quanto aos fatores que tem historicamente influenciado os processos medicalizadores do social, é o controle sobre os indivíduos que ganha destaque. Isso porque o corpo, no século XIX, é uma realidade biopolítica enquanto que a medicina é uma estratégia biopolítica. (MITJAVILA, 1999).

De acordo com Mitjavila (1999), as bases sociopolíticas da medicalização do espaço social podem ser localizadas em três tipos de fontes:

1. Medicalização de problemas referentes às condições de vida dos setores subordinados como mecanismo facilitador da reprodução social da força de trabalho.
2. Normatização medicalizadora como base para a economia política da medicina, pois a saúde é, na prática, desejo de uns enquanto que é lucro para outros.
3. Medicalização como campo socializador de elementos simbólicos que integram um sistema de dominação.

Por outra parte, os processos de medicalização “podem ser analisados segundo o tipo de estratégia que articula o saber e a prática médicos com esferas institucionais mais amplas. De acordo com esse critério, podem ser identificados três tipos de estratégias sanitárias: punitivas, arbitrais e socializadoras.” (MITJAVILA, 1999, p. 17).

As estratégias punitivas referem-se às práticas técnico-políticas voltadas para a aplicação de sanções a indivíduos em virtude de desvios de conduta ou que representam algum tipo de ameaça social. As estratégias socializadoras reúnem o conjunto de mecanismos para regular e controlar as condutas dos indivíduos através do tipo de estrutura de vigilância panóptica que Foucault denomina de somatocracia. Já as estratégias arbitrais na área da medicina compreendem os procedimentos referentes à emissão de juízos ou também pronunciamentos quanto aos atributos individuais, como responsabilidade penal ou aptidão laboral. É exatamente no contexto desta estratégia que podem ser localizadas as práticas forenses da medicina em geral e da medicina psiquiátrica, em particular. (MITJAVILA, 1999).

Esse saber médico tem suas próprias formas de atuação, as quais são analisadas por Luz (1993; TESSER, LUZ, 2008) do ponto de vista da racionalidade médica a qual compreenderia cinco dimensões inter-relacionadas entre si: a morfologia humana, a dinâmica vital, o sistema de diagnose, o sistema terapêutico e a doutrina médica. Respectivamente, estas dimensões se referem à anatomia do corpo, a sua fisiologia, aos diagnósticos, ao tratamento e ao caráter explicativo sobre doença.

Para Foucault (2003), essa medicina moderna que emerge em fins do século XVIII traz um discurso de estrutura científica ao se pronunciar sobre esse sujeito. Marcado por uma concepção mecanicista, o raciocínio científico influencia até hoje todas as áreas de conhecimento, principalmente nos aspectos de previsibilidade e matematização de eventos. Na modernidade, o saber médico também incorpora essa racionalidade científica. Baseada em uma nova *episteme*, essa medicina científico-técnica traz um novo olhar médico sobre o doente, um olhar que, ao se dirigir ao interior do corpo doente, o faz, não como resultado de um acúmulo e aperfeiçoamento de conhecimento agora científico, mas de uma reformulação do próprio saber. (POLI NETO; CAPONI, 2007).

Assim, o sintoma passa a ser signo por ser objeto de um outro olhar, capaz de perceber frequência, diferença e similitude, um olhar que liga os elementos. Esse olhar clínico revela uma ordem, a própria ordem natural, ao compor e decompor. Pela ação desse olhar, o signo é o sintoma na sua origem verdadeira, pois a análise remonta à origem. E a máxima do saber médico seria que todos os sintomas pudessem ser perscrutados por esse olhar e se tornar signo. Com esse novo olhar uma nova linguagem também é possível, a que clara e ordenadamente fala por todas as patologias, em que a doença passa a ser indivisível, ser um todo de sintomas regulares e periodicizados. A doença é vista e dita por uma história contada sobre ela, em que ela é o enunciável. Observa-se então uma legitimação do saber médico e um apoio institucional para exercer o cuidado dos doentes, pois a linguagem revela o que o olhar decifra, em um processo de significante e significado para o campo médico. (FOUCAULT, 1977).

Diante disso, Barros (2002, p.76) coloca:

É provável que a expressão mais acabada das distorções e consequências concretas do modelo biomédico, reducionista, de abordagem da saúde e da doença na vida dos indivíduos resida no que se convencionou designar como medicalização.

Contudo, a medicalização envolve processos inter-relacionados e não uma ação imperialista do saber médico em que estes profissionais ocupam papéis sem fazer parte de todo um processo. De fato, haveriam graus de medicalização na sociedade. Nem todos os domínios da vida estariam igualmente regulamentados sob o controle médico, porém isso não está obrigatoriamente relacionado com a eficácia das intervenções médicas. Estas ocorrem independentemente da validação social e individual dos diagnósticos, tratamentos e definições médicas. (CONRAD, 1992; ILLICH, 1975).

Assim, cabe destacar aqui que

o saber médico não é o único tipo de saber que participa na construção do campo sanitário, como também não é o único que faz parte das estratégias discursivas da medicalização da sociedade. No entanto, sua preeminência é tão marcante que constitui um fato inquestionável para os especialistas do tema. (MITJAVILA, 1999, p. 22).

Diante disso, três aspectos do saber e da prática médicas precisam ser destacados como bases medicalizadoras da sociedade (MITJAVILA, 1999):

1. A autonomia do saber médico – A autonomia deste saber relaciona-se a seu caráter profissional, autonomia esta que é concedida pela sociedade e tem seu alcance no direito exclusivo para determinar quem pode realizar esse trabalho e como deve ser feito. Concedida pela sociedade, a autonomia não é um atributo natural, mas socialmente construído. Assim, “a autonomia relativa da medicina de intervir sobre a vida social deriva dos graus de liberdade que aquelas exigências admitem.” (MITJAVILA, 1999, p. 24). Em diversos contextos, a autonomia desse saber é resultado de negociações políticas de

convencimento social a respeito da importância e necessidade do privilégio dessa auto-regulação da medicina técnico-científica, o que aparece na prática como reconhecimento e proteção estatal do saber e das práticas médicas. Essa autonomia técnica é a matriz dos outros aspectos da soberania médica, como a deslegitimação e/ou subordinação de outros saberes e práticas terapêuticas. E é por causa dessa autonomia e desse monopólio que a medicina tem influência sobre outras esferas do social.

2. As características da autoridade e do poder médicos – Assim como a autonomia garante à medicina o direito de medicalizar, essa autonomia converte-se em uma fonte de poder. A essência da autonomia consiste no poder de definir e formular as regras que determinam o que é verdade ou não em um dado domínio. Como analisou Foucault, essa foi uma característica que tornou possível o nascimento da clínica e constitui, epistêmica e sociologicamente um elemento decisivo do seu desenvolvimento como campo de conhecimento e de exercício do poder.

3. A natureza técnica da medicina, principalmente quanto às condições de produção e aplicação do seu conhecimento aos problemas codificados como doença e saúde – Através dessa característica, que Freidson (1978) sintetiza na noção de “mentalidade clínica”, a medicina consegue cientificar um conjunto considerável de enunciados que, frequentemente, transportam um forte conteúdo moral ou ideológico diante dos seus objetos. Outra característica das disciplinas técnicas como a medicina seria a tendência a intervir sempre, em função de um tipo de racionalidade pela qual é sempre melhor fazer algo do que não ter feito nada. A clínica lida permanentemente com a incerteza, com eventos únicos e irrepetíveis e, por isso, na prática médica geralmente resulta preferível imputar uma doença a não percebê-la.

É preciso ressaltar ainda a dimensão cultural do poder médico. Esta dimensão refere-se ao fato de que reconhecer o saber médico como uma forma de conhecimento qualificado está diretamente relacionado com a sua autoridade cultural, pois muitas vezes é a partir dessa autoridade que se forma e se amplia a autoridade social da medicina, como por exemplo a aceitação da medicina atuando na função arbitral.

En su función de autoridades culturales, los médicos emiten juicios autorizados sobre lo que

constituye enfermedad o falta de cordura, evalúan la actitud de las personas para desempeñar determinados trabajos, determinan la incapacidad de los heridos, certifican muertes, e inclusive valoran después de la muerte si la persona tuvo o no capacidad en el momento de hacer testamento. Estos juicios profesionales tienen consecuencias en tribunales, ante patronos y autoridades sociales en general. En estas situaciones, se supone que el médico debe concretarse a presentar los hechos; otras personas decidirán qué hacer al respecto [...] En este terreno, la autoridad médica es un recurso que sirve tanto al orden social como a la profesión y a sus clientes. (STARR, 1991, p. 29-30).

Ainda que de forma geral se tenha pronunciado um possível declínio do prestígio social do médico, colocando em xeque a existência da autoridade cultural do saber médico, indícios apontam que a autoridade cultural da medicina permanece conservada, principalmente no que diz respeito à confiança que as principais instituições sociais depositam na profissão médica. (MITJAVILA, 1998).

A autoridade cultural, não só do saber médico mas de qualquer saber, depende da capacidade desse saber estar voltado para o cumprimento de valores que são essenciais ao conjunto social. A saúde sempre cumprirá com esse requisito, e é exatamente em nome da saúde que a medicina justificará toda a sua intervenção na vida social. Essa autoridade cultural da medicina detém alguns atributos, dentre os quais cabe citar o juízo e a intervenção orientados a um valor comum –a saúde–; a competência e o conhecimento profissional validados pelos pares; o conhecimento do saber médico baseado em fundamentos racionais e científicos. (STARR, 1991).

Com isso, a medicina exerce a prevenção, o diagnóstico e a correção de condutas desviadas graças à autoridade que lhe é confiada pela sociedade. Ou seja, a autoridade cultural define-se como um atributo muito importante para o saber médico. “En ese sentido, la legitimidad de la medicina se convierte en un fundamento más de los procesos de medicalización del espacio social.” (MITJAVILA, 1998, p. 37).

Contudo, cabe destacar que o processo de medicalização também ocorre no sentido inverso, com o que Conrad (1992) chama de desmedicalização. A desmedicalização refere-se justamente ao problema que deixa de fazer parte do domínio do saber médico, não tendo mais uma definição médica. Isso é evidenciado pela inadequação de soluções médicas para determinado problema.

Apesar da ocorrência desse tipo de situação, como no caso do homossexualismo (a homossexualidade foi removida do DMS após votação em 1973), esse processo de desmedicalização não é comum diante do poder dos médicos em uma sociedade marcada pela cultura do risco (GIDDENS, 1995).

Ou seja, observa-se que o processo de medicalização da vida social em suas diversas esferas não é um processo uniforme e linear, mas marcado por momentos de medicalização, desmedicalização e remedicalização. Tal situação pode ser observada também no caso do alcance do saber médico psiquiátrico na gestão da criminalidade, o que será tratado a partir do próximo tópico.

2.2 A medicalização do crime e da loucura

O processo de medicalização se estende a diversas áreas da vida social. No caso da loucura, a medicina psiquiátrica desempenha um papel central. É o saber médico psiquiátrico que ocupa o espaço para tratar da loucura convertida em doença, nessa doença diferente – doença mental, fenômeno patológico – e que se utiliza de tratamento físico-moral para curá-la. Se a medicina passa a ter “a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações”, é a partir da medicina social que a psiquiatria se constitui com o projeto “de patologizar o comportamento do louco, a partir de então considerado anormal e, portanto, medicalizável.” (MACHADO et al., 1978, p.376) Ou seja, no processo de medicalização da sociedade, a psiquiatria se ocupará do projeto de medicalização da loucura.

Na Europa, em fins do século XVIII, a medicina avança sistematicamente no processo de medicalização da loucura, o que não significa que haja uma total confiscação da loucura pelo olhar médico nessa época. Essa medicalização implica, sim, na definição de um novo estatuto do louco, jurídico, social e civil. Esse novo estatuto de alienado é determinado por um “estabelecimento especial” no qual ele deverá ser internado sob o baluarte asilar. Isso significa que durante muito tempo não será essencial a “relação médico-doente”, mas sim a “relação medicina-hospitalização”. Esta relação implica o desenvolvimento de uma tecnologia hospitalar e o surgimento de uma nova forma de poder na instituição. (CASTEL, 1978, p.56-57).

Sob a atuação do médico na questão da loucura, o alienado agora é oficialmente um doente, especificamente um doente mental, o qual deve ser tratado, principalmente no começo da medicalização da loucura. Para este autor, o conceito de alienação denota a dependência do alienado em todos os níveis – institucional, jurídico, civil – através da ação médica. Em uma sociedade contratualista, o alienado foge a toda relação contratual. Assim é concretizada a medicalização do louco: pelo seu *status* de tutelamento completo.

Na França, isso é possível com a promulgação da lei de 30 de junho de 1838. Esta lei pode ser considerada um marco na legislação como dispositivo do que Castel chama de medicina mental. Com esta lei é concretizada a lógica asilar como forma de assistência aos alienados e o estatuto da loucura como doença, pelo que o doente deve ser internado. E através da medicalização da loucura a medicina mental passa a ocupar um espaço privilegiado que ultrapassa as barreiras de um saber técnico, assumindo funções de administração e direção, se inscrevendo definitivamente na problemática política, permitindo que o domínio psiquiátrico seja reconhecido inclusive na prática como médico-diretor. Esse projeto de medicalização reorganiza também os espaços na estrutura asilar, garantindo separação entre mendigos e alienados para tratamento destes quanto à sua doença mental. (CASTEL, 1978).

Com isso, na análise de Illich (1975), dois mitos surgem: (i) o da profissão médica organizada e nacionalizada de acordo com o modelo clerical, mas substituindo o poder sobre as almas pelo poder

sobre o corpo e a saúde; (ii) o da saúde restituída, sem doenças, distúrbios ou paixões. No primeiro mito observa-se uma medicalização de forma positiva e dogmática do ponto de vista dos médicos; no segundo mito tem-se uma medicalização do tipo negativo, com a doença em meio vigiado e organizado.

Apesar do inevitável paradoxo de que a eliminação da doença desapareceria com a própria medicina, o espaço hospitalar exerce justamente essa função de controle do doente sob a égide do saber médico. Inicialmente, instituições de caridade sob o controle eclesiástico tinham a responsabilidade de recolher toda sorte de indigentes e de outros indivíduos segregados do tecido social. Mas, a partir do século XVII, o tratamento da doença em geral, e da loucura em particular, serão deslocadas do âmbito religioso e filantrópico por meio de sua progressiva conversão em objetos do saber e da prática médicas, processo que envolve a emergência de um novo olhar baseado no modelo da ciência para produzir um também novo tipo de verdade sobre a doença, que passa a ser tratada como natureza (FOUCAULT, 1977; ILLICH, 1975).

Pretende-se, assim, uma sociedade saudável, pela iniciativa de isolar, classificar as doenças e identificar a verdade das mesmas pela ação do saber médico. Embora esse processo de passagem das corporações religiosas para a atuação secular não ocorreu plenamente em todas as instituições hospitalares de imediato, a sua emergência pode ser datada na França a partir do decreto de 18 de agosto de 1792.

A doença foi colocada no centro do sistema médico e submetida de pleno direito: 1) a verificação operacional com recurso de medidas; 2) a estudo e experimentação clínicos; 3) a avaliação conforme as normas técnicas. (ILLICH, 1975, p.123).

Na década de 1890, o diagnóstico e a terapêutica passaram a ser definidos através da norma, no sentido de definir a doença como desvio de padrões clínicos considerados normais e de conceber a saúde como ausência de sintomas clínicos. Entretanto, se a existência da doença física refere-se ao corpo e, devido a isso, exige ser confirmada por meio da materialidade de verificações anatômicas, genéticas ou fisiológicas, a

doença mental opera em outro nível de controle, sendo definida pela avaliação psiquiátrica de atributos imateriais, atitudinais, comportamentais. Nesse sentido, poder-se-ia dizer que o diagnóstico da doença mental é realizada pela interpretação institucional do saber médico. (ILLICH, 1975).

Ou seja, se é a partir do século XVII que a loucura passa a ter um aspecto verdadeiramente humano e ser reconhecida como um afastamento da norma social, esse processo é marcado por uma panacéia de tratamentos e remédios que é encerrada com a medicina quando passa a definir em cada indivíduo um certo distanciamento com relação às normas, distância essa que pretende-se anular com tratamentos específicos. Desse ponto de vista, vale a pena lembrar que foram justamente as doenças nervosas as que mais avançaram no que se refere ao surgimento de técnicas terapêuticas criadas pela medicina no século XVIII. (CASTEL, 1978; FOUCAULT, 2007).

Contudo, Foucault (2007) aponta que as diferenças entre medicamentos psicológicos ou morais e medicamentos físicos só surgem mesmo no século XIX. Esse distanciamento é marcado por modelos etiológico-terapêuticos sobre a loucura inscritos na lógica da psiquiatria como especialidade médica emergente.

Com os primeiros esboços clínico-descritivos, a psiquiatria surge como ciência médica nessa diferenciação entre o físico e o psicológico ou moral, realizando uma introdutória tentativa de ordenação nosográfica que dera origem à psiquiatria clínica. Contudo, enquanto especialidade médica, a psiquiatria não teria experimentado o mesmo processo de organização do campo epistêmico observado no saber médico como um todo (CAPONI, 2009a; MELO, 1979; FOUCAULT, 2006). Assim, por exemplo, mais do que se orientar à formulação do diagnóstico diferencial próprio da clínica médica, a psiquiatria vai se debruçar sobre a loucura apoiada na utilização de um tipo de diagnóstico “absoluto”, construído em torno de uma oposição binária: ausência ou presença de loucura. Mais do que se preocupar com a constatação de se determinado comportamento ou forma de alucinação corresponde a um tipo específico de lesão, o psiquiatra tentará determinar se esse comportamento pode ser definido, ou não, como estado de loucura ou não. Diante disso, o caminho forense se delinea,

encomendado e conquistado, como missão da psiquiatria. (CAPONI, 2009a; FOUCAULT, 2006).

Se na Idade Média o sacerdote era o perito com a vigência da ideologia cristã, na Idade da Loucura, o psiquiatra é o perito em uma ideologia médica com a tecnologia clínica e não mais clerical. (SZASZ, 1980). Esse processo de substituição de funções que competiam às instituições religiosas pelo saber médico revela o reconhecimento social da competência da medicina para intervir na loucura e as questões sociais decorrentes desta. Esse reconhecimento é marcado pela atuação do psiquiatra como perito, como árbitro, ao mesmo tempo científico-técnico e social, da sanidade mental (CASTEL, 1978; MITJAVILA, 2010), aspecto que, em função da sua relevância para a presente pesquisa, será especialmente tratado mais adiante.

Essa ingerência da psiquiatria na gestão do social está geneticamente associada à emergência e desenvolvimento do higienismo. No caso brasileiro, como aponta Venâncio (2003), nas três primeiras décadas do século XX, o movimento da higiene mental se articulou com elementos do alienismo francês e do cientificismo organicista da psiquiatria alemã, adquirindo força para se inserir em projetos políticos que visavam questões sociais. o espaço social urbano. Em paralelo, a transformação do asilo em hospital psiquiátrico teria propiciado a institucionalização do papel da psiquiatria na organização das respostas aos principais problemas sociais da época e, especialmente daqueles associados à loucura. (MACHADO et al., 1978; PORTOCARRERO, 1990; AMARANTE, 1982; JABERT, 2005).

A medicalização da loucura começa a se delinear de fato a partir do século XIX, marcada pela relação do crime com a doença. Tal concepção se configurou como lugar comum no discurso médico, ao ponto de generalizar, no pensamento médico dominante nesse período, a ideia de que os presídios não deveriam categorizar seus detentos de acordo com os delitos, mas segundo a condição de degeneração, diagnosticada com critérios médicos. A partir dessa lógica, começa a ganhar legitimidade o objetivo da medicina de ocupar um espaço relevante nas instituições prisionais, dando início, dessa forma, a um processo de medicalização do crime. (REBELO; CAPONI, 2007, p.201).

2.2.1 A medicalização do crime no contexto europeu

Desde sua emergência, a psiquiatria era chamada para explicar e intervir na administração de comportamentos caracterizados por representar algum grau de ameaça à ordem social. Assim, observa-se que o percurso que vai da *manie sans délire* de Pinel, passando pela figura do “criminoso nato” de Lombroso (DARMON, 1991) e a noção de “personalidades psicopáticas” de Kraepelin, até a formulação, em tempos mais recentes, do conceito de “transtorno de personalidade antissocial” como categoria diagnóstica. (DSM-IV-TR, 2002). Essa trajetória exhibe como o saber psiquiátrico foi estabelecendo categorias e instrumentos que delineiam os contornos da ingerência médica no controle de um conjunto bastante amplo de comportamentos socialmente considerados como transgressores ou desviados.

Contemporaneamente, estaríamos observando o retorno do “monstro” que comete crimes marcados pela violência à vida, não tendo a doença mental nem vantagens pessoais como justificativas. Aos olhos dos agentes dos campos jurídico e médico, essa classe de comportamento costuma escapar aos parâmetros tanto da razão como da loucura e, portanto, de qualquer possível inteligibilidade por parte dos saberes expertos e leigos. Os atos praticados por esses indivíduos vêm suscitando formas inéditas de incerteza e perplexidade sociais devido à imprevisibilidade do seu comportamento criminal, gerando, dessa maneira, condições de possibilidade para a emergência de tecnologias políticas de gestão da criminalidade baseadas em uma “nova penologia” como estratégia de defesa social perante o crime (KEMSHALL, WOOD, 2008).

Hoje, da mesma forma que em fins do século XIX, boa parte das explicações para esses crimes será procurada na psiquiatria, na expectativa de que esta encontre na constituição mórbida desses seres as respostas etiológicas que permitam preservar tanto a sociedade como as suas instituições dessa classe de ameaça.

Castel (1978) destaca, contudo, que a lógica que se coloca à medicalização da loucura não tem a mesma origem que a da medicalização do crime. Isso porque ao louco cabe a racionalidade

terapêutica e a sua transgressão será vinculada ao tratamento, não a uma espécie de sanção, pelo menos nesse primeiro momento. Se o tratamento pode ser considerado uma repressão, esta relação se dá de forma disfarçada. Já no caso do crime, pretende-se puni-lo como resultado do estabelecimento de uma relação entre delito e sanção que imputa responsabilidade ao criminoso; é, portanto, no ato de punir que se medicaliza: “Diferença essencial: em um sistema contratual, a repressão do louco deverá construir para si um fundamento médico, ao passo que a repressão do criminoso possui imediatamente um fundamento jurídico.” (CASTEL, 1978, p. 37).

É no século XIX que a patologização de variados comportamentos irá alcançar também o criminoso, através de avaliações psicopatológicas, voltadas para a determinação de sua responsabilidade definindo assim a legitimidade da punição. Entre o punir e a assistência, a legitimidade será médica e é a psiquiatria que responderá pela vigilância e a disciplinarização remodeladora intervindo no espaço da justiça. (CASTEL, 1978).

O apelo institucional à medicina para arbitrar comportamentos determinando seu caráter normal ou anormal é de longa data, embora esse tipo de fenômeno tenha sido codificado com o termo medicalização em períodos relativamente recentes. Antes mesmo de a medicina ser considerada técnico-científica, os médicos já eram chamados para definir regras sobre questões que iam desde a vestimenta até a conduta sexual, bem como para ensinar regras de higiene imprescindíveis para a saúde individual e coletiva. (REBELO, 2004).

Esse alcance da medicina não se restringia ao espaço público, ultrapassando os muros das prisões na direção da oficina para atingir posteriormente o espaço hospitalar (FOUCAULT, 2002). De fato, desde o século XVIII as prisões converteram-se em um espaço privilegiado para a normatização e moralização dos indivíduos em três aspectos que terão grande impacto nos processos de medicalização:

- (i) o isolamento do indivíduo como estratégia político-moral;
- (ii) a inclusão do trabalho obrigatório, com visão economicista; e

(iii) o dispositivo técnico-médico, responsável pela cura e pela normalização dos indivíduos.

Temos, assim, um processo que alcança o espaço prisional tornando um local inicialmente concebido para o simples cumprimento de penas em uma construção capaz de utilizar a técnica disciplinar do saber clínico sobre o condenado. Se já foi colocado anteriormente que o processo de medicalização não decorre unicamente da ação dos profissionais médicos, a justiça criminal também faz parte desse processo no que se refere à técnica disciplinar. Este é um saber que atua sobre os corpos, tanto no hospital quanto na prisão, elaborado de forma sistemática e organizada, construindo normas capazes de diferenciar o doente do são, o louco do normal, o inocente do criminoso. (REBELO, 2004).

Nessa trajetória, a antropologia criminal assume um papel fundamental na sustentação científica dos processos de medicalização do crime e de criminalização da loucura, bem como no surgimento e fortalecimento do campo da medicina legal. Nesse sentido, as teorias biotipológicas, por exemplo, constituíram um subproduto da antropologia criminal que orientou a identificação de tendências criminosas nos indivíduos na perspectiva de prevenir o crime. (REBELO, 2004). Os estudos baseados na biotipologia buscavam categorizar os seres humanos de acordo com diversos tipos. Fenômenos morfológicos, intelectuais, funcionais e a hereditariedade, ou qualquer outro capaz de influenciar a constituição da pessoa, física ou psicologicamente, faziam parte destes estudos. Com origem datada por ocasião do I Congresso Latino Americano de Criminologia (realizado em Buenos Aires - Argentina, em 1938), a biotipologia pode ser considerada uma das ramificações da eugenia no século XX. Por pretender classificar as pessoas em nível individual, de acordo com seus aspectos físico-comportamentais, ela alcançou grande visibilidade acadêmica. Historicamente, seria uma ciência hereditário-tipológica, tendo Nicolas Pende (1880 a 1970) como criador e continuador das ideias de Cesare Lombroso (1835 a 1909). No Brasil, Waldemar Berardinelli (1903 a 1956) dedicou-se ao estudo da biotipologia e considerava que, ao desenvolver uma correlação entre aspectos somáticos e psíquicos dos indivíduos, Lombroso abria espaço na

medicina para o estudo dos criminosos. (SILVA, FONSECA, 2013; GOMES, 2012, REBELO, 2004).

Os estudos biotipológicos eram, então, ancorados em procedimentos de mensuração de aspectos morfológicos, fisiológicos (sobretudo, dialogando com a endocrinologia) e psicológicos, por vezes tidos como de base hereditária. A constituição seria o conjunto de todos esses elementos da biologia das pessoas. Podemos dizer que essas práticas continuavam e atualizavam, segundo um discurso de maior cientificidade, as classificações antropológicas e criminológicas do século XIX, a partir de uma radicalização e da ampliação das mensurações antropométricas e classificações das constituições e dos traços físicos e craniométricos das pessoas. A partir das várias quantificações corporais, que por vezes recebiam tratamentos matemáticos e estatísticos, foram desenvolvidas as classificações das características corporais dos indivíduos. Esse modo de caracterização era, então, denominado pelos biotipologistas como 'biótipo'. (GOMES, 2012, p.707).

Contemporaneamente, os processos de medicalização do crime exibem tanto a permanência mais ou menos renovada de alguns dos traços fundacionais até aqui apresentados como a emergência de formas inéditas de codificação do comportamento criminal. Isso pode ser fundamentalmente observado no que concerne aos modelos etiológicos que atualmente organizam os discursos etiológicos sobre o crime entre os agentes sociais nesse espaço que intersecta o médico e o jurídico. Os modelos etiológicos podem ser definidos como

[...] construções teóricas de caráter operatório, ou seja, hipóteses de pesquisa elaboradas a partir de uma ruptura epistemológica com relação ao que é superado, e que não podem, portanto, substituir a realidade empírica, uma vez que têm por objetivo precisamente pensar esta última e, em particular, por em evidência o que ela não diz. (LAPLANTINE, 1991, p.34).

Em suma, os modelos não consistem em fatos, mas em interpretações ou tentativas de explicação dos fatos. Assim, por exemplo, a teoria moreliana da degeneração e a definição do caráter constitucional do “criminoso nato” converteram-se em peças fundamentais dos modelos etiológicos que inauguraram os processos de medicalização do crime na modernidade.

De acordo com Darmon (1991) e Foucault (2006), outro elemento matricial da medicalização do crime encontra-se na emergência, ao longo dos séculos XVIII e XIX, da noção de “indivíduo perigoso” na psiquiatria europeia. Marcada por embates e alianças entre os universos jurídico e médico, a problematização do comportamento criminal associada à loucura instalou-se nos tribunais no século XX. Assuntos como o princípio de livre arbítrio, o processo de humanização das penas e a prevenção do delito permitiram que a medicina fosse chamada a dar respostas a certos tipos de crime, fundamentalmente àqueles classificados como irracionais e, em particular, aos caracterizados pela violência praticada contra outrem.

O crime foi justamente o que propiciou a atuação dos alienistas fora dos muros dos asilos. (CASTEL, 1978; DARMON, 1991; CARRARA, 1998). No bojo desses processos, três expressões aparecem como fundamentais: monomania, degeneração e criminoso nato.

2.2.1.1 A monomania e o problema da degeneração: as ideias francesas

2.2.1.1.1 Monomania

O psiquiatra Esquirol (1772-1840) apresenta a monomania estando ela presente em indivíduos aparentemente normais, como se ocorresse um certo “delírio parcial” como motivo para o crime, relacionado apenas a uma só ideia. Isto indicaria um impulso criminoso irresistível (monomanias instintivas) ou de um distúrbio do senso moral (lesão ética), como variações nas monomanias racionantes. (DARMON, 1991).

De fato, Philippe Pinel (1745 - 1826) fez as observações iniciais de indivíduos não delirantes enquanto estes ficavam em asilos, contudo foi Esquirol quem melhor trabalhou a ideia da monomania. Esta noção respondia a uma leitura intelectualista da loucura, uma vez que a produção delirante era considerada um subproduto da perda, neste caso temporária, do uso da razão. A isso se deve acrescentar o caráter geralmente esporádico dos episódios delirantes, o que os tornava dificilmente detectáveis até por parentes próximos. Assim, a doença poderia não aparecer por anos, até que o objeto de sua loucura fosse “acionado”. Considerada pessoa normal por todos, talvez um pouco excêntrica, a possibilidade da descoberta da loucura permanecia restrita aos momentos de delírio.

Contudo, a monomania não ficou restrita aos delírios parciais, mas alcançou o caráter explicativo de diversas perturbações mentais, independente da existência de delírio e de desordem intelectual. Nestes casos, são os movimentos inesperados que definem a loucura pela afetividade. O impulso do ato classifica esses alienados, por ações e reações irresistíveis. Diante dos casos de difícil explicação, são os alienistas os capazes de utilizar um conhecimento específico para explicar os crimes inexplicáveis. (CARRARA, 1998; CASTEL, 1978).

Seja pelo caminho da monomania racionante, em que a lucidez em nada impede decorrências de distúrbios do senso moral, condição de pessoas más, cruéis e incapazes de aprender o bem, identificáveis pela sua amoralidade; seja pela monomania instintiva, em que o distúrbio mental seria mais difícil ainda de ser identificado por ocorrerem surtos súbitos e passageiros, quando o crime parece não ter nem razão, a quem o remorso corrói; ambas monomanias seriam justamente uma perturbação mental em que o crime as caracteriza, na “razão sem culpa” e na “culpa sem razão”. Assim, se passava a explicar tanto os crimes não relacionados com as trajetórias de vida do monomaniaco instintivo quanto os crimes claramente explicáveis a partir de uma biografia individual excêntrica como a do monomaniaco racionante. (CARRARA, 1998).

Se todas essas ações podiam ser medicalizadas através da monomania como categoria nosológica, as lacunas deixadas pela loucura passam a ser ocupadas pela patologização do delírio. Observa-se

aqui uma ampliação da classificação do que é patológico, alcançando a própria problematização da monomania em sua vinculação com o crime.

Essa “monomania criminosa” era frequentemente levada aos tribunais como parte de argumentos da defesa que definia o ato criminoso como “monomania homicida”. Nesse contexto, os alienistas debruçaram-se sobre a questão da responsabilidade penal do monomaniaco. A respeito disso, Esquirol, afirma, em 1827, que se os alienados matam no delírio, se os alienados matam tendo monomania raciocinante, os monomaniacos instintivos agem mesmo sem a consciência, sem motivo ou delírio, em um acesso da monomania ainda que sem nenhum delírio. Assim, é em 1840 que Marc definirá a divisão clara entre as monomanias instintivas (ações sem raciocínio prévio em pessoas primitivamente doentes) e raciocinante (ações como resultado de uma associação de ideias). Mesmo que alguns tentem afastar os alienistas da justiça e o criminoso de uma relação com a loucura, diante de crimes inexplicáveis, são eles os chamados a atuar na área de justiça. (CASTEL, 1978).

Com Morel e Falret, discípulos de Pinel, a monomania será atacada e sobreviverá somente até o início do século XX. Isso porque, apesar das críticas, o conceito de monomania era bem visto e aceito por magistrados, jurados e médicos, mesmo que sua eficácia não fosse comprovada. Era muito complexo determinar e aplicar, na área da justiça, uma ideia de alienação baseada num fato isolado, além de conceder legalmente o caráter de irresponsável a um indivíduo que, ao mesmo tempo, era capaz de gerir a sua vida e ser racional. Assim, a “monomania não excluía, portanto, nem a responsabilidade nos casos alheios ao delírio, nem mesmo um certo grau de responsabilidade naqueles em que o delírio era a causa eficiente do ato criminoso”. (DARMON, 1991, p. 126).

Dessa forma, todos aqueles que eram contrários a teoria da monomania tentaram

convencer os magistrados que a constatação de irresponsabilidade total deveria incluir não apenas os casos nos quais o delírio tinha sido a causa primeira do crime, mas ainda todos aqueles no quais não era aparente. Em outras palavras, o

alienado menos sintomático deveria ser colocado no mesmo plano que o alienado mais extravagante, já que, a despeito das aparências, não fora apenas uma parte, mas a totalidade de suas funções cerebrais que havia sido atingida. (DARMON, 1991, p.127)

Esse foi um dos caminhos para o estabelecimento das bases da nosologia da loucura, e também da relação entre irresponsabilidade absoluta, inclusive no que se refere a cometer um delito, e doença mental. Com essa “loucura racional”, contudo, passou a ser mais difícil determinar quem é louco, motivo pelo qual a psiquiatria tentou encontrar uma forma de resolver essa questão. Falret, por exemplo, apresentou os loucos morais, os quais seriam perigosos e violentos, privados de sentimentos e incapazes de lamentar ter cometido o crime, mesmo sem apresentar alterações da inteligência ou alucinação. (DARMON, 1991).

Ao final, os alienistas conseguiram que os tribunais consentissem a irresponsabilidade absoluta para monomaníacos intelectuais ou instintivos. Porém, resultava muito difícil avaliar e definir quem eram esses monomaníacos racionais. Mas prontamente as ideias provindas da biologia, da antropologia e a da hereditariedade patológica passariam a auxiliar a psiquiatria nessa tarefa. (DARMON, 1991).

De fato, a noção de monomania vai sobreviver de maneira mais ou menos intacta até 1854, quando Falret dá voz às críticas sobre a noção de monomania. Para ele, o diagnóstico de essa condição não pertence ao domínio da certeza e sim da avaliação de possibilidades. De qualquer forma, Falret considera que esse espaço da justiça deve, sim, ser ocupado pelos médicos como detentores de um saber competente para emitir juízos sobre a matéria. Começa-se, dessa forma, a delinear uma esfera de competências em que a perícia psiquiatria é definida como saber especializado sobre a loucura associada ao crime. Em particular, casos que aparecem deslocados do padrão e são desconcertantes podem entrar para o campo desse aparelho de gestão da loucura. (CASTEL, 1978).

Ou seja, a patologização desses novos comportamentos será alcançada pela ação dos alienistas complementarmente às ações de racionalização científica dos discursos e das práticas do judiciário como base para a punição. Ainda que o conceito de monomania fosse alvo de críticas, ele foi capaz de objetificar o mal do ser humano. . Como coloca Foucault (1978), a lógica do delírio fez da monomania algo acessível porque, especialmente nos casos em que se observava um vazio de razões, seria na própria razão do indivíduo que se caracterizava sua alienação mental.

Essa loucura tão presente como invisível é imprevisível, passou a ser, por isso mesmo, considerada perigosa. Esta lógica se mantém durante o século XIX, em que o diagnóstico de alienação mental será um exercício de comparação com o indivíduo normal, padrão esse construído através de um perfil de pensamento e de comportamento do homem normal trabalhado pelos alienistas, buscando avaliar essa loucura invisível da monomania. Sob essas condições, diversos comportamentos transgressores tornam-se objetos da reflexão médica diante da necessidade de criar uma nova norma, que cada vez mais passará a ser construída a partir da observação do homem moral e da sociabilidade, regulando a moral do comportamento. (CARRARA, 1998).

A monomania permaneceu até meados do século XIX como a noção capaz de associar a loucura com a ideia de pessoa perigosa e de ampliar os alcances da medicalização de comportamentos considerados indesejáveis. A partir daí, o conceito de monomania passa a ter a concorrência de uma nova construção conceitual, por meio da qual aqueles que até então considerados monomaniacos começam a ser classificados como degenerados. Ainda que ambas as noções – monomania e degeneração - se refiram ao comportamento transgressor irracional, a partir de 1866, com Morel, a monomania começa a ser percebida como uma noção já ultrapassada.

2.2.1.1.2 Degeneração

A degeneração foi a noção que abriu portas para uma proto-criminologia, no que se refere às relações entre loucura e criminalidade

através da ação médica sobre o crime. Com os degenerados, os estudos sobre a monomania andaram em paralelo por um tempo, ainda que é pela degeneração que foi possível à medicina alcançar estatuto específico para responder em âmbito judicial sobre os indivíduos como causa de infelicidade alheia e de si. O foco aqui está nas perturbações mentais com características inatas, superando as discussões da monomania sobre esse ponto.

Carrara (1998, p. 82) considera que a palavra degeneração será inaugural com Morel pela “concepção antropopatológica” que ele lhe imprimira a essa noção, pois ela já fazia parte do vocabulário utilizado tanto pelos “antropologistas” como pelos naturalistas, porém, sem que, ainda, fosse associada a uma entidade patológica. Assim, é a associação da degeneração com a ideia de alteração, de patologia, e de patologia mental, que traz o degenerado para a condição de desviante do tipo normal.

A noção de degeneração é apresentada por Morel em seu *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades*, de 1857 como um desvio do tipo primitivo, um desvio doentio que é transmitido como um germe, ameaçando o progresso intelectual daquele que o porta, ainda mais, daqueles que descendem dele.

Esse degenerado não seria inidentificável porque poderia ser reconhecido tanto pela transmissão genética - que significa uma degradação progressiva a cada nova geração em função do postulado da hereditariedade - quanto pelo postulado da unicidade física e moral do ser humano, que justifica a apreciação de suas características físicas e morais nos chamados “estigmas” da degenerescência. (CARRARA, 1998; SERPA JR., 2010).

Provavelmente, a noção de degeneração, com seus desdobramentos conceituais e políticos, foi a que maior influência exerceu na organização dos modelos etiológico-terapêuticos da psiquiatria sobre a criminalidade. Morel (1809 a 1873) questionou a índole parcial da loucura observável na monomania, salientando seu caráter de manifestação de mentes completamente perturbadas, passando a definir a degeneração em 1857 como “uma condição de

regressão evolutiva hereditária, acompanhada por uma série de estigmas físicos que permitiam o seu diagnóstico”. (DARMON, 1991, p. 76-77).

Como aponta Caponi (2009), a noção de degeneração utilizada na história natural até o século XVIII, vinculava estados patológicos orgânicos e mentais com influências provenientes do meio físico externo. Assim, por exemplo, a ideia de “pessimismo climático”, enquanto causa de patologias orgânicas e mentais que afetavam à população das regiões tropicais colonizadas pelos europeus, gozava de ampla aceitação na esfera da medicina.

No entanto, esse protagonismo dos modelos explicativos que exaltam o papel etiológico do meio externo não chegou a prevalecer no campo da psiquiatria. Conforme apontado por Caponi (2012), ao longo do século XIX assiste-se à emergência de estratégias de intervenção e de gestão das populações que se inscrevem na teoria da degeneração de Morel e que, por essa razão, introduzirão uma base epistemológica e política para a perda de densidade do meio como fator explicativo da doença mental e sua posterior e progressiva substituição por fatores de natureza endógena, isto é, individual e familiar. Em seu *Traité des Dégénérescences Physiques, Intellectuelles et Morales de l'Espèce Humaine et des Causes qui Produisent ces Variétés Maladies*, Morel inaugura um novo sistema classificatório e etiológico das doenças mentais, o qual responde ao seguinte enunciado de caráter geral: “Os seres degenerados formam grupos e famílias com elementos distintivos relacionados invariavelmente às causas que os transformaram nisso que são: um desvio mórbido do tipo normal da humanidade” (MOREL, 1857, p. 75). Esses elementos distintivos consistem em desvios da normalidade nos dois sentidos do termo identificados por Canguilhem (1990): estatístico (o normal como o mais frequente) e normativo ou axiológico (o normal como o desejável). A ideia de degeneração remete a um processo de degradação patológica do tipo normal e primitivo da humanidade, que se transmite de forma hereditária, envolvendo elementos de ordem física, intelectual e moral (CAPONI, 2012).

Inaugura-se, dessa forma, um novo tipo de saber psiquiátrico, construído em torno da figura dos “anormais”, figura que exprime a significativa expansão potencial e real dos objetos da psiquiatria, processo que desembocará no que Michel Foucault denominou como

“uma medicina do não patológico” (FOUCAULT, 1999, p.292). Isso representa o nascimento de uma psiquiatria ampliada porque seus objetos de conhecimento e de intervenção transcendem a experiência da loucura na direção de colonizar um território indefinido de atributos e comportamentos humanos que progressivamente se converterão em alvo de intervenções sociopolíticas.

O aspecto que sedimentou na psiquiatria a partir da teoria da degeneração de Morel parece ter sido a convicção acerca do caráter incurável dos degenerados. Em virtude dessa percepção, intervenções de caráter eugênico começam a dar legitimidade científica a respostas sociopolíticas diante de comportamentos para os quais não se percebe outra saída que não seja a prevenção. Esse será o tipo de raciocínio que durante boa parte do século XX e inícios do século XXI se manifestará, por exemplo, nos modelos etiológicos sobre o comportamento criminal associado às personalidades antissociais ou psicopáticas.

Quanto ao saber psiquiátrico propriamente dito, a determinação da loucura através da classificação dos seus sintomas passará a defrontar-se com a concepção patogênica da loucura, e é Morel quem defende esta última, pois a

predisposição, a causa determinante que faz funcionar essa predisposição e, enfim, a sucessão e a transformação dos fenômenos patológicos, que se engendram e que se ordenam sucessivamente, determinam, através de processo genésico ou patogênico o lugar que o indivíduo deve ocupar no quadro nosológico. A inteligibilidade da doença não é mais dada pelo grupo a que pertencem seus sintomas, mas em referência a uma causalidade oculta. (CASTEL, 1978, p.259).

Logo, nos primeiros anos do século XX, o organicismo de fato prevalecerá e repercutirá na prática da psiquiatria. A tecnologia da psiquiatria também se alterou e o tratamento moral será universalizado; medicalizando objetos além das barreiras do asilo, a profilaxia ganhará destaque, passando a fazer parte da ciência alienista a higiene moral e física, objetivando, assim, a moralização das massas. (CASTEL, 1978).

A psiquiatria sentiu seus efeitos e teve como consequência disso tudo uma modificação no papel do médico. Trata-se de uma mudança estrutural na atuação médico-psiquiátrica, porém não deve ser considerada como uma diminuição do campo de atuação ou de competências, pois é exclusivamente uma alteração, especialmente inspirada nas teorias de degeneração. (CASTEL, 1978).

Essa mudança conceitual em torno da doença mental exhibe um duplo contraste:

Por um lado, os prognósticos pessimistas comandados por uma etiologia orgânica, o aumento do número de incuráveis, o aparecimento dos ineducáveis, irão fechar a noite asilar sobre si mesma. [...] Por outro lado, abre-se um campo infinito de intervenções: prevenção, profilaxia, despistagem... o médico oferece seus serviços e se multiplica, que estar presente em todas as linhas de frente onde emerge um risco de desordem. (CASTEL, 1978, p. 265).

Com Morel, a introdução dos conceitos de degeneração e de hereditariedade começou a preencher uma lacuna para a psiquiatria. A essa altura do século XIX, a relação entre loucura e criminalidade já estava bem estabelecida. E o campo da psiquiatria mostrava-se bem organizado para a avaliação desses criminosos, deixando de permanecer exclusivamente nas mãos dos juizes. Dessa forma, uma “grande parte dos criminosos, por serem criminosos, não deixariam de apresentar algum grau de loucura. A degeneração claramente patologiza e medicaliza o crime”. (REBELO, 2004, p.100).

Apesar dos avanços, muitos eram os erros judiciais graças à interferência dos médicos, porém, grande parte deles acabara sendo ignorada ou silenciada em virtude da posição social e do prestígio dos médicos. Conforme sugerem as pesquisas sobre o período, entre o fim do XIX e início do XX, a medicina legal teve seu auge e era bem vista tanto pela sociedade quanto pela mídia. E era exatamente nos tribunais que esses médicos exerciam essa autoridade cultural. (REBELO, 2004).

2.2.1.2 O “criminoso nato”: os italianos

Cesare Lombroso é o nome que deu destaque, por volta de 1876, à relação entre loucura e crime. Considerado o criador da antropologia criminal (RIGONATTI, 2003), o pai da criminologia (MORAES; FRIDMAN, 2004), ele volta sua atenção aos estudos sobre a constituição do criminoso. Não sendo guiado pelo crime em si, mas pela constituição do indivíduo que pratica o crime, Lombroso apresenta preocupação pelos primeiros anos de vida do indivíduo, pois seria nessa fase que os germes do crime e da loucura moral seriam gestados de maneira natural. Com o conceito de “criminoso nato”, ele estabeleceu as bases da interpretação etiológica do crime em função de parâmetros biológicos, partindo da teoria da degeneração de Morel. O criminoso em Lombroso é definido como aquele que tem uma anomalia orgânica, independente de ser inata ou adquirida. (JACÓ-VILELA et al, 2005; DARMON, 1991).

Com efeito, a teoria de Lombroso contribuiu com a medicalização do crime porque, a partir dos seus estudos, o saber médico passa a ser imprescindível nos tribunais, ampliando esse seu próprio espaço de atuação e, inclusive, retirando parte do campo de competência, até certo momento, absoluta dos juizes. A Antropologia Criminal consegue colocar as bases da jurisprudência e do próprio sistema penal clássico sob questionamento ao apresentar uma nova percepção da responsabilidade criminal, assim como do papel dos fatores hereditários na etiologia do crime. Tais elementos foram essenciais para a abertura do caminho à medicalização. (DARMON, 1991; REBELO, 2004).

No Primeiro Congresso Internacional de Antropologia Criminal, Lombroso afirmou que o criminoso nato estava “predisposto ao crime por sua constituição física”, e que apoiava esse enunciado na “observação positiva dos fatos”. (DARMON, 1991, p.37). Com sua colocação em 1885, sob essa leitura, o crime seria um fenômeno inerente à condição humana, algo natural, e precisaria ser investigado com atenção e ser prevenido. Dentre os “criminosos natos”, os “loucos morais” seriam uma subcategoria perigosa de criminoso incapaz de

distinguir o bem do mal, com características físicas menos acentuadas que as dos outros.

A Antropologia Criminal partia da aplicabilidade de técnicas anteriores de cranioscopia e de antropometria (desenvolvidas por nomes como Broca e Gall) e pretendia demonstrar cientificamente que existe entre nós um tipo humano criminoso. Essa Escola Positiva de Direito Criminal, a Escola Antropológica, desenvolveu-se em fins do século XIX com uma aura científica de explicação do crime. Outros dois italianos, além de Cesare Lombroso, fizeram parte desses estudos: Henrico Ferri e Raffaele Garofalo. A leitura da biodeterminação das ações humanas é a essência das ideias destes três italianos que consideravam a responsabilidade moral seria um conceito quimérico. (CARRARA, 1998; DARMON, 1991).

Como ciência, seu objeto estaria em identificar e classificar as organizações fisiopsíquicas e suas relações com determinados comportamentos. Esperava-se, assim, que determinadas características biológicas (como sexo ou raça) explicariam comportamentos diferenciados. Essas diferenças decorreriam de uma evolução mental – física e psíquica – da espécie humana. Isso explicaria comportamentos como a genialidade ou a criminalidade. Nesse espectro evolutivo e biodeterminado, o comportamento criminoso dos civilizados seria para os selvagens uma característica comum. Assim, por exemplo, para Lombroso, o atavismo seria o fenômeno que marcaria o crime. Carrara (1998, p. 105) coloca que na lógica lombrosiana, diante de sua natureza bestial, caberia “biodeterministicamente” aos criminosos delinquir, por serem tipos humanos em fases anteriores da evolução. As marcas no corpo seriam os indícios da sua condição.

Em virtude de sua inscrição em um grupo biologicamente inferior, o criminoso nato não poderia ser honesto em uma sociedade evoluída. Por agir contra a sociedade, esse criminoso é considerado um ser antissocial, alheio à sociedade civilizada do século XIX. Ainda que nem todo criminoso fosse natural (como, por exemplo, o “criminoso de ocasião”) classificações como criminoso de ocasião), o criminoso nato traria consigo determinações que impediam a sua regeneração, especialmente as que se referem a seu caráter incorrigível e reincidente,

mas não mais passível de punição por ser mais perigoso, em função da natureza comprovável a sua irresponsabilidade. (CARRARA, 1998).

A defesa social passa, portanto, a se constituir no centro do julgamento desse criminoso. Pretende-se, assim, não uma compensação à sociedade pelo mal causado, mas que o criminoso possa ser estabelecido um diagnóstico diferencial entre as variantes “corrigível” e “incurável”. Essa ideia já estaria presente no pensamento médico do século XVIII, e se fundamentara no objetivo de afastar o criminoso, detendo para sempre o criminoso inato e incurável, e tentando recuperar quem for considerado corrigível. (DARMON, 1991).

Por um exame físico e psicológico a ser realizado por um corpo de técnicos capaz de utilizar a medição antropométrica (estigmas físicos), avaliação de stigmas fisiológicos e avaliação psiquiátrica (estado mental), o criminoso terá o diagnóstico: causas naturais ou sociais. Aos criminosos de causas naturais (perigoso e irremediável) cabe a segregação, não poderiam mais fazer parte do convívio social, devendo receber pena capital ou, não cabendo esta, permanecendo detidos em prisão perpétua. Para tratar aqueles que poderiam ser curados, a detenção disciplinar era importante. Aos que tivessem cometido delitos leves, a ducha e o jejum deveriam ser suficientes para alcançar a disciplina e a cura. Aos restantes, lhes era reservada a pena de castigos corporais. Pela perspectiva lombrosiana, os criminosos natos são irresponsáveis como os loucos, não cabendo o castigo mas, por serem socialmente perigosos, justifica-se a intervenção legal. A responsabilidade de cada indivíduo seria identificada pelo profissional especialista: o psiquiatra. (CARRARA, 1998; DARMON, 1991).

Essas amplas competências que caberão à medicina no início do século XX no que se refere ao controle da criminalidade, encontrava um limite na própria corporação médica que reivindicava a focalização das intervenções dos psiquiatras. Há inclusive uma tentativa dos médicos psiquiatras franceses, em 1907, de fazer com que os juízes apenas julgassem os casos de acordo com critérios como os seguintes: “Não há crime nem delito quando o acusado estava em atestado de demência no momento da ação ou quando foi coagido por uma força contra a qual não pode resistir” (artigo 64 do Código Penal Francês de 1810). Efetivamente, os psiquiatras são chamados pelos juízes de

instrução para atuarem como peritos, quando o que de fato este tipo de médico pretende é “investir contra o tribunal na qualidade de cientista, apoiado nas recentes ciências da antropologia criminal ou da sugestão hipnótica utilizada para fins criminais.” (DARMON, 1991, p. 155).

O que se observa é que os médicos continuaram como peritos, com conhecimento na qualidade de mestres, trocando as divagações do direito pelo seu saber experto. Assim, o papel do perito vai crescendo com o decorrer do tempo no âmbito forense. Ainda que houvesse resistência inicial da magistratura, especialmente contra as ideias de Lombroso, a luta pela cientificação do julgamento criminal marca uma disputa entre o espaço jurídico e o médico, diante de uma ameaça à própria ideia de justiça.

Elas oferecem à presunção, ao processo tendencioso, ao erro judiciário um quadro privilegiado. Eis, portanto, um acusado tratado de acordo com a sua aparência, como um reincidente antes de ter reincidido, condenado antecipadamente por crimes que um técnico declara ‘prováveis’ num dado futuro, mas que ele não cometeu nem tentou cometer. (DARMON, 1991, p.162).

Permanece aqui essa racionalidade como alvo de problematização. Remanescente desse passado mais ou menos remoto da psiquiatria forense, a presunção de periculosidade futura aparece atualmente nas perícias psiquiátricas como uma competência forense da medicina psiquiátrica. Ainda hoje, desde os tempos de Lombroso, é em nome da ciência e da técnica que se observa uma ameaça aos princípios dos sistemas de justiça na modernidade.

Independentemente dos diversos impasses existentes entre os representantes dos universos médico e jurídico, esse olhar positivista sobre as relações entre crime, loucura e periculosidade criminal faz parte do mundo ocidental. Após 1890, o positivismo alcançou a maioria dos médicos-legistas, em particular, na relação entre a personalidade do criminoso e o crime. E o maior anseio de Lombroso e dos positivistas, que era a implantação dos manicômios judiciários, se realizou posteriormente. Esses asilos para criminosos seriam uma espécie de

hospital para segregação perpétua daqueles com tendências criminais. Se não é possível negar que os loucos criminosos já tinham um espaço só para eles no início do século, local esse onde os monomaniacos homicidas ficavam separados dos pavilhões com os outros alienados, isso ocorria não com a intenção de “tratar”, mas para segregar os perigosos. Contudo, com a diferenciação estabelecida por Lombroso entre criminosos natos e criminosos por causas sociais, surge o germe da concepção do sistema carcerário com o objetivo de reeducar e reinserir na sociedade os criminosos. (CARRARA, 1998; DARMON, 1991).

Lombroso e seu conceito de criminoso nato terão um papel importante também nas reivindicações a favor da pena de morte e de sua medicalização. Se não podemos reinserir os criminosos natos incorrigíveis no meio social sem que seja perigoso, caberia apenas a pena de morte. Diante da lógica de um objetivo apenas eliminatório, procurava-se eliminar o sofrimento provocado por esse processo, valendo-se, para isso, do desenvolvimento de toda uma tecnologia de morte, em que técnicas cada vez mais eficientes seriam utilizadas para eliminar a vida dos criminosos, quais sejam a forca, a guilhotina, a cadeira elétrica e, mais recentemente, a injeção letal. (DARMON, 1991).

E hoje o herdeiro dessa figura do “criminoso nato” pode ser identificado no “transtorno de personalidade antissocial”, o qual será apresentado mais adiante. Efetivamente, as ideias lombrosianas ultrapassaram um componente marcadamente atávico para cumprir um papel estruturante no estabelecimento de associações entre doença mental e criminalidade, influenciando tanto as bases da jurisprudência e do sistema penal clássico quanto do pensamento médico, o que pode ser percebido ainda nos dias de hoje.

2.2.1.3 O organicismo alemão: Emil Kraepelin e a hereditariedade mórbida

O alemão Emil Kraepelin (1856 - 1926) se utiliza da expressão “personalidade psicopática” para identificar os indivíduos que confrontam permanentemente parâmetros sociais vigentes, ainda que não podendo ser classificados como neuróticos, psicóticos ou maníaco-depressivos. Definidos como insanidade moral hereditária, seriam estes

os criminosos congênitos, os estados obsessivos, a loucura impulsiva, os inconstantes, os embusteiros e farsantes, os querelantes e ainda os homossexuais. (SCHNEIDER, 1980).

Com esta categoria nosológica recupera-se a concepção de Garofalo sobre o criminoso como portador de uma anomalia psíquica, mas também moral, uma lesão ética, motivo das práticas criminosas. E a herança é recuperada como um fator etiológico importante para a compreensão da presença de doenças mentais e de defeitos na constituição física do indivíduo. Com Kraepelin, dois elementos de natureza etiológico-terapêutica marcam os processos de medicalização do crime: o caráter constitucional do perfil criminoso e, em decorrência disso, sua incurabilidade.

Kraepelin introduz alterações na teoria de degeneração de Morel e como os seus estudos repercutem e se mantêm quase que inalteradas até a atualidade (CAPONI, 2010; 2011A; 2011B; 2012). Segundo Caponi (2010, p.476), Kraepelin traz uma nova metodologia sobre os transtornos mentais que tem impacto:

- nas formas de classificação das patologias;
- no interesse pela hereditariedade como critério explicativo das perturbações de caráter;
- na proliferação da psiquiatria comparativa, com foco nos estudos estatísticos populacionais;
- na ampliação da preocupação com a anátomo-patologia cerebral.

Kraepelin (2009, p. 177) argumenta, precisamente, que

a compreensão das manifestações patológicas deverá passar primordialmente pela pesquisa das disposições herdadas. A coincidência muitas vezes surpreendente nos quadros patológicos de parentes próximos tais como irmãos, pais e filhos – fala a favor disto. No entanto, se quisermos obter uma compreensão mais profunda destas ligações, será preciso, evidentemente, pesquisar as disposições inatas muito mais para trás do que normalmente se consegue ir ou do que é possível ir. Não podemos esperar que aquelas influências constituintes de uma determinada personalidade

possam ser encontradas justamente nos últimos poucos membros de uma numerosa família, pois encontramos em nossa constituição corporal e emocional inegáveis traços de patamares de desenvolvimento muito longínquos. Parece correto supor que um considerável número de quadros patológicos pouco nítidos e ambíguos poderia encontrar uma explicação na mescla de traços herdados, que trazem consigo características bastante peculiares.

A questão da degeneração e a preocupação com a herança mórbida também fazem parte dos estudos de Kraepelin. Ele preocupa-se não somente com o caráter hereditário, mas também com a evolução do sofrimento psíquico, levando em consideração os sintomas do paciente, suas características físico-morais, a história patológica da família, sua árvore genealógica, sua infância. Ocupa-se o psiquiatra em desenvolver uma medicina científica, não empática, afastando-se das abordagens que considerava isentos de padrões de confiabilidade. Desse ponto de vista, a fala do paciente perde significado e é substituída pela indagação da constituição biológica e da hereditariedade. Em suma, para Kraepelin, as pesquisas das disposições herdadas são essenciais para compreender as manifestações patológicas.

O pensamento de Kraepelin (2009) impulsiona os rumos da psiquiatria moderna por meio de uma abordagem médica que define três grupos principais de insanidade: (i) as formas pulsionais, histéricas, paranoides, delirantes e emocionais; (ii) a forma esquizofrênica; e (iii) as formas oligofrênicas, espasmódicas e encefalopáticas. De fato, Kraepelin trabalhou na direção de uma classificação unificada das patologias psiquiátricas, a partir do pressuposto de que “a demarcação dos processos patológicos deve vir antes de todos os exames psiquiátrico-comparativos – e também no futuro deve constituir a base da qual necessariamente deverão partir os esforços para se chegar a uma compreensão da arquitetura interna dos transtornos mentais.” (KRAEPELIN, 2009, p.173).

Na disputa entre a identificação de marcas no cérebro e a degeneração hereditária, a psiquiatria se apoiou durante o século XIX no

segundo conceito, fundamentalmente diante da dificuldade de localizar as marcas que garantissem uma explicação biológica das patologias mentais. A variedade de patologias registradas em uma família, quando avaliadas várias gerações, foi o caminho explicativo presente entre os teóricos da degeneração, como Morel, e se repete em Kraepelin. Apesar disso, as explicações advindas de questões anatômicas não foram abandonadas. (CAPONI, 2011A).

A degeneração é um caminho explicativo que permite observar e categorizar as patologias mentais e, ao mesmo tempo, limita a possibilidade de cura. Nesse contexto, a herança defeituosa pode ser percebida antes mesmo de os sintomas da insanidade se manifestarem. Contudo, os casos constitucionais mórbidos teriam um prognóstico bastante pessimista tendo em vista que a incurabilidade aparece mais como uma certeza que como uma possibilidade. Como consequência, a profilaxia dos marcados por traços da degeneração seria o não casamento, a confinção e o isolamento por períodos curtos e, em alguns casos, permanente, além da educação das crianças e adolescentes. (CAPONI, 2011a).

Para operacionalizar a classificação das patologias mentais, Kraepelin define inclusive uma rotina metodológica de quatro passos (CAPONI, 2011a; 2012):

1. Anamnese familiar – passo para a compreensão da doença, tanto no que se refere à etiologia quanto à identificação da “constituição física defeituosa”, através de um inquérito voltado a conhecer patologias, traços, hábitos familiares.
2. Histórico pessoal preliminar à doença – passo para a compreensão do indivíduo e a herança patológica, analisando desde a gestação da pessoa, incluindo traumas e doenças infantis.
3. Anamnese da doença – passo para a busca de patologias e síndromes, em que a entrevista deve direcionar com perguntas para que se conheça a doença e não tenha lugar para a fala do paciente.
4. *Status Praesens* – observação inicial do paciente, física e mental, para excluir doenças crônicas, enumerar estigmas,

examinar o sistema nervoso e medir o crânio do paciente, examinar posições dos olhos e as orelhas.

Caponi (2011a) destaca, ainda, que, na psiquiatria de Kraepelin, várias patologias mentais teriam etiologias semelhantes, e que a constituição mórbida anterior define um estado patológico constitucional, o que implica a existência de vários estados *borderline* de insanidade por degeneração.

No caso da criminalidade, Kraepelin mantém suas conclusões na linha de Lombroso, reiterando que os estigmas no caso do indivíduo criminoso são mais evidentes do que no restante da população. O criminoso nato aqui permanece como ideia, representando mais uma forma de manifestação da degenerescência. (CAPONI, 2012). De fato, o crime deixa de ser exclusivamente desvio moral para compreender também a categorização de disfunção orgânica. (CARRARA, 1998).

Contudo, entre a conclusão de Kraepelin e a concepção de Lombroso do criminoso há uma base de diferenciação que precisa ser destacada, pois enquanto o degenerado, da mesma forma que o monomaníaco, é uma manifestação mórbida da condição do indivíduo, o criminoso de Lombroso é nato. Ou seja, ainda que em todos os casos a irresponsabilidade pelo crime fosse factível, e a própria noção de recuperação fosse praticamente inexistente, com a degeneração, o criminoso nato age unicamente de acordo com o que está na sua origem, não existindo a possibilidade de se tentar a cura por uma terapêutica.

2.3 Medicalização do crime no Brasil²

Embora muitos dos psiquiatras mais influentes no Brasil tivessem como principais referências as escolas italiana e francesa, o discurso organicista alemão exerceu considerável influência na psiquiatria forense nacional, principalmente no que diz respeito ao tratamento que recebera a teoria da degeneração. Essa perspectiva foi introduzida sob a influência do periódico *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins* (1905) e da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal (1907), fundados por iniciativa de Juliano Moreira e Afrânio Peixoto. Neste tópico serão apresentadas alguns nomes de destaque histórico no cenário nacional. (VENANCIO, 2005; FACCHINETTI, MUNOZ, 2013).

2.3.1 Nina Rodrigues: teorias italianas e as raças no Brasil

Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906) é um dos nomes brasileiros que fazem parte do núcleo fundacional de protagonistas dos processos de medicalização do crime no Brasil. Seus estudos sobre raça e crime foram fortemente influenciados por Lombroso. Nina Rodrigues afirmava que tanto o criminoso nato quanto os loucos criminosos não podiam ser moralmente responsabilizados. Ao mesmo tempo, acreditava que os negros estavam em um estágio anterior de civilização àquele em que se encontravam os brancos e que apresentavam uma capacidade inferior de assimilar a cultura europeia. Para Rodrigues, essas seriam razões suficientes para sustentar a ideia de que o negro transportava um fator de degeneração para a população brasileira, constituindo-se o mestiçamento, portanto, em fator decisivo de degeneração e em consequente causa de desvelo para as elites.

No ano de 1893 ele pode apresentar publicamente suas ideias porque realizava conferências na Bahia, na Faculdade de Medicina,

2 Reconhecemos aqui que os autores que estão sendo aqui tratados construíram teorias muito complexas, influenciados por várias leituras. Considera-se pertinente destacar que pretende-se aqui fazer um resumo visando operacionalizar suas principais ideias, correndo o risco do reducionismo de seus pensamentos.

ocupando a cadeira de Medicina Legal. Suas conferências foram compiladas e publicadas no livro *As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil*, em 1894. Nesse ano, Nina Rodrigues já desenvolvia uma proposta de diferenciação quanto à imputabilidade penal de acordo com as raças humanas, assumindo que haveria um erro no Código Penal de 1890 por não considerar a diferença entre brancos, mestiços, índios e negros.

Nina Rodrigues defendia que o conhecimento científico moderno condenava a ideia de que todas as raças tivessem a mesma capacidade intelectual, pois o desenvolvimento mental dos povos relacionava-se com leis de filogenética, implicando que as raças inferiores não poderiam alcançar os níveis de cultura mental elevados das raças superiores. A consequência é uma impossibilidade de que representantes de uma fase da evolução social inferior conseguissem alcançar as fases superiores, justificando que cada raça tinha uma antropologia distinta. Os índios seriam um bom exemplo da incapacidade de raças inferiores alcançarem a civilização. Tal associação se intercala com a questão da criminalidade, desenvolvendo a concepção de que cada raça teria sua própria criminalidade, refém do seu grau de desenvolvimento moral e intelectual. (ANTUNES, 1999).

Reconhecendo-se como um evolucionista, Nina Rodrigues considerava as leis, a justiça, a forma abstrata do direito como um “aperfeiçoamento social” da humanidade. É mediante essa constatação que advém a justificativa de que cada raça deve responder perante a lei de acordo com seu nível de responsabilidade penal, pois a consciência de direito e dever de quem faz parte das “raças inferiores” é diferenciada da “raça branca civilizada”. Como alternativa à legislação criminal, ele indicava uma regionalização no Brasil para essas questões e que o princípio do livre arbítrio fosse substituído pelo da defesa social.

Por defesa social, Nina Rodrigues compreendia, literalmente, a defesa da ‘civilização ariana’, representada no Brasil por uma ‘fraca minoria da raça branca’, obrigada a se defender não apenas dos atos anti-sociais [sic] ou crimes cometidos por seus próprios representantes, como por aqueles cometidos pelas ‘raças conquistadas ou submetidas’. (ANTUNES, 1999, p. 131 – 132).

A conclusão de Nina Rodrigues era de que as raças atrasadas teriam maior predisposição ao crime se comparadas à raça branca civilizada, considerando inclusive que algumas raças teriam tendência ao crime. Ou seja, haveria uma escala de probabilidade de tender ao crime, em que quanto mais atrasada, maior a predisposição. (ANTUNES, 1999).

2.3.2 Teixeira Brandão: o alienismo francês no Brasil

No alienismo brasileiro, o médico João Carlos Teixeira Brandão (1854-1921) teve um papel de destaque no controle social do Estado sobre os serviços assistenciais destinados aos alienados. Defendia a centralidade do médico à vida do louco; com a atuação do psiquiatra, o hospício seria transformado em uma instituição hospitalar específica para a sequestração da loucura.

Teixeira Brandão foi o primeiro professor de psiquiatria no Brasil aprovado por concurso. Autoproclamado o Pinel Brasileiro, interessou-se pela alienação mental e a política, interrelacionando as duas e difundindo o pensamento da psiquiatria francesa no Brasil. (TEIXEIRA, 2005).

De acordo com Portocarrero (2002) o direito à sequestração do louco constituiria uma das dimensões relevantes da assistência aos alienados. Essa medicalização da loucura envolve a atribuição ao louco de “um novo estatuto jurídico, social e civil do alienado: o estado de menoridade social.” (2002, p.96).

Em função desse olhar, Teixeira Brandão, defende a criação de uma lei específica para os alienados bem como a laicidade para espaços destinados aos loucos, eliminando a autoridade religiosa da Santa Casa de Misericórdia no Rio de Janeiro. De fato, para ele, a atuação dos religiosos representava um perigo político à sociedade. Defendendo a finalidade terapêutica dos hospícios, assumiu em 1887 a direção sanitária do Hospício Pedro II e em 1890 conseguiu que as irmãs fossem substituídas por enfermeiras leigas formadas no âmbito europeu. Efetivamente nesse ano desvincula-se o Hospício da Santa Casa de Misericórdia do Hospício Pedro II, passando este último a ser chamado

de Hospício Nacional dos Alienados. (PORTOCARRERO, 2002; CARRARA, 1998; ANTUNES, 1999; MACHADO et. al., 1978).

No âmbito político, o interesse e a participação de Teixeira Brandão como deputado permitiram ao Brasil a aprovação da Lei dos Alienados em 1907. A partir desse momento o saber médico-psiquiátrico é convocado para lidar com o alienado de forma científica, a partir de uma complementaridade entre os interesses do Estado e da profissão

Esta lei faz do hospício o único lugar apto a receber loucos, subordina sua internação ao parecer médico, estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, determina a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio, regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hospício, subordina a fundação de estabelecimentos para alienados à autorização do Ministro do Interior ou dos presidentes ou governadores dos Estados, cria uma comissão inspetora de todos os estabelecimentos de alienados. Esta lei faz do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido. (MACHADO et. al., 1978, p. 484).

Teixeira Brandão defendia um o tratamento baseado no saber científico alienista, um verdadeiro tratamento moral, ainda que acreditasse que somente parte dos doentes pudesse se beneficiar da assistência, sendo que dois terços seriam dementes incuráveis. Se de 1887 até 1892 ele pode atuar à frente do Hospício Pedro II, de 1892 até 1897 ele ocupou o cargo de Inspetor Geral da Assistência aos Alienados. Quanto à função de alienista, algumas habilidades seriam essenciais para um verdadeiro tratamento moral a ser realizado no hospício (TEIXEIRA, 2005, p.52):

– “ser capaz de angariar respeito por seu grande conhecimento científico”;

- “conseguir reconhecer os diferentes tipos de loucura e distinguir, nas semelhanças das apresentações clínicas, as peculiaridades de cada caso”;
- “orientar uma conduta terapêutica adequada para cada caso em particular”;
- “ter a habilidade para distribuir ternura ao caminho da justiça”
- “saber ocupar sua função como um exemplo de retidão moral e honradez, de modo a inspirar a todos no interior do asilo.”

Justifica-se pela sua apresentação a prioridade e centralidade atribuídas por ele ao saber técnico-científico do alienista, sendo como consequência de seu pensamento a discussão sobre a hierarquia e o poder de cura da loucura. Conclui Teixeira (2005) sobre o pensamento de Teixeira Brandão que este se mantém como atuante na medicalização da loucura através de raciocínio circular do saber alienista, em que o conhecimento nosográfico generalizador e a possibilidade de realizá-lo é o que garante ao alienista reconhecer cada caso onde só justificativas médicas podem romper com as regras produzidas pelo conhecimento médico. Já na assistência médico legal, preocupava-se em diferenciar os alienados verdadeiros dos criminosos assim como com a alocação de alienados delituosos em hospícios públicos.

2.3.3 Heitor Carrilho: emergência do Manicômio Judiciário no Brasil

Outro nome a quem podemos apresentar como influente na medicalização do crime no Brasil foi Heitor Carrilho (1890-1954), médico psiquiatra que começou sua carreira no Hospital Nacional de Alienados, como encarregado dos “criminosos loucos”. Suas ideias sobre a repressão aos loucos criminosos foram apresentadas em maio de 1920 publicamente à Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal:

Conquanto o critério de sua irresponsabilidade penal viesse revestindo a ação policial de 'um evidente cunho de hesitação e incerteza', as novas tendências do Direito Penal deveriam encarecer o critério da 'temibilidade' para justificar essa

repressão. Ainda mais, esse critério implicava outras vantagens no que tange à situação jurídica dos loucos criminosos: por meio dele, poder-se-ia estabelecer 'a indeterminação e a individualização da pena', garantindo a reclusão do paciente por tanto tempo quanto ele representasse perigo para a coletividade. (ANTUNES, 1999, p. 116).

Heitor Carrilho fez parte do grupo de médicos que lutou para que fosse inaugurado o Manicômio Judiciário em 1921, tendo sido o seu primeiro diretor. Entretanto, seus principais esforços não estariam voltados à administração, mas à construção de fundamentos clínicos adaptados à psiquiatria forense brasileira. É com a inauguração do Manicômio Judiciário que os internos do Hospital Nacional de Alienados deixaram então essa instituição e foram transferidos para a direção de Carrilho no Rio de Janeiro. A classificação dos pacientes seria realizada de acordo com a consciência que tinham no momento de cometer o delito (temíveis) e com a possibilidade de correção (grau de corrigibilidade). (DELGADO, 1992; JACÓ-VILELA et al, 2005).

Em 1930, Carrilho começa a trabalhar a noção de “estado degenerativo” como ferramenta diagnóstica. Este conceito passa a servir tanto ao comentador do Código Criminal do direito clássico, como também ao psiquiatra do direito positivo, para atualizar e relegar ao passado os estigmas de Lombroso, pois Carrilho entendia que os caracteres morfológicos não conseguiram demonstrar sua eficácia para traduzir o caráter criminoso dos delinquentes com a especificidade prometida. Esse tipo de entendimento sobre a questão da degeneração vai permanecer na perspectiva de Carrilho até os anos 50. Efetivamente, a maior participação na medicalização do crime desse médico psiquiatra encontra-se na defesa da individualização do criminoso, tanto do ponto de vista da pena como da abordagem terapêutica. Mais que determinar a sanção para o crime, lhe interessava desvendar a personalidade do criminoso. O crime como sintoma da anormalidade do indivíduo criminoso era que precisava ser identificado pelo psiquiatra e, não poucas vezes, seria o único sintoma perceptível. (DELGADO, 1992; JACÓ-VILELA et al, 2005).

2.3.4. Afrânio Peixoto: do italianismo revisto em terras brasileiras aos estudos kraepelinianos

Afrânio Peixoto (1876-1947) foi um médico brasileiro que em fins da década de 1890 se dedicava à psicopatologia forense e à medicina legal. Em sua tese de doutoramento de 1897, ele rompe com a explicação atávica de Lombroso, pois os sinais seriam apenas características e hábitos de classes populares. Carrara (1998) aponta que Peixoto rompe também com a visão de que os primitivos seriam mais selvagens que os civilizados. Contudo, Cunha (2005, p. 94) coloca:

Ao diferenciar aspectos patológicos que configuravam a 'criminalidade sintomática' da 'criminalidade essencial', Afrânio deu nova roupagem à tese do criminoso nato [...]. Ao mesmo tempo, devotou grande espaço aos chamados 'comportamentos anti-sociais' [sic], cujos efeitos, ainda que indicassem o desenvolvimento da criminalidade e de doenças 'degenerativas', poderiam ser minorados por meio de políticas preventivas nos campos da 'higiene pública' e da 'higiene pessoal'.

Com Afrânio, críticas à degeneração são realizadas, acusando os italianos de exageros, implicando em que todos fossem catalogáveis em algum diagnóstico. De forma análoga à conclusão do romance *O Alienista* de Machado de Assis, Afrânio implica em 1916 que caberia a todos ou o cárcere ou o hospício, seja porque todo criminoso é degenerado, seja porque todo louco é degenerado. (CARRARA, 1998).

Na realidade, Afrânio Peixoto preocupava-se com a profilaxia do crime e o que pleiteava era uma política de higiene social, utilizando-se das ideias biotipológicas para enfatizar a ação preventiva do Estado na gestão da vida individual e social. Posicionava-se, também, de forma favorável a uma maior interferência da medicina legal tanto nas delegacias quanto nos presídios, no que se refere ao encaminhamento de questões penais. Tais ideias foram concretizadas pelo médico Leonídio Ribeiro no Laboratório de Antropologia Criminal. (CUNHA, 2005).

Cabe destacar, que houve uma aproximação de Afrânio Peixoto das ações tomadas por Juliano Moreira no século XX. Em 1906 ambos desenvolveram conjuntamente a tese de que os climas tropicais não teriam influência nas doenças mentais. De fato, Juliano Moreira e Afrânio Peixoto publicaram em 1905 um artigo intitulado *Classificação de moléstias mentais do professor Emil Kraepelin*, como resultado de seus estudos da trajetória de Kraepelin. (VENANCIO, 2005; FACCHINETTI, MUNOZ, 2013).

2.3.5 Juliano Moreira: o organicismo alemão brasileiro

O médico Juliano Moreira (1873-1933) tem sido reconhecido como o fundador da psiquiatria científica brasileira. Efetivamente, ele contribuiu para construir em solo brasileiro um discurso de saber científico da psiquiatria, inserindo no país ideias kraepelianas. Em 1903, Juliano Moreira assume a direção do Hospital Nacional de Alienados (até 1930) no mesmo período das reformas higienistas e “modernizadoras” do Estado. Coube também a ele a substituição da frase “loucos de todo gênero” pela frase “alienados e deficientes mentais” no Código Civil brasileiro em 1920. (ANTUNES, 1999; VENANCIO, CARVALHAL, 2005).

Não compactuando com a correlação entre raça e degeneração – apesar de ter boa relação com Nina Rodrigues –, Juliano Moreira fez parte do movimento de promulgação da Lei dos Alienados em 1903, e reelaborou alguns dos métodos utilizados na instituição asilar sob sua direção, como “camisas-de-força e grades, oficinas de trabalho, a clinoterapia, o ‘open-door’ e a defesa de um regime heterofamiliar de tratamento.” De fato, ele deixaria para trás o uso de coletes e camisas de força. Com essas alterações ele pretendia passar a sensação de liberdade ao doente mental como forma de humanizar o tratamento. Seguindo essa mesma lógica, inaugurou-se, em 1922 a Colônia de Alienados de Jacarepaguá, em substituição do antigo asilo da Ilha do Governador. (VENANCIO, CARVALHAL, 2005, p.71).

Contudo, se, por um lado, as ideias de Juliano Moreira caminharam na direção da defesa da igualdade racial e introduziram

avanços na gestão do hospício no Rio de Janeiro, por outro lado, contribuíram a perpetuar o hospício como forma de assistência aos alienados e lograram que a concepção físico-orgânica da doença mental se tornasse hegemônica no saber psiquiátrico nacional.

A psiquiatria de Émil Kraepelin teve uma enorme influência no pensamento de Juliano Moreira. Se Kraepelin considerava que a degeneração poderia ser adquirida e não somente hereditária, inata, ampliando o alcance dos quadros patológicos, no Brasil, Juliano Moreira considerava o pensamento kraepeliniano um modo particular de ver as doenças mentais, no qual a doença mental se configura como um estado do indivíduo diferente do estado normal.

Juliano Moreira via o pensamento de Kraepelin capaz de privilegiar a dimensão físico-orgânica da moral individual, garantindo a causalidade entre perturbações no organismo e sintomas. A vontade e a consciência podem então ser consideradas para além da ordem moral, identificando no físico determinantes propiciadores para as afecções do indivíduo, definindo a personalidade como totalidade individual daquele sujeito. A Juliano interessaram especificamente a paranóia – considerada uma enfermidade da personalidade – e diagnósticos de fenômenos que acometiam a esfera orgânica do indivíduo (lepra, alcoolismo, sífilis), *locus* dos elementos propiciadores de doenças mentais por um processo degenerativo.

Na realidade brasileira miscigenada, marcada por uma ordem social fortemente hierarquizada, com clima e condições sanitárias diferentes da europeia, traz ele

para o plano biológico estritamente individual a questão da inexorabilidade das diferenças entre os sujeitos [...]. A idéia [sic] de uma hierarquia entre os povos pautada em uma diferença generalizada entre países de climas variados ou formações raciais diversificadas é rechaçada por ele de modo veemente. Seu esforço em produzir uma psiquiatria científica brasileira procura comprovar que estávamos, como em além-mar, fadados a abrigar doentes mentais. Assim, não só ataca as hipóteses que estabeleciam uma relação de determinação entre raça e aparecimento de doença

mental, como também desenvolve a tese de que não existiam doenças mentais derivadas exclusivamente dos climas tropicais. (VENANCIO, CARVALHAL, 2005, p.81-82).

Quanto à psiquiatria forense, Juliano Moreira problematizou o valor do testemunho dos alienados e dos idosos, apresentando a necessidade de um exame de avaliação da capacidade desses indivíduos de testemunhar, a ser realizado por perito médico-legal. Suas contribuições históricas também incluíram a reivindicação de um papel de destaque à psiquiatria no caso dos manicômios judiciais. Já em 1920 ele destacava a necessidade de um espaço diferenciado para aqueles em que a loucura acompanhava o crime. (ANTUNES, 1999).

De fato, ele inaugura uma inovação no pensamento psiquiátrico no Brasil ao ultrapassar questões como miscigenação e hereditariedade para relacionar a anormalidade a outras questões, relacionadas com a dimensão físico-orgânica, assim como a causa e a evolução dessas doenças mentais e, ainda assim, conseguir alcançar a dimensão moral. Com a perspectiva da predisposição, seu pensamento marcará a preocupação com o meio social não mais pelo discurso das raças.

2.3.6 Franco da Rocha: das ideias francesas a um biologicismo difuso na medicalização do crime

O médico Francisco Franco da Rocha (1864-1933) foi aluno de Teixeira Brandão. Seguindo as ideias da psiquiatria francesa, assume como médico em 1893 no Hospício de Alienados em São Paulo. Nesse contexto, participa de reivindicações para a abertura de um novo hospício, o qual começara a ser construído em 1895 e inaugurado em 1896. Até 1923, o Hospício de Juquery será dirigido por Franco da Rocha. Nascido no interior de São Paulo, formou-se no Rio de Janeiro e regressou ao estado de origem, onde fez parte da história do desenvolvimento da psiquiatria forense do país.

Sua percepção etiológica da loucura e do crime encontrava-se fortemente impregnada da teoria da degeneração, e principalmente pela versão que dela elaborou Magnan. Ele adaptou conceitos dos franceses

para o contexto clínico assim como herdou a concepção de loucura como mal da civilização que Teixeira Brandão trazia de Esquirol. Franco da Rocha desenvolveu a ideia de degeneração na direção da necessidade de conceber os predispostos como portadores de uma “tara cerebral”, a qual conduziria à uma loucura com tal intensidade que praticamente impediria que esses doentes fossem distinguidos dos degenerados. Com essa leitura, ele conseguia explicar a multiplicação de casos de loucos da virada do século e o maior número de internos nos manicômios. A partir de 1920, a concepção da “predisposição” impactou e produziu desdobramentos no movimento de higiene mental no Brasil. (PORTOCARRERO, 2002; ENGEL, 2001).

Almeida (2008, p. 146) considera que Franco da Rocha, ao mesmo tempo em que aumentou a abrangência da noção de predisposição, aproximou-a do enfoque organicista advindo de Teixeira Brandão. Com um interesse maior em classificar a alienação mental do que em localizar a região do cérebro lesionada, dividia as moléstias no grupo dos “cérebros completamente desenvolvidos” e dos “cérebros de desenvolvimento anormal ou interrompido”, sendo que no primeiro grupo estariam os predispostos e no segundo os degenerados.

Havia aqui a combinação de um biologicismo difuso, oriundo da teoria da degeneração, com considerações de cunho social como fatores etiológicos da doença mental. Franco da Rocha apoiava-se, assim, em um projeto de caráter higienista que prometeu tanto a implantação do Hospício de Juquery quanto o desenvolvimento de práticas de combate ao alcoolismo de orientação eugenista. (RIBEIRO, 2010).

Possivelmente, uma das contribuições mais importantes de Franco da Rocha para a constituição da psiquiatria forense e para a medicalização do crime provenha de sua tese sobre a “responsabilidade social” em oposição à tese da “responsabilidade moral” sustentada pela jurisprudência liberal. (CARRARA, 1998). Para ele, o livre arbítrio efetivamente se configurava como equívoco e caminhava em direção contrária aos rumos da ciência no caso da loucura. Como alternativa, apresentava justamente uma classificação dos alienados de acordo com a periculosidade e uma determinação das formas de confinamento em função dessa classificação. Contudo, no que se refere a estabelecer

prognósticos em matéria de periculosidade criminal, Franco da Rocha se mostrava bastante prudente por considerar arriscado emitir juízos diante da diversidade de fatores que participam na produção do comportamento criminal. (ALMEIDA, 2008).

No que tange ao papel da psiquiatria forense, Franco da Rocha entendia que as perícias psiquiátricas deviam levar em consideração o meio social como fator criminogênico toda vez que se realizasse uma avaliação do paciente para fins de determinação de capacidade mental e/ou de responsabilidade criminal. Contudo, Franco da Rocha defendia a imputação penal a loucos que tivessem cometido crimes, ainda que o isolamento fosse realizado nas instituições equivalentes a estruturas que hoje conhecemos como hospitais de custódia ou manicômios judiciários. A discussão sobre a responsabilidade era central para buscar a relação entre a temibilidade do réu e a pena a ser aplicada, reconhecendo uma relação entre anomalia mental e delinquência. Mas seu posicionamento caminhava na direção das prisões e não dos hospícios quanto a esse tema, pois pretendia ele que os criminosos estivessem ao alcance do poder curador da medicina e não que uma parcela deles fossem segregados pela loucura. Considerando as penas não como castigo e sim como medida de segurança para quem apresenta uma conduta antissocial, para ele o critério da temibilidade seria melhor medida. (ANTUNES, 1999).

2.3.7 Notas sobre a trajetória da medicalização do crime no Brasil

Com a chegada da República, a notoriedade de Oswaldo Cruz e o movimento higienista e sanitaria, Juliano Moreira encontra condições propícias para propagar as idéias de Kraepelin. No período de 1903 até 1930, quando deixa a direção do Hospício Nacional dos Alienados, Juliano Moreira conseguiu cultivar uma relação entre a psiquiatria alemã e a brasileira, incorporando conhecimento advindo das ideias de Kraepelin. Inclusive, conjuntamente com Afrânio Peixoto, publicou o trabalho *Classificação de moléstias mentais do professor Emil Kraepelin*, em 1905.

Contudo, esse processo de implementação das ideias de Kraepelin no Brasil não ocorreu sem resistências. Teixeira Brandão atuou em discordância com os posicionamentos da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal. Assim, a década de 1930 é marcada por um avanço da linha alemã no Brasil, apesar das críticas sofridas de adeptos da escola francesa.

Essa relação entre Brasil e Alemanha foi mais estreita durante Primeira República (1889-1930), Como apresentam Facchinetti e Muñoz (2013), a relação entre Brasil e Alemanha se estabelecem fortemente na Primeira República (1889-1930), fundamentalmente a partir das relações entre Juliano Moreira e Emil Kraepelin, estabelecidas por meio de viagens científicas, trocas de publicações em periódicos especializados da medicina psiquiátrica, por instituições e sociedades psiquiátricas – alemãs e brasileiras – e participação em congressos internacionais.

Com a criação de campanhas contra o uso abusivo de álcool e de combate às doenças venéreas, entre outras medidas que visavam inibir a procriação entre tarados, práticas eugênicas estavam sendo desenvolvidas, Juliano Moreira considerava que a educação poderia desempenhar um papel significativo na prevenção da criminalidade. Nesse sentido, seu pensamento ultrapassava os rígidos limites da questão racial. Partindo da teoria kraepeliniana, ele reelabora a teoria da degeneração e inaugura no Brasil o as bases de uma psiquiatria ampliada que perdurara até o presente (CAPONI, 2012).

3 O CRIME NA ÓTICA DA PSIQUIATRIA FORENSE

3.1 Psiquiatria forense e criminalidade

A relação entre o saber médico psiquiátrico e o poder judicial tem historicamente marcado os encaminhamentos dos processos de medicalização, desmedicalização e remedicalização do crime na sociedade ocidental. Como já sinalizado na seção anterior, aqui interessa demonstrar como o desenvolvimento da psiquiatria forense compreende justamente essa complicada relação. De acordo com a definição de Tabora e Arboleda-Flórez (2007, p.1) “denomina-se *psiquiatria forense* a interface entre a Psiquiatria e o Direito e, *psiquiatra forense*, o profissional que atua nesse domínio.” O que se percebe ao voltarmos o olhar para a psiquiatria forense é que a relação entre a doença mental e as leis não seguiu a mesma evolução dos conhecimentos sobre a doença mental em si. De fato, observa-se que tanto médicos como legisladores não estavam preocupados com causas e classificações da doença psíquica, mas sim com as providências legais a serem tomadas de acordo com a integridade mental do indivíduo.

3.1.1 Psiquiatria Forense como especialidade: aspectos históricos

A trajetória da psiquiatria forense como especialidade do saber médico no Brasil tem sua origem em meados do século XIX, a partir da constituição do campo da medicina legal como espaço de interseção disciplinar de conhecimentos médicos e jurídicos. De acordo com Rignonatti (2003), as inter-relações entre os saberes médicos e jurídicos já existiam nas antigas sociedades egípcia e romana. Nesta última, por exemplo, foram desenvolvidas ações específicas no que se refere à declaração de incapacidade legal das crianças e dos doentes mentais, e à determinação de que os loucos precisariam de tutores.

Mas é somente na última década do século XIII que se registra o primeiro serviço de médicos peritos, na cidade europeia de Bologna. Quanto ao início do “período moderno da medicina legal”, ele é

marcado pelo ano de 1507, momento em que Bamberg, na Europa, determina a obrigatoriedade da participação de peritos médicos nos casos de morte violenta. No século seguinte, em Roma, especificamente em 1648, é publicada a obra *Questiones Medico-legales*, de Paulo Zacchia (1584-1659). Considerado por muitos como o pai da Psiquiatria Forense, destaca-se o envolvimento de Zacchia com os estudos da medicina legal que compreendiam a abertura de cadáveres por peritos. O primeiro julgamento em que um médico foi chamado a participar como perito teria ocorrido na Inglaterra em 1760 quando Earl Ferrers teve a sua condição mental avaliada. (RIGONATTI, 2003; DARMON, 1991).

Na França, a medicina legal passa a ser disciplina autônoma e instituída em todas as faculdades a partir de 1794 com a lei do 14 frimário do ano III do Calendário Republicano Francês, iniciando assim uma relação de nomes de médicos-legistas ligados a processos criminais. (DARMON, 1991, p.231).

Essa trajetória de entrecruzamento de lei e doença mental estava mais voltada à avaliação da integridade mental do indivíduo e às providências legais do que com as causas e classificações da loucura. Recém na segunda metade do século XIX aparecem as primeiras instituições especificamente destinadas ao tratamento de doentes mentais perigosos na Europa, como o Instituto de Bradmore na Inglaterra, criado em 1863. Será com essa protopsiquiatria como especialidade médica que a relação entre Justiça e Saúde Mental começa a ser reconhecida a expertise profissional da psiquiatria forense como subespecialidade da própria Psiquiatria. (RIGONATTI, 2003).

Como aponta Neves (2012, 2008), é somente com Johann Christian Reil (1759-1813) que a palavra *psiquiatria* (*Psychiaterie*) aparece em 1808. Entretanto Philippe Pinel, autor do *Tratado Médico-Filosófico da Alienação da Alma ou Mania*, é geralmente reconhecido como o fundador da psiquiatria e da medicina mental como área independente. Se considerarmos que o alienismo (termo bastante utilizado entre fins do século XVIII e início do século XIX) já se aproximava do saber médico antes mesmo da existência de especialidades (que passa a ser estabelecida no século XX), a psiquiatria poderia ser reconhecida como a primeira especialidade médica que foi criada no mundo.

Se Pinel é nome citado para demarcar tal início, Castel (1978) lembra que sua produção é publicada já partindo de conhecimentos terapêuticos anteriores. A partir do século XVIII, são vários os tratados médicos que aparecem sobre a loucura sob outras autorias, como as de Pomme (1760) ou Tissot (1780), já apresentando o que caracteriza a lógica da psiquiatria: “o caráter curável da loucura”.

Apenas para compreender o tipo de relação que o saber psiquiátrico manteve com o Direito desde sua emergência, é preciso recuperar aqui alguns nomes que compõem a trajetória da medicalização do crime na Europa.

Paulo Zacchias já observava que nem toda loucura implica desordem dos atos e das ideias, admitindo, dessa forma, que a existência da loucura pode envolver manifestações mais restritas, por se concentrarem em um único objeto delirante ou em uma determinada área do funcionamento cerebral. Esse tipo de observação é parecida à descrição que Pinel fizera acerca do “delírio exclusivo”. (DARMON, 1991).

Esse tipo de conceituação adquiriu estatuto psiquiátrico com o conceito de monomania formulado pelo discípulo de Pinel, Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840), seguidor de Pinel, deu estatuto psiquiátrico à doutrina das monomanias. Quando se está à frente de um quadro monomaniaco, a simples ocorrência de um crime comprova a existência da loucura. Durante seus anos em Salpêtrière, Esquirol conseguiu transformar a concepção da loucura. Por esse motivo, desenvolveu-se em todo o século XIX uma nova relação entre o crime e a loucura pela qual a atribuição de inimputabilidade dos acusados requererá de uma avaliação médica, o que significará sua inserção na jurisdição do poder psiquiátrico. (DARMON, 1991).

Como já apresentado, a relação loucura e crime ganha destaque com Lombroso, por volta de 1876. A noção de “criminoso nato” permitirá a ele afirmar as bases da interpretação etiológica do crime a partir de parâmetros biológicos. A etiologia do crime será localizada no problema da degeneração como tentativa de localizar no corpo marcas da loucura. O desenvolvimento e a trajetória da psiquiatria forense foram perpassados pelas noções de criminoso nato e de degeneração. (FOUCAULT, 2006; DARMON, 1991).

Ao longo dos anos, o Direito Positivo e a Medicina Legal sentiram os reflexos dos estudos realizados na Europa Ocidental e posteriormente no Brasil, pelos vários autores que se dedicaram a comprovar que traços físicos e morais permitiriam determinar o crime e a loucura. (JACÓ-VILELA et all, 2005).

O Homem Criminoso, escrito por Lombroso, contem uma parte dedicada à anatomia patológica e à antropometria do crime. Os crânios analisados de assassinos e de pessoas honestas recolhidos de diversas partes do planeta o auxiliaram a detalhar conclusões sobre os crâneos dos criminosos delinquentes, quanto aos muitos critérios antropométricos (circunferência, curvas ao ângulo facial etc). Para Lombroso 95% dos delinquentes e apenas 2% das pessoas honestas teriam fisionomia criminalóide. (DARMON, 1991; JACÓ-VILELA et all, 2005).

Nesse contexto, o louco poderia ser enquadrado em alguma das quatro formas de classificação (FOUCAULT, 2006):

- furiosa (força do indivíduo)
- loucura aplicada às ideias (mania)
- força da loucura sobre uma única ideia particular (monomania)
- força dos instintos (“mania sem delírio”)

Toda a prática asilar dos primeiros anos do século XIX concentrou-se na percepção da loucura como uma forma de comportamento não controlável. Pinel considerava justamente que a terapêutica da loucura consiste na arte de domar o alienado, evitar o seu descontrole, por meio do estabelecimento de uma relação de dependência do paciente com o médico. (FOUCAULT, 2006).

A loucura, entendida como ausência de autocontrole dos impulsos, é peça etiologicamente importante desde o século XIX, não tendo sido abandonada na arbitragem psiquiátrica da criminalidade e avaliação de periculosidade criminal em períodos posteriores. Assim, na psiquiatria do século XX esse fenômeno será considerado um pré-anúncio de atos criminosos futuros decorrentes do “acting out” do doente mental.

Durante o século XIX, o que se percebe é uma divisão entre duas formas de intervenção. A primeira é a *medicamentosa*, ainda que esta tenha sido desqualificada no começo desse século. A segunda é o

tratamento moral, definido pelos ingleses e adotado na França. O chamado “tratamento moral” realizava-se com o distanciamento dos doentes do contato com a vida social para evitar que isso influenciasse no “desenvolvimento natural” da doença. Com essa forma de tratamento acreditava-se que a doença seria mais facilmente identificada e a cura seria possível. Esta segunda forma de intervenção na realidade pressupunha a observação e análise da loucura por um longo período para se elaborar um diagnóstico, buscando encontrar a “verdade” na loucura e indicar a terapêutica. Esta terapêutica, até 1830, é apenas uma cena. O médico não pretende intervir tecnicamente no comportamento patológico, a qual o encaminharia para o processo de cura após se manifestar, especialmente, pela confissão do próprio paciente. (FOUCAULT, 2006, p.12-13).

O internamento aparece como uma resposta socialmente legítima diante do perigo que o louco representa para a sociedade e a loucura passa a ser confinada no hospício como espaço de exercício do poder psiquiátrico. A partir da segunda metade do século XIX, o hospício começa a desenvolver uma função terapêutica a partir da incorporação de um sistema de vigilância e de cura no qual o psiquiatra ocupará uma posição central. (FOUCAULT, 2006).

No século XIX, o psiquiatra passa a ser próprio asilo, pois se o asilo não for dirigido pelo médico, não terá função terapêutica. Ou seja, o poder médico vai funcionar no interior do asilo como poder necessariamente médico pelas marcas que designam nele a existência de um saber. A disseminação do poder psiquiátrico, entre as décadas de 1840 e 1860, envolverá um desenvolvimento de diversas táticas de sujeição dos corpos, o que acarretará o exercício de um poder que se apoia na intensificação da realidade e constituição dos indivíduos ao mesmo tempo como receptores e portadores de realidade. As funções-psi (patológica, criminológica, etc.) teriam o papel de intensificação do real como poder ao mesmo tempo em que intensifica o poder, fazendo-o valer como realidade. (FOUCAULT, 2006).

Há uma forma de atribuir as marcas do saber médico na instituição que interessa particularmente aqui que é a clínica. Com a clínica, o médico será visto como médico, como mestre, detentor do saber, do conhecimento e é aquele que cura. Seu status de poder sobre o

doente passa pela instrução de estudantes nesse espaço de cuidado. O paciente pode ver que há muitos dispostos a escutá-lo, ainda que o doente se recuse em alguns momentos, e ver também que o médico o conhece e conhece a doença dele ao falar sobre ela com os estudantes. Dessa forma, far-se-á com que o doente compreenda que há “uma verdade aceita por todos” na palavra do médico. (FOUCAULT, 2006, p. 233).

A importância da clínica para a psiquiatria passa também pela realização da anamnese geral do caso na frente do doente. Com isto, o psiquiatra faz com que o doente se defronte na história da sua vida com a realidade da doença. A palavra do médico revela o exercício de uma forma de poder que será capaz de produzir a verdade sobre a loucura, verdade arrancada por meio da técnica da confissão. (FOUCAULT, 2006).

Essas marcas do saber vão garantir com que o médico psiquiatra desempenhe o seu papel mor de intensificar a realidade. Diz Foucault que,

com isso, vocês vêem que o grande portador do poder psiquiátrico, ou antes, o grande amplificador do poder psiquiátrico que se tramava na vida cotidiana do asilo vai ser esse célebre rito da apresentação clínica do doente. A enorme importância institucional da clínica na vida cotidiana dos hospitais psiquiátricos, dos anos 1830 até agora, se deve ao fato de que, através da clínica, o médico se constitui como mestre da verdade. (FOUCAULT, 2006, p.234).

E esse poder psiquiátrico vai aparecer em qualquer espaço em que seja preciso que a realidade funcione como poder, seja no exército, nas escolas, nas prisões e, também, nas instituições para loucos criminosos. Mas o médico não cura nem enfrenta a doença, ela a avalia, age de acordo com ela para que a doença não ganhe. O papel de árbitro julgador da doença em meio à crise, como vemos, é uma das marcas fundamentais da atuação médica.

Nesse contexto, a arbitragem da loucura não dependerá do diagnóstico diferencial e, sim, da determinação da existência, ou não, de

insanidade mental. A dicotomia sim/não é a que, de fato, organiza o diagnóstico da loucura. Para tanto, a produção de provas deverá outorgar existência real à loucura, especialmente porque os motivos que levam ao internamento podem ou não provir de uma doença. Assim,

nessa prova de fazer existir como saber médico o poder de intervenção e o poder disciplinar do psiquiatra. [...] Ou seja, a prova psiquiátrica é uma dupla prova de entronização. Ela entronizava a vida de um indivíduo como tecido de sintomas patológicas, mas entroniza sem cessar o psiquiatra como médico ou a instância disciplinar suprema como instância médica. Podemos dizer, por conseguinte, que a prova psiquiátrica é uma perpétua prova de entrada no hospital. (FOUCAULT, 2006, p. 349).

A “prova psiquiátrica da loucura” adquiriu, durante os primeiros sessenta anos do século XIX três formas: a droga, a hipnose e o interrogatório. Devido a importância que assume este último para a medicalização do crime, faz-se necessário apresentar algumas das suas principais características. O interrogatório possui uma dimensão disciplinar ao vincular o doente à sua identidade, fazendo-o defrontar-se com seu passado. Utilizado a partir de 1820, o interrogatório permite realizar uma pesquisa de antecedentes por meio da qual praticamente qualquer episódio do passado da pessoa pode ser interpretado como marca de doença mental ou, ainda, como consequência desta. O interrogatório, antes de mais nada, possibilitará o exercício de uma clínica caracterizada pela ausência do corpo do paciente, aspecto que trará consequências para o desenvolvimento da clínica psiquiátrica nos séculos subsequentes. Com este, pretende-se mais que tudo suprir a ausência do corpo para medicina psiquiátrica. Dessa forma, inaugura-se uma estratégia que consiste tanto num método (forma de indagar o passado) como em um modelo etiológico para explicar a loucura e o crime como infortúnios do indivíduo. A biografização da loucura e do crime passa a formar parte de um tipo de estratégia discursiva da

psiquiatria cuja vigência se estende até o presente, conforme será analisado mais adiante.

O interrogatório também possibilitará realizar um cruzamento entre a subjetividade e a responsabilidade na medida em que há um trato implícito no interrogatório, qual seja, o interrogatório é praticado não para dizer se tal fato ou se tal situação ocorreram ou se são verdadeiros ou não, mas para que o psiquiatra possa isentar o paciente de qualquer responsabilidade tanto moral como jurídica, desde que a pessoa assuma subjetivamente tais fatos como realidade e possa restituí-los como sintomas subjetivos da existência do indivíduo, materializando a consigna: “Me dê seu sintoma, e eu removerei sua culpa.” (FOUCAULT, 2006, p.355).

Ao longo da história da psiquiatria o interrogatório como técnica de saber e de exercício do poder médico vem desempenhando um papel fundamental. Os laudos forenses de insanidade mental e de cessação de periculosidade criminal dependem de informações quase exclusivamente obtidas por meio do interrogatório psiquiátrico. Devido à importância que assume para a análise do objeto da presente pesquisa, será dedicada mais adiante uma seção ao tratamento do tema.

A abordagem médica das relações entre loucura e criminalidade parece ter se estabelecido em alguns países europeus nas primeiras décadas do século XIX com a presença nos tribunais de médicos opinando sobre determinados crimes e suas vinculações com doenças mentais. Questionava-se, então, se determinado crime poderia ser um sinal de doença. Diante desse tipo de questionamento, emerge o conceito de monomania para se referir a alguém que cometeu um crime sem motivo aparente; esse crime seria o único sintoma de uma doença monossintomática. Tal preocupação dos psiquiatras com o crime e sua relação com a doença mental seria baseada na tentativa de responder se todo louco é um potencial criminoso. Segundo Foucault (2006, p. 320), aqui não se trata mais da produção de verdade e sim da identificação do perigo. De fato, seria para proteger a sociedade que os psiquiatras se preocupariam com isso pois em toda e qualquer experiência de loucura pode vir a existir um crime. Ao se utilizar de razões sociais para vincular a loucura e o crime, o psiquiatra estaria na verdade preocupado em fundar sua prática na defesa do social, visto que não haveria condições

para localizar essa relação no campo da produção de verdade. (FOUCAULT, 2006).

Como anteriormente mencionado, a monomania “era nessa época uma doença que Esquirol havia definido como uma doença que explodia bruscamente e que se caracterizava pelo fato de que, precisamente, era súbita e tinha por sintoma principal a aparição súbita, pois, de uma conduta criminoso.” (FOUCAULT, 2006, p. 354). Tal conduta era incluída no grupo das diversas e questionáveis anomalias.

Se o médico de forma geral é chamado para atuar sobre a crise, o psiquiatra atua antes da crise, avaliando e decidindo se há doença. Assim, enquanto o papel principal do saber médico geral está na especificação da doença, o papel principal da psiquiatria está em decidir o que é e o que não é loucura. E é exatamente nesse ponto em que está baseado o seu poder. Assim, se no hospital geral pretende-se identificar a doença e tratá-la para suprimi-la, no hospital psiquiátrico pretende-se dar realidade à loucura, e não suprimi-la. Trata-se, sim, de suprimir as manifestações da loucura, seus sintomas. (FOUCAULT, 2006).

Há, portanto, certos atributos do discurso da psiquiatria forense que lhe garantem legitimidade, principalmente a “propriedade de poder determinar, direta ou indiretamente, uma decisão de justiça que diz respeito, no fim das contas, à liberdade ou à detenção de um homem. [...] Portanto, são discursos que têm, no limite, um poder de vida e de morte”. A segunda propriedade é que seu poder advém não necessariamente da instituição judiciária, mas “do fato de que funcionam na instituição judiciária como discursos de verdade, discursos de verdade porque (são) discursos com estatuto científico, ou como discursos formulados, e formulados exclusivamente por pessoas qualificadas, no interior de uma instituição científica.” (FOUCAULT, 2002, p.08).

O discurso nada mais é do que o reflexo de uma verdade que está sempre a nascer diante dos seus olhos; e por fim, quando tudo pode tomar a forma do discurso, quando tudo se pode dizer e o discurso se pode dizer a propósito de tudo, é porque todas as coisas que manifestaram e ofereceram o seu sentido podem reentrar na

interioridade silenciosa da consciência de si. (FOUCAULT, 2001, p.49).

Os relatórios dos peritos, dentre os outros discursos no interior no sistema de justiça, detém certo privilégio. O estatuto de perito é beneficiado pelo valor de cientificidade do seu discurso, e assim, ainda que não sejam provas de acordo com o direito clássico,

são enunciados judiciais privilegiados que comportam presunções estatutárias de verdade, presunções que lhe são inerentes, em função dos que as enunciam. Em suma, são enunciados com efeitos de verdade e de poder que lhes são específicos: uma espécie de supralegalidade de certos enunciados na produção da verdade jurídica. (FOUCAULT, 2002, p.14).

Esses enunciados possuem a especificidade de, apesar de terem efeitos judiciais, não responderem às mesmas regras do direito e de um discurso científico. Esses discursos do perito psiquiatra têm a possibilidade de dobrar o delito, ou seja, apesar de sua qualificação na lei, há uma série de comportamentos que são apresentadas como motivação do delito e origem do delito. Com isso, serão esses discursos do perito psiquiatra que produzirão a matéria punível, e as noções de *imaturidade psicológica*, *personalidade pouco estruturada*, *sérios distúrbios emocionais* etc., irão ultrapassar o delito em si para inscrever a infração no âmbito do individual, pois o “exame permite passar do ato à conduta, do delito à maneira de ser, e de fazer a maneira de ser se mostrar como não sendo outra coisa que o próprio delito, mas, de certo modo, no estado de generalidade na conduta de um indivíduo.” (FOUCAULT, 2002, p.20).

Estas noções são, de fato, qualificações morais, as quais também são regras éticas, e por esse motivo o exame psiquiátrico constrói uma versão psicológica-ética do delito. Ao fazer isso, ele deslegaliza a infração tal como ela é determinada na legislação e faz do delito uma irregularidade frente a regras morais, sociais, psicológicas e também fisiológicas. Com isso, o que o juiz vai condenar não é mais o

delito, o crime é, sim, as condutas irregulares do indivíduo, que foram a causa desse crime. Assim, o exame psiquiátrico consegue transferir a aplicação da punição da infração para a “criminalidade apreciada do ponto de vista psicológico-moral”. O que a psiquiatria faz é legitimar como conhecimento científico a punição que se aplica a algo que não é mais a infração; portanto como aponta Foucault (2002, p.22-23), no exame psiquiátrico o “essencial é que ele permite situar a ação punitiva do poder judiciário num corpus geral de técnicas bem pensadas de transformação dos indivíduos.”

O exame psiquiátrico ainda dobra o autor do delito com o personagem *delinquente*. Se inicialmente o psiquiatra era chamado para periciar sobre o estado de demência do autor de um crime no momento do ato, definindo se ele era ou não responsável pelos seus atos no instante do delito, a partir do século XVIII, o exame passa a determinar os antecedentes da penalidade. Com essa elaboração dos antecedentes, tenta-se determinar se a pessoa já era parecida com o crime antes mesmo de tê-lo cometido. O que significa que se põe em evidência o que Foucault (2002, p.24) chama de condições *parapatológicas*, no sentido de que aparecerá como doença o que não é uma doença patologizando, dessa forma, um defeito moral. Novamente a biografização aparece como peça-chave da anamnese psiquiátrico que comanda o interrogatório forense.

Assim, o sujeito está na esfera do desejo, na forma do crime. E esse desejo do crime está relacionado com um problema, uma fraqueza, do indivíduo. Então, o que aparece no exame psiquiátrico é a lista de sintomas parapatológicos que não pretende dar conta do questionamento sobre a responsabilidade do periciado. Em decorrência, o sujeito jurídico deixa de existir para os magistrados e passa a ser um “objeto de uma tecnologia e de um saber de reparação, de readaptação, de reinserção, de correção. Em suma, o exame tem por função dobrar o autor, responsável ou não, do crime, com um sujeito delinquente [sic] que será objeto de uma tecnologia específica”, a do manicômio judiciário. (FOUCAULT, 2002, p.27).

Como o exame tem muitas vezes valor de demonstração da possível criminalidade, ele descreve o delinquente, suas condutas “paracriminosas” progressas. O psiquiatra assume aqui a condição de

médico-juiz, ao transferir o indivíduo da condição de réu para a condição de condenado. Diante disso, aparecem para o psiquiatra perito questões a serem respondidas, tais como se o indivíduo é perigoso, e se pode ser curado ou readaptado. Com isso, o juiz espera que se indique a técnica de normalização à qual o doente mental delinquente deverá ser submetido, visto que este indivíduo não é mais juridicamente responsável ou passível de punição judicial. (FOUCAULT, 2002).

Como aponta Foucault (2002) o exame médico-legal não decorre de uma simples evolução do direito nem da medicina. Obedeceria, sim, a um espaço de junção desses dois campos, espaço que não obedece as regras nem do direito nem da medicina e que pertence à ordem da “gradação do normal ao anormal” porque “é na medida em que constitui o médico-judiciário como instância de controle, não do crime, não da doença, mas do anormal, do indivíduo anormal, é nisso que ele é ao mesmo tempo um problema teórico e político importante.” (FOUCAULT, 2002, p.52-53).

No início do século XIX, aparece uma nova preocupação a respeito das motivações dos delitos. A verdade baseada na ciência substitui o critério de verdade antes localizado no campo da moral religiosa. Aos poucos, o sistema judiciário passa a ceder lugar para o recente direito positivo – “positivo porque objetivo: o crime é uma abstração, o que existe é o criminoso”. (JACÓ-VILELA et all, 2005,p.15). Em contrapartida, há também o desenvolvimento da Psiquiatria dentro da Medicina, passando a ser uma especialidade desta e a ser reconhecida como um campo de exercício profissional. Se no início do Direito Positivo há um período de disputa entre as áreas médica e jurídica, logo surgirá um problema que dissolve esse conflito entre estas duas instâncias, o questionamento da sanidade mental do réu. Com essa questão a ser resolvida, a psiquiatria é chamada como especialidade para resolver esse problema, sendo responsável por apresentar a “evidência” da loucura ou não do acusado. Localizada nesse espaço médico-judicial, a psiquiatria consegue para si um campo de intervenção entre a repressão do crime e a ação preventiva.

Com a rejeição da noção de livre arbítrio instaurada pelo direito clássico, os olhares institucionais se voltam para a figura do criminoso. Dessa forma, a punição é substituída pela ideia de tratamento e de

regeneração. Nesse novo contexto, o que interessa é investigar a subjetividade dos criminosos bem como definir meios para que se tornem cidadãos disciplinados. (JACÓ-VILELA et al, 2005).

3.2 A psiquiatria forense e a medicalização do crime no Brasil

O objetivo desta seção é apresentar como alguns aspectos do desenvolvimento da psiquiatria forense no Brasil. Sua emergência remonta à constituição do campo da medicina legal enquanto atividade inicialmente exercida por médicos legistas. Para compreender essa emergência, será preciso identificar os contornos biopolíticos dos processos de medicalização do crime nas primeiras décadas do século XX. Nesse contexto, o papel da Liga Brasileira de Higiene Mental – LBHM foi fundamental para o desenvolvimento de estratégias que definirão o manicômio judiciário como o espaço físico e social destinado ao louco infrator.

Diversos trabalhos ocuparam-se de analisar o tratamento dado a loucura no Brasil nas primeiras décadas do século XX (PORTOCARRERO, 2002; ENGEL, 2001; CARRARA, 1998; ANTUNES, 1999; MACHADO et al., 1978; DUARTE; RUSSO, 2005; VENÂNCIO, 2005).

Aqui, a psiquiatria que logrou ampliar os limites da anormalidade – desempenhando funções de controle social embasadas, tanto na teoria da degeneração de Morel quanto na antropologia criminal de Lombroso – desembarcou no Brasil com a família real portuguesa e encontrou na sociedade da época um terreno propício para se desenvolver.

Piccinini (2012, p.41) identifica três fases na etapa fundacional da medicina legal no Brasil:

- Fase estrangeira (período colonial até 1877): compilações de publicações da medicina francesa são realizadas como traduções, sem adaptação ou interpretação para a realidade local.

- Fase de transição (1878 até 1894): início de um período de desenvolvimento de comentários forenses voltados a realidade brasileira, considerável o início da medicina legal.
- Fase nacionalista (a partir de 1895): Nina Rodrigues assume a cadeira de Medicina Legal na Faculdade de Medicina da Bahia e inicia os estudos brasileiros desta área do conhecimento.

Nessa última fase podem ser localizado alguns dos mais relevantes nomes da psiquiatria forense brasileira, entre os quais cabe mencionar alguns dos já citados na segunda seção do presente trabalho, tais como Afrânio Peixoto, Juliano Moreira e Raimundo Nina Rodrigues.

O caráter moralizador que se observava nas diretrizes da Liga Brasileira de Higiene Mental – LBHM, criada em 26 de janeiro de 1923, no Rio de Janeiro, coadunava com os psiquiatras que faziam parte dessa liga, os quais eram da elite do Rio e da psiquiatria brasileira e estavam engajados em campanhas e pronunciamentos públicos, definindo-se como higienistas. Alguns deles utilizavam periódicos, como o *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, para divulgar as ideias higienistas. Os objetivos institucionais da Liga incorporavam tanto a prevenção de doenças mentais quanto a proteção, quando em meio social, daqueles doentes mentais egressos de manicômios, garantindo um programa de higiene mental nas atividades sociais, profissionais, escolares e individuais, e visando a aplicação dos princípios de higiene à prevenção das doenças em geral e das doenças do sistema nervoso em particular. (COSTA, 1976).

Interessa aqui observar que os movimentos eugênico e higienista que orientaram as ações da LBHM não ocorreram desarticuladamente da realidade internacional e de outras áreas de conhecimento. Assim, por exemplo, há de se destacar a ampla aceitação social que tinha a teoria darwinista na sociedade brasileira no final do século XIX. Essa teoria contribuiu a que as ideias sobre “bons genes” ou “maus genes” tivessem grande repercussão na virada do século. De forma análoga, a teoria moreliana da degeneração contribuiu para ampliar o interesse dos psiquiatras nos estudos eugênicos que já contavam com adeptos no Brasil, possibilitando que as ideias eugênicas organizassem o campo das políticas públicas nesse período no Brasil. Já

antes da fundação, em 1918, da LBHM, existia a primeira sociedade eugênica do Brasil, a Sociedade Paulista de Eugenia. As ações eugênicas no campo das políticas públicas compreendeu a realização de diversas companhias educativas direcionadas para a prevenção de doenças hereditárias focalizando principalmente o âmbito escolar para a socialização higiênica de alunos e professores. (PICCININI, 2001).

De acordo com Costa (1976) o higienismo brasileiro estava repleto de conotações ideológicas e a psiquiatria contribuiu significativamente para nutrir o contingente de empresários morais das diversas campanhas, os quais pregavam normas e valores em defesa da higiene e da saúde pública. Nesse contexto, o caráter eugênico das intervenções médicas não pode ser ignorado na medida em que outorgou uma base de sustentação à ampliação das fronteiras da medicalização da vida social, justificando, ao mesmo tempo, os anseios culturais das elites em geral e da elite da psiquiatria nacional em particular.

Criou-se, dessa forma, um campo propício para a institucionalização da psiquiatria forense como área de saber e como profissão. De acordo com Piccinini (2012) é justamente nesse período que tem início o que ele considera a fase de desenvolvimento da psiquiatria forense que compreenderia o período de 1921 a 1961. É precisamente em 1921 que é inaugurado o primeiro manicômio judiciário do Brasil, objetivando o início de uma fase de desenvolvimento da psiquiatria forense no país.

Alguns autores como Piccinini (2012) consideram que no período de que vai de 1962 a 1994 a psiquiatria forense brasileira experimentou um considerável declínio, tanto no que se refere a seu desenvolvimento enquanto área de conhecimento como a sua inserção e reconhecimento sociais. Essa perda de efervescência desta especialidade médica teria perdurado até 1995, ano em que ocorre a fundação do Departamento de Ética e Psiquiatria Legal - DEPL da Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP. Essa unidade foi criada com o objetivo de congregar os psiquiatras desta especialidade e de aumentar a produção científica da área, uma vez que “propunha-se a servir de órgão consultivo da ABP e de instituições públicas e privadas nacionais em matéria de ética e psiquiatria legal. Para tanto, estabeleceu como meta

imediate a luta pela criação do Título de Especialista em Psiquiatria: Área de Atuação Psiquiatria Forense”. (PICCININI, 2012, p.46).

Outros fatos, tais como a promulgação de leis estaduais para a regulamentação da internação psiquiátrica involuntária e a criação do título de especialista em psiquiatria forense teriam propiciado esse renascimento profissional em períodos recentes. A partir deste último fato é criada uma identidade corporativa envolvendo ações e interesses da Associação Brasileira de Medicina Legal (ABML), da ABP e da Associação Médica Brasileira (AMB). Desde então podem ter acesso a essa titulação exclusivamente os portadores do título de especialista em psiquiatria que tenham sido aprovados em concurso específico para atuar como psiquiatras forenses. Até 2013 foram emitidos 226 títulos de especialistas em Psiquiatria Forense e foram realizados 14 concursos para ocupar essa função. Algumas análises consideram que esses fatos teriam induzido uma “ampliação da atividade pericial propriamente dita”. (PICCININI, 2012, p.49).

Embora não constitua um objetivo da presente pesquisa analisar a psiquiatria forense do ponto de vista corporativo interessa destacar o caráter parcialmente atrelado da emissão do título de especialista ao desempenho da função de psiquiatra forense em condições de atividade assalariada no âmbito institucional do Estado em geral e do poder judiciário em particular. Chama a atenção que, nesse momento de sua história, um segmento de uma profissão caracterizada pelo exercício liberal encontre na inscrição assalariada das suas práticas uma brecha para se firmar como categoria. Do ponto de vista do nosso objeto de estudo, interessa ler esse tipo de acontecimento como elemento dinamizador da aliança historicamente estabelecida entre o poder judiciário e medicina psiquiátrica.

Se historicamente o saber médico tem se constituído como saber legítimo dos discursos sobre crime, a obtenção de mandatos específicos para sua atuação na gestão da criminalidade parece ter sido decorrente de um processo de perda relativa desse mandato histórico no período de “declínio” da psiquiatria forense no Brasil. O que interessa para os fins da presente investigação é tentar compreender as consequências dos diferentes movimentos do processo de

institucionalização da psiquiatria forense em termos da ampliação dos processos de medicalização do crime.

3.3 A Lei e o “Louco Infrator”

No século XIX, a relação entre violência e doença mental cumpriu um papel fortemente estruturante do saber psiquiátrico. O saber psiquiátrico e sua própria prática se construíram em uma relação bastante estreita com a justiça criminal, implicando em tensionamentos com o direito clássico penal em torno do problema da responsabilidade e do o livre-arbítrio. (CASTEL, 1978; HARRIS, 1993; FOUCAULT, 1991, 1990; PERES; NERY FILHO, 2002).

O Código Criminal do Império de 1830 tipificava os doentes mentais como os “loucos de todo gênero”. Esta expressão ainda continuava a estar presente no Código Civil de 1916. (PICCININI, ODA, 2009). Com a abolição da escravatura, o Código Criminal do Império foi reformado e foi aprovado como lei em 11 de outubro de 1890. Esse passou a ser o primeiro Código Penal da República, trazendo significativas alterações “no estatuto jurídico penal do doente mental e seu destino institucional”. (PERES; NERY FILHO, 2002, p.337). Essas alterações aparecem nos artigos 1, 7, 27 e 29:

Art 1. Ninguém poderá ser punido por fato que não tenha sido qualificado crime, nem com penas que não estejam previamente estabelecidas.

Art 7. Crime é violação imputável e culposa da lei penal.

Art 27. Não são criminosos:

§3. os que, por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação;

§4. os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de inteligência no ato de cometer o crime.

Art 29. Os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues às suas famílias, ou recolhidos a hospitais de alienados, se o seu estado mental assim o exigir para a segurança do público.

A primeira concepção de indivíduo inimputável aparece no Código Penal Brasileiro - Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940, no que se refere à legislação nacional. Segundo o artigo 26, é “isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”.

Com o Código de 1940, a doença mental passa a ser considerada causa excludente de culpabilidade. Isto porque este código apresenta dois tipos de resposta social: à pena, sendo definida de acordo com o grau de culpabilidade do indivíduo e com a gravidade de seu ato; e a medida de segurança estará baseada no nível de periculosidade do acusado. Dessa forma, a lei consagra a competência dos psiquiatras para avaliar a periculosidade dos “loucos criminosos”, garantindo-lhes sua absolvição do ponto de vista penal.

No entanto, a imputabilidade dos protagonistas desses crimes não os exime de receber algum tipo de punição, embora eufemisticamente ela passe a ser chamada de tratamento. O dispositivo que regula, a partir da nova legislação, a aplicação de punições é a “medida de segurança” a ser cumprida por meio de internação em manicômio judiciário em função da periculosidade presumida por lei³.

Em 1984, o Código Penal de 1940 teve a Parte Geral revisada por meio da Lei de Execução Penal (LEP), n. 7.209, criada para atender três objetivos principais: garantir o bem-estar do condenado; classificar o indivíduo e individualizar sua pena; e dar assistência durante o período de cumprimento da pena. Contudo, quanto à sua efetividade, percebe-se “um grande abismo” entre a realidade e a legislação, dando a sensação de “letra morta” à Lei de Execuções Penais. Aqui cabe ressaltar que Escorel (1905, p. 49 apud PERES; NERY FILHO, 2002, p.339) comenta o Código Penal, destacando a diferença existente entre imputabilidade e responsabilidade. Se imputar relaciona-se com atribuir uma ação a um sujeito, a imputabilidade é uma qualidade que garante uma relação causal entre alguém e uma ação, que aqui é delituosa.

3 A MS era aplicável também a alguns casos específicos como os reincidentes em crimes dolosos e/ou aos aliados de quadrilha de criminosos (art. 78 do Código Penal). (MITJAVILA, 2009; COHEN, 1999).

A responsabilidade relaciona-se com as consequências do ato praticado. Ou seja, os loucos não são responsáveis pelos atos cometidos por estarem compreendidos no parágrafo 4º do artigo 27 como inimputáveis, se não lhes são atribuídos os atos, tampouco respondem legalmente por eles, estando isentos de sanções penais. Se a estratégia alienista já se ocupava com o controle social, a questão dos doentes mentais perigosos aparece como mais uma função.

De acordo com o novo Código Civil, há a possibilidade, segundo seu artigo 1.772, da interdição parcial: “pronunciada a interdição [...] o juiz assinará segundo o estado, o desenvolvimento mental do interdito, os limites da curatela”. Permite-se assim ao juiz que limite a curatela, para que o doente mental possa praticar alguns atos da vida civil sem a interdição total. Já àquele que estava interditado totalmente, antes do atual Código Civil, é possível a revisão dessa interdição, visando alcançar uma interdição parcial. Caso o curador não quiser fazer o requerimento, o Ministério Público pode ser acionado.⁴

As medidas acima comentadas aparecem nos arts. 96º e 97º do atual Código Penal Brasileiro da seguinte forma:

Art. 96. As medidas de segurança são: I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II - sujeição a tratamento ambulatorial. Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta. *Imposição da medida de segurança para inimputável*

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial. *Prazo §*

4 “A Lei 10.216 se aplica também ao usuário de álcool e outras drogas, pois estes estão com a saúde mental comprometida, ou que possuem transtorno mental decorrente do uso de álcool e drogas. Aqui a perícia médica será necessária para uma avaliação acerca do grau de comprometimento mental pelo uso do álcool e/ou outras drogas. Cabe destacar a diferença entre curatela e tutela, pois aquela é específica para os incapazes por problemas mentais, assim como para os ébrios habituais, os viciados em tóxicos e também os pródigos, enquanto que a tutela é somente para o menor de idade sem representante legal. (ALVES, 2004).” (MATHES, 2010, p.57).

1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.

Enquanto à legislação sobre saúde mental, pode-se dizer que o Decreto de 1934 evidenciou a existência de uma medicina preocupada com a profilaxia e a higiene mental, visando superar os males que afetavam o povo. Também com esse decreto, surgira o médico psiquiatra como perito para determinar a existência ou não da doença mental. Porém, foi com o projeto de lei de 1989 que a percepção sobre a reforma psiquiátrica se mostrou imprescindível, especificamente no que tange à luta pelos direitos humanos e sociais dos doentes mentais. Após este decreto, promulga-se a Lei 10.216 (2001) em que estão presentes princípios como a proteção dos doentes mentais e o anseio de melhorias no atendimento desse segmento da população. Por meio desse instrumento legal, procurou-se garantir os direitos básicos do doente mental, reconhecendo a internação psiquiátrica integral, não como um problema, mas como mais um recurso terapêutico – desde que o atendimento seja de boa qualidade –, ainda que destaque a urgência de políticas que objetivem a desospitalização. (PICCININI, ODA, 2009).

Dessa forma, o penal e o patológico tem se desenvolvido na trajetória brasileira de forma bastante interligada. Tal situação não seria, contudo, característica exclusiva do Brasil, mas uma condição já relatada por Foucault (2001) e registrada por Nascimento (2011) quando destaca justamente a existência de uma frequente relação entre os tipos penais e os conceitos psicopatológicos. A noção de periculosidade possibilitará que essa relação ocorra de forma mais abrangente, questão que será tratada de forma mais detalhada nas próximas seções da presente tese.

No que se refere à legislação, Nascimento (2011) adverte que o conceito de periculosidade foi objeto de alterações na Lei de Execuções Penais – LEP de 2003, instituindo o estado de exceção pelo Regime Disciplinar Diferenciado – RDD. De acordo com a nova lei, torna-se possível a aplicação de sanção disciplinar a todo preso que tiver avaliação de alta periculosidade, assim como aos que cometerem faltas graves. O saber psiquiátrico e a justiça estariam aqui capilarizando o

poder de normalização na sociedade através da validação de provas que universalizam verdades produzidas acerca do indivíduo. Assim, esse indivíduo passa a ser o delinquente predisposto ao crime, ao qual não cabe punição específica ao ilícito penal pelo previsto em lei, mas uma punição ao indivíduo.

Tal situação se complexifica quando o que se observa é um processo de institucionalização da própria pessoa considerada perigosa para o convívio social pela relação entre a loucura e os comportamentos sociais indesejáveis e delituosos, como será apresentado a sequência.

3.4 O processo de institucionalização do crime medicalizado: o manicômio judiciário e o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico

Com a criação dos hospícios, a loucura ingressa num novo espaço de observação e tratamento. A esse impulso de reinserção social da loucura num novo espaço respondeu o emblemático gesto do médico Phillippe Pinel, libertando os loucos das correntes que os prendiam dos porões do Hospital de Bicêtre, do qual era diretor, em plena Revolução Francesa. Mediante esse gesto, o louco começou a libertar-se de certas formas de exclusão e confinamento para ser inserido em um novo espaço de observação e custódia, agora sob a lógica científico-técnica. (RUSSO, 2002).

Mas, diferentemente do que ocorria na Europa, até meados do século XIX, não existia no Brasil nenhum estabelecimento especificamente destinado aos alienados mentais. Vagando pelas ruas ou vítimas do encerro e maus tratos nas prisões, a condição social dos loucos tornou-se foco de atenção da corporação médica, especialmente com a campanha iniciada pelo médico português José Clemente Pereira, formado na Franca, e figura de destaque no cenário político do Rio de Janeiro, sob o slogan “Aos loucos, o hospício”. Tratava-se de uma campanha que pretendia repetir, em terras brasileiras, o mesmo gesto libertador de Pinel. (RUSSO, 2002).

Com efeito, a partir de 1830, médicos higienistas do Rio de Janeiro passaram a requisitar a construção de um hospício para os loucos, criticando as insalubres celas da Santa Casa de Misericórdia, os

castigos corporais que os doentes mentais sofriam e, de forma geral, os métodos de tratamento dos hospitais gerais. (COSTA, 1976). As Santas Casas de Misericórdia acolheram os doentes mentais em seus hospitais pelo período do primeiro reinado e também na época das regências. Enquanto que os pacientes clínicos e cirúrgicos ficavam nos andares de cima, aos “loucos” eram destinados os porões, geralmente abaixo do piso reservado aos pacientes com cólera. De acordo com Bastos (2007), os loucos mais agitados eram presos ao tronco para serem espancados pelos guardas.

Pouco tempo depois, em 18 de Julho de 1841, exatamente no dia em que assumiu o trono, Dom Pedro II assinou o decreto de fundação do Hospício Pedro II, finalmente inaugurado em 1852. Durante quase quatro décadas, esse estabelecimento permaneceu sob o domínio de uma congregação de freiras e de uma administração que respondia ao poder político. Recém com a Proclamação da República e sob os protestos do médico José Carlos Brandão, o hospício passa a ser uma instituição de assistência médica, com a substituição das freiras por funcionários de enfermagem e a transferência da direção para um médico. (COSTA, 1976).

Já em nesse período, a partir de 1835, os doentes mentais e os menores de 14 anos são considerados juridicamente inimputáveis de acordo com a lei de 04 de junho desse ano. (RIGONATTI, 2003). Em 1890 o Hospício D. Pedro II passa a ser o Hospital Nacional dos Alienados, sob responsabilidade do Estado e não mais da Santa Casa de Misericórdia. (COSTA, 1976). Apesar de a Lei de 1835 legislar sobre a inimputabilidade dos doentes mentais e dos menores de 14 anos, não há dados que comprovem que ela tenha sido de fato regulamentada e efetivada.

De acordo com os estudos disponíveis (VENÂNCIO, 2003), durante as três primeiras décadas do século XX, o movimento da higiene mental ganha um forte impulso no Brasil e ocorre uma transformação do asilo em hospital psiquiátrico. Trata-se de uma transformação que instituirá o mandato social para a psiquiatria cumprir um papel específico na organização das respostas sociais, e particularmente estatais, ao problema social gerado pela loucura. No entanto, a instituição asilar, mesmo quando começou a adotar uma estrutura

hospitalar, não teve um desenvolvimento e distribuição homogêneas no Brasil. No período da Primeira República, apenas alguns estados da União criaram asilos ou colônias de alienados, o que terá repercussões no desenvolvimento da assistência e na formação dos psiquiatras ao longo do século XX. (MACHADO et al., 1978; JABERT, 2005) A malha institucional brasileira nesta área se mantém, até o presente, bastante heterogênea e complexa. De fato, no que tange a execução de medidas de segurança, a maioria dos estados brasileiros ainda não dispõem de unidades de tratamento psiquiátrico-forense⁵, além de serem inúmeras as cidades brasileiras que não possuem peritos oficiais em psiquiatria forense. (ABDALLA-FILHO, 2003).

Durante as décadas de 1941 e 1960, a assistência aos doentes mentais era basicamente hospitalocêntrica, e o tratamento do doente mental visava afastá-lo do convívio familiar e social, acreditando-se que, dessa forma, o doente poderia obter benefícios terapêuticos e o meio poderia ser saneado com sua ausência. (BORENSTEIN et.al 2007). No entanto, a partir da década de 1950, já se observavam sinais claros de um progressivo caos e deterioro das estruturas hospitalares nesta área, caracterizados pelo abandono e péssimas condições de vida dos pacientes internados.

Com a Reforma Penal de 1984, o *Manicômio Judiciário* passa a ser chamado de *Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico- HCTP*, alteração esta prevista no art. 99 da Lei de Execuções Penais e no Código Penal Brasileiro (artigos 96º e 97º). Trata-se de hospitais públicos sob responsabilidade estatal, que possuem um estatuto peculiar decorrente de suas funções ao mesmo tempo terapêuticas e de defesa

5 A guisa de ilustração, no caso de “Santa Catarina, durante o governo do Interventor Nereu Oliveira Ramos (1936-1947), foram construídos na Grande Florianópolis, dois grandes hospitais colônias, ambos destinados ao tratamento de pacientes com doenças crônicas ou graves: Hospital Colônia Sant’Ana (HCS), criado em 1941, especificamente destinado ao tratamento de pacientes psiquiátricos, e o Hospital Colônia Santa Teresa, criado em 1943, destinado ao tratamento de pacientes com hanseníase. Outro empreendimento desse porte no mesmo período foi a criação do Hospital Nereu Ramos em 1940, para o isolamento e tratamento de pacientes portadores de tuberculose e de outras doenças infecto-contagiosas. (PAULING; TURATO, 2001).” (MATHES, 2010, p.53).

social, constituindo-se em um misto de hospital e presídio. Como já apontado, a principal função dos HCTPs é assumir a responsabilidade pela execução das medidas de segurança, medidas que aparecem no Código de 1940 para preencher um espaço do direito penal deixado pelo código anterior, pois deixava os irresponsáveis e semi-responsáveis sem nenhuma sanção penal, e tampouco sem qualquer classe de encaminhamento terapêutico. Por esse motivo, esta foi uma das maiores novidades presentes no Código de 1940, ao contemplar reclamações, tanto dos legisladores quanto dos criminalistas, os que percebiam que os mecanismos de cura para o louco criminoso precisavam de mudanças. Assim, a repressão do delito estaria sendo substituída nesses casos pela medida de segurança como nova forma de prevenção individualizada do crime. (PERES; NERY FILHO, 2002; CORRÊA, 1996).

Ainda que inicialmente pareça apenas uma mudança de nomenclatura, a “diferenciação que faz o código entre a pena e a medida de segurança é que na pena toda diversidade ou dúvida resulta a favor do indivíduo. Já na medida de segurança, a diversidade ou dúvida resulta a favor da sociedade.” (CORRÊA, 1996, p.149). Ou seja, legalmente as duas funcionam como sanção penal, porém enquanto a pena privilegia a sua função repressiva, a medida de segurança estará privilegiando a prevenção de um novo delito.

Há ainda outra diferença clara entre as duas: a pena é aplicada por um período de tempo pré-determinado, ou seja, ao condenar o indivíduo, já se apresenta o período desse confinamento; por outro lado, a medida de segurança tem duração indeterminada previamente, sendo encerrada somente com a cessação da periculosidade do doente mental. Isso obedece ao fato de a pena ser aplicada àqueles que são considerados imputáveis – a quem se pode atribuir culpa – e a medida de segurança é exclusivamente direcionada para os inimputáveis e para os semi-responsáveis. Com isso, a medida de segurança segue a ideia de Beccaria, de acordo com a qual, diante do criminoso, é “melhor evitar os delitos que castigá-lo”, pois essa medida de segurança funciona impedindo que o louco criminoso, em função da sua periculosidade, reincida no crime.

Pena e medida de segurança tem finalidades distintas, repressiva e preventiva respectivamente, e também são diferentes por

conta da causa, das condições de aplicação e ainda pelo modo de execução. Enquanto que a pena é aplicada nos casos de indivíduos responsáveis e se baseia na culpa do criminoso e é uma sanção sobre um ato criminoso real e pertencente ao passado, sanção esta, com uma proporção equivalente a gravidade do ato; a medida de segurança refere-se e é aplicada aos semi-responsáveis e irresponsáveis, e se baseia na periculosidade, e não na culpabilidade – pois o indivíduo ao qual se aplica a medida de segurança não pode ser considerado culpado pelo crime cometido – e assim, pretende-se prevenir uma possível reincidência em outro crime. (PERES; NERY FILHO, 2002).

Caracterizada como eticamente neutra e fundamentada na sua utilidade, a medida de segurança serve ao fim de segregação tutelar ou de readaptação individual, sendo desprovida do caráter aflitivo da pena, pois é assistência, é tratamento, é medicina, é pedagogia. Se acarreta algum sacrifício ou restrição à liberdade individual, não é isso um mal querido como tal ou um fim colimado, mas um meio indispensável à sua execução. (PERES; NERY FILHO, 2002, p. 346).

Ou seja, esse crime é tido como um fato sintomático da periculosidade do indivíduo louco criminoso, e como não é possível determinar antecipadamente quão perigoso esse indivíduo é, estabelece-se a medida de segurança por um período indeterminado, até que se constate cessada a periculosidade do indivíduo. (PERES; NERY FILHO, 2002).

Resumindo, de acordo com a legislação brasileira a doença mental é causa excludente da culpabilidade, ou seja, os doentes mentais que cometeram algum crime são absolvidos. Ao serem absolvidos, não se lhes deve aplicar sanção e não deverão ser punidos, mas sim tratados (PERES; NERY FILHO, 2002).

Enquanto que a medida de segurança funciona como uma medida preventiva, periculosidade tem *status* de elemento jurídico, e como tal cabe unicamente ao juiz criminal determiná-la. Contudo, a

antropologia criminal e as ideias de Lombroso permanecem influentes, e a periculosidade, nesse novo quadro, aparece como elemento central tanto para a definição da pena quanto para a ideia de prevenção criminal. (PERES; NERY FILHO, 2002; CARRARA, 1998).

Ainda que a medida de segurança seja responsável por inserir a condição de atuação do direito penal frente à loucura através do tratamento e da prevenção, ela carrega consigo a maior aflição para o louco criminoso cumprindo a medida devido à indeterminação do seu término, visto que o paciente estará cumprindo a medida e permanecerá interditado na instituição até que o psiquiatra forense avalie como cessada a sua periculosidade, adquirindo caráter de prisão perpétua em diversos casos, pois há a especificação, apenas, do tempo mínimo. (PERES; NERY FILHO, 2002).

Em 2011 existiam no país 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) localizadas em penitenciárias ou presídios. A distribuição destes hospitais não é homogênea no território nacional. Albergam em torno de 3700 pessoas, das quais 291 são mulheres.⁶ Estima-se que praticamente a quarta parte dessa população não deveria permanecer nestes estabelecimentos em função da sua condição penal, seja por periculosidade já cessada, por extinção da medida de segurança, por sentença de desinternação, por benefício de desinternação progressiva ou por estar internado sem processo judicial. (DINIZ, 2013).

Nesse contexto institucional, o exame de cessação de periculosidade terá a missão de trocar a punição pela comprovação de cura como resultado da aplicação de medidas corretivas nas áreas fisiológica, moral e social, contudo, diante da dificuldade de estimar ou prever a evolução da periculosidade, o tratamento punitivo pode se estender ao longo do tempo ultrapassando a duração das penas previstas na legislação brasileira podendo chegar a condenação perpétua. Esta questão será retomada mais a diante. Entretanto pode-se concluir que, apesar da mudança de nomenclatura na discursividade da lei, os hospitais de custódia permanecem se constituindo como uma instituição com o duplo sentido de “custodiar e tratar doentes mentais perigosos”

6 Uma descrição detalhada do perfil da população internada em HCTP pode ser encontrada em Diniz (2013).

(CORDIOLI, 2004, p. 22), se definindo como esse misto de hospital e presídio, mantendo muitos dos seus nomes em nível nacional ainda como signos dessas práticas. Esta característica seria responsável pelo caráter ambíguo da instituição e dos profissionais inseridos nela, tanto pelo fato de custodiar e tratar ao mesmo tempo, como pelo fato de que as ações terapêuticas e diagnósticos do médico são medidos pelo sistema jurídico penal, sendo ainda uma influência nas limitações técnicas do hospital.

Em fins de 1980, movimentos sociais do Brasil associados à luta pelos direitos humanos desembocaram, entre outras conquistas políticas, na deflagração do processo da *Reforma Psiquiátrica*, cuja principal missão consistia formular uma nova Política de Saúde Mental, com as seguintes características: redução de leitos; controle sobre os hospitais psiquiátricos; rede de serviços alternativos para substituição dos leitos; aprovação da nova legislação de saúde mental – a *Lei n.º 10.216*, de 6 de abril de 2001 –; incentivo ao processo de desinstitucionalização; e a saúde mental como parte integrante do sistema de educação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Contudo, apesar dos avanços alcançados na legislação e na assistência aos portadores de transtorno mental, a temática da medida de segurança tem sido pouco abordada e aprofundada na Reforma Psiquiátrica Brasileira.

4 ESTRATÉGIAS DISCURSIVAS E MODELOS ETIOLÓGICOS: a constituição de uma nova racionalidade psiquiátrica

Esta seção tem o propósito de indagar algumas dimensões do campo semântico e dos modos de estruturação dos discursos contemporâneos da medicina psiquiátrica em torno da periculosidade criminal e suas conexões com a saúde mental.

Atualmente não existe consenso na literatura médica acerca das relações entre doença mental e criminalidade, do ponto de vista do valor etiológico da primeira para prever a segunda. No entanto, isso não parece ter sido um impedimento para que o campo jurídico-penal continue a instituir para a medicina psiquiátrica o caráter de único saber com competência técnica e amparo legal para determinar a periculosidade criminal de indivíduos diagnosticados como doentes ou portadores de transtornos mentais.

Ao longo da seção, discutir-se-á se existiria uma contradição entre essas expectativas do poder judiciário e os frequentes questionamentos e relativizações que abundam na literatura médico-psiquiátrica acerca das relações entre doença mental e periculosidade criminal. Nesse sentido, propõe-se o caráter mais aparente que real dessa contradição, em virtude de a doença mental não ter sido, historicamente, o único nem o principal fundamento da participação da psiquiatria na abordagem da periculosidade criminal.

Por outro lado, mais contemporaneamente, isso pode ser observado a partir da notória substituição da noção de doença ou patologia pelo conceito de “transtorno” como fator etiológico da periculosidade criminal. Nesse contexto, não será mais a loucura - como acontecia nos primórdios e primeiros desenvolvimentos da psiquiatria - e sim uma classe particular de transtorno, o “transtorno de personalidade antissocial” (TPA), a que vai se converter em peça-chave da ampliação do universo de objetos compreendidos nos processos contemporâneos de medicalização do crime.

4.1 Sedimentos históricos da noção de periculosidade criminal na psiquiatria

Enquanto fenômeno social, a atividade forense da psiquiatria moderna encontra-se localizada em espaços nevrálgicos das relações entre indivíduos e instituições sociais. Com efeito, a esfera da justiça tem desempenhado historicamente um papel bastante relevante quanto à construção e regulação das relações entre indivíduos e instituições sociais, através de processos que atingem praticamente todas as áreas de funcionamento da vida social (infância, juventude, família, atividade econômico-financeira, crime, etc.).

Interessa, portanto, situar a atividade forense da psiquiatria no interior de uma problemática mais ampla que remete aos processos por meio dos quais as instituições modernas se apóiam em agentes, saberes e mecanismos para avaliar ou julgar indivíduos ou situações de acordo com imperativos e normas estratégicas para a construção da ordem social. (MITJAVILA, 1998; ELIAS, 1994; DOUGLAS, 1990; FOUCAULT, 1987; FOUCAULT, 1977).

Como já apontado na seção anterior, a relação entre a doença mental e as leis não seguiu a mesma evolução dos conhecimentos sobre a doença mental em si. No século XIX, tanto médicos como legisladores geralmente não estavam preocupados com as causas e as classificações da doença psíquica, mas sim com as providências legais a serem tomadas de acordo com a integridade mental do indivíduo. Especificamente no contexto europeu, recém na segunda metade do século XIX aparecem as primeiras instituições para tratamento de doentes mentais perigosos. (RIGONATTI, 2003).

Com a criação da psiquiatria como especialidade médica, a relação entre Justiça e Saúde Mental começou a ser abarcada por uma profissão, passando a existir, assim, a psiquiatria forense como sub-especialidade da própria Psiquiatria, sendo responsável por utilizar os conhecimentos científicos psiquiátricos a serviço da justiça. (RIGONATTI, 2003).

A obra de Morel (1809-1873) e sua noção de degenerescência resultaram decisivas no desenvolvimento e trajetória da psiquiatria forense. (FOUCAULT, 2006). A degenerescência como predisposição

que apresentava tanto traços morais quanto, e principalmente, físicos vai se converter em elemento fundamental das relações entre loucura e criminalidade. Dessa forma, a noção de degeneração cumpriu um papel geneticamente relevante no estabelecimento das relações entre loucura e criminalidade. A ideia de degeneração baseia-se nos conceitos de norma e normalidade, pois esta categoria, conforme apontado por alguns autores,

refere-se a um duplo desvio: por um lado, desvio da frequência [sic] estatística desejada em relação a características físicas, tais como altura, peso, formato do rosto, das orelhas, etc. - os chamados *estigmatas* (CARTRON, 2000); por outro, desvio das normas ou valores que a sociedade europeia do século XIX considerava como invioláveis e universais. (CAPONI, 2009, p.537)

Esta percepção dará início a “estudos que se inscrevem dentro da chamada *teoria da degeneração*”, que serão capazes de centralizar os esforços dos psiquiatras, médicos, juristas e higienistas para tentar “definir a abrangência e os limites do conceito de *degeneração*.” Para Foucault (2002) a noção de degeneração vai se converter em elemento teórico chave da medicalização do anormal. Desta forma, na perspectiva foucaultiana, o degenerado passa a ser o anormal medicalizado.

Em 1885, durante no Primeiro Congresso Internacional de Antropologia Criminal, Lombroso afirmou que o criminoso nato estava “predisposto ao crime por sua constituição física”, e que apoiava esse enunciado na “observação positiva dos fatos”. (DARMON, 1991, p.37). O foco de sua atenção era constituído pelo criminoso mais do que pelo crime em si. “Para Lombroso, os germes da loucura moral e do crime se encontrariam não por exceção, mas de maneira natural nos primeiros anos da vida do homem.” (DARMON, 1991, p.45).

Na perspectiva lombrosiana, o crime é concebido como um fenômeno natural do ser humano e, da mesma forma que a natureza, precisa ser estudado com atenção para atender uma finalidade muito precisa: preveni-lo. Nesse contexto, e em função do caráter hereditário que lhe atribuía à criminalidade, Lombroso cria a noção de “criminoso

nato”, tributária da teoria da degenerescência formulada por Morel em 1857. (JACÓ-VILELA et all, 2005).

Dentre os “criminosos natos”, os “loucos morais” seriam os que acabaram despertando maior interesse entre alienistas de diferentes países, na passagem do século XIX para o século XX, e continuam a fazê-lo ainda hoje, porém sob formas renovadas, como veremos mais adiante. Estes “loucos morais”, caracterizados pela dificuldade para distinguir o bem do mal (ou para orientar suas vidas em função do que em determinado contexto considera-se moralmente correto) constituiriam uma subcategoria perigosa de criminoso. (DARMON, 1991).

Trata-se de uma percepção da loucura em sua peculiar associação com uma incapacidade ou ausência de autocontrole dos impulsos. Este aspecto vai se tornar em peça etiologicamente chave da avaliação psiquiátrica da criminalidade, no sentido de constituir um pré-anúncio de atos criminosos futuros, decorrentes do “*acting out*” do doente mental. Antecipar esse tipo de comportamento perigoso tem conduzido ao desenvolvimento, como já discutido na seção anterior, da biografização do crime, isto é, da estratégia do saber psiquiátrico baseada no rastreamento de sinais de periculosidade criminal ao longo da trajetória vital do indivíduo.

Como se verá mais adiante, a biografização, enquanto estratégia da anamnese que comanda o interrogatório forense, permanece nos tempos atuais como um dos principais recursos da psiquiatria na arbitragem da criminalidade. A biografização não proporciona, em si mesma, explicações do ato criminoso, mas estabelece analogias entre o crime e determinadas situações da vida do periciado. Esta característica do exame médico-legal contemporaneamente funciona como uma ponte entre categorias jurídicas, de forma com que àquele que não se pode punir devido a sua *imaturidade psicológica* ou *personalidade pouco estruturada* possa estar incluído no discurso médico psicopatológico, e substituir a prisão por uma instituição alternativa que será o hospital psiquiátrico. O encerro e sua duração já não desvelam tanto, devido a que as chances de sair do hospital psiquiátrico, efetivamente, são menores que as de sair da prisão, devido conforme já apontado, à ausência de prazos preestabelecidos e ao fato de sua cessação ou

perpetuação dependerem unicamente da avaliação psiquiátrica. (FOUCAULT, 2002).

O argumento que geralmente é utilizado para justificar o confinamento dos indivíduos considerados perigosos descansa na ideia que eles não podem permanecer na sociedade, sendo necessário, portanto, institucionalizá-los. Assim, a principal característica dos objetos da psiquiatria forense na área criminal seria sua natureza moral e social. Devido a isso, já nos códigos penais do século XIX, esse caráter da intervenção psiquiátrica se manifestara toda vez que se tratava de avaliar o “estado psicológico do réu antes e durante o crime”, como insumo de grande valor para os magistrados investigadores.” (HARRIS, 1993, p.142). No entanto, o estatuto conceitual e o significado político da questão da periculosidade criminal permanecem, ainda hoje, como focos de problematização no interior da própria psiquiatria.

4.2 O “acting out” como estigma da periculosidade criminal

O caráter geralmente adjetivante e moralizador da descrição psiquiátrica dos transtornos de personalidade de alto potencial criminogénico exibe, de acordo com Delgado (1992), um traço mais ou menos constante do saber médico desde sua emergência. Como aponta Foucault (1980, p.97), a teoria da periculosidade tornou-se “a grande noção da criminologia e da penalidade” do final do século XIX, e sobrevive atualmente, sob novas roupagens e nuances, mas persistindo na função discursiva de fazer com que o indivíduo passe a ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não de seus atos, não em termos das infrações concretas e sim das potencialidades comportamentais que elas representam.

Por outra parte, na ótica da medicina psiquiátrica, a noção de periculosidade criminal não é utilizada para prever qualquer tipo de crime. Com efeito, a literatura examinada resulta unânime em estabelecer uma associação estreita entre periculosidade e crimes fundamentalmente caracterizados pelo uso da violência física diretamente praticada contra outros indivíduos, tais como homicídio e estupro.

O principal indício ou sinal de risco de cometer esse tipo de crimes seria o que a psiquiatria define como *acting out*. No livro dirigido pelo influente psiquiatra francês Henri Ey descreve-se nos seguintes termos sua relevância para compreender a periculosidade criminal:

Estas anomalias do comportamento se manifestam sob o modelo de um impulso frequentemente [sic] agressivo, ou de atos mais complexos, às vezes mesmo sob o modelo de um “acting out” que escapa, de certo modo sub-repticiamente, à vontade e à consciência do indivíduo. (EY et al., 1985, p.1211)

Dessa forma, o indivíduo que não controla seus impulsos é potencialmente perigoso do ponto de vista criminal:

O crime se produz quando um indivíduo, em resposta a impulsos de ordem biológica, psicológica e social, encontra-se numa situação tal que a execução do delito se lhe afigura como saída inevitável ou necessária (Não estamos dizendo que o crime é um acontecimento de caráter fatalista, que o agente do delito é exculpável porque não lhe restava outra alternativa; o crime é, na maioria dos casos, um transtorno da personalidade, não da inteligência: o criminoso –imputável- escolhe mal a sua conduta, não por estar subjugado a forças que não domina, mas porque não tinha perfeita noção de como controlá-las). (ARAUJO; MENEZES, 2003, p.235)

O *acting out* tende a ser visto como um traço relativamente permanente e revelador de periculosidade, e não como uma condição circunstancial do indivíduo. De certa forma, a periculosidade ainda seria majoritariamente vista na psiquiatria como um estado permanente, como uma essência de certos indivíduos criminosos e mentalmente perturbados. Daí a importância de observar a ausência ou a presença de

fatores que permitam governar os impulsos, diminuindo o potencial de periculosidade futura:

Neste quadro, assumem ainda particular relevância a deficiente integração de normas ético-sociais e ausência de plano de vida sustentado, reagindo predominantemente por impulsos e emoções de acordo com o princípio do prazer imediato. (CORDEIRO, 2003, p.58).

De acordo com esse tipo de perspectiva, os modelos etiológicos predominantemente preconizados pela psiquiatria contemporânea destacam a participação de fatores biológicos e psico-afetivos na constituição de personalidades criminalmente perigosas. Nesse sentido, não foi achado nenhum autor ou texto que apontasse apenas um único fator etiológico de periculosidade. Serafim, por exemplo, define três classes de parâmetros: biológicos, psicológicos e sociais. Porém, a ênfase é colocada nos fatores psicológicos, ao remeter à ideia de Garofalo, recuperada por Peixoto (1936), segundo a qual o criminoso “é portador de uma anomalia moral e psíquica, uma espécie de lesão ética, a qual seria responsável pela prática de atos delinquentes.” (SERAFIM, 2003, p.54).

A tradição biologicista, inaugurada no passado a partir dos aportes de Lombroso e Morel, parece ganhar força renovada à luz das tendências mais recentes na interpretação etiológica das anomalias precursoras da periculosidade criminal. Sordi e Knijnic (2003, p.910), por exemplo, referem-se às causas biológicas da periculosidade, definidas como os fatores

[...] relacionados a carga instintiva inata, principalmente agressividade. As alterações fisiológicas e bioquímicas, de um modo geral, mas principalmente relacionadas ao funcionamento cerebral, permanentes ou transitórias, que encontrem expressão na conduta do indivíduo, como ocorre nas patologias relacionadas com alterações da neurotransmissão,

tão estudadas atualmente, fazem parte destes fatores.

Seja de forma independente, seja associada aos fatores biológicos, a literatura examinada concede sua máxima atenção aos processos intra-psíquicos de constituição da personalidade transtornada. Entre esses fatores, destaca-se o papel do vínculo com as figuras parentais e com a família no surgimento de elementos criminogênicos.

De acordo com essa perspectiva, “[...] a violência humana é consequência [sic] da perversão dos valores dominantes e do desenvolvimento psicológico provocado por graves perturbações na interação Mãe-Filho-Pai.” (CORDEIRO, 2003, p.49). Nesse contexto, a família e, fundamentalmente, a família em condições de pobreza, tende a ser observada como espaço privilegiado para o desenvolvimento do TPA e da criminalidade que dele decorreria. Entre os indicadores de periculosidade criminal formulados por Maranhão⁷, Araújo e Menezes (2003) destaca-se o caráter criminogênico da “família desagregada”:

A família é, sem dúvida, um fator importante na formação da personalidade. O lar só atende às necessidades se cumpre suas funções básicas. Se a mãe, que representa a fonte de afeto, não compreende nem aceita o filho; se o pai, enquanto contato com realidade, é irascível e violento, omisso, ou irresponsável; se a relação com os irmãos é excessivamente belicosa, o filho não desenvolverá adequadamente o sentimento de fraternidade, tão imprescindível nos processos adaptativos e, não raro, procurará afeto na rua, onde encontrará outros em situação análoga, passando a adotar outros códigos de conduta e, para sobreviver, recorrerá às ações anti-sociais, restando a sua readaptação como difícil e trabalhosa. (ARAUJO; MENEZES, 2003, p.240).

7 ODON RAMOS MARANHÃO (1924-1995) foi Professor Titular da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo e Professor de Criminologia no curso de pós-graduação da mesma Faculdade.

Dessa forma, o papel de fatores sócio-culturais e políticos permaneceria restrito a um caráter mais desencadeante que etiológico propriamente dito. Nessa categoria inscreve-se, preponderantemente, o consumo de substâncias psicoativas:

Pessoas com diagnóstico de transtorno de personalidade do tipo anti-social [sic] costumam apresentar consumo precoce inadequado de álcool e outras drogas e problemas com a Justiça. O risco da realização de um crime violento (contra a pessoa) tende a ser aumentado entre indivíduos com o duplo diagnóstico: alcoolismo e transtorno de personalidade anti-social [sic] (Poldrugo, 1998). (BALTIERI; FREITAS, 2003, p.159)

Como observa o antropólogo francês François Laplantine (1991), todos os modelos etiológicos das doenças pressupõem ou convertem-se em fundamento de seus correlatos terapêuticos. Na medida em que se tende a associar etiologicamente a periculosidade criminal com transtornos da personalidade cujas causas pertencem a um passado remoto (intrapésíquico e familiar), e que se manifestam num presente que é percebido como imodificável, a segregação e confinamento dos indivíduos assim diagnosticados acabam-se tornando as respostas sociais e técnicas em que os universos jurídico-penal e médico, uma vez mais, convergirão.

O caráter incorrigível dos indivíduos tipificados como portadores de TPA - ideia quase unânime no âmbito da psiquiatria contemporânea -, seria o fundamento para propor, como única alternativa, sua segregação do tecido social por meio do encerro, por se tratar de sujeitos que “[...] são incapazes de aprender com a punição, de modificar seus comportamentos e apresentar respostas fisiológicas a situações de medo.” (SERAFIM, 2003, p.56).

Em suma, a literatura sobre o tema insista no caráter eclético das orientações teóricas dominantes na psiquiatria brasileira, é possível observar certa tendência, principalmente a partir das últimas décadas do século XX, ao desenvolvimento e utilização de modelos interpretativos que preconizam a participação de fatores de natureza

predominantemente individual e familiar na etiologia tanto da doença mental como da criminalidade. Observa-se, nesse sentido, uma perda progressiva de consideração do meio (social, cultural, econômico, político) como fator determinante desses fenômenos, bem como a emergência de um entusiasmo renovado pelos fatores criminogênicos de natureza bioquímica, genética, orgânica, intrapsíquica e afetiva-vincular. Entre as possíveis consequências sócio-culturais da utilização destes modelos etiológicos é preciso destacar sua contribuição à despolitização dos fenômenos da saúde e da criminalidade e, conseqüentemente, à desresponsabilização das instâncias públicas e coletivas e à responsabilização crescente dos indivíduos e suas famílias na provisão de cuidados e no controle da criminalidade.

Ao mesmo tempo, tais modelos, petrechados numa linguagem cada vez mais sofisticada, e valendo-se de instrumentos diagnósticos aparentemente cada vez mais elaborados, não parecem transportar interpretações sobre as relações entre saúde mental e criminalidade muito diferentes das que inauguraram a psiquiatria forense como área de conhecimento e como profissão. A localização da origem do comportamento criminal na “personalidade” do indivíduo conserva (e renova) perturbadoras analogias com a figura lombrosiana do “criminoso nato”.

5 A NOÇÃO DE TRANSTORNO E A MEDICALIZAÇÃO DOS ANORMAIS

Tanto na literatura de circulação internacional como nos materiais bibliográficos examinados no âmbito do presente trabalho abundam os questionamentos e relativizações sobre a periculosidade como um atributo dos doentes mentais. Recentemente, um psiquiatra brasileiro manifestava com veemência sua recusa em considerar qualquer classe de ingerência da psiquiatria nas avaliações de periculosidade criminal:

O tema da periculosidade, jamais foi discutido seriamente pelos psiquiatras. Periculosidade é uma questão social e jurídica, porém absolutamente fora do campo psicopatológico. O que o psiquiatra pode dizer sobre o examinando restringe-se à sua saúde mental. Existem pessoas perigosíssimas sem nenhum problema psiquiátrico, e vice-versa⁸

Ou, ainda, na concepção de Taborda (2004, p.23), “[...] cabe formular a questão: o doente mental será de fato o melhor exemplo de indivíduo perigoso na realidade brasileira?” O autor ensaia uma resposta na qual ressalta a função da psiquiatria de mostrar para a sociedade que o crime em realidade seria o resultado de “fatores culturais prevalentes em uma sociedade enferma em termos de conduta moral.”

Ao mesmo tempo, a posição majoritariamente encontrada na literatura da área caracteriza-se por questionar o grau e alcance das relações entre doença mental e periculosidade criminal, principalmente a partir de resultados de pesquisas de origem anglo-saxônica que destacam a existência de fracas ou nulas correlações entre ambas as variáveis, principalmente nos casos de estudos populacionais (VALENÇA; MORAES, 2006).

8 Cláudio Lyra Bastos. Opinião. Coluna da Lista Brasileira de Psiquiatria Psychiatry On-line Brazil12 (10), 2007. Disponível em <<http://www.polbr.med.br/ano07/lbp1007.php>>.

Embora os posicionamentos de muitos autores questionem a suposta relação estreita entre doença mental e criminalidade, boa parte deles continua apontando o rótulo diagnóstico, em termos de entidade nosológica, como elemento chave para a identificação de periculosidade:

Dentro das psicoses, as paranóides, como as esquizofrenias paranóides, são normalmente mais violentas do que qualquer outra categoria [...] A probabilidade de esquizofrênicos paranóides cometerem crimes graves é maior, graças à sua habilidade de planejamento e concretização. (CORDEIRO, 2003, p.128).

Junto a comentários em torno da necessidade de relativizar as relações entre doença mental e periculosidade criminal, aparecem afirmações que estabelecem uma sorte de identidade perfeita entre ambas as condições. Porém, percebe-se a reiterada preocupação em diferenciar o diagnóstico nosológico (nome da doença ou transtorno do qual é portador o indivíduo) do diagnóstico descritivo, ou seja, do conjunto de circunstâncias biológicas, psíquicas e sociais sob as quais a doença e a periculosidade se entrelaçam:

O diagnóstico nosológico tem uma importância relativa e, a não ser em casos de indivíduos com personalidade anti-social [sic], de perversos como pedofílicos, de oligofrênicos eréticos e alguns psicóticos, por exemplo, o peso do diagnóstico descritivo tem maior relevância. O diagnóstico psiquiátrico por si só não é indicativo de periculosidade, mas quando esta existe o diagnóstico descritivo pode ser importante na avaliação do tipo de periculosidade [...] (TEITELBAUM, 2003, p.910).

Observe-se que os diagnósticos mencionados no excerto acima não correspondem, majoritariamente, a doenças. Trata, sim, do que a psiquiatria moderna define como *anomalias* e *transtornos mentais*.

Como será visto a continuação, a noção de “transtorno mental”, e não mais a de loucura, como acontecia nos primórdios e primeiros desenvolvimentos da psiquiatria, constitui o principal fundamento contemporâneo da medicalização do crime e da periculosidade criminal.

5.1 A noção de transtorno como elemento-chave dos processos contemporâneos de medicalização da vida social

No campo da saúde mental, as ideias médicas sobre loucura e periculosidade, bem como sobre o normal e o patológico, converteram-se em elementos fundamentais da trajetória da medicina como profissão, especialmente no que se refere a potencializar sua capacidade para expandir, de maneira infinita, o universo de seus objetos de intervenção, cada vez mais sociais e decididamente biopolíticos. (FOUCAULT, 1977). Embora seja uma noção cuja emergência remete à psiquiatria das primeiras décadas do século XX, sua transformação em entidade nosológica, definida a partir de critérios e padrões diagnósticos de alcance internacional, revela algumas tendências recentes da participação da psiquiatria na medicalização de objetos sociais. (FOUCAULT, 1979; MITJAVILA; MATHES, 2013).

Nesta seção, sugere-se que uma função similar pode ser atribuída à noção de “transtorno”. Embora se trate de um termo que não costuma ser definido com precisão no campo da medicina em geral, e da psiquiatria em particular, vem ganhando espaço como categoria nosológica. Isso pode ser constatado, por exemplo, na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS (1993). Nela, o termo transtorno é utilizado, apenas, no capítulo que se refere aos “Transtornos Mentais e Comportamentais” permanecendo ausente na classificação das doenças de caráter somático.

Um conjunto composto de quase uma centena de condições mentais (F00 a F99) recebe, nesse manual, o status de transtorno, envolvendo diferentes tipos de manifestações comportamentais consideradas anormais (decorrentes de doenças orgânicas, de anomalias do desenvolvimento, transtornos psicóticos, neuróticos, e outros) entre os quais se encontra aquele grupo que interessa para os fins da presente

pesquisa: o composto pelos chamados “Transtornos de Personalidade e do Comportamento do Adulto”.

Em todos os casos, os transtornos mentais são definidos nesse manual como “a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais.” (OMS, 1993, p.5) Trata-se, evidentemente, de uma definição notadamente abrangente e de baixa especificidade.

A classe de transtorno que a psiquiatria vincula mais estreitamente à periculosidade criminal é o chamado “transtorno de personalidade”. Contudo, alguns autores chegam a questionar a própria permanência desse tipo de transtorno no campo de objetos da psiquiatria:

As divergências ocorrem nos mais diversos planos, e há quem considere essa entidade nosológica como o lado mais contencioso da psiquiatria moderna. Existem ainda aqueles que defendem a extinção dessa categoria diagnóstica, em virtude do julgamento moral e pejorativo que ela desperta, sobrepujando, por vezes, a investigação científica que deve ser a ela dada com o mesmo grau de seriedade que é dispensado a qualquer outro diagnóstico clínico. (ABDALLA-FILHO, 2004a, p.281).

No entanto, a maior parte das divergências parece dissipar-se quando se trata de avaliar a relevância forense dos transtornos de personalidade, como manifesta em outro trecho o autor supracitado:

Dentro do contexto forense, os TP revestem-se de uma importância enorme, uma vez que seus portadores não raramente se envolvem em condutas criminosas e, conseqüentemente [sic], em processos judiciais, especialmente aqueles que apresentam características do tipo anti-social [sic]. (ABDALLA-FILHO, 2004a, p.281).

Idêntico perfil exhibe a seguinte definição de Morana (2008) sobre os transtornos de personalidade:

Estes transtornos incluem grande variedade de condições e de padrões de comportamento importantes para a clínica, e são considerados perturbações caracterológicas e comportamentais, que se manifestam desde a infância e a adolescência. Com frequência estão associados ao desempenho pessoal e ao relacionamento interpessoal mais amplo, que se traduzem por comportamentos inadequados, tais quais: litígio, desemprego, comportamento violento, acidentes, uso de drogas, suicídio, homicídio, dentre outras condutas que podem ser delituosas. (MORANA, 2008, p. 27).

Abrangência extremamente ampla e baixa especificidade estariam nos informando algo relevante: a concessão de uma licença aos psiquiatras das áreas clínica e forense para definir o que é um desvio comportamental e quando merece ser objeto de uma intervenção psiquiátrica, sem que para isso se faça necessário tipificá-lo como doença. Não constituindo doenças propriamente ditas, os transtornos de personalidade são frequentemente definidos como

anomalias do desenvolvimento psíquico, sendo considerados, em psiquiatria forense, como perturbação da saúde mental. Esses transtornos envolvem a desarmonia da afetividade e da excitabilidade com integração deficitária dos impulsos, das atitudes e das condutas, manifestando-se no relacionamento interpessoal. (MORANA; STONE; ABDALLA-FILHO, 2006, p.575)

Dessa forma, na medicina psiquiátrica, os “transtornos de personalidade” aglutinam um conjunto de anormalidades que geram bastante controvérsia, e revelam como a noção de *transtorno* não

substitui, mas supera a noção de doença ou patologia, aumentando, dessa forma, o campo de objetos que se convertem, de maneira crescente, em alvo do olhar e a prática médicas.

Não são poucos os psiquiatras que consideram que os transtornos de personalidade não deveriam ser objeto de atendimento especializado, na medida em que são vistos como patologias permanentes e refratárias a tratamento. (MORANA, STONE, ABDALLA-FILHO, 2006). Mesmo existindo essa controvérsia, a psiquiatria não abre mão de medicalizar esses comportamentos, os quais permanecem como objeto desse saber, ainda que refratários a tratamento e não caracterizados efetivamente como doenças.

Etimologicamente, personalidade provem da palavra grega *persona*, significando máscara, e no campo científico médico-psicológico os traços de personalidade podem ser entendidos como padrões persistentes na forma de perceber e se relacionar com o ambiente e consigo mesmo. (DSM IV-TR, 2002, p.642). De forma geral, transtornos de personalidade “podem ser definidos como estilos da personalidade que exibem reações consistentemente inapropriadas, mal-adaptativas ou deficientes frente o sistema social no qual o indivíduo está inserido.” (CARVALHO, 2008, p.vii). Ainda assim, é assegurado ao transtorno de personalidade sua permanência como objeto da psiquiatria.

De fato, todos os indivíduos portadores de transtorno de personalidade podem ser vistos pelos leigos como pessoas problemáticas e de difícil relacionamento interpessoal. As atitudes podem ser turbulentas e baseadas num imediatismo de satisfação. Basicamente, os indivíduos diagnosticados como portadores de transtornos de personalidade costumam desafiar os padrões de comportamento aceitos na sociedade, o que os converte, também aos olhos da psiquiatria, em “anormais”.

O DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) é o manual diagnóstico mais extensamente adotado pelos psiquiatras nos âmbitos nacional e internacional e define o perfil dos transtornos de personalidade como resultado de

um padrão persistente de vivência íntima e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo e se manifesta em pelo menos duas das seguintes áreas: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal ou controle de impulsos (Critério A). Este padrão persistente é inflexível e abrange uma ampla faixa de situações pessoais e sociais (Critério B) e provoca sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério C). O padrão é estável e de longa duração, podendo seu início remontar à adolescência ou começo da idade adulta (Critério D). O padrão não é mais bem explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental (Critério E), nem é decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância [...] ou de uma condição médica geral [...] (Critério F). (DSM-IV-TR, 2002, p.656-657).

Na atualidade, os diagnósticos nem sempre correspondem a doenças. Envolvem, sim, o que a psiquiatria moderna define como anomalias e transtornos mentais. Evidencia-se o surgimento de um número considerável de novas categorias capazes de introduzir um conjunto de síndromes, signos, sintomas e doenças sob nova recodificação em função de esse novo termo.

Essa “medicalização de condutas classificadas como anormais” permite incluir como objeto de um saber uma lista de transtornos pela sua condição desviante da norma. De fato, os transtornos de personalidade são divididos no DSM-IV-TR, em onze categorias:

1. Transtorno de Personalidade Paranóide;
2. Transtorno de Personalidade Esquizóide;
3. Transtorno de Personalidade Esquizotípica;
4. Transtorno de Personalidade Antissocial [sic];
5. Transtorno de Personalidade Borderline;
6. Transtorno de Personalidade Histriônica;
7. Transtorno de Personalidade Narcisista;

8. Transtorno de Personalidade Esquiva;
9. Transtorno de Personalidade Dependente;
10. Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva;
11. Transtorno de Personalidade Sem Outra Especificação.

Estes transtornos estão distribuídos em três grupos, identificados de A a C. (DSM-IV-TR, 2002, p.642).

Apesar de o DSM-IV-TR ainda se manter vigente, o DSM-5 foi lançado no Brasil em 2014. No caso do recém-lançado DSM-5, o transtorno de personalidade aparece como “um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo.” Neste versão do manual são mantidas as mesmas categorias diagnósticas com a exceção do Transtorno de personalidade devido a outra condição médica; Outro transtorno da personalidade especificado e transtorno da personalidade não especificado. (DSM-5, 2014, p.645).

No caso dos transtornos de personalidade contemplados no DSM-5, definiram-se critérios diagnósticos gerais, além dos específicos de cada um dos transtornos acima apresentados. Esses critérios, distribuídos de A a F, pretendem dar conta da categorização geral de cada um dos transtornos de personalidade já listados e, pode-se inferir, para a determinação de transtornos de personalidade medicalizáveis não especificados, fazendo uso de categorizações como “transtorno de personalidade devido a outra condição médica” ou “outro transtorno da personalidade especificado” e “transtorno da personalidade não especificado”. Apresentaremos mais adiante algumas ideias sobre esse “transtorno de personalidade inespecífico”, mas listamos abaixo os critérios do transtorno de personalidade presente no DSM-5 (2014, p.646-647):

Critérios

Um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo. Esse padrão manifesta-se em duas (ou mais) das seguintes áreas:

Cognição (i.e., formas de perceber e interpretar a si mesmo, outras pessoas e eventos).

Afetividade (i.e., variação, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional).

Funcionamento interpessoal.

Controle de impulsos.

O padrão persistente é inflexível e abrange uma faixa ampla de situações pessoais e sociais.

O padrão persistente provoca sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

O padrão é estável e de longa duração, e seu surgimento ocorre pelo menos a partir da adolescência ou do início da fase adulta.

O padrão persistente não é mais bem explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental.

O padrão persistente não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p.ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p.ex., traumatismo craniocéfálico).

5.2 Transtorno de Personalidade Antissocial: construção histórica de um conceito

Não seria qualquer classe de transtorno de personalidade que interessaria especialmente à psiquiatria forense e sim um deles em particular: o “transtorno de personalidade antissocial” (TPA). Serafim vai ao encontro da literatura que enfatiza o TPA como uma das principais causas do comportamento criminoso, e traça o seguinte perfil dessa entidade nosológica:

Os aspectos psicológicos destes indivíduos são caracterizados pelo desprezo às obrigações sociais e por uma falta de consideração com os sentimentos dos outros. Exibem um egocentrismo patológico, emoções superficiais, falta de

autopercepção, pobre controle da impulsividade (incluindo baixa tolerância para frustração e limiar baixo para descarga de agressão), irresponsabilidade, falta de empatia com outros seres humanos, ausência de remorso, ansiedade e sentimento de culpa em relação ao seu comportamento anti-social [sic] [...] e sua anormalidade consiste especificamente em anomalias do temperamento e do caráter, determinando uma conduta anormal configurando uma menos valia social. (SERAFIM, 2003, p.56)

E a principal característica dessa conduta anormal seria a criminalidade violenta. Para sustentar essa associação entre TPA e tendência ao comportamento criminoso, Serafim (2003) cita uma pesquisa de Rigonatti (1999) realizada em um grupo de condenados por homicídio e estupro no Brasil. Nela, não foram achadas correlações entre doença mental e crime, porém, os resultados apontam para a alta prevalência do transtorno de personalidade antissocial, que estaria presente em 96% dos homicidas e 84% dos estupradores.

Do ponto de vista do foco de interesse do presente trabalho, resulta interessante observar que, com independência do estatuto conceitual que possa ter adquirido a noção de transtorno de personalidade antissocial na psiquiatria contemporânea, sua definição, não em termos de doença e sim de transtorno, faz com que se assegure sua permanência como objeto da psiquiatria, constituindo-se, assim, em elemento estratégico dos processos de medicalização do crime. Por exemplo, se considerarmos válidos os resultados da pesquisa supracitada, seria possível concluir que, na quase totalidade dos casos, homicídios e estupros deveriam ser definidos como problemas psiquiátricos, em virtude de os transtornos mentais constituírem o motor de sua ocorrência.

Nesse sentido, é preciso lembrar que a transposição da barreira que o conceito de doença estabelecia no passado para definir as fronteiras da medicina pode ser em grande parte atribuída à noção de transtorno. Esta última amplificou notoriamente as possibilidades de colonização médica do espaço social, ao permitir estender seu domínio a

praticamente todas as áreas da existência humana (CONRAD, 1992; ILLICH, 1987; MENENDEZ, 1984; FOUCAULT, 1977), passando a incluir todas suas manifestações consideradas anômalas (desvio estatístico) e/ou anormais (desvio normativo ou axiologicamente atribuído) (CANGUILHEM, 1986).

O estudo do transtorno de personalidade antissocial inicia com Pinel no século XIX, com a noção de “mania sem delírio” (*Manie Sans Délire*), considerada uma desordem afetiva que alterava principalmente a agressividade do indivíduo. Posteriormente, Esquirol caracterizou o mesmo distúrbio como “monomania”. A doença, sob essa designação seria um tipo de loucura racional, insanidade com delírios específicos. A crítica aos dois advinham de círculos cientificistas da época por sustentarem a existência do delírio contando apenas com sintomas comportamentais. (NUNES, 2011; CAMPOS; CAMPOS; SANCHES, 2010).

Pichard (1835) publica o *Treatise on insanity and other disorders affecting the mind*, onde passou a considerar o funcionamento independente de certas atividades intelectuais em que a classificação moral ganha centralidade nos estudos. A insanidade moral teria como característica principal a “perversão mórbida dos sentimentos naturais”, temperamentos, hábitos, moralidade etc, sem prejuízo ao raciocínio lógico ou à capacidade intelectual, sem a presença de alucinação. (MACPHERSON, 1899; BERRIOS, 1999; BASSO, 2014).

E fins do século XIX, como já tratamos na seção 2, Lombroso elabora a teoria do “criminoso nato” e a relação muito próxima entre a personalidade do indivíduo e uma tendência inata para o crime o leva a apontar algumas características físicas capazes de identificar um criminoso nato. Já psicopatia como conceito aparece com a Escola de Psiquiatria Alemã, no começo do século XX. Schneider definiu a psicopatia como um distúrbio de personalidade diante das sérias consequências para o indivíduo no contexto social, mesmo reconhecendo que não traria prejuízo no afeto e nem na cognição. (HENRIQUES, 2009).

Kurt Schneider irá, em 1923, apresentar um conceito de “personalidade psicopática”, sendo identificado como um subconjunto de uma “personalidade anormal”, a qual foi definida “a partir de norma

como termo médio, no sentido de diretriz, o que possibilita a delimitação no campo de atuação da psiquiatria por não considerar a norma de valor, no sentido moral.” Ele inclui assim a lógica estatística da distribuição normal para o conceito de personalidade. (CAMPOS; CAMPOS; SANCHES, 2010, p.177).

Cleckley, em 1950, inaugura a definição de critérios para a identificação da Psicopatia. Esses dezesseis critérios foram utilizados por Hare para a escala Hare, que será aqui tratada na seção 6 pela denominação de PCL-R. As seguintes características aparecem em destaque:

loquacidade e encanto superficial; egocentrismo e auto-avaliação de grandiosidade; necessidade de estimulação e tendência para o aborrecimento; recurso patológico à mentira; domínio/manipulação do outro; ausência de remorsos e escassa profundidade de afetos; insensibilidade e incapacidade empática; adoção de um estilo de vida parasitário; ausência de controle comportamental; promiscuidade na conduta sexual; precocidade de problemas do comportamento; ausência de metas realistas em longo prazo; impulsividade e irresponsabilidade; incapacidade para assumir responsabilidades pelas próprias ações; relações maritais breves e variadas; presença de delinquência juvenil; revogação de liberdade condicional e versatilidade criminal (BASSO, 2014, p.50).

Outros nomes ainda que contribuíram com o desenvolvimento da concepção utilizada atualmente foram Jessness (em 1987), com a criação de um inventário multidimensional voltado a pessoas envolvidas em situação de delinquência (utilizando escalas como de desadaptação social, agressividade manifesta e orientação para os valores das classes sócio-econômicas inferiores). Blackburn apresentava a psicopatia como “uma perturbação muito grave com contínuas variações de personalidade refletidas em seus traços”, destacando a agressividade como uma dimensão importante para estudar a psicopatia, em que o comportamento permanece presente na avaliação e determinação da psicopatia. (NUNES, 2011, p.3).

5.3 Manuais CID e DSM: o transtorno da personalidade antissocial

É no final do século XIX que a noção de doença mental amplia seu alcance com a publicação da Classificação Internacional de Doenças⁹. Desenvolvida a partir da “Classificação de Bertillon” (1893). (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008). A CID é revista regularmente, em intervalos de aproximadamente dez anos, o que passou a ser um padrão após a First Revision Conference of the International List of Causes of Death, ocorrida em 1900 (Paris). É possível perceber que a classificação original voltava-se exclusivamente para casos de morte, e somente na quinta revisão, datada de 1983, que aparece uma seção específica para classificar os transtornos mentais. As seção Diseases of the Nervous System and Sense Organs dividiam-se em quatro subcategorias (DSM-III, p.400):

- (a) de deficiência mental;
- (b) a esquizofrenia;
- (c) a psicose maníaco-depressiva; e
- (d) todas as outras perturbações mentais.

Foi a sexta edição (1948) que abandonou o uso restrito à causas de morte para incluir também causas de morbidade. É aqui que o capítulo especial sobre transtornos mentais (Seção V) surge pela primeira vez.

É para a revisão que lançaria o CID-9 em 1975 que se observam mudanças na direção de uma inclusão de psiquiatras como saber central na reelaboração da seção de transtornos mentais. Dentre as mudanças, destacam-se a inclusão de novas classificações caminharam na direção de uma padronização do diagnóstico psiquiátrico, já em uma clara aproximação com o DSM. Com o lançamento do DSM-IV, no início de 1994, a relação entre os dois manuais diagnósticos – CID e DSM – encontram-se estreitamente coordenadas para o lançamento do CID-10 (aprovado em 1990 e passando a ser utilizado em 1994), no que diz

9 Em inglês, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* – ICD.

respeito ao Capítulo V, “Transtornos Mentais e de Comportamento”. Consultas entre a APA e a OMS resultaram em códigos compatíveis entre os dois manuais, o que se repete entre o DSM-5 (lançado em 2014) e o CID-11, com data de lançamento para 2017 (WHO, 2014).

Apesar das atualizações e modificações realizadas ao longo do tempo, mantém-se o objetivo fornecer códigos de classificação para uma grande variedade de doenças e, conseqüentemente, permitir a comparação de resultados, processamentos e classificações estatísticas em uma escala global. O CID define transtorno como a ocorrência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente, e estatisticamente, associados. Já os transtornos de personalidade são descritos “como padrões de comportamento arraigados e permanentes, que abrangem as esferas pessoal e social do indivíduo, determinados por condições de desenvolvimento que surgem na infância ou adolescência.” (CAMPOS; CAMPOS; SANCHES, 2010, p.177).

A CID-10 (décima versão) apresenta oito categorias de transtornos de personalidade, sendo eles o (i) paranóide; (ii) esquizóide; (iii) antissocial; (iv) emocionalmente instável; (v) histriônico; (vi) anancástico; (vii) ansioso; e (viii) dependente. Apesar da ampla utilização do CID-10 para emissão de juízos tanto no âmbito judiciário quanto previdenciário, é recorrente, no âmbito do saber psiquiatria, o uso de um outro manual para a definição dos critérios de diagnósticos dos transtornos mentais: O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais¹⁰ (DSM). Este manual traz informações mais descritivas e contém critérios diagnósticos para definição da existência de transtornos mentais. A partir das entrevistas realizadas, observa-se que se o CID-10 permanece como manual necessário na intercomunicação com outras instituições de saber-poder, no caso da clínica psiquiátrica o DSM permanece como material de consulta e orienta a avaliação dos indivíduos.

A fundação da AMSAI em 1840, Associação Médica de Superintendentes de Instituições Americanas para Insanos, que virá a ser a atual Associação Americana de Psiquiatria (APA¹¹) marca o

10 Em inglês, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM

11 American Psychological Association

desenvolvimento dos DSMs como o manual aqui apresentado. Encontros anuais são realizados visando discutir e sistematizar sintomas e quadros nosológicos de distúrbios mentais que irão se concretizar na elaboração dos manuais diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, os DSMs. (ALVARENGA; FLORES-MENDOZA; GONTIJO, 2009)

O DSM apresenta uma estrutura multiaxial (múltiplos eixos) objetivando permitir a coleta de um amplo espectro de dados do paciente, privilegiando características singulares das manifestações patológicas. Cada um dos eixos contempla, então, um certo grupo de informações sobre determinados transtornos, classificados como *eixo I - transtornos clínicos*; *eixo II - transtornos da personalidade e retardo mental*; *eixo III - condições médicas gerais*; *eixo IV - problemas psicossociais e ambientais*; e *eixo V - avaliação global do funcionamento*.

A primeira edição do DSM foi lançada no ano de 1952¹² e apresentava 106 diagnósticos. No que se refere aos distúrbios de personalidade, os agrupava de acordo com a seguinte distribuição: 1. Padrão de Perturbação da Personalidade; 2. Perturbação dos Traços de Personalidade; 3. Perturbação Sociopática da Personalidade; 4. Sintomas de Reação e Perturbações Transitórias de Personalidade. A “reação antissocial” aparece aqui como subdivisão do distúrbio de personalidade “Perturbação Sociopática da Personalidade”. Alvarenga, Flores-Mendonza e Gontijo (2009) colocam que a “Perturbação Sociopática da Personalidade” desse manual apresentava uma definição muito próxima do desenvolvido por Kraepelin como “Personalidade Psicopática”.

Tabela 1 – Número de categorias diagnósticas nas diferentes edições dos DSM

Versão	Ano	Nº Total de Diagnósticos	Nº Total de Páginas
I	1952	106	130
II	1968	182	134
III	1980	265	494
III – R	1987	292	567
IV	1994	297	886

Fonte: American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, I-IV (1952, 1968, 1980, 1987)

12 Versão americana

O DSM-II foi publicado em 1968 e com ele pretendia-se uma aproximação com os critérios propostos pela OMS, ainda tendo presente, contudo, uma forte influência Psicanalista. Os desvios sexuais como distúrbios presentes no DSM anterior na seção dos distúrbios de personalidade será removido desse grupo e não voltara a fazer parte dos distúrbios da personalidade. No DSM-II buscou-se descrever as desordens da personalidade em termos de traços psicológicos, ainda que autores (ALVARENGA; FLORES-MENDOZA; GONTIJO, 2009) considerem que as edições seguintes tenham sido mais bem sucedidas para o estabelecimento de critérios mais pertinentes no que se refere a classificação dos transtornos de personalidade.

Figura 1. Diferenças entre “Perturbação Sociopática da Personalidade” no DSM-I e no DSM-II

DSM-I Code Numbers and Titles		DSM-II Code Numbers and Titles
Sociopathic Personality Disturbance		
52.0 Antisocial reaction	301.70	Antisocial personality
52.1 Dyssocial reaction	316.30*	Dyssocial behavior*
52.2 Sexual deviation	[302.90	Unspecified sexual deviation]
Detailed subdivisions not contained in DSM-I	{	302.00 Homosexuality
	{	302.10 Fetishism
	{	302.20 Pedophilia
	{	302.30 Transvestitism
	{	302.40 Exhibitionism
	{	302.50* Voyeurism*
	{	302.60* Sadism*
	{	302.70* Masochism*
	{	302.80 Other sexual deviation
52.3 Alcoholism (addiction)	303.90	Other [and unspecified] Alcoholism. Excludes alcoholic psychosis (291); acute poisoning by alcohol (980, E860).
Detailed subdivisions not contained in DSM-I	{	303.00 Episodic excessive drinking
	{	303.10 Habitual excessive drinking
	{	303.20 Alcoholic addiction
	{	303.90 Other [and unspecified] alcoholism
52.4 Drug addiction	[304.90	Unspecified drug dependence]

Fonte: APA (1968, p.79)

Já o DSM-III foi publicado em 1980 e trouxe em seu conteúdo mudanças que marcaram de forma inovadora essencialmente duas questões quanto a trajetória dos manuais da APA (ALVARENGA; FLORES-MENDOZA; GONTIJO, 2009):

1. Inaugura a definição de grupos clínicos organizados em eixos com descrição de diagnósticos mais completos. Os transtornos de personalidade se encontram no eixo II, juntamente com os transtornos de desenvolvimento;

2. Passa por uma alteração significativa na linguagem utilizada até o momento, abandonando conceitos advindos da Psicanálise. Passa, então, a adotar a busca de um sistema diagnóstico atóxico, reportando-se a dados epidemiológicos e estatísticos. Em decorrência disso, são feitas alterações na nomenclatura de alguns transtornos. O TPA permaneceu no DSM-III, mas era definido pela sintomatologia de violação das normas sociais; roubo; mentira; preguiça; não se estabelecer em um emprego, assim como narcotráfico.

Já na revisão do DSM-III não foi marcado por muitas mudanças, mas inaugura a “comorbidade” e altera a localização da “Personalidade Sádica” e da “Personalidade Depressiva” dos Transtornos de Personalidade recolocando-os para o Eixo I.

A quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais é lançado - o DSM-IV – é de 1994 e inova (ALVARENGA; FLORES-MENDOZA; GONTIJO, 2009): acrescenta critérios semiológicos como os transtornos associados, assim como características específicas de cultura, padrão familiar, gênero e diagnóstico diferencial.

A revisão do DSM-IV, o DSM-IV-TR, apresenta os transtornos de personalidade como “um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é generalizado e inflexível, tem início na adolescência ou no começo da idade adulta, é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo.” (DSM-IV-TR, p. 641). Os transtornos de personalidade estão localizados no eixo II e divididos em 3 classes: A (estranho-excêntrico), B (dramático-emotivo) e C (ansioso-medroso), mantendo a distribuição já apresentada na versão anterior.

Estruturalmente estes manuais tem diferenças nas suas publicações apresentadas até aqui, contudo compartilham o mesmo modelo categorial de diagnóstico, caracterizado por uma ocorrência binária do fenômeno (presença/ausência) envolvendo uma determinação

do número de sintomas, para tal. (WIDIGER; FRANCES, 2002; MILLON; DAVIS, 1996).

Widiger e Frances (1986; 2002) consideram que a abordagem categórica apresenta algumas características que podem ser consideradas positivas na utilização desse manual, quais sejam a sua fácil conceitualização, permitir uma comunicação mais eficaz entre profissionais da saúde e favorecer familiaridade dos clínicos assim como de pesquisadores com as nomenclaturas e suas consequentes definições dos transtornos, auxiliando no aprendizado e replicação de metodologias em diferentes contextos. O modelo categórico auxiliaria, ainda, na indicação do tratamento e prognóstico, visto que estes não costumam ser dados em critérios de graduação, mas com uma intervenção ou outra. Contudo, as limitações do modelo categórico sequer estão bem desenvolvidas pela utilização do mesmo sem plena validação de consistência (DSM-IV-TR) justificam seu uso por ser o modelo corrente e tradicionalmente construído. Aos autores, contudo, a utilização desse modelo pode significar um “não avanço” da ciência, considerando inclusive que este modelo teria uma natureza *procrustiana*¹³, focando na caracterização do indivíduo através de critérios estabelecidos *a priori*.

Autores (WIDIGER; COSTA, 2013) indicariam inclusive que o modelo apresentaria um erro conceitual levando a um excesso de diagnósticos de comorbidade, favorecendo a opção por mapeamentos dentro dos critérios propostos em detrimento de diagnósticos diferenciais. Alguns autores sugerem como alternativa uma mudança conceitual da questão, passando para uma perspectiva dimensional. Se nos modelos categóricos atenta-se às diferenças qualitativas entre os sujeitos que compartilham características diante da identificação na mesma categoria nosológica, no modelo dimensional se considera que indivíduos apresentam todas essas características em algum nível. Assim, a proposta dimensional teria uma leitura de que diferentes indivíduos tem variação em diferentes dimensões (intensidade, forma, nível de ocorrência) em um *continuum*, cujas formas patológicas seriam

13 *Procrusto* é um personagem da mitologia grega, dono de uma estalagem, que obrigava os viajantes a deitarem em sua cama. Aos hóspedes muito altos, se lhes amputavam as pernas; os que fossem pequenos eram esticados para chegarem ao comprimento suficiente.

identificadas em uma formatação específica com faces idiossincráticas (MILLON; DAVIS, 1996; SCHRODER; WORMWORTH; LIVESLEY, 1992; BASSO, 2014).

Efetivamente, essa modificação do modelo categorial ao modelo dimensional encontra-se em curso, como será evidenciado na sequência, a partir da quinta edição do DSM.

O DSM-V se inscreve na mesma estratégia que caracteriza os Manuais de Estatística e Diagnóstico de Transtornos Mentais desde a ruptura operada no campo da psiquiatria, no ano 1980, pelo DSM-III. A partir desse momento, começou-se a definir as patologias psiquiátricas por referência a agrupamentos de sintomas, o que acarretou a desconsideração das narrativas dos pacientes, das histórias de vida, das causas sociais e psicológicas específicas que podem ter provocado determinado sofrimento psíquico ou determinado comportamento. (CAPONI, 2014, p.744)

A trajetória experimentada pelo conceito de TPA no DSM evidencia uma progressiva expansão do campo de objetos que a psiquiatria incorpora à sua jurisdição, o que teria de maneira mais ou menos indiretas repercussões sobre a medicalização do crime e de outros desvios comportamentais.

Um evento que ilustraria essa expansão do universo de comportamentos medicalizáveis é a inclusão da noção de “transtorno inespecífico de personalidade”. Se no primeiro DSM essa noção aparecia sob a utilização do termo “Others” pontualmente para cada um dos transtornos, e alguns sintomas poderiam garantir alguma flexibilidade de diagnóstico, já no DSM-II cria-se a categorização específica do “inespecífico” através da codificação própria a essa edição do manual, a saber, 301.9 [Unspecified personality disorder]. Em cada um dos manuais esse “transtorno inespecífico de personalidade” recebe nomenclaturas e codificações diferentes, mas se mantém como uma janela de alternativas para a inclusão de qualquer indivíduo sob uma

codificação diagnóstica a partir da avaliação de um comportamento. No DSM-III esse papel seria assumido pelo diagnóstico “301.89 Atypical, mixed or other personality disorder”, no DSM-IV sob o título de “301.9 Personality Disorder Not Otherwise Specified”. Já no DSM-5 haveria três formas de diagnosticar o inespecífico, seja pelo “310.1 (F07.0) Personality Change Due to Another Medical Condition”, “301.89 (F60.89) Other Specified Personality Disorder” e “301.9 (F60.9) Unspecified Personality Disorder”. De fato, no DSM-5 esse conjunto de “Other Personality Disorders” compõe uma categoria que prevê diagnosticar aquela pessoa cujo padrão de personalidade indica a presença de transtorno, mas não cumpre os critérios de algum transtorno em particular.

As alterações observadas nas definições e formas de categorização dos transtornos de personalidade em geral, e do TPA em particular, nas diferentes versões do DSM ilustram a existência de inflexões na percepção médica dos desvios comportamentais. Assim, por exemplo, na transição do DSM-II para o DSM-III, é possível observar uma mudança na forma de compreender e apresentar o próprio instrumento, ampliando o alcance e a capacidade de reprodução de verdades por um material complexo, delimitando critérios para a atribuição de um diagnóstico, não mais se limitando a orientar teoricamente quanto ao distúrbio, mas em apresentar quais os comportamentos, sintomas, signos que são consideráveis medicalizáveis.

Já na transição do DSM-IV(-TR) para o DSM-5 percebe-se uma mudança de referencial explicativo. Nessa mesma direção, a adoção do chamado modelo dimensional possui um efeito de potencialização medicalizadora a partir do momento em que possibilita a realização do diagnóstico de TPA sem que a pessoa avaliada atenda todas as características que definem o transtorno. Essa flexibilização pode ocasionar um número de situações de “sobrediagnósticos” com tudo o que isso representa do ponto de vista da patologização da existência social.

No Brasil, de acordo com as informações obtidas nas entrevistas com informantes qualificados no âmbito da presente pesquisa, o manual CID-10 continua sendo a principal referência técnica dos psiquiatras

forenses para a emissão de laudos periciais. Contudo, como já apontado desde a edição do DSM-IV haveria uma correlação entre as classificações dos dois manuais. No caso do DSM-5, a própria junção das comissões da APA e da OMS para a construção do manual, visando a compatibilidade com o CID-11, contribui a legitimar a utilização do DSM pelos médicos psiquiátricos.

De fato, a existência de interesses que promovem a plena utilização do DSM no Brasil estaria revelando até que ponto estamos assistindo a um certo retorno do objetivismo médico de cunho neokrapeliniano, baseado em um discurso cientificista e universalizante para o qual o DSM “adapta-se muito bem ao contexto forense, visto que retira ao máximo a carga de subjetividade do diagnóstico e principalmente permite que as afirmativas do perito possam ser criticadas ou endossadas de forma objetiva” (TABORDA, 2012, p.80).

5.4 A psiquiatrização crescente da maldade e outros desvios sociais

Nos primórdios da psiquiatria forense, o conjunto de sintomas e sinais que hoje são mais claramente etiquetados como TPA, era objeto de controvérsias entre psiquiatras em todo o mundo, levando em consideração o fato de não se tratar de uma patologia ou doença reconhecível enquanto tal, e sim de um tipo de desvio ou sociopatia. Com essas manifestações do comportamento passando a ser definidas sob a noção de transtorno, a categoria TPA instala-se como objeto do saber psiquiátrico de maneira sólida.

A literatura especializada tende a traçar o perfil dos portadores de TPA nos seguintes termos:

Os aspectos psicológicos destes indivíduos são caracterizados pelo desprezo às obrigações sociais e por uma falta de consideração com os sentimentos dos outros. Exibem um egocentrismo patológico, emoções superficiais, falta de autopercepção, pobre controle da impulsividade (incluindo baixa tolerância para frustração e limiar baixo para descarga de agressão),

irresponsabilidade, falta de empatia com outros seres humanos, ausência de remorso, ansiedade e sentimento de culpa em relação ao seu comportamento anti-social [sic] [...] e sua anormalidade consiste especificamente em anomalias do temperamento e do caráter, determinando uma conduta anormal configurando uma menos valia social. (SERAFIM, 2003, p.56).

Com efeito, na trajetória recente da noção de TPA, é possível observar a crescente importância que adquirem alguns atributos que informariam sobre essa (in)capacidade relativa das instituições para exercer o controle das condutas individuais. Assim, por exemplo, no DSM-III (1980), o TPA é classificado, junto a outros três tipos de transtornos de personalidade (borderline, histriônico e narcisista) em uma das três categorias que compõem o Eixo II (transtornos do desenvolvimento), a qual é definida em função da adjetivação de alguns atributos de seus portadores, caracterizados como “impulsivos, erráticos e imprevisíveis”. Trata-se, evidentemente, de um tipo de descrição que pretende justificar a impossibilidade de se exercer qualquer classe de controle social ou de prevenção dos comportamentos anormais que compõem o perfil dos assim diagnosticados.

A atribuição de um caráter ingovernável aos portadores de TPA não constitui uma novidade no pensamento da psiquiatria; na verdade, trata-se de uma percepção que passa a experimentar uma renovação de suas funções discursivas. Representaria, portanto, uma permanência na trajetória de um conceito que sedimentou, aparentemente, a partir do momento em que a impulsividade dos indivíduos diagnosticados como portadores de personalidades antissociais ou psicopáticas passou a ser definida em termos de *acting out*, traço que é objeto de definições como as seguintes:

Estas anomalias do comportamento se manifestam sob o modelo de um impulso freqüentemente [sic] agressivo, ou de atos mais complexos, às vezes mesmo sob o modelo de um “acting out” que escapa, de certo modo sub-repticiamente, à

vontade e à consciência do indivíduo. Estes atos involuntários, nocivos ou perigosos para os outros, constituem delitos ou crimes quando, segundo o estatuto jurídico (Código Penal) que regulamenta o sistema dos impedimentos e das penas em todas as sociedades organizadas, eles transgridem a lei. (EY; BERNARD; BRISSET, 1985, p. 1211)

O crime se produz quando um indivíduo, em resposta a impulsos de ordem biológica, psicológica e social, encontra-se numa situação tal que a execução do delito se lhe afigura como saída inevitável ou necessária (Não estamos dizendo que o crime é um acontecimento de caráter fatalista, que o agente do delito é exculpável porque não lhe restava outra alternativa; o crime é, na maioria dos casos, um transtorno da personalidade, não da inteligência: o criminoso –imputável- escolhe mal a sua conduta, não por estar subjugado a forças que não domina, mas porque não tinha perfeita noção de como controlá-las). (ARAUJO; MENEZES, 2003, p. 235)

Há dois elementos dessas definições que adquirem a condição de “marcadores sociais” de um tipo de anormalidade medicalizável: (i) o caráter ingovernável do comportamento dos diagnosticados como portadores de TPA, no sentido de ausência ou falhas no controle dos impulsos antissociais; e (ii) seu caráter estrutural, no sentido de ser o “*acting out*” apresentado como um traço bastante permanente e imutável e, ao mesmo tempo, revelador da natureza anormal e perigosa destes indivíduos, afastando-se, dessa forma, a possibilidade de considerar o TPA como uma condição circunstancial nas suas trajetórias biográficas.

Um indício dessa tendência pode ser encontrado nas variações experimentadas pela nomenclatura nosológica no trânsito do DSM I para o DSM II: enquanto no DSM I o atual TPA era definido como “reação antissocial”, no DSM II passou a ser designado como

“personalidade antissocial”. Se o termo “reação” em si mesmo indicava a necessária participação de fatores ambientais na etiologia de comportamentos antissociais (FERREIRA, 2011), o substantivo “personalidade” estaria nos indicando a passagem para uma percepção médica do caráter errático de certos indivíduos como um estado permanente, como uma essência que os define independentemente de qualquer condição que possa provir do meio físico ou social.

Mais que uma mudança terminológica, observa-se uma mutação que responde tanto às transformações induzidas pela radicalização da experiência da modernidade, como à perda progressiva de influência de perspectivas teóricas que, no campo da psiquiatria, apareciam predominantemente representadas pela psicanálise e pela psicopatologia dinâmica (VENÂNCIO, 1993; ALVARENGA; FLORES-MENDOZA; GONTIJO, 2009), e atribuíam a fatores não exclusivamente individuais e familiares algum papel etiológico na produção de distúrbios mentais.

Uma segunda questão volta-se precisamente a que as abordagens mais recentes do TPA caracterizam-se por um tipo de posicionamento etiológico oposto ao sustentado pela psicopatologia dinâmica, ao realçar o papel de fatores biológicos e psico-afetivos, em detrimento de variáveis socioambientais, na constituição deste tipo de desvio comportamental. Embora se perceba certa tendência da psiquiatria contemporânea a reconhecer o caráter multifatorial (EY; BERNARD; BRISSET, 1985; ARAÚJO; MENEZES, 2003; SERAFIM, 2003) da etiologia do TPA, envolvendo fatores tanto biológicos como psicológicos e sociais. Assim, a tradição biologicista inaugurada no passado a partir das contribuições de Lombroso e de Morel teria recentemente experimentado um ressurgimento que se manifesta na atribuição de um papel etiológicamente relevante aos fatores de cunho individual e familiar em detrimento de interpretações que possam privilegiar o papel do meio social na constituição das personalidades transtornadas. (MITJAVILA, MATHES, 2013).

Contudo, um segmento significativo da literatura sobre o tema assume posições pretensamente ecléticas sobre a etiologia do TPA. Assim, com relativa frequência, este tipo de transtorno costuma ser atribuído a fatores tanto biológicos (traumatismos cranianos, infecções cerebrais) como psíquicos e sociais. (ABDALLA-FILHO, 2012).

Ao mesmo tempo observa-se o ressurgimento das explicações biologicistas que podem ser identificadas na justificativa hereditária e na busca de explicações bioneurológicas, nem sempre genéticas. As pesquisas nas quais se apoiam este tipo de perspectiva etiológica oscilam entre o sonho de encontrar o “gene da maldade” e os resultados de estudos cientificamente precários que não conseguem ir além de atualizar a ideia de uma hereditariedade mórbida imprecisa e difusa (ABDALLA-FILHO, 2012).

Na ótica de algumas considerações etiológicas sobre o TPA, destacam-se os elementos vinculados à carga instintiva inata, principalmente no que concerne à agressividade.

As alterações fisiológicas e bioquímicas, de um modo geral, mas principalmente relacionadas ao funcionamento cerebral, permanentes ou transitórias, que encontrem expressão na conduta do indivíduo, como ocorre nas patologias relacionadas com alterações da neurotransmissão, tão estudadas atualmente, fazem parte destes fatores. Os problemas funcionais como as epilepsias, bem como problemas cerebrais estruturais de qualquer ordem, desde os infecciosos como a neurolues até os tumores, podem constituir-se em elementos de periculosidade. (SORDI; KNIJNIC, 2003, p. 910).

Ao mesmo tempo, a literatura sobre o tema costuma reconhecer a relevância etiológica, seja de forma independente ou associada aos fatores biológicos, dos processos intrapsíquicos e afetivo-vinculares na constituição dos transtornos de personalidade em geral e do transtorno de personalidade antissocial em particular. O tipo de narrativa predominante nos manuais de psiquiatria responde ao modelo interpretativo do TPA que se apresenta no excerto a seguir.

A qualidade, calorosa ou indiferente destas respostas parentais, reflectidas sobre a criança, são fortemente determinantes de normalidade ou de patologia do desenvolvimento da auto-estima.” [...] É neste permanente jogo de transferências que

a criança desenvolve a capacidade de regular internamente a auto-estima e que, progressivamente, representações mentais de si e dos outros (Self e Objecto), se delimitam na via da separação e da individualização. (CORDEIRO, 2003, p. 27)

Nesse sentido, o papel atribuído à família na etiologia do TPA esta claramente relacionado com a patogenia do TPA. Desde o DSM-III são elencadas questões relacionadas a aspectos da estrutura e dinâmica familiar, como a importância da figura parental tanto materna quanto paterna no desenvolvimento do indivíduo. O predomínio de visões fortemente ideológicas e estereotipadas sobre a família e seu papel etiológico podem ser aventadas em termos de hipótese ao constatarmos que houveram mudanças entre o DSM-III e o DSM-5 no que se refere a família como âmbito patogênico. Assim, são frequentes as referências ao caráter negativo daqueles atributos do espaço familiar que se afastam do modelo idealizado de família nuclear, organizado em torno de papéis de gênero e de relações intergeracionais instituídos como normais nas sociedades ocidentais modernas. Neste último manual diagnóstico, o risco também aparece como noção presente na relação familiar. Assim, por exemplo, se filhos adotivos com pais biológicos portadores do diagnóstico de TPA tendem a ter TPA, crianças criadas por pais adotivos que tem TPA também teriam risco aumentado de desenvolver o transtorno.

Em particular, atribui-se um papel etiológico marcadamente relevante à família em situação de pobreza urbana, especialmente no que diz respeito a seu papel desencadeante do TPA:

Las evidencias actuales son definitivas a la hora de plantear el importante papel que juegan los factores genéticos en la causalidad del TPAS [sic]. Pero también debe tenerse en cuenta que diversos factores ambientales pueden modular la predisposición genética, determinando si un individuo finalmente desarrolla o no dicho trastorno. La existencia del TPAS [sic] o en los

padres se ha visto asociada significativamente con trastornos de conducta en la infancia. Cadoret y Stewart (74), utilizando diseño con niños adoptivos, investigaron la relación entre la carga genética, los factores ambientales y la evolución clínica del trastorno de atención con hiperactividad (ADHD), la agresividad, y la personalidad antisocial en el adulto, en una muestra de 283 varones adoptados. La existencia de un padre biológico juzgado como delincuente o con penas criminales predecía un incremento en ADHD en sus hijos adoptados, así como un incremento del diagnóstico de personalidad antisocial en el adulto. En la misma muestra (75), dos factores ambientales aumentaban significativamente la personalidad antisocial en los adoptados: problemas de alcohol o conductas antisociales en la casa adoptiva, y nivel socioeconómico bajo del hogar adoptivo cuando el adoptado procedía de un padre (DELGADO et al, 1994, p. 626).

Efetivamente, a pobreza aparece no DSM como características associadas ao aumento da prevalência de um diagnóstico de TPA. Aparece no DSM-5 (2014, p.661) que a “prevalência é maior em amostras afetadas por fatores socioeconômicos (i.e., pobreza) ou socioculturais (migração) adversos.”

Como já mencionado acima, a medicalização desse tipo de comportamentos alcançou o mais alto grau de institucionalização a partir da formulação e adoção internacional da noção de “transtorno mental”, em substituição do conceito de “doença mental” que prevalecera em períodos precedentes. Enquanto que no processo de avaliação de responsabilidade penal realizado para atribuição de culpa, exercendo-se a separação entre os perigosos e os loucos perigosos, a psiquiatria tem a possibilidade de emissão de parecer quanto a volatilidade do indivíduo no momento do crime, na avaliação de periculosidade criminal pela emissão de juízo quanto a cessação da

mesma o psiquiatra forense avalia o risco do indivíduo de voltar a delinquir.

Uma forma de observar a dinâmica das estratégias interpretativas sobre o papel do TPA na etiologia do comportamento criminal, pode ser encontrada no funcionamento do risco como dispositivo biopolítico, assunto que será tratado a seguir.

6 BIOPOLÍTICA, RISCO E PERICULOSIDADE CRIMINAL

A medicalização de desvios comportamentais geralmente envolve o estabelecimento de relações complexas entre a medicina e outras áreas do edifício institucional da sociedade. Isso significa, em primeiro lugar, que a medicalização do social não responde, apenas, a impulsos endógenos do saber médico e sim, a processos mais amplos que, no contexto deste artigo, foram anteriormente apresentados em termos de estratégias biopolíticas e de seus desenvolvimentos contemporâneos em função da lógica do risco. Nesse sentido, para que certas classes de desvios comportamentais sejam medicalizadas é preciso que se deflagre algum processo de problematização social a partir de condições caracterizadas por certos níveis de risco e incerteza e pela inadequação ou, ainda, pela ausência de esquemas institucionais relativamente eficientes do ponto de vista da administração desses desvios. Uma das áreas que melhor ilustra a presença dessas condições é a que corresponde à medicalização do crime. (MITJAVILA, 2014).

Entretanto, a preocupação pelo risco estaria menos vinculada ao predomínio real ou factual de diversos tipos de ameaça para a vida humana do que às racionalidades, interesses e padrões culturais que organizam a percepção e as respostas sociais perante esses perigos. (DOUGLAS; WIDAVSKI, 1982; GIDDENS, 1995).

A participação do saber médico nos processos de codificação científica de perigos e ameaças por meio da linguagem do risco exibiria com nitidez esse caráter socialmente construído dos riscos. Com efeito, uma das principais funções estratégicas do risco como dispositivo é proporcionar um instrumento para a administração da incerteza e do medo, especialmente quanto a eventos futuros indesejáveis.

Nessas propriedades enunciativas das narrativas sobre risco descansa, quiçá, um dos principais atributos do dispositivo: sua versatilidade. De acordo com resultados de pesquisas anteriores (cf. Ayres, Douglas, Mitjavila, Mitjavila e Vecinday) esse tipo de sintaxe cria condições para transportar toda classe de discursos, viabilizando

sua aplicação em diversos contextos espaço-temporais como suporte de também diversas estratégias e projetos políticos (cf. Lupton, Douglas, Mitjavila, 2002). (MITJAVILA, 2014, s.n.)

Essa versatilidade do funcionamento biopolítico do risco pode ser apreciada nas suas propriedades imunizadoras perante a possibilidade de fracasso dos resultados de eventuais prognósticos associados a diversas classes de eventos. Na medida em que estas noções operam através de enunciados sobre o futuro, qualquer medição em termos de possibilidade será fictícia e, por isso, sem compromisso. Assim, os sistemas abstratos - e especialmente as disciplinas técnicas como a medicina, por exemplo - têm incorporado, em graus variáveis, a avaliação de riscos e perigos, mas sempre diante do desafio de diagnosticar (e prever) o futuro de situações concretas, únicas, irrepetíveis, assim como intervir sobre elas em nome desses conhecimentos.

Nos dias atuais, propugna-se que as avaliações tenham um caráter prognóstico, sendo estabelecida a probabilidade de que um fato possa ocorrer uma vez que seja rigorosamente impossível afirmar que alguém não virá a praticar determinado ato. (TABORDA, 2012, p.67)

No entanto, o caráter científico do cálculo de riscos em geral e na área de avaliação da periculosidade criminal em particular não pode ser considerado isento de conteúdo moral. Desse ponto de vista, é preciso lembrar que os discursos organizados em torno à ideia de risco podem ser amplamente utilizados para legitimar políticas ou para desacreditá-las; para proteger os indivíduos das instituições tanto quanto para proteger as instituições dos agentes individuais. A moralização e a politização dos perigos no contexto da modernidade exigem um vocabulário uniforme que já não pode ser o da religião, predominantemente embasado nas ideias de pecado e de tabu. Sob condições de modernidade, em compensação, o risco possui a

virtualidade de oferecer, segundo a expressão de Mary Douglas (1990, p.5), “termos seculares para reescrever as sagradas escrituras”.

Em contextos modernos, a participação do saber científico e técnico torna-se fundamental para o desenvolvimento de uma das mais importantes propriedades do risco como dispositivo. Trata-se do que Mary Douglas (1990) chama de propriedades *forenses* do risco, as que lhe permitem agir tanto retrospectiva quanto prospectivamente. Na área criminal, do ponto de vista da avaliação retrospectiva, isto se manifestaria na avaliação de (in) sanidade mental em situações passadas associadas a comportamento criminoso em função de atributos avaliados *ex-post* em um momento presente que corresponde ao exame pericial coordenado pelo psiquiatra forense. Em sentido prospectivo, isto se traduziria na avaliação do risco de comportamento violento, em um futuro indeterminado, a partir do exame de antecedentes biográficos e do comportamento do periciado durante o período de confinamento para tratamento ou custódia. Um dos problemas inerentes à avaliação forense de riscos e periculosidades reside nos critérios utilizados pelos profissionais envolvidos nas práticas periciais. Pode-se sugerir, em termos hipotéticos, que existiriam atualmente, tanto do ponto de vista das fontes teóricas como das condições de aplicação dos mesmos, duas grandes correntes de pensamento: (i) a avaliação clínica de risco e periculosidade desenvolvida nos moldes da psiquiatria clínica, onde a avaliação forense apoia-se na relação interpessoal e na observação *in loco* de atributos do periciado por meio de interrogatório e/ou entrevista; e (ii) a aplicação de métodos padronizados baseados em testes e cálculos probabilísticos de risco e periculosidade criminais. No Brasil, este último tipo de recurso parece permanecer ainda como um exercício acadêmico com escassa ou nula inserção nas práticas forenses desenvolvidas nos hospitais de custódia¹⁴ como veremos mais adiante. Sob essas condições, propomo-nos a observar e analisar as percepções da psiquiatria forense sobre (in) sanidade, risco e periculosidade criminais como fundamento para a aplica-

14 Chamamos a atenção, no entanto, para a incorporação da perspectiva probabilística de risco em algumas áreas isoladas das práticas forenses, conforme aparece, por exemplo, nas pesquisas de Cláudia Fonseca (2004) referentes à crescente importância material e simbólica do teste de DNA para a investigação de paternidade nas Varas de Família.

ção de punições que, nesta área, podem chegar até o confinamento perpétuo dos indivíduos.

6.1 A Avaliação Psiquiátrica da Periculosidade Criminal

Conforme já mencionado, a questão da periculosidade é percebida como fundamento de um poder capaz de gerar o confinamento perpétuo dos indivíduos sujeitos a avaliação pericial psiquiátrica:

Aplicado ao confinamento, o conceito de poder de polícia representa uma resposta à periculosidade do paciente. Portanto, o estado extrai sua autoridade para privar as pessoas de sua liberdade (através do confinamento) da necessidade para proteger outros cidadãos de seus companheiros perigosos. (GUTHEIL, 1999, p. 2978)

O confinamento de doentes mentais tipificados como perigosos resulta, no Brasil e em outros países, da aplicação, determinada pelo juiz, das medidas legais conhecidas como “medidas de segurança”. Juridicamente, são definidas como “[...] meios jurídico-penais de que serve o Estado para remover ou inocular o potencial do homem perigoso. Seu fim não é punir, mas corrigir ou segregar.” (CORONEL; DAY, 2003, p. 923).

Esse caráter potencialmente perpétuo do encerro sob medida de segurança encontra-se previsto na lei

PRAZO

§ 1º A internação, ou tratamento ambulatorial será por tempo indeterminado, perdurando enquanto for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo será de um a três anos.

PERÍCIA MÉDICA

§ 2º A perícia médica realizar-se-á ao tempo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano

em ano, ou a qualquer tempo, se determinar o juiz da execução.

DESINTERNACÃO OU LIBERAÇÃO CONDICIONAL

§ 3º A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação se o agente, antes do decurso de um ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

§ 4º Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos. (CORONEL; DAY, 2003, p. 926).

Porém, o internamento em hospital de custódia não é o único mecanismo previsto em lei como resposta à periculosidade criminal de doentes mentais. Há a possibilidade de o juiz determinar, com o auxílio de perícias psiquiátricas, a aplicação da medida de segurança sob a forma de tratamento ambulatorial.¹⁵ Aqui é o baixo grau de periculosidade que permite a medida de segurança ser ambulatorial.

Esse tipo de medida estaria dirigido àqueles indivíduos nos quais se presume um grau menor de periculosidade, independentemente do delito. As poucas referências ao tema sugerem que a possibilidade de instaurar esse tipo de medida torna-se nula para aqueles que carecem de condições econômicas para arcar com as despesas do tratamento psiquiátrico com médico particular:

Há jurisprudência, no entanto, garantindo a possibilidade de tratamento com médico particular acompanhando ou em outro estabelecimento adequado, situações raras dentro da grande massa que emerge dos bolsões de pobreza brasileira. (CORONE; DAY, 2003, p. 926)

15 O Título VI do Código Penal estabelece como “Espécies de medidas de segurança. I – Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II – Sujeição a tratamento ambulatorial.” (DELMANTO, C; DELMANTO, R; DELMANTO, JR., 1998).

Por outro lado, no interior da própria psiquiatria reconhece-se o caráter controverso da periculosidade como fundamento do confinamento:

Muitas pesquisas sugerem que os médicos têm baixos níveis de sucesso na previsão da periculosidade, em parte porque este não é realmente um conceito clínico e possui apenas uma relação errática com a doença mental. Além disso, a acuidade de qualquer previsão desta espécie declina com o tempo. Esses achados geram uma controvérsia considerável sobre o uso da periculosidade como critério para o confinamento. (GUTHEIL, 1999, p. 2978)

Todavia esse tipo de questionamento não parece ser um impedimento para que os psiquiatras forenses continuem a emitir laudos de cessação ou não de periculosidade. A periculosidade criminal em geral, e de pacientes psiquiátricos em particular, gera altos níveis de incerteza e de medo. Basta observar a frequente responsabilização, por parte da mídia e dos cidadãos, de psiquiatras que atendiam ambulatorialmente pacientes que cometeram crimes violentos. Nesse contexto, não resultaria estranho que o sistema penal como um todo se protegesse perante a imprevisibilidade desse tipo de crimes, desconhecendo o que Eliot Freidson (1978) denominou “norma de decisão médica”, para se referir à frequente propensão dos médicos à ação ou intervenção (diagnóstica ou terapêutica), sob a compreensão de que sempre é preferível errar por ter feito alguma coisa antes que assumir as consequências sociais de ter feito nada.

Esse poderia ser um dos mecanismos em que se apóia o caráter circular da função preventiva atribuída à medida de segurança. Como assinalam Peres e Nery (2002, p.346),

O crime funciona, para aplicação da medida de segurança, como um sintoma do estado perigoso individual. Como não é possível saber ao certo a duração desse ‘estado’, a medida de segurança é indeterminada em sua duração. Nesse sentido, caracteriza-se como preventiva, voltada para a

‘neutralização profilática ou recuperação do indivíduo’.

Como aponta Delgado (1992, p.93), a noção de prevenção é essencial para compreender a trajetória da questão da periculosidade na psiquiatria. No campo penal, a noção de periculosidade emerge, de maneira maciça, com a perspectiva da escola positivista. Essa relação tem sido destacada, no Brasil, na análise de Peter Fry (1985) ao examinar a influência do positivismo jurídico em toda a psiquiatria forense que se organizou em torno de Heitor Carrilho, quem apela a um uso freqüente dos termos perigoso e profilaxia em tempos precedentes à criação do manicômio judiciário que leva seu nome. A ideia de uma “periculosidade latente” acabou sentando as bases para que a prevenção da delinquência ganhasse força tanto na psiquiatria como no direito.

Descobrir os indícios e os sintomas dessa “periculosidade latente” será a principal missão do psiquiatra forense, por meio do que a literatura da área chama de “indicadores criminogenéticos”:

Os fatores formativos da personalidade e os fatores do meio, que denominaremos indicadores criminogenéticos, se bem utilizados, permitem conhecimento dos elementos do seu comportamento anti-social [sic], assim como um prognóstico sobre suas reais possibilidades de reinserção vale dizer: qual o grau de probabilidade de reincidência criminal. (ARAUJO, MENEZES, 2003, p. 230)

Devido à importância que revestem para os objetivos da presente análise, serão apresentados a seguir alguns aspectos do rastreamento da periculosidade criminal no exercício da prática forense.

6.2 Rastreamento psiquiátrico da periculosidade criminal

É o requerimento de perícia psiquiátrica solicitado pelo juiz a um perito psiquiatra que inicia o processo de avaliação de periculosidade criminal. A finalidade é obter um laudo psiquiátrico que se manifeste, sem ambiguidade, a emissão de um parecer se determinado indivíduo pode ser considerado perigoso, por meio de uma resposta escolhida entre duas alternativas: sim ou não.

O laudo passará a constituir-se em prova pericial, a qual será levada ou não em consideração pelo magistrado, ao analisar o conjunto de provas (periciais ou não) que integram o processo. Mitjavila (2002) apresenta esse caráter binário da avaliação psiquiátrica de periculosidade através do que define como processos de arbitragem social. Em termos gerais, a arbitragem refere-se a um tipo de prática institucional que se apóia na utilização de mecanismos de categorização social dos indivíduos, geralmente com o auxílio de conhecimento científico e técnico, com a finalidade de instituir posições ou condições sociais vinculadas ao acesso a bens (conceder ou não um empréstimo para compra de um imóvel), a serviços (assistência à saúde), ao desempenho de papéis (adotar ou não uma criança) e ao exercício de direitos (assumir ou não uma vaga de trabalho obtida em concurso público) que afetam de maneira decisiva as trajetórias sociais, tanto individuais quanto familiares (MITJAVILA, 2002).

É preciso lembrar que, neste contexto, a arbitragem não é definida como uma ocupação, nem como uma profissão, mas ela se trata de um tipo de função que diversos agentes institucionais podem desenvolver em determinadas áreas e com objetivos muito precisos (DOUGLAS, 1996; FARIA, 2001; MITJAVILA, 2002). Devido a isso, a questão da arbitragem oferece uma perspectiva interessante para estudar o funcionamento das instituições e o papel das profissões na contemporaneidade (FOUCAULT, 1987; FREIDSON 1978; ELIAS, 1994; DOUGLAS, 1996; MITJAVILA, 2002).

Seriam dois os atributos da organização dos olhares da medicina psiquiátrica sobre a periculosidade criminal que teriam caráter matricial a avaliação pericial: o caráter dicotômico ou binário dos laudos periciais e a ausência de corpo. O caráter dicotômico, antes de uma

demanda do poder judiciário, faz parte da constituição do saber psiquiátrico desde sua emergência. Importa o sim/não quando se trata de doença mental, e o leque das espécies nosográficas não interessa em particular, mas sim o que é loucura e o que não é, entre o diagnóstico absoluto e o diferencial, este último é o que menos interesse. (FOUCAULT, 2006). Como os laudos que constam em anexo mostram, há uma permanência dessa observação feita por Foucault.

Com efeito, embora a literatura (MITJAVILA, 2009) enfatize a importância de estabelecer, por exemplo, graus de periculosidade, como forma de escapar ao caráter rígido do juízo binário, não deixa de reconhecer-se que, na prática, a exigência legal para o psiquiatra se manifestar em função de alternativas dicotômicas continua vigorando:

[...] a avaliação de risco pesquisa se o grau de risco de violência de um indivíduo é pequeno, médio ou grande. Trata-se de uma abordagem mais fiel às reais possibilidades de alcance de um exame psiquiátrico, muito embora o perito ainda tenha que fornecer uma resposta do tipo sim ou não no EVCP. (ABDALLA-FILHO, 2004b, p. 163)

Já quanto a ausência do corpo, a natureza do material que é submetido a avaliação, quase exclusivamente restrito a comportamentos, atitudes, valores, ideias e referências morais dos indivíduos submetidos a avaliações de insanidade e periculosidade, não deixa registros. Essa ausência do corpo como alvo do olhar psiquiátrico¹⁶ definitivamente não deixa registros materiais que possam passar por nova avaliação por outro profissional, levantando a questão da repetitividade. Diante dessa ausência de provas Caponi (2009) discorre que a psiquiatria precisará ter mecanismos de prova capazes de concretizar a substituição da constatação que a medicina clínica apresenta pela observação das lesões.

16 Para alguns autores como Caponi (2009), essa ausência do corpo responderia ao estatuto residual que adquiririam os corpos dos doentes mentais confinados, no sentido de expressar uma existência que pertenceria ao mundo das “exceções”, ao mundo dos corpos que se inscrevem no estatuto da “vida nua” de acordo com a formulação de Agamben (2002).

A tentativa que se faria necessário é a de explicitar o que se oculta no interior das condutas, dos hábitos, das ações, dos antecedentes familiares, da história de vida.

Nesse contexto, o interrogatório aparece como um dos instrumentos que a própria psiquiatria reconhece como mais idôneos. Trata-se de uma técnica cujo principal propósito seria dotar de realidade à insanidade mental (ou sua ausência) e à periculosidade (ou sua ausência), em função da observação clínica das falas, dos gestos, das atitudes, das lembranças, das confissões, dos silêncios, das negações, em fim, das reações mentais e corporais do indivíduo submetido ao interrogatório. Como afirma Foucault (2006, p. 348), por meio do interrogatório, “transcrever a demanda como doença, fazer existir os motivos da demanda como sintomas da doença é a primeira função da prova psiquiátrica.”

Devido a que se trata de evidências que não possuem um substrato material, isto é, são pobres em manifestações somáticas, e caracterizam-se por um profundo conteúdo moral, a competência e idoneidade desses registros decorre de um processo de tradução, em termos de saber médico, desse poder disciplinar que se exerce no interrogatório: aqui o próprio exercício do poder disciplinar tem a função de instituir para a medicina psiquiátrica a autoridade e o monopólio do saber sobre a loucura e a periculosidade.

Taborda (2012, p.54) apresenta a perícia como um “conjunto de procedimentos técnicos que tenha como finalidade o esclarecimento de um fato de interesse da Justiça, e, perito, o técnico incumbido pela autoridade de esclarecer o fato da causa, auxiliando, desse modo, na formação de convencimento do juiz.” E dessa atuação interessa destacar que, apesar das definições do campo da psiquiatria forense já apresentadas em seções anteriores, não há uma obrigatoriedade de possuir o título da especialidade forense para o exercício da função de perito, ainda que seja considerado necessária uma relação entre o médico-psiquiátrico e o jurídico, tendo um conhecimento ampliado do segundo.

A avaliação psiquiátrica da periculosidade exige do perito estabelecer, permanentemente, conexões de sentido entre o material obtido no interrogatório e a constatação psiquiátrica da periculosidade.

Assim, é preciso observar o enquadramento institucional das avaliações psiquiátricas, caracterizado por um conjunto de exames que circunscrevem o papel da psiquiatria forense na arbitragem da criminalidade. No Brasil, os seguintes tipos de exame definem, legalmente, o espaço forense da psiquiatria: Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade (EVCP); Exame Criminológico (EC); Parecer para Troca de Regime (PTR) e Exame para Livramento Condicional (ELC). A partir da entrada em vigor da Lei 10.792/03, deixaram de ser praticados os três últimos tipos de exame mantendo-se como única demanda para a psiquiatria, no que tange à avaliação de periculosidade criminal, a realização do Exame de Cessação de Periculosidade.

Seguem as alterações realizadas a partir da promulgação da Lei 10.792/03, alterando a Lei no 7.210, de 11 de junho de 1984 - Lei de Execução Penal, além do Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal, em que as suspensões dos exames aqui apresentados decorrem, em particular, da alteração dos dois artigos abaixo.

“Art. 6º A classificação será feita por Comissão Técnica de Classificação que elaborará o programa individualizador da pena privativa de liberdade adequada ao condenado ou preso provisório. (NR)

Redação anterior:

Art. 6º - A classificação será feita por Comissão Técnica de Classificação que elaborará o programa individualizador e acompanhará a execução das penas privativas de liberdade e restritivas de direitos, devendo propor, à autoridade competente, as progressões e regressões dos regimes, bem como as conversões.

[...]

Art. 112. A pena privativa de liberdade será executada em forma progressiva com a transferência para regime menos rigoroso, a ser determinada pelo juiz, quando o preso tiver cumprido ao menos um sexto da pena no regime anterior e ostentar bom comportamento carcerário,

comprovado pelo diretor do estabelecimento, respeitadas as normas que vedam a progressão.

§ 1o A decisão será sempre motivada e precedida de manifestação do Ministério Público e do defensor.

§ 2o Idêntico procedimento será adotado na concessão de livramento condicional, indulto e comutação de penas, respeitados os prazos previstos nas normas vigentes. (NR)

Redação anterior:

Art. 112 - A pena privativa de liberdade será executada em forma progressiva, com a transferência para regime menos rigoroso, a ser determinada pelo juiz, quando o preso tiver cumprido ao menos um sexto da pena no regime anterior e seu mérito indicar a progressão.

Parágrafo único - A decisão será motivada e precedida de parecer da Comissão Técnica de Classificação e do exame criminológico, quando necessário.”¹⁷

A Lei 10.792/03 deu nova redação aos artigos 6º e 112º Lei 7.210/84, dispensando o parecer da Comissão Técnica de Classificação e o exame criminológico, no caso das progressões e regressões de regime, as conversões de pena, livramento condicional, indulto e comutação.

Precisamente por não estarem vigentes é que se mantem, evidenciando um panorama dos tipos de competências da psiquiatria forense que têm sido, recentemente, objeto de reformulações na área criminal, movimentos que exprimem o caráter conflituoso e contraditório da avaliação da periculosidade, tanto em termos de disputas epistemológicas como de interesses corporativos, inclusive em termos de processos de desmedicalização do crime.

17 KUEHNE, Maurício. <http://www.ibccrim.org.br/artigo/6223-Nacional:-Altera%C3%A7%C3%B5es-%C3%A0-execu%C3%A7%C3%A3o-penal---Primeiras-impress%C3%B5es>

6.2.1 Exame Criminológico

Este tipo de avaliação atendia o estabelecido na Lei de Execuções Penais: “os condenados serão classificados segundo seus antecedentes de personalidade para orientar a individualização da execução penal.”¹⁸

Concebido para ser aplicado por uma equipe multidisciplinar, compreendendo o viés médico, psicológico, jurídico e social. A avaliação do condenado em todos esses aspectos deveria servir de base para estabelecer as condições do confinamento penitenciário, o que incluiria a própria escolha do estabelecimento no qual a pena deveria ser cumprida.

Este se tratava de um exame obrigatório para os indivíduos condenados a regime fechado da pena, e facultativo para os casos de condenação em regime semi-aberto. De fato, acabou tornando-se rara a prática deste exame imediatamente após a condenação, ocorrendo geralmente ao longo do cumprimento da pena, confundindo-se assim com outros exames previstos para serem realizados durante esse período, como seria o caso do exame para livramento condicional (ELC).

O que, do ponto de vista do presente trabalho interessa sublinhar não diz respeito à aplicabilidade do EC e sim ao que ele institucionalizara em termos de medicalização da criminalidade, como decorrência da inclusão de uma clientela que não é definida como portadora de transtornos psiquiátricos e, também, do caráter abrangente dos aspectos da vida dos presidiários que são submetidos ao olhar da medicina psiquiátrica. A amplitude do campo de competências do EC aparece bem delineada nos manuais de psiquiatria forense. Assim, para Costa (1982, apud Abdalla-Filho, 2004b, p. 167), este exame possibilita,

[...] através de especialistas, estabelecer um diagnóstico relativo das causas específicas da delinqüência em geral e, no caso particular, o grau de perigo inerente ao delinqüente para as medidas

18 Art. 5º da Lei de Execuções Penais.

de defesa social. O diagnóstico é acompanhado de um prognóstico sobre as probabilidades de recuperação, a fim de seleção prioritária de diretrizes de tratamento numa programação científica.

A equipe básica de especialistas estaria integrada por médico geral, médico psiquiatra, psicólogo e assistente social, embora muitas das CTC não estivessem funcionando no sistema prisional brasileiro bastante tempo antes de serem sido formalmente desativadas, e entre aquelas que ainda existiam, observava-se sua freqüente composição limitada a algumas dessas áreas técnicas (ABDALLA-FILHO, 2004b).

Esperava-se do psiquiatra que, neste tipo de exame, verificasse se o indivíduo era portador de transtorno mental e se apresentava distúrbios psíquicos que pudessem ter sido determinantes da conduta delituosa. No entanto, na prática, tem se observado que os psiquiatras tendiam a incluir em suas avaliações a análise e interpretação de aspectos psicossociais do condenado, principalmente por exercerem a liderança dessas equipes, em função da autoridade e prestígio de que goza a profissão médica.

6.2.2 Parecer para troca de regime

Este tipo de exame possuía um caráter bem específico quanto à finalidade para a qual servia, conforme o que determinava a lei:

A pena privativa de liberdade será executada em forma progressiva, com a transferência para regime menos rigoroso, a ser determinada pelo juiz, quando o preso tiver cumprindo ao menos um sexto da pena no regime anterior e seu mérito indicar a progressão.¹⁹

Segundo Abdalla-Filho (2004b, p. 170), o objetivo seria que a Comissão de Classificação Técnica analisasse o percurso do indivíduo durante o cumprimento da pena observando “seu grau de

19 Art. 112 da Lei de Execuções Penais

aproveitamento do tratamento penitenciário que lhe foi dispensado” Neste tipo de parecer, a avaliação de periculosidade não estava ausente, na medida em que se esperava que este exame criminológico proporcionasse “uma visão prognóstica, avaliando-se o risco de reincidência criminal num regime carcerário mais brando, no qual o preso terá um contato direto com a sociedade” (ABDALLA-FILHO, 2004b, p. 170).

6.2.3 Exame para livramento condicional

Até 2003, a lei determinava uma série de requisitos para que os condenados pudessem obter o benefício do livramento condicional, quais sejam: (i) ter cumprido de um terço a dois terços da pena recebida; (ii) comportamento carcerário considerado satisfatório; (iii) aptidão para manter a auto- subsistência por meio do trabalho; (iv) reparação do dano causado pela infração. Neste tipo de exame, a avaliação de periculosidade criminal constituía um objetivo central quando aplicado a certas categorias de presos, conforme estabelece o Código Penal: “para o condenado por crime doloso, cometido com violência ou grave ameaça à pessoa, a concessão do livramento ficará também subordinada à constatação de condições pessoais que façam presumir que o liberado não voltará a delinquir.[sic]”²⁰

Com a alteração da legislação e opção pelo sistema progressivo, adotado pelo Código Penal e explicitado pela Lei de Execução Penal, para progredir, o condenado deverá ter cumprido ao menos 1/6 da condenação, e os aspectos relacionados ao mérito são substituídos, apenas, pelo ostentar bom comportamento carcerário, comprovado pela administração do diretor ou gerente do estabelecimento carcerário. Dois aspectos merecem aqui destaque: a transferência de funções de classificação da profissão médica para agentes institucionais do quadro burocrático (nas suas funções policiais e custodiais), e o tipo de atributo a ser avaliado: o “bom comportamento” do presidiário no estabelecimento, o qual não é definido no texto da lei.

20 Art. 83, Parágrafo Único do Código Penal.

A imposição jurídica dessa restrição do campo de competências da medicina psiquiátrica, pode ter sido o resultado de diversos fatores, entre os quais podemos destacar a própria inviabilidade técnica da realização dos exames na população dos presídios, devido ao escasso número de técnicos para o tamanho da mesma, e, por outro lado, à erosão da confiança dos meios jurídicos na competência técnica e/ou operacional da medicina psiquiátrica para assumir essa função.

Nesse sentido, vale a pena acompanhar o raciocínio de um jurista sobre o assunto:

A meu modo de ver, as objeções, relativamente ao exame criminológico, são procedentes. As críticas em relação aos laudos são antigas e variadas, dizendo-se que eles são sempre iguais, mesmo porque os profissionais (psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais) conseguem dizer das condições pessoais dos condenados com base em brevíssimas entrevistas; chegam, em muitos casos, a conclusões negativas, consistentes no 'risco de reincidência', que não é aferível mediante exame e nem constitui tarefa desses profissionais; os laudos devem dizer das condições pessoais dos apenados, quando possível, para que os operadores do direito possam decidir, com base em suas conclusões. E, ademais, o risco de reincidência é requisito apenas para concessão do livramento condicional (art. 83, do Código Penal) e não da progressão do regime (art. 112, da Lei de Execução Penal).

Pode-se até concordar com quem pense que melhor seria corrigir os erros apontados, quanto à avaliação pericial, do que não realizá-la. Realmente, o acompanhamento efetivo e não apenas consistente em meras entrevistas de poucos minutos, seria o mais adequado, inclusive para as progressões e regressões de regimes. Mas, pelo menos, deve ser realizado exame sério e minucioso, no momento de ingresso do

condenado no sistema, para fins de classificação e individualização. (BARROS, 2005)

6.2.4 Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade

Este exame permanece sob a jurisdição da psiquiatria forense e tem o propósito de determinar a persistência, atenuação ou cessação total da periculosidade criminal de indivíduos que cumpriram medida de segurança, devido à dupla condição de ter cometido um delito e, ao mesmo tempo, não responder criminalmente por ele em decorrência de motivos psiquiátricos.

A medida de segurança como procedimento jurídico compreende duas modalidades de cumprimento. A primeira é internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou similar, e a segunda é sujeição a tratamento ambulatorial nos casos em que o crime for punível com detenção. A opção por uma ou outra forma de aplicação da medida de segurança é realizada pelo juiz, a partir de uma avaliação legal que não envolve considerações a respeito da gravidade da condição mental do indivíduo. (art. 97 do Código Penal).

O EVCP se faz necessário uma vez que a medida de segurança não tem duração previamente determinada por lei. Em todos os casos, tanto de internação como de tratamento ambulatorial, a medida é aplicada por tempo indeterminado, “[...] perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo máximo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.²¹

Como resultado da perícia médica, poderá ser ou não determinada a desinternação ou a liberação, as quais terão sempre caráter condicional, já que a medida poderá ser re-instaurada se o indivíduo, antes do decurso de um ano, desenvolver algum tipo de comportamento que seja interpretado como persistência da periculosidade.

No que diz respeito à forma de aplicação de este tipo de exame, a avaliação psiquiátrica da periculosidade criminal parece não ter experimentado transformações significativas durante, pelo menos, os

21 § 1^º do artigo 97 do Código Penal.

últimos cinquenta anos. A emissão do laudo é precedida do exame (EVCP) praticado por um único psiquiatra, embora os manuais recomendem que seja realizado por dois peritos forenses (ABDALLA-FILHO, 2004b).

Apesar dos comentários acerca da impossibilidade de um psiquiatra atuar como perito da definição sobre periculosidade (TABORDA, 2004), Mitjavila (2009) coloca que esse assunto mostrou-se como um tema espinhoso no decurso das entrevistas com informantes, uma vez que nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico essa norma ética não estaria sendo respeitada.

O exame é praticado nas próprias instalações onde os indivíduos periciados se encontram confinados. Conforme dito anteriormente, esse exame tem por objetivo “[...] pesquisar a probabilidade de um indivíduo voltar a delinquir [sic] e concluir pela cessação ou não de sua periculosidade.” (ABDALLA-FILHO, 2004b, p.165).

A forma ainda hoje majoritariamente praticada de avaliação de periculosidade caracteriza-se pela inexistência de instrumentos padronizados de indagação. O interrogatório e a utilização de outras fontes de dados (como o comportamento do indivíduo durante sua internação, por exemplo) não respondem a padrões preestabelecidos que orientem a busca de “fatores de risco” ou de indícios de periculosidade. Quanto a isso, um grupo de psiquiatras se posicionam dizendo “que atualmente o conceito de periculosidade do doente mental foi substituído pela avaliação de risco de reincidência criminal. E, para tal já há no Brasil, instrumentos de avaliação padronizados e de uso internacional para se ter uma medida mais confiável desta condição.” (ABP, 2010, p.8). Os instrumentos aos quais se referem serão alguns tratados adiante.

A estratégia de indagação mais conhecida e divulgada pela literatura especializada responde a um esquema “biografizado” no rastreamento dos sinais da periculosidade, estabelecendo uma distinção entre a “época pré-delito”, a “época do delito” e a “época pós-delito”. A biografia, chamada de “história do periciando” (ABDALLA-FILHO, 2004b), é indagada a procura de sinais de periculosidade em cada uma dessas épocas ou fases.

Fatores da história pré-delito: abandono escolar; dificuldade para manter vínculos empregatícios; problemas nos vínculos interpessoais; distúrbios de conduta, incluindo comportamento violento prévio; reincidência em práticas criminais; história de doença mental, transtorno da personalidade ou dependência de álcool e outras drogas; não aderência ao tratamento psiquiátrico.

Fatores da história do delito: requintes de crueldade nos crimes praticados ou agravantes legais; frieza emocional na prática dos crimes; crimes praticados como consequência da falta de controle sobre os impulsos agressivos.

Fatores da história pós-delito: história de comportamento violento ou transgressor durante a internação o encarceramento; persistência de transtorno psiquiátrico previamente detectado.

Embora o objetivo dos laudos que avaliam risco de criminalidade seja, como o próprio nome do procedimento o indica, determinar se cessou ou não a condição de periculosidade do periciado, é preciso observar que esses mesmos laudos atribuem um peso significativo aos itens que se referem a atributos ou situações vividas pelo periciado em períodos anteriores ao delito por ele praticado. Interessa justamente por isso como é concebida pela psiquiatria forense a própria ideia de cessação de periculosidade se parte dos indicadores de periculosidade referem-se a circunstâncias passadas e que, devido a isso, já não mais poderão ser alteradas ou suprimidas.

Evidentemente, a estratégia biografizadora inscrever-se-ia no que Foucault (2006, p. 24) considera uma das principais funções do exame psiquiátrico: “[...] mostrar como o indivíduo já se parecia com seu crime antes de o ter cometido”, por meio da identificação, nas diferentes fases da trajetória biográfica, de fracassos, desejos, falhas comportamentais, etc. que antecipam e dotam de sentido o comportamento criminoso posterior. Dessa forma, acompanhando o raciocínio de Foucault (2006, p. 27),

[...] o exame psiquiátrico tem muitas vezes, para não dizer regularmente, um valor de demonstração ou de elemento demonstrador da criminalidade possível, ou antes, da eventual infração de que se acusa o indivíduo. Descrever

seu caráter de delinqüente [sic], descrever o fundo das condutas criminosas ou paracriminosas que ele vem trazendo consigo desde a infância, é evidentemente contribuir para fazê-lo passar da condição de réu ao estatuto de condenado.

6.3 O risco e o novo objetivismo medico na avaliação de periculosidade criminal

A partir dos anos 80 do século XX, a medicina psiquiátrica começou a problematizar a própria ideia de periculosidade criminal, geralmente restrita, neste campo, à ameaça de exercício da violência física contra terceiros. Percebe-se, na reflexão acadêmica sobre o tema, o desconforto provocado pela imposição de emitir laudos nos restritos moldes do código binário (sim/não), e a necessidade de formular de instrumentos que permitam introduzir formas de relativizar sentenças médicas absolutas a respeito da condição perigosa ou não de um indivíduo, bem como de se proteger diante do fracasso eventual no prognóstico de ocorrência de atos de violência no futuro.

O uso desses novos instrumentos ainda se encontra em fase de implantação no Brasil, porém, podem ser interpretados como tentativas de inserção em formas contemporâneas de gestão dos riscos sociais que valorizam e, em muitos casos exigem, em nome da eficiência das tecnologias empregadas, a padronização dos sistemas de categorização de indivíduos e populações.

Dessa forma o termo “periculosidade” começa a ser substituído pela palavra “risco”. Como já analisado anteriormente nesta tese, não existe consenso entre os próprios psiquiatras acerca da pertinência da emissão de juízos sobre periculosidade. Mas isso não tem sido um impedimento para que a linguagem do risco começasse a ser introduzida nos manuais de psiquiatria a partir do final da década de 90, assim como em outras publicações dessa área. (MITJAVILA, 2009).

A ideia de risco começa a ganhar espaço uma vez que demonstra a sua virtualidade de prognosticar a periculosidade, já não apenas a partir da avaliação dos traços observados como constantes no

comportamento do indivíduo, mas a partir da inclusão de um amplo leque de fatores situacionais, ambientais e sociais (WEBSTER et. al., 1997; THOMSON, 1999; ABDALLA-FILHO, 2004b).

Ao se referir às possibilidades efetivas de avaliação da periculosidade criminal, Taborda (2012, p.67) é enfático ao afirmar que **“as avaliações prospectivas são, de longe, as menos confiáveis das perícias psiquiátricas.” [grifo nosso]**. Na verdade, esse argumento baseia-se na ainda não utilização de instrumentos padronizados de avaliação de risco, tendo como referencia a avaliação clínica majoritariamente utilizados pelos psiquiatras forenses, que seriam capazes de ampliar a possibilidade de produção de diagnóstico, o qual “deixa de ser inferencial e necessita ser demonstrado com clareza.” Aparece aqui uma preocupação por tornar mais objetivos os instrumentos de avaliação da periculosidade, no sentido de estabelecer limites para procedimentos inferenciais oriundos da psicanalítica, “os quais devem ser evitados com rigor no contexto judiciário pela impossibilidade de serem sustentados de forma concreta”. (TABORDA, 2012, p.80)

Esse interesse de Taborda parece justamente reforçar a necessidade de uma avaliação o suficientemente científicizada como para que

o diagnóstico psiquiátrico deve ser um processo fundamentalmente objetivo, lógico, com base em sinais e sintomas claramente perceptíveis, passível de ser entendido e criticado pelo leigo, em vez de dotado de características fantasiosas, mágicas, pelas quais apenas poderia ser formulado por pessoas que entendessem os mistérios da mente e os fenômenos inconscientes. (TABORDA, 2012, p.81)

Dois dos instrumentos padronizados de avaliação de risco de violência serão aqui apresentados: o HCR-20 (*Historical, Clinical, Risk*

Management)²² e o PCL-R (*Psychopathy Checklist Revised*)²³, os quais encontram-se em fase inicial de adoção no Brasil (MORANA, 2008; TABORDA, 2004). Ambos os instrumentos consistem em escalas de medição de fatores de risco que permitem classificar os indivíduos de acordo com o nível de risco (baixo, médio, alto), como resultado da pontuação em 20 itens, e processada como índice somatório simples.

6.3.1 Escala HCR-20

Os itens que compõem a escala são os seguintes:

Itens históricos (passado)

- H1. Violência prévia
- H2. Primeiro incidente violento em idade jovem
- H3. Instabilidade nos relacionamentos
- H4. Problemas empregatícios
- H5. Problemas com uso de drogas
- H6. Doença mental maior
- H7. Psicopatia
- H8. Transtorno da personalidade
- H9. Antecedente de insucesso (comportamental), quando sob supervisão.

Itens clínicos (presente)

- C1. Falta de insight
- C2. Atitudes negativas
- C3. Sintomas ativos de doença mental maior.
- C4. Impulsividade
- C5. Falta de resposta ao tratamento.

Itens de manejo de risco (futuro)

- R1. Planos inexequíveis.

22 Instrumento elaborado por Webster e colaboradores (1995) e publicado pela Universidade Simon Fraser (Canadá).

23 Escala criada por Robert Hare (1991).

- R2. Exposição a fatores desestabilizadores.
- R3. Falta de apoio pessoa..
- R4. Não-aderência a tentativas de correção.
- R5. Estresse

Os autores do HCR-20 sugerem que a avaliação final seja estimada em um de três níveis de risco: baixo (que inclui a ausência de risco), moderado ou alto. Eles não adotam um ponto de corte para se delimitar o nível de risco, “por reconhecerem que ela seria um valor arbitrário, desprovido de sentido e perigoso de ser usado de forma rígida.” Dessa forma, argumentam que o perito avaliador tem condições de perceber um alto risco de violência do periciando na presença de um simples fator de risco. Decorreria disso a importância maior de se concentrar nos possíveis fatores de risco estudados e não em pontos de corte. (ABDALLA-FILHO, 2004b, p. 172).

A sigla HCR-20 deve sua nomenclatura ao fato de este instrumento ser constituído de 20 itens a serem analisados (DOUGLAS et al., 1999), sendo 10 referentes ao passado, à história do examinando (H = historical items), 5 correspondentes a fatores presentes, do ponto de vista clínico (C = clinical items) e os últimos 5 relacionados a fatores futuros, em relação ao gerenciamento de risco (R = risk management).

Cada um dos 20 itens do HCR-20 recebe, na avaliação, uma pontuação que oscila em uma escala entre 0 (zero) e 2 (dois), na medida em que ele esteja ausente (0), possivelmente/parcialmente presente (1) ou definitivamente presente (2). Quando não se tem a informação, o item é omitido e o valor total de pontos é rateado entre o número de itens avaliados. No entanto, não é recomendado que se omita mais do que cinco itens no total. Belfrage et al. (2000), testando a validade deste instrumento na predição de violência institucional, encontraram resultados que mostraram uma alta validade de predição para os itens clínicos e o manejo de risco, mas não para os itens históricos.

A justificativa de que a HCR-20 se voltaria muito mais para a avaliação de reincidência criminal pode ser identificada pela grande quantidade de itens diretamente relacionados ao crime, como acima apontado, já no histórico do indivíduo, como pelos itens relacionados à saúde do indivíduo considerarem a existência prévia de transtorno de

personalidade. No caso do TPA, especialmente, o simples diagnóstico prévio indicaria uma probabilidade de delinquir pelos critérios que permitem seu diagnóstico.

Em termos de espectro, esse instrumento poderia distinguir os indivíduos mais perigosos dos menos perigosos, os com maior risco de recidiva e os com menor risco de recidiva, mas o binômio sim/não se reinaugura sob um discurso cientificista.

6.3.2 Escala PCL-R

Os itens que compõem a escala são:

1. Loquacidade/charme superficial (1)
2. Auto-estima inflada (1)
3. Necessidade de estimulação/tendência ao tédio (2)
4. Mentira patológica (1)
5. Controlador/manipulador (1)
6. Falta de remorso ou culpa (1)
7. Afeto superficial (1)
8. Insensibilidade/falta de empatia (1)
9. Estilo de vida parasitário (2)
10. Frágil controle comportamental (2)
11. Comportamento sexual promíscuo
12. Problemas comportamentais precoces (2)
13. Falta de metas realísticas a longo prazo (2)
14. Impulsividade (2)
15. Irresponsabilidade (2)
16. Falha em assumir responsabilidade
17. Muitos relacionamentos conjugais de curta duração.
18. Delinqüência juvenil (2).
19. Revogação de liberdade condicional (2)
20. Versatilidade criminal.

Trata-se de um instrumento criado por Robert Hare (1991), especificamente voltado para a existência de psicopatia e a probabilidade

de respostas agressivas recorrentes, no campo prático avalia a reincidência criminal de indivíduos diagnosticados como portadores de psicopatia, um quadro de desenvolvimento de personalidade intrinsecamente relacionado com a TPA. A escala admite ser utilizada tanto para diagnóstico de personalidade psicopática quanto para prognóstico de recidiva.

A diferença do HCR-20, que inclui no seu campo de observação elementos ambientais e sociais, o PCL-R pretende se restringir à avaliação de fatores exclusivamente de personalidade. Comparte com o HCR-20 a quantidade de itens (20), a modalidade de pontuação em cada um deles (valor 0 para ausência do fator; valor 1 para presença limitada e valor 2 para presença maciça do item), e a amplitude da escala (0 a 40 pts.). Segundo Hart (1998), vários estudos demonstraram a utilidade do PCL-R como instrumento de avaliação de risco de violência, incluindo a identificação de prováveis recidivistas.

Trata-se de um checklist de 20 itens, recentemente validado no Brasil tendo sido traduzido e validado por Morana (2003) em sua tese de doutorado, com pontuação de zero a dois para cada item, como no HCR-20, perfazendo um total de 40 pontos. O ponto de corte não é rigidamente estabelecido, mas um resultado acima de 30 pontos traduziria um psicopata típico. Daderman e Kristiansson (2003) afirmam que um valor de 30 pontos tem sido recomendado como limite para um diagnóstico de psicopatia, apesar de relatarem estudos que consideraram valores inferiores, tais como 25 e 26. Dois fatores, que apresentam uma imbricada relação e tênues diferenças, permeiam os 20 itens. O fator 1 relaciona-se aos traços afetivos e interpessoais do examinando, enquanto o fator 2 analisa o aspecto comportamental de psicopatia. No entanto, eles não são discriminados em todos os aspectos considerados.

A produção final recebeu o nome de Manual Escala Hare PCL - R: critérios para pontuação de psicopatia – revisados (2004) e tem como objetivo apresentar os resultados da pesquisa conduzida pela autora assim como satisfazer os requisitos de validação de um teste psiquiátrico para ser usado no Brasil.

Na primeira parte, a autora apresenta as principais características das amostras pesquisadas, que continha apenas homens adultos, um dado que se não impossibilita a aplicação da mesma na avaliação da população feminina não deixa de ser considerado atípico. É interessante

destacar, em se tratando das pesquisas de gênero, que os estudos de validação do material produzido por Hare indicam não haver distinção significativa entre a nota de corte em indivíduos do sexo masculino e feminino no seu instrumento original. A escala brasileira assumiu uma pontuação ligeiramente diferente da original, sendo que aqui a pontuação de corte ficou em 23 pontos enquanto que a escala original essa pontuação é acima de 30. Para determinar esses números a autora utilizou uma aplicação de testes em paralelo sendo que a escala produzida foi utilizado junto a outro teste de grande renome na psicologia, o teste projetivo de Rorschach.

De acordo com as análises obtidas por Morana (2003), seria possível demonstrar que a PCL-R apresentou bom resultados na aplicação no contexto brasileiro e se mostrou capaz de distinguir os indivíduos que apresentam traços típicos de psicopatia dos sujeitos que apresentam transtornos parciais de personalidade, bem como a distinção de ambos os grupos do grupo de controle, que não continha nenhum transtorno.

Com o objetivo de diagnosticar psicopatia, o PCL-R validado para o uso no Brasil já traz previamente o indicativo de fatores etiológicos afetivos e comportamentais. Dividido entre dois grupos de fatores explicativos, efetivamente o teste também pode ser distribuído entre as três linhas de análise antes apresentadas e as questões individuais, observamos que nenhuma questão do binômio saúde/doença aparece neste teste. Por essa lógica, o uso específico pelo saber médico não indica uma percepção de doenças, mas de avaliações de comportamentos individuais e em grupos.

O interesse na relação com os outros e em seguir as regras de comportamentos consideradas socialmente desejáveis é objeto privilegiado de avaliação nas escalas. Em contrapartida, observa-se ausência de itens que permitam avaliar o sofrimento, o mal-estar e outras características usualmente privilegiadas no diagnóstico de doenças (CANGUILHEM, 2009). Evidencia-se, de esse modo, o caráter normalizador de um tipo de “tecnologia científica” predominantemente voltado para a categorização e patologização do indivíduo:

É, portanto, sobre ‘indivíduos’ – sujeitos separados, marcados, serializados e identificados – que

se aplicam procedimentos de normalização, em diferentes movimentos: normatizando, definindo a priori critérios ‘técnicos’, índices, médias, curvas e todo um conjunto de medidas comparativas; depois, aplicando instrumentos de avaliação buscando levantar o perfil particular de cada indivíduo; na sequência, remetendo cada um à norma definida para o seu grupo, comparando e classificando indivíduos entre si, ainda marcando os desvios de cada um em relação à média; depois, isolando, marcando, diagnosticando e nomeando cada tipo de desvio como forma patológica; e, finalmente, aplicando aos desvios todo um conjunto de procedimentos terapêuticos, ortopédicos e corretivos, buscando reconduzir o desviante à faixa da normalidade. (PRADO FILHO, 2010, p.188).

Atualmente o Brasil debate sobre a aplicabilidade e utilização da escala. Apesar do estudo original ter sido nomeado a vários prêmios²⁴ e ser amplamente reconhecido como padrão ouro na avaliação de diagnóstico de psicopatia, a sua aplicação no contexto nacional tem como foco principal o estudo de reincidência criminal o que fragiliza a concepção prática interfere no processo de prognóstico e previsibilidade. Além disso, a sua investigação dos comportamentos sexuais encontra dificuldades na diferenciação de características culturais típicas regionais ou no comportamento sexual marginalizado do normalmente aceito, o que contribui para retroalimentar esse fenômeno, como em relacionamentos homoafetivos, por exemplo.

Estes tipos instrumentos de predição da violência, longe de representar uma ruptura com as formas precedentes de conceber a periculosidade na psiquiatria forense, representam uma formalização, uma “técnicalização” de alguns de seus traços mais marcantes. Assim, por exemplo, a “biografização” dos fatores de risco, que anteriormente definimos como pilar da clínica psiquiátrica, pode ser nitidamente observada na organização dos 20 itens do HCR-20, de acordo com a natureza histórica (H1 a H10), atual (C1 a C5) ou preditiva (R1 a R5).

24 <<http://bueros.org/mental-measurements-yearbook>>

Outra dimensão destes novos instrumentos que merece ser comentada é que acabam consagrando um atributo das avaliações de periculosidade que com sua criação pretendia-se abolir: o raciocínio baseado na lógica binária. Com efeito, se, por um lado, a psiquiatria forense opunha resistência à emissão de laudos que concluíssem apenas pela resposta “sim” ou “não” à pergunta sobre a condição perigosa do periciado, por outro lado, organiza-se uma resposta técnica por meio da elaboração de escalas inteiramente organizadas em torno de alternativas igualmente dicotômicas para cada fator de risco.

Com independência de qualquer consideração de natureza técnica a respeito da validade das medições com estas escalas (o que não pertence ao âmbito da nossa análise sociológica), deve-se dizer que estes instrumentos estariam atualizando, via formalização metodológica, uma característica secular do saber médico: sua autonomia para produzir categorizações num duplo sentido, seja a autonomia da profissão para criar suas próprias regras, seja a autonomia de cada médico para utilizar os instrumentos de categorização, em função de critérios predominantemente axiológicos (FREIDSON, 1978).

Os discursos forenses da psiquiatria em torno da criminalidade estariam experimentando algumas transformações que não podem ser reduzidas a um mero processo de formalização dos seus instrumentos. Trata-se, sim, de movimentos que refletem as formas de resistência e as estratégias do saber médico para garantir uma posição privilegiada no coração das instituições contemporâneas.

A introdução da linguagem do risco parece funcionalmente adaptar-se de maneira perfeita à necessidade de ampliar indefinidamente as fronteiras da medicalização da vida social. Um risco é algo real e ao mesmo tempo irreal porque existe, mas apenas no conhecimento ou como fruto dele. Na medida em que as predições de periculosidade sejam formuladas, não em termos de atributos tangíveis e diretamente observáveis, e sim da probabilidade (ainda que não estatisticamente fundamentada) de ocorrência de uma conduta criminosa num futuro determinado, a predição torna-se imbatível, isto é, imune a qualquer resultado, tanto positivo quanto negativo em relação a um prognóstico que não dá garantias absolutas das suas predições se realizarem.

A inclusão de variáveis sociais acabou sendo facilitada pelos novos instrumentos padronizados de avaliação de risco, o que re-atualiza a necessidade de reflexionar sobre a advertência que, há quase três décadas, Thomas Szasz (1980) nos fazia a respeito da capacidade da psiquiatria para definir e redefinir politicamente o que é um crime e quem é ou não criminoso.

Com a introdução da linguagem do risco, os mandatos institucionais para que a medicina psiquiátrica cumpra esse tipo de função ganham força redobrada. A constatação de perigos, baseada na aproximação clínica, na interação interpessoal, não foi suprimida; pelo contrário, ganhou um novo estatuto: resguarda a autonomia do psiquiatra, ao proporcionar os códigos (amplos, ideológicos) que os instrumentos padronizados se encarregarão de formatar atribuindo-lhe a devida e sempre venerada aura científica. “Tal tecnologia busca validação em todo um conjunto de medidas, padrões, curvas e médias estatísticas que sustentam a cientificidade de seus resultados comparativos e o caráter de verdade atribuído a seus enunciados individualizantes e normalizantes.” (PRADO FILHO, 2010, p.190). De fato, se o que apresenta Prado Filho (2010) sobre os “exames de personalidade” refere-se à realidade da psicometria – como tecnologia de avaliação psicológica –, o próprio PCL-R encontra-se hoje habilitado para uso pelos psicólogos²⁵.

A autonomia, que é sustentada pela sobrevivência da clínica como um tipo de racionalidade que moldou a medicina desde sua emergência, cumpre um papel fundamental na institucionalização do papel social da medicina. De acordo com uma auto-percepção bastante estabelecida na psiquiatria forense,

[...] dentre os deveres morais do psiquiatra forense está o de contribuir ao aprimoramento da norma e do tecido social. Assim, cabe a ele, em cada laudo, parecer, documento ou texto que apresenta à sociedade, a defesa de um bem moral: a proteção do doente mental, vítima indefesa de abusos; a do cidadão diferente, na medida em que não

25 SATEPSI. <http://satepsi.cfp.org.br/listaTeste.cfm?status=1>

representa a maioria cultural, social, religiosa ou étnica; e a da coletividade, que legitimamente deve se defender dos que lhe possam acarretar perigo. (TABORDA, 2004, p. 27).

Nesse sentido, a proliferação de instrumentos de avaliação de periculosidade criminal, baseada na introdução de métodos quantitativos de predição, teria produzido o que se denominou *risk factorology* (KEMSHALL, 2003), e parece ter se convertido em peça chave das tecnologias políticas que definem o destino dos indivíduos em conflito com a lei em função do risco ou ameaça que representam para a sociedade.

Taborda representa essa racionalidade do risco, considerando a pertinência dos novos instrumentos de avaliação:

As avaliações de risco ainda são bastante empíricas em nosso meio, apesar de já existirem instrumentos objetivos validados para uso da população brasileira. Tais avaliações, por exigência legal, incidem em um erro conceitual incontornável, o de se faça o diagnóstico de ausência de periculosidade, utilizando um formato dicotômico: perigoso ou não perigoso. (TABORDA, 2012, p.67)

De fato, o próprio DSM-5 introduz um tópico de apresentação dos transtornos de personalidade como categoria nosológica intitulado “Fatores de Risco e Prognóstico” confirmando a racionalidade do dispositivo do risco vigente nos materiais empíricos nesta tese analisados, mas não está isento de críticas:

[...] dentre os debates internacionais suscitados a propósito do DSM-V, a crítica que teve maior impacto foi a realizada pelo diretor do National Institute of Mental Health (NIMH) [... Contudo, essa] crítica, na verdade, nada agrega a um debate que a cada dia parece ser mais necessário. Muito pelo contrário, essa crítica retoma os

postulados localizacionistas e deterministas que caracterizaram a psiquiatria biológica, iniciada em 1830 com a Frenologia de Gall, tendo sua continuidade com os estudos de Charcot e consolidando-se, no início do século XX, com Kraepelin, considerado até hoje como o pai da psiquiatria moderna. Em todos e em cada um destes esforços, por achar a localização cerebral, ou a explicação neuroquímica para transtornos mentais, a resposta parecia ser a mesma: ‘ainda não foi possível atingir os resultados esperados, mas um futuro promissor se anuncia para a explicação biológica de patologias mentais’. Este futuro promissor que a psiquiatria ainda continua aguardando, a esperança ingênua na possibilidade de identificar nossos processos de subjetivação e nossos sofrimentos em alterações cerebrais específicas, detectáveis pela mediação de marcadores genéticos ou diagnósticos por imagem, é o argumento que se repete, mais uma vez, na crítica do diretor do National Institute of Mental Health (NIMH). (CAPONI, 2014, p.746).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a presente tese pretendeu-se identificar e analisar as configurações recentes do saber médico no campo da psiquiatria forense do ponto de vista do seu papel nos processos de medicalização do crime. O principal objetivo foi examinar as estratégias interpretativas atuais da medicina psiquiátrica sobre a questão da periculosidade criminal e suas relações com a doença mental. Em particular, a pesquisa esteve voltada para a análise dos modos de enunciação e do campo semântico da produção do saber psiquiátrico sobre o comportamento e a periculosidade criminais.

Nesta seção serão realizadas algumas considerações sobre os resultados da pesquisa e da mesma forma serão elencadas questões que sinalizam problemáticas de interesse para o desenvolvimento de futuros trabalhos de investigação.

A psiquiatria tem sido convocada, desde sua emergência, para explicar e intervir na administração de um amplo repertório de comportamentos individuais, caracterizados por representar alguma forma de ameaça à ordem social, exprimindo a maneira como o saber psiquiátrico foi firmando categorias e instrumentos que delineiam os contornos da ingerência médica sobre o controle de um conjunto significativamente amplo de comportamentos socialmente considerados como transgressores ou desviantes. Nesse sentido, a análise da trajetória histórica da medicalização do crime permitiu observar a progressiva ampliação do repertório de comportamentos e condições sociais que ingressam no campo de objetos da psiquiatria. Essa expansão dos processos de medicalização do crime tornou-se evidente ao observar o aumento do número e diversificação dos critérios de anormalidade/periculosidade definidos nos manuais (tais como o DSM e a CID-10) e instrumentos diagnósticos (HCR-20 e PCL-R).

A análise da trajetória histórica das relações entre psiquiatria forense e justiça criminal permitiu perceber o caráter não linear e conflituoso desses processos de medicalização do crime. Assim, como analisado neste trabalho, as alterações introduzidas na Lei de Execuções Penais em 2003 teve efeitos desmedicalizadores de algumas dimensões

da problemática do crime, fundamentalmente, ao excluir a intervenção dos psiquiatras na avaliação da periculosidade da população carcerária geral. Em contrapartida, ao mesmo tempo em que ocorreu essa restrição do campo de competências da psiquiatria forense imposta pelo sistema judiciário, a psiquiatria enquanto corporação profissional, vem desenvolvendo estratégias que reivindicam, por exemplo, o monopólio da medicina psiquiátrica para determinar a periculosidade criminal, destituindo os juízes da palavra final nessa matéria, conforme já examinado na seção 4. A indagação desse tipo de situações conflituosas entre representantes dos universos médico e jurídico revela a vigência de alguns padrões históricos que remontam a fins do século XIX, no sentido do estabelecimento de uma permanente aliança entre medicina e judiciário essencialmente baseada na concessão à medicina do monopólio da verdade sobre o crime e o criminoso e na regulação estatal das fronteiras e das condições de produção e aplicação do saber psiquiátrico. Portanto, pode-se concluir que, pelo menos nesta área, deve-se abandonar qualquer pretensão de conceber os processos medicalizadores como uma ampliação permanente, linear e predeterminada do campo de fenômenos que se convertem em objetos do saber psiquiátrico.

Essa posição monopólica do saber médico decorre, entre outras coisas, da confiança institucional que as sociedades modernas depositam na ciência e na técnica como fontes de administração do medo, das incertezas e das ameaças. O crime, e particularmente certos tipos de crimes, expõe a fragilidade do tecido social para gerir comportamentos que representam um desvio normativo e, ao mesmo tempo, escapam aos esquemas institucionais de controle social. No caso específico da periculosidade criminal, os níveis de medo e de incerteza parecem conduzir as instituições para uma mesma fonte de segurança: a medicina psiquiátrica.

A introdução da linguagem do risco na avaliação da periculosidade criminal apresenta-se como um recurso institucionalmente eficiente para a administração do medo e da incerteza social que o crime suscita. Conforme já foi analisado, nas sociedades contemporâneas, o risco tem se convertido em um dispositivo biopolítico com propriedades forenses para a arbitragem de diversos

tipos de problemas sociais, sendo a periculosidade criminal um deles. Determinar o caráter perigoso, ou não, de um indivíduo em função da presença de fatores de risco constituiria uma forma de administrar a incerteza e de imunização perante o fracasso porque, devido a seu caráter probabilístico, a predição de comportamento perigoso contempla tanto a ocorrência como a não ocorrência futura dessa ameaça. Dessa forma, exclusivamente em nome da eventualidade de ocorrência de comportamento criminal futuro, e não do comportamento real atual ou passado, medidas punitivas podem ser justificadas e aplicadas por períodos tão longos que podem ter como consequência o confinamento perpétuo dos indivíduos submetidos a avaliação.

Nesse sentido, o cálculo e a avaliação de riscos em diversas áreas da vida social informam pouco ou nada sobre a presença real de perigos ou ameaças e muito mais sobre as racionalidades, interesses e padrões culturais que organizam a percepção e codificação de tais ameaças e medos em termos de risco (DOUGLAS; WILDAVSKY, 1982; GIDDENS, 1995).

Uma das manifestações da incorporação da lógica do risco aos processos de avaliação psiquiátrica da periculosidade pode ser observada na padronização dos seus instrumentos. Os testes e escalas concebidos em períodos recentes para determinar a exposição dos indivíduos a fatores de risco de recidiva e/ou periculosidade criminais inauguram novas modalidades de produção de discursos sobre o crime e a periculosidade social como problemas médicos, contribuindo a consolidar, como observara Thomaz Szasz (1980), a autoridade cultural da medicina para definir politicamente o que constitui, ou não, um comportamento criminal.

Entre as principais características desse novo perfil dos discursos médicos sobre a periculosidade criminal se encontram a ampliação do campo de comportamentos e atributos individuais que são codificados como sinais de periculosidade social e o predomínio de modelos etiológico-terapêuticos que localizam os fatores de risco na constituição biológica e psíquica do próprio indivíduo. Poderíamos inferir que no caso dos crimes, dos desvios de conduta, das infrações éticas, dos descumprimentos de normas sociais, o indivíduo desajustado socialmente sempre poderá vir a ser um anormal e, portanto, portador de

um transtorno de personalidade. Será sintoma o que causar “prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo” (DSM-5, 2014, p.684), pois demonstra “um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo”. (DSM-5, 2014, p. 646)

Com efeito, a introdução da noção de “transtorno” na nosografia psiquiátrica, desacoplou-se a imputação de patologia dos moldes conceituais mais estritos impostos pelo conceito de doença. Conforme anteriormente analisado, as noções de “transtorno de personalidade” em geral, e, em particular, de “transtorno de personalidade antissocial” possibilitam a codificação médica de um universo infinito de atributos e comportamentos sociais que em períodos anteriores se encontravam fora do domínio da medicina. Recentemente, além de ampliar o universo de objetos, a psiquiatria flexibilizou seus critérios diagnósticos de forma a permitir o diagnóstico de transtorno de personalidade sem que necessariamente se verifique a presença da totalidade dos sinais e sintomas que fazem parte de cada categoria nosológica conforme ilustrado na seção 5.

No que concerne aos modelos etiológicos do crime e da periculosidade criminal, é possível observar uma trajetória histórica caracterizada por um progressivo enfraquecimento da importância atribuída aos fatores ambientais e, especificamente, sociais como determinantes do comportamento e periculosidade criminais. Nesse sentido, a ideia de transtorno como reação individual a condições adversas da existência social do indivíduo, que estava presente nas primeiras duas versões do DSM, começa a perder força na terceira versão desse manual para desaparecer definitivamente nas duas últimas. Consolida-se, dessa forma, um tipo de modelo etiológico que, em consonância com a perspectiva de Laplantine (1991), podemos caracterizar como “endógeno”, em função da localização exclusiva das causas dos transtornos no próprio indivíduo enquanto unidade biológica e psíquica. Esse tipo de perspectiva inscrever-se-ia em uma tendência mais ampla das estratégias biopolíticas contemporâneas que a literatura sociológica define em termos de processos de individualização social. Estes podem ser definidos como processos por

meio dos quais “os problemas sociais passam a ser percebidos em função de disposições psicológicas e familiares, como se fossem independentes das contradições sistêmicas que os determinam” (MITJAVILA, 2002, p.136).

A responsabilização do indivíduo e a desresponsabilização do social na produção do crime e da periculosidade criminal constituiriam, dessa forma, dois elementos presentes nos discursos do saber psiquiátrico contemporâneo. A biografização, enquanto estratégia diagnóstica que procura a inteligibilidade do comportamento e da periculosidade criminais exclusivamente na trajetória de vida do indivíduo (MITJAVILA, 2010) aparece sistematicamente na totalidade dos manuais, escalas e testes psiquiátricos de avaliação de periculosidade criminal que foram examinados no contexto da presente pesquisa.

De certa forma, pode-se pensar que esse tipo de modelo etiológico, ao localizar as causas do crime no próprio indivíduo, daria continuidade histórica à clássica noção de constituição criminosa que emergira no século XIX junto com a definição lombrosiana de “criminoso nato”. Embora não faça parte dos objetivos da presente pesquisa, seria pertinente examinar os atuais rumos dos modelos etiológicos que organizam a psiquiatria biológica do ponto de vista da produção de discursos sobre a constituição criminosa contemporânea. Assim, por exemplo, a crescente realização de pesquisas voltadas para a identificação das bases genéticas de diversos tipos de desvios comportamentais (SHOSTAK et. al.,2008) entre os quais se inclui o crime, delinea um campo de investigação para as ciências humanas e sociais que se mostra promissor do ponto de vista dos processos de individualização do social.

Por fim, cabe perguntar qual seria o atual estatuto biopolítico dos indivíduos considerados loucos por serem perigosos – com a medicalização do crime – e considerados mais perigosos por serem loucos – criminalização da loucura – no contexto de uma reforma psiquiátrica que, no caso do Brasil, parece tê-los excluído da sua agenda em matéria de direitos. Nesta, da mesma forma que em outras áreas de gestão biopolítica do social, pareceria que há vidas que não merecem ser

vividas porque estariam condenadas à segregação social perpétua em nome da defesa da sociedade.

Essa ideia não passa despercebida ao saber psiquiátrico, que continua tendo a palavra final:

Exemplos desse tipo de viés podem ocorrer em crimes sexuais, nos quais o examinando, se for enquadrado no parágrafo único do artigo 26 do Código Penal (CP) por alguma “perturbação da saúde mental”, poderia receber uma pena de reclusão mitigada. Nesses casos, não são raros os peritos que sugerem a aplicação concomitante do artigo 98 do CP para transformar a pena em medida de segurança (MS). Visam com isso à **proteção futura da sociedade**, pois sabem que a MS é mais dificilmente revogável em certos casos. Com isso, na prática, estão criando **uma espécie de prisão perpétua**. [grifo nosso] (TABORDA, 2012, p. 58).

Tampouco deveria passar despercebida para a pesquisa em ciências sociais. Vale a pena lembrar que a luta antimanicomial, o questionamento das condições de vida e a defesa dos direitos da população internada por decisão judicial não têm sido, até o momento, incluídos na agenda da reforma psiquiátrica em curso no Brasil. Nessa direção, o desenvolvimento de pesquisas de caráter sócio-antropológico em torno dessa temática poderia contribuir a estabelecer uma ruptura com esse silenciamento que caracteriza os discursos e as práticas sociais dos mais diversos agentes nesse campo.

REFERÊNCIAS

ABDALLA-FILHO E; ENGELHARDT W. *A prática da psiquiatria forense na Inglaterra e no Brasil*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 25(4), pp.245-8, 2003.

ABDALLA-FILHO,E. Avaliação de Risco de Violência. In: J. Taborda, M.; Abdalla-Filho; Chalub, E. *Psiquiatria Forense*. 2ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2012. pp. 183-203.

ABDALLA-FILHO, E. Avaliação de risco. In: J. Taborda, M. Chalub, E. Abdalla-Filho e cols. *Psiquiatria Forense*. Porto Alegre, Artmed, 2004, pp.161-174.

ABDALLA-FILHO, Elias. Avaliação de risco de violência em Psiquiatria Forense. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo , v. 31, n. 6, 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000600002&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832004000600002>.

ABDALLA-FILHO, E. *Transtornos da personalidade*. In: TABORDA, José G.; CHALUB, Miguel; ABDALA-FILHO, Elias Psiquiatria Forense São Paulo: ARTMED, 2004a, pp. 281-295.

ADORNO, S. *Sistema Penitenciário no Brasil: problemas e desafios*. Revista USP, São Paulo. n. 9: 1991. pp. 65-78.

ALMEIDA, Francis Moraes de. *O Esboço de psiquiatria forense de Franco da Rocha*. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 11, n. 1, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142008000100014>.

ALVES, DSN (coord). *Conversando com o Ministério Público: o Ministério Público e a Reforma Psiquiátrica*. Instituto Franco Basaglia, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em:

<<http://www.inverso.org.br/blob/127.pdf>>. Acesso em: 10 de dez. de 2009.

AMARANTE, P. D. C. *Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil (1830-1920)*. 1982. Dissertação de mestrado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

ARAÚJO, C.T.L.; MENEZES, M. *A Execução penal, exame criminológico e apreciação dos indicadores de potencial criminoso*. In: RIGONATTI, Paulo Sérgio; SERAFIN, Antônio P.; BARROS, Edgard Luiz de Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica, São Paulo: Vetor, 2003, pp. 229-245.

AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza; RAMOS, Flavia Regina Souza. *Arqueologia e genealogia como opções metodológicas de pesquisa na enfermagem*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 56, n. 3, June 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000300014>.

BALTIERI, D. A.; FREITAS, S.P. *Álcool e crime*. In: RIGONATTI, Paulo Sérgio; SERAFIN, Antônio P.; BARROS, Edgard Luiz de Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica, São Paulo: Vetor, 2003, pp. 151-163.

BARONI, Daiana Paula Milani; VARGAS, Rômulo Fabiano Silva; CAPONI, Sandra Noemi. *Diagnóstico como nome próprio*. Psicologia & Sociedade, Florianópolis, v. 22, n. 1, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 maio 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822010000100009>.

BARROS, A. M. *A reforma da Lei nº 7.210/84 (Lei de Execução Penal)* Jus Navigandi, Teresina, ano 9, n. 590, 18 fev. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6322>>. Acesso em: 28 jun. 2009.

BARROS, D. M. *O que é psiquiatria forense?* São Paulo: Brasiliense, 2008.

BARROS, José Augusto C.. *Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?*. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 11, n. 1, jul. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 maio 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>

BASSO, F.S.M. *Evidências de validade de uma medida para os critérios de diagnóstico do Transtorno de Personalidade Antissocial: O modelo dimensional dos cinco grandes fatores e os critérios do DSM 5*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Florianópolis: UFSC, 2014.

BASTOS, C. L. Opinião. Coluna da Lista Brasileira de Psiquiatria Psychiatry On-line Brazil12 (10), 2007. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano07/lbp1007.php>>.

BERCOVICH, I. *La medicalización de la sociedad: el caso de la práctica psiquiátrica forense en el Uruguay*. Licenciatura en Sociología – Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República del Uruguay. Montevideo, 2000. 90 f.

BORENSTEIN, M et al. (2007) *Terapias utilizadas no Hospital Colônia Sant'Ana: berço da psiquiatria catarinense (1941-1960)*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília. nov-dez; 60(6): pp.665-9.

CANGUILHEIM, G. *Lo normal y lo patológico*. México, Siglo XXI, 1986.

CANGUILHEM, G. *O Cérebro e o Pensamento*. In: CANGUILHEM, George. *Philosophe, historien des sciences; Actes du Colloque*. Paris, 6-8 dezembro de 1990.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPES – *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior*. Tabela de Áreas de Conhecimento. 2009. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/avaliacao/tabela-de-areas-de-conhecimento>>.

CAPONI, S. *Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, 2009.

CAPONI, Sandra. *A hereditariedade mórbida: de Kraepelin aos neokraepelinianos*. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2011A. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000300004>.

CAPONI, Sandra. *As classificações psiquiátricas e a herança mórbida*. *Sci. stud.*, São Paulo, v. 9, n. 1, 2011B. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662011000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-31662011000100003>.

CAPONI, Sandra. *Biopolítica e medicalização dos anormais*. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2011. doi: 10.1590/S0103-73312009000200016.

CAPONI, Sandra. *Da herança à localização cerebral: sobre o determinismo biológico de condutas indesejadas*. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>

scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Feb. 2012. doi: 10.1590/S0103-73312007000200008.

CAPONI, Sandra. *Emil Kraepelin y el problema de la degeneración*. História. Ciências Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000600012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702010000600012>.

CAPONI, Sandra. *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

CAPONI, Sandra. O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, Sept. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000300741&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000300005>.

CAPONI, Sandra. *Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 dez. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232009000100015. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a15v14n1.pdf>

CARRARA, Sérgio Luiz. *Crime e Loucura: o Aparecimento do Manicômio Judiciário na Passagem do Século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

CARVALHO, L. de F. *Construção e Validação do Inventário Dimensional dos Transtornos da Personalidade*. 2008. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

CASTEL, R. *From Dangerousness to Risk*. In Burchell, G.; Gordon, C; Miller, P (Ed.) *The Foucault Effect*. Chicago: The University of Chicago Press, 1991, pp. 281-298.

CASTEL, Robert. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CASTRO, E. *Vocabulário de Foucault: Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

COHEN, Claudio. *A periculosidade social e a saúde mental*. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v. 21, n. 4, Dec. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Fev. 2010. doi: 10.1590/S1516-44461999000400006.

CONRAD, Peter. *Medicalization and Social Control*. Annual Review of Sociology, n. 18, 1992. pp. 209-232.

CORDEIRO, J.C.D. *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Fundação de Calculstre Gulbenkian, 2003.

CORDIOLI, M.S. *Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: os direitos preconizados pela Reforma Psiquiátrica e a realidade dos internos*. Trabalho de Especialização. Pós-Graduação do Centro de Ciências da Educação - FAED, Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis. 2004.

CORONEL, L.C.I; DAY, V.P. *As Medidas de Segurança*. In: CATALDO NETO, A.; GAUER, G.; FURTADO, N. (Org.). *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: Edipucrs, 2003, pp. 923-929.

CORRÊA, Josel Machado. *Um estudo jurídico e político sobre saúde mental*. Tese (Doutorado em Direito). Florianópolis: UFSC, 1996. p.126.

COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Editora Documentário, 1976.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

CRAWFORD, R. *Healthism and the medicalization of everyday life*. *International Journal of Health Services*, 3 (10), 1980, pp. 365-387.

DAL PIZZOL, A. *A Prática do Estudo Social e da Perícia Social no Judiciário Catarinense junto aos Procedimentos da Infância e da Juventude*. (Monografia). Editora Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

DARMON, P. *Médicos e assassinos na Belle Époque: a medicalização do crime*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1991.

DELGADO, P.G. *As Razões da Tutela*. Psiquiatria, Justiça e Cidadania do Louco no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Te Corá, 1992.

DELMANTO, C.; DELMANTO, R.; DELMANTO JR, R. *Código Penal Comentado*. Rio de Janeiro, Renovar, 1998.

DINIZ, D. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011* [recurso eletrônico]. LetrasLivres : Editora Universidade de Brasília, 2013.

DOUGLAS, M. *Risk as Forensic Resource*. *Daedalus*, 119 (4), 1990. pp. 11-16.

DOUGLAS, M. *Cómo piensan las instituciones*. Madrid, Alianza, 1996.

DOUGLAS, M.; WIDAVSKY, A. *Risk and Culture*. Oxford, Basil Blackwell. 1982.

DSM-5 (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

DSM-IV (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1994.

DSM-III (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1980.

DSM-II (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition (DSM-II)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1968.

DSM-I (APA). *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders (DSM-I)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1952.

DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DSM IV-TR. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ELIAS, N. *Conocimiento y Poder*. Madrid, La Piqueta, 1994.

ESPOSITO, Roberto. *Bíos: biopolítica y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.

EWALD, F. *Insurance and Risk*. In: Burchel, G; Gordon, C; Miller, P. *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*. Chicago: The University of Chicago Press, 1991, pp. 197-210.

EY, H.; BERNARD, P; BRISSET, C. *Manual de Psiquiatria*. São Paulo: Masson, 1985.

FACCHINETTI, Cristiana; MUNOZ, Pedro Felipe Neves de. *Emil Kraepelin and psychiatric science in Rio de Janeiro, 1903-1933*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702013000100013>.

FARIA, J.E. *O poder judiciário nos universos jurídico e social: esboço para uma discussão de política judicial comparada*. Serviço Social & Sociedade, Ano XXII (67): 2001, pp. 7-17.

FONSECA, A. F. *Psiquiatria e psicopatologia*. Lisboa: Fundação de Calulstre Gulbenkian, 1997. (2ª. Ed.).

FONSECA, Claudia. *The certainty that engendered new doubts: DNA and paternity tests*. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 12, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2004000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Ago. 2007.

FOUCAULT, M. *Em Defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. *História da Loucura: na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2007.

FOUCAULT, M. *Historia de la sexualidad*. México: Siglo XXI, v. 1, 1978.

FOUCAULT, M. *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona, Gedisa, 1980.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico*. São Paulo, Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. *Os Anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, M. *Segurança, território, população*: curso dado no collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*: nascimento da prisão. 30 ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

FREIDSON, E. *How dominant are the professions?* In: Hafferty, F.W e McKinlay, J.B. *The changing medical profession: An international perspective*. New York: Oxford University Press.1993.

FREIDSON, E. *Renascimento do profissionalismo*; tradução Celso Mauro Paciornik. São Paulo: editora da Universidade de São Paulo, 1998. (clássicos, 12).

FREIDSON, E. *La Profesión Médica*. Barcelona, Ediciones Península, 1978.

FREIDSON, E. *Professional Powers*. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge. Chicago, The University of Chicago Press, 1988.

FRY, P. *Direito positivo versus direito clássico*: a psicologização do crime no Brasil no pensamento de Heitor Carrilho. Em: Sérvulo A. Figueira (org.) *Cultura da psicanálise*. São Paulo, Brasiliense, 1985, pp. 116-42.

GIDDENS, A. *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona, Ediciones Península, 1995.

GOMES, Ana Carolina Vimieiro. *A emergência da biotipologia no Brasil: medir e classificar a morfologia, a fisiologia e o temperamento do brasileiro na década de 1930*. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi Ciências Humanas, Belém, v. 7, n. 3, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-81222012000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-81222012000300006>.

GUTHEIL, T.G. *Questões legais na psiquiatria*. In: KAPLAN, H.; SADOCK, B. Tratado de Psiquiatria. São Paulo: Ed. Artes Médicas Sul Ltda., 1999, pp. 2968-2990.

HAMILTON, F.A.; POLI, P.; BLANCA, R.M. *Caderno de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas*, Florianópolis, v.10, n.97, p. 53-79, jul./dez. 2009 ISSN 1984-8951. Disponível em: <<file:///C:/Documents%20and%20Settings/Priscilla/My%20Documents/Doutorado/hist.%20cult%20e%20individuo/Trabalho%20interdiscipl/fontes%20online/C%C3%B3pia%20de%20interdisciplinaridade%20na%20modernidade.htm>>.

HARE, R. *The revised psychopathy checklist*. Toronto, Multi-Health Systems, 1991.

HARRIS, R. *Assassinato e loucura*. Medicina, leis e sociedade no fim de século. Rio de Janeiro, Rocco, 1993.

HIRDES, Alice. *A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Feb. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Feb. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232009000100036.

ILICH, I. *Nêmesis médica. La expropiación de la salud*. México, Joaquín Moritz-Planeta, 1987.

JABERT, A. *Formas de administração da loucura na Primeira República: o caso do estado do Espírito Santo*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, n. 3, p. 693-716, set.-dez. 2005.

JACÓ-VILELA, et al. *Medicina Legal nas Teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1830-1930): o encontro entre medicina e direito, uma das condições de emergência da psicologia jurídica*. Interações, vol. X, n 19, jan-jun, 2005. pp. 9-34.

KEMSHALL, H. *Crime and Risk*. In Taylor-Gooby; Zinn, Risk in Social Science. Oxford: Oxford University Press, 2006: pp. 76-93.

KEMSHALL, H. *Understanding Risk in Criminal Justice Buckingham*: Open University Press, 2003.

KEMSHALL, H. *Effective Practice in Provation: An Example of “Advanced Liberal Responsibilization”*. Howard Journal of Criminal Justice 41 (1): 2002, pp. 41-58.

LAPLANTINE, F. *Antropologia da doença*. São Paulo, Martins Fontes, 1991.

LIMA, Ana Cristina Costa; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. *A força-tarefa da psiquiatria do desenvolvimento*. Physis, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, dez. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 maio 2012.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000400009>.

LUPTON, D. *Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health*. International Journal of Health Services 23, 1993, p. 42 ---- Risk. London: Routledge, 1999.

LUZ, Madel Therezinha. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro.

MACHADO, Roberto et al. *Danação da Norma: a Medicina Social e construção da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MALUF, Sônia Weidner. *Gênerom Saúde e Aflição: Políticas públicas, ativismo e experiências sociais*. In: MALUF, Sônia Weidner; TORNQUIST, Carmen Susana (org). *Gênero, Saúde e Aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

MANGIA, Elisabete Ferreira. *Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300028&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2008000300028.

MATHES, Priscilla Gomes. *CRIMINALIZAÇÃO DA LOUCURA E MEDICALIZAÇÃO DO CRIME: trajetórias e tendências da psiquiatria forense*. 2010,140 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MATHES, Priscilla Gomes. *Perícia técnica e arbitragem social: o caso do Serviço Social na área criminal do Poder Judiciário de Santa Catarina*. Relatório final. Florianópolis, agosto de 2007.

MECLER, Kátia. *Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito*. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 20, n. 1, abr. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 nov. 2014.

MELO, Augusto Luís Nobre de. (1979) *Psiquiatria*. v. 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira FENAME.

MENENDEZ, E. *Antropologia Médica e Epidemiologia*. Processo de Convergência ou Processo de Medicalização? In: ALVES, PC., and RABELO, MC. orgs. *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998. pp. 71-93. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

MENENDEZ, E. *Relaciones sociales de cura y control*. Notas sobre el desarrollo del modelo médico hegemónico. *Revista Paraguaya de Sociología*, a. 21, n. 61, pp. 153-161, 1984.

MENENDEZ, Eduardo L.. *El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores*. *Salud colectiva*, Lanús, v. 1, n. 1, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652005000100002&lng=es&nrm=iso>. Acessado em: 26 jul. 2014.

MITJAVILA, M. Ciência, técnica y algo más: los psiquiatras forenses como árbitros de la criminalidad. In: MARTINS, R.A. et. al. (orgs). *Filosofia e história da ciência no Cone Sul*. Seleção de trabalhos do 6º Encontro. Campinas: Associação de Filosofia e História da Ciência do Cone Sul (AFHIC), 2010. p.: 439 – 446.

MITJAVILA, M. *O risco como recurso para a arbitragem social*. *Tempo Social; Revista de Sociologia*. USP, S. Paulo, 14 (2): pp.129-145, outubro de 2002. ISSN0103-2070.

MITJAVILA, M. *Perícia técnica e arbitragem Social: Um estudo sobre o Serviço Social do Poder Judiciário no Estado de Santa Catarina*. In: Anais do IX Enpess - Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social 30 de novembro a 03 de dezembro de 2004 - PUCRS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. CD-rom ISBN 85-8952-07-8.

MITJAVILA, M. *A perícia no serviço social: bases sócio-institucionais e (re)construção do perfil profissional na contemporaneidade*.

SIMPÓSIO CATARINENSE DE SERVIÇO SOCIAL. Os Instrumentos Técnicos do Serviço Social. Florianópolis, pp. 5-35, Out. de 2003.

MITJAVILA, M. *El saber médico y la medicalización del espacio social*. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República Oriental del Uruguay, 1998, 48 p.

MITJAVILA, M. Medicalização do crime: olhares e estratégias da psiquiatria forense na avaliação da periculosidade criminal. In.: CAPONI, S. et.al. (orgs). *Medicalização da Vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Ed. Unisul, 2010. p.165-182.

MITJAVILA, M. R. *Responsabilidade e periculosidade criminal: olhares da medicina psiquiátrica na contemporaneidade*. In: XIV Congresso Brasileiro de Sociologia, Rio de Janeiro, 2009.

MITJAVILA, M. R. *Discursos forenses sobre risco e periculosidade criminal: olhares da medicina psiquiátrica na contemporaneidade*. Relatório Estágio Pós-Doutoral. Departamento de Sociologia da Universidade de São Paulo, 2009.

MITJAVILA, M.R. *Perícia Técnica e Arbitragem Social: o caso do Serviço Social na área criminal do Poder Judiciário de Santa Catarina*. Relatório técnico de pesquisa: CNPq, 2006. 123 p.

MITJAVILA, M.R.; MATHES, P.G. *Representações sociais da periculosidade nas narrativas forenses sobre loucura e responsabilidade penal*. Anais da VII Reunião Antropológica do Mercosul. Porto Alegre, 2007.

MITJAVILA, M; ORTEGA, E. *El preventivismo sanitarista y la institucionalización del Trabajo Social en el Uruguay neobatllista: una indagación genealógica*. Revista Katálisis. Florianópolis. v.8 n.2 jul/dez, pp. 211 – 224. Editora da UFSC, 2005.

MORAES, T.; FRIDMAN, S. *Medicina Forense, Psiquiatria Forense e Lei*. In: TABORDA, G.V.; CHALUB, M; ABDALLA-FILHO, E. (Org.). *Psiquiatria Forense*. Porto Alegre: Artmed, pp.21-30, 2004.

MORANA, H C P. *Identificação do ponto de corte para a escala PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) em população forense brasileira: caracterização de dois subtipos da personalidade; transtorno global e parcial*. Tese de Doutorado. São Paulo, Universidade de São Paulo, 2008.

MORANA, Hilda C P; STONE, Michael H; ABDALLA-FILHO, Elias. *Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers*. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, 2010. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000600005&lng=en&nrm=iso>. Access on: 17 Feb. 2010. doi: 10.1590/S1516-44462006000600005.

MOURA, João Clemente A. Quaresma de; PEIXOTO JUNIOR, Carlos Augusto. NEVES, A. C. *A construção do corpo psiquiátrico*. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. *História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica*. São Paulo: USP; Faculdade de Medicina: UFABC; Universidade Federal do ABC: CD.G Casa de Soluções e Editora, pp. 29-43, 2012.

NASCIMENTO, D.M. *Políticas de segurança pública: punição e técnicas de governo - um estudo arqueológico*. Tese (Doutorado em Psicologia). Florianópolis: UFSC, 2011.

NASCIMENTO, D.M. *Políticas de Segurança Pública: punição e técnicas de governo – um estudo arqueológico*. Tese (Doutorado de Psicologia). Florianópolis: UFSC, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PAULIN, L. F. e TURATO, E. R. (2004) 'Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970'. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, vol. 11(2): pp.241-58, maio-ago.

PAVEZI, Ingrid Berns. *A criação do indivíduo inimputável pela psiquiatria forense como uma forma de exclusão e controle social na contemporaneidade*. Vigilância, Segurança e Controle Social na América Latina, 4-6 de mar, Curitiba, 2009. pp. 300-311. ISSN 2175-9596.

PERES, M.F.T.; NERY FILHO, A. *A Doença Mental no Direito Penal Brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2002.

PICCININI, W.J. Síntese Histórica da Psiquiatria Forense Brasileira. In: J. Taborda, M.; Abdalla-Filho; Chalub, E. *Psiquiatria Forense*. 2ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2012, pp. 38-51.

PICCININI, W. *Índice Bibliográfico Brasileiro de Psiquiatria*. Disponível em: <<http://www.biblioserver.com/walpicci/index.php?m=base&id=17>>.

PICCININI, W.J. *História da Psiquiatria: Eugenia e Higiene Mental*. Psychiatry on line Brasil. Vol.6, nº 9, set. 2001. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano01/wal0901.php>>. Acesso em: 12/jul/2014.

PICCININI, Walmor; ODA, Ana Maria G. R. *História da Psiquiatria: A Loucura e os Legisladores*. Psychiatry on line Brasil. Vol.11, Nº 3, março, 2006. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano06/wal0306.php>. ISSN 1359 7620>.

PINTO, F.R. (2004) *A Penitenciária de Florianópolis e a medicalização do crime (1935-1945)*. Florianópolis, 151f. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Santa Catarina.

POLI NETO, Paulo. *A Medicalização da Beleza*. Florianópolis. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Santa Catarina. 2006.

POLI NETO, Paulo; CAPONI, Sandra N.C. *A medicalização da beleza*. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 23, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 maio 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000300012>.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
Departamento de Psicologia. *O poder na obra de Foucault e as estratégias do contemporâneo*. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

PORTOCARRERRO, V.M. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e descontinuidade histórica da psiquiatria* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/p26q6/pdf/portocarrero-9788575413883.pdf>>.

PORTOCARRERRO, V.M. *O dispositivo da saúde mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira*. Tese de doutoramento, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.

PRADO FILHO, K. Uma genealogia das práticas de normalização nas sociedades ocidentais. In.: CAPONI, S. et.al. (orgs). *Medicalização da Vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Ed. Unisul, 2010. p.183-191.

REBELO, F.P. *A Penitenciária de Florianópolis e a medicalização do crime (1935-1945)*. Florianópolis, 151f. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

REBELO, Fernanda; CAPONI, Sandra. A medicalização do crime: a Penitenciária de Florianópolis como espaço de saber e poder (1933-1945). *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 11, n. 22, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2009. doi: 10.1590/S1414-32832007000200002.

RIBEIRO, Paulo Silvino. *Franco da Rocha e publicação de suas idéias: uma análise do meio social na explicação etiológica da loucura*. Cadernos de História da Ciência, São Paulo, v. 6, n. 1, jul. 2010. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-76342010000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2014.

RIGONATTI, S. P. Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica. São Paulo: Vetor, 2003.

ROSE, N. *The Dead of the Social? Refiguring the territory of Government*. *Economy and Society* 25 (3), pp. 327-356, 1996.

RUSSO, Jane. *O mundo PSI no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.

SERAFIM, A. P. *Aspectos etiológicos do comportamento criminoso: parâmetros biológicos, psicológicos e sociais*. In: RIGONATTI, Paulo Sérgio; SERAFIN, Antônio P.; BARROS, Edgard Luiz de Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica, São Paulo: Vetor, pp. 49-64, 2003.

SERPA JR., Octavio Domont de. *O degenerado*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, Dec. 2010.

Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000600011&lng=en&nrm=iso>. Access on: 13 Oct. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702010000600011>.

SHOSTAK, S. et.al. Sequencing and Its Consequences: Path Dependence and the Relationships between Genetics and Medicalization. *Rutgers University AJS*. Volume 114. Suppl. S287-S316 S287, 2008.

SILVA, Eliana Gesteira da; FONSECA, Alexandre Brasil. *Ciência, estética e raça: observando imagens e textos no periódico O Brasil Médico, 1928-1945*. História, Ciências Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, nov. 2013. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000501287&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702013000400011>.

SORDI, R.E.; KNIJNIK, J. *Periculosidade*. In: CATALDO NETO, A.; GAUER, G.; FURTADO, N. (Org.). *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: Edipucrs, 2003, pp. 909-912.

SZASZ, T. P J' Accuse: Psychiatry and the Diminished American Capacity for Justice. *Political Psychology*, vol. 2, 1980, pp. 106-113.

TABORDA, J. G. Exame Pericial Psiquiátrico. In: J. Taborda, M.; Abdalla-Filho; Chalub, E. *Psiquiatria Forense*. 2ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2012, pp. 52-82.

TABORDA, José G V; ARBOLEDA-FLOREZ, Júlio. *Ética em psiquiatria forense: atividades pericial e clínica e pesquisa com prisioneiros*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2006;28(Supl II):S86-92. São Paulo, 2011. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000600007&lng=en&nrm=iso>. Access on: 30 Mar. 2011.
 doi: 10.1590/S1516-44462006000600007.

TEITELBAUM, P.O. *Documentos Médico-Psiquiátricos Legais*. In: CATALDO NETO, A.; GAUER, G.; FURTADO, N. (Org.). *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: Edipucrs, 2003, p.903-908.

TEIXEIRA, A.; BORDINI, E.B.T. *Decisões judiciais da Vara das Execuções Criminais*: punindo sempre mais. São Paulo Perspec. São Paulo, v. 18, n. 1, 2004.

TESSER, Charles Dalcanale. *Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica*. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 10, n. 20, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 maio 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200006>.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. *Racionalidades médicas e integralidade*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Feb. 2008. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso>. Access on: 08 Aug. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100024>.

THOMSON, I. *Clinical managemen in forensic psychiatry*. Journal of Forensic Psychiatry v. 10, p. 367-90, 1999.

TRINDADE, D.F. *Interdisciplinaridade: Um novo olhar sobre as Ciências*. In.: FAZENDA, Ivani. *O que é interdisciplinaridade?* p. 65-83. São Paulo: Cortez, 2008.

VALENCA, Alexandre Martins; MORAES, Talvane Marins de. *Relação entre homicídio e transtornos mentais*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 28 (Supl II): 28 (Supl II): S62-8, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000600003>.

VASCONCELLOS-SILVA, P.R.; CASTIEL, L.D. *Proliferação das rupturas paradigmáticas: o caso da medicina baseada em evidências*. Revista de Saúde Pública, vol.39, no.3, pp.498-506. Jun, 2005.

VENÂNCIO, A. T. A. *Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil*. História, Ciências, Saúde- Manguinhos, vol. 10(3): pp. 883-900, set.-dez, 2003.

VENANCIO, Ana Teresa A. *As faces de Juliano Moreira: luzes e sombras sobre seu acervo pessoal e suas publicações*. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, v.2 n.36, p.59-73. 2005.

WEBSTER, C. D. et al. *HCR-20: Assessing Risk for Violence*. Version 2. Vancouver: Mental Health, Law, and Policy. Institute Simon Frazer University, 1997.

WEBSTER, C. D. et al. *The HCR-20 scheme: the assessment of dangerousness and risk*. Vancouver, Simon Fraser University and British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission, 1995.

WHO – World Health Organization, 2014. Disponível em <<http://www.who.int/classifications/icd/en/>>. Acessado em 02/11/2014.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista a Informantes-chave

Roteiro de Entrevista a Informantes-chave

- Utilizam algum tipo de material de referência
- Qual o tipo de material de referência que utilizam na prática forense
 1. Manuais
 2. Instrumentos
 3. Orientações
- Avaliação de imputabilidade:
 1. Bibliografia
 2. Instrumentos
- Avaliação de periculosidade criminal:
 1. Bibliografia
 2. Instrumentos
- Testes de avaliação de periculosidade cuja existência conhecem
 - HCR-20
 - PCL-R
 - LOUDET
 - BURGES
 - PRUNES
 - SCHIEDT
 - OUTROS
- 1. Conhecem quais
 2. Utilizam quais

APÊNDICE B - Quadro – Os “Personality Disorders” e suas características diagnósticas nos DSMs I, II, III, IV e 5

APÊNDICE B - Quadro – Os “Personality Disorders” e suas características diagnósticas nos DSMs I, II, III, IV e 5

Manual		DSM I	DSM II	DSM III	DSM IV	DSM 5
Atributos	Identificação	Personality Disorders	Personality Disorders	Personality Disorders	Personality Disorders	Section II: Personality Disorders
	Descrição	<p>“These disorders are characterized by developmental defects or pathological trends in the personality structure, with minimal subjective anxiety, and little or no sense of distress. In most instances, the disorder is manifested by</p>	<p>This group of disorders is characterized by deeply ingrained maladaptive patterns of behavior that are perceptibly different in quality from psychotic and neurotic symptoms. Generally, these are lifelong patterns, often recognizable by the time of</p>	<p>Personality traits are enduring patterns of perceiving, relating to, and thinking about the environment and oneself, and are exhibited in a wide range of important social and personal contexts. It is only when personality traits are inflexible and maladaptive and cause either</p>	<p>A Personality Disorder is an enduring pattern of inner experience and behavior that deviates markedly from the expectations of the individual's culture, is pervasive and inflexible, has an onset in adolescence or early adulthood, is</p>	<p>A personality disorder is an enduring pattern of inner experience and behavior that deviates markedly from the expectations of the individual's culture, is pervasive and inflexible, has an onset in adolescence or early adulthood, is stable over time, and leads to</p>

		<p>a lifelong pattern of action or behavior, rather than by mental or emotional symptoms.” (p. 34)</p>	<p>adolescence or earlier.</p>	<p>significant impairment in social or occupational functioning or subjective distress that they constitute Personality Disorders. The manifestations of Personality Disorders are generally recognizable by adolescence or earlier and continue throughout most of adult life, though they often become less obvious in middle or old age.</p>	<p>stable over time, and leads to distress or impairment.</p>	<p>distress or impairment. With any ongoing review process, especially one of this complexity, different viewpoints emerge, and an effort was made to accommodate them. Thus, personality disorders are included in both Sections II and III. The material in Section II represents an update of text associated with the same criteria found in DSM-IV-TR, whereas Section III includes the proposed research model for personality</p>
--	--	--	--------------------------------	---	---	--

							disorder diagnosis and conceptualization developed by the DSM-5 Personality and Disorders Work Group.
Categoria diagnóstica específica – Identificação	000-x40 Personality pattern disturbance - Inadequate personality - Schizoid personality - Cyclothymic personality	301.0 Paranoid personality 301.1 Cyclothymic personality 301.2 Schizoid personality	Grupo 1: 301.00 Paranoid 301.20 Schizoid 301.22 Schizotypal	Grupo A: 301.0 Paranoid Personality Disorder 301.20 Schizoid Personality Disorder	Grupo A: 301.0 (F60.0) Paranoid Personality Disorder 301.20 (F60.1) Schizoid Personality Disorder 301.22 (F21) Schizotypal Personality Disorder	Grupo B: 301.7 (F60.2) Antisocial	
	- Paranoid personality 000-x50 Personality trait	301.3 Explosive personality 301.4 Obsessive compulsive personality 301.5	Grupo 2: 301.50 Histrionic 301.81 Narcissistic 301.70 Antisocial	301.22 Schizotypal Personality Disorder Grupo B: 301.7 Antisocial			

	disturbance	Hysterical personality	301.83 Borderline	Personality Disorder	Personality Disorder
	- Emotionally unstable personality	301.6 Asthenic personality	Grupo 3:	301.83 Borderline Personality Disorder	301.83 (F60.3) Borderline Personality Disorder
	- Passive-aggressive personality	301.7 Antisocial personality	301.82 Avoidant	301.82 Personality Disorder	301.82 (F60.4) Histriotic Personality Disorder
	- Compulsive personality	301.81 Passive-aggressive personality	301.60 Dependent	301.50 Histriotic Personality Disorder	301.50 (F60.4) Histriotic Personality Disorder
	- Personality trait disturbance, other	301.82 Inadequate personality	301.40 Compulsive	301.81 Narcissistic Personality Disorder	301.81 (F60.81) Narcissistic Personality Disorder
	000-X60 Sociopathic personality disturbance	301.89 Other personality disorders of specified types (Immature personality)	301.84 Passive-aggressive Inespecifico:	Grupo C:	Grupo C:
	- Antisocial reaction	301.9 [Unspecified personality	301.89 Atypical, mixed or other personality disorder	301.82 Avoidant Personality Disorder	301.82 (F60.6) Avoidant Personality Disorder
	- Dyssocial reaction	301.9 [Unspecified personality	301.6 Dependent Personality Disorder	301.6 Dependent Personality Disorder	301.6(F60.7) Personality Disorder
	- Sexual		301.4 Obsessive-	301.4 Obsessive-	

	deviation - Addiction (Alcoholism; Drug addiction) 000-x70 Special symptom reactions - Learning disturbance - Speech disturbance - Enuresis - Somnambulism - Other	disorder]		Compulsive Personality Disorder Inspecific: 301.9 Personality Disorder Not Otherwise Specified	Dependent Personality Disorder 301.4 (F60.5) Obsessive-Compulsive Personality Disorder Other Personality Disorders:
--	---	-----------	--	---	--

					<p>310.1 (F07.0) Personality Change</p> <p>Due to Another Medical Condition</p> <p>301.89 (F60.89) Other Specified Personality Disorder</p> <p>301.9 (F60.9) Unspecified Personality Disorder</p>	<p>- Estrutura com mudanças e permanências (Diagnostic Features, Associated Features and Disorders, Supporting</p>	<p>- Estrutura se definindo (Diagnostic Features, Associated Features and Disorders, Specific</p>	<p>- Modificações de estrutura (Associated features, Impairment, Complications, Predisposing</p>	<p>- Deixam de fazer parte dos "personality disorders" as "sexual disorders", "addiction" e "Special</p>	<p>Dividido em três grupos principais com um grupo adicional "for flexibility in diagnosis", e categorizado</p>	<p>Características</p>
--	--	--	--	--	---	--	---	--	--	---	-------------------------------

	<p>sob "special symptom reactions"</p>	<p>symptom reactions" - Passa a ter o "unspecified personality disorder"</p>	<p>factors, Prevalence, Sex ratio, Familial pattern, Differential diagnosis) - Quadro com descrição de critérios diagnósticos - "In this manual diagnoses of more than one Personality Disorder should be made if the individual meets the criteria for more than one." - Necessidade do indivíduo</p>	<p>Culture, Age, and Gender Features, Prevalence, Course, Familial Pattern, Differential Diagnosis) - Apresentação do modelo dimensional como uma perspectiva sob investigação - "Passive-Aggressive" deixa de fazer parte dos distúrbios de personalidade</p>	<p>Diagnosis, Prevalence, Development and Course, Risk and Prognostic Factors, Culture-Related Diagnostic issues, Gender-Related Diagnostic issues, Differential Diagnosis) - Apresentação de critérios para um "General Personality Disorder" - Duas apresentações dos "Personality Disorders", na Seção II e na Section III, intitulado "Alternative</p>
--	--	--	--	--	---

				<p>Personality Disorders são novas categorias diagnósticas incluídas nesta edição. - - Relação de correspondência entre</p> <p>“Disorders of Childhood or Adolescence” e “Personality Disorders” são introduzidas</p> <p>- Espaço para discussão da relação entre o CID-9 e o DSM-III (Appendix D)</p>	<p>“obsessive-compulsive personality disorder”</p> <p>- Surgimento do</p> <p>“Cautionary Statement” para</p> <p>“</p> <p>- Apresentação de relação entre códigos do DSM-IV e do CID-10</p> <p>- Introdução de “Outline for Cultural Formulation” e um glossário de “Culture-Bound Syndromes”</p>	<p>DSM-5 Model for Personality Disorder” a partir do modelo dimensional</p> <p>- Ampliação do “Cautionary Statement” para “Cautionary Statement for Forensic Use of DSM-5”</p>
Antissocial	000-x61	301.7 Antissocial	301.70 Antissocial	301.7 Antissocial	301.7 Antissocial	301.7 (F60.2) Antissocial

<p>(CID 320.4) Antisocial reaction</p> <p>This term refers to chronically antisocial individuals who are always in trouble, profiting neither from experience nor punishment, and maintaining no real loyalties to any person, group, or code. They are frequently hedonistic, showing marked emotional immaturity.</p>	<p>personality</p> <p>This term is reserved for individuals who are basically unsocialized and whose behavior pattern brings them repeatedly into conflict with society. They are incapable of significant loyalty to individuals, groups, or social values. They are grossly selfish, callous, irresponsible, impulsive, and unable to feel guilt or to learn from</p>	<p>Personality Disorder</p> <p>The essential feature is a Disorder in which there are a history of continuous and chronic antisocial behavior in which the rights of others are violated, persistence into adult life of a pattern of antisocial behavior that began before the age of 15, and failure to sustain good job performance over a period of several years</p>	<p>Personality Disorder</p> <p>The essential feature of Antisocial Personality Disorder is a pervasive pattern of disregard for, and violation of, the rights of others that begins in childhood or early adolescence and continues into adulthood. This pattern has also been referred to as <i>psychopathy</i>, or <i>dysocial personality disorder</i></p>	<p>Personality Disorder</p> <p>The essential feature of antisocial personality disorder is a pervasive pattern of disregard for, and violation of, the rights of others that begins in childhood or early adolescence and continues into adulthood. This pattern has also been referred to as <i>psychopathy</i>, or <i>dysocial personality disorder</i>. Because deceit and manipulation are central features of</p>
---	---	---	---	--

	<p>with lack of responsibility, lack of judgment, and an ability to rationalize their behavior so that it appears warranted, reasonable, and justified. The term includes cases previously classified as "constitutional psychopathic state" and "psychopathic personality." As defined here the term is more limited, as well as more specific in its</p>	<p>experience and punishment. Frustration tolerance is low. They tend to blame others or offer plausible rationalizations for their behavior. A mere history of repeated legal or social offenses is not sufficient to justify this diagnosis.</p>	<p>(although this may not be evident in individuals who are self-employed or who have not been in a position to demonstrate this feature, e.g., students or housewives). The antisocial behavior is not due to either severe Mental Retardation, Schizophrenia, or manic episodes. Lying, stealing, fighting, truancy, and resisting authority are typical early childhood signs. In</p>	<p>Because deceit and manipulation are central features of Antisocial Personality Disorder, it may be especially helpful to integrate information acquired from systematic clinical assessment with information collected from collateral sources.</p>	<p>antisocial personality disorder, it may be especially helpful to integrate information acquired from systematic clinical assessment with information collected from collateral sources.</p>
--	--	--	--	--	--

	application.	adolescence, unusually early or aggressive sexual behavior, excessive drinking, and use of illicit drugs are frequent. In adulthood, these kinds of behavior continue, with the addition of inability to sustain consistent work performance or to function as a responsible parent and failure to accept social norms with respect to lawful behavior. After age 30 the more flagrant aspects may diminish.		
--	--------------	--	--	--

			particularly sexual promiscuity, fighting, criminality, and vagrancy.		
--	--	--	--	--	--

**ANEXO A – Diagnostic and Statistical Manual – Mental Disorders
(DSM-I)**

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL

MENTAL DISORDERS

Prepared by
The Committee on Nomenclature and Statistics of the
American Psychiatric Association

PUBLISHED BY
AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
MENTAL HOSPITAL SERVICE
1785 MASSACHUSETTS AVE., N. W.
WASHINGTON 6, D. C.
1952

Click Table of Contents entries to reach corresponding book sections.

TABLE OF CONTENTS

		PAGE
FOREWORD	v
SECTION I	STANDARD NOMENCLATURE, DISEASES OF THE PSYCHOBIOLOGIC UNIT ¹	1
SECTION II	A. Introduction to the Revised Nomenclature.....	9
	B. Definition of Terms.....	12
SECTION III	RECORDING OF PSYCHIATRIC CONDITIONS.....	44
	A. General Requirements	44
	B. Special Requirements	46
SECTION IV	STATISTICAL REPORTING	52
	A. Basic Principles	52
	B. Suggested Tabulations	59
SECTION V	STATISTICAL CLASSIFICATION OF MENTAL DISORDER.....	73
APPENDIX A	APPENDIX TO THE STANDARD NOMENCLATURE AND INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION ¹	87
APPENDIX B	DISEASES OF THE PSYCHOBIOLOGIC UNIT OF THE NOMENCLATURE OF DISEASE ²	103
APPENDIX C	SUPPLEMENTARY TERMS (PARTIAL LIST) ¹	120
APPENDIX D	STATE HOSPITAL SYSTEMS WITH STATISTICAL OFFICES....	129

¹ Reprinted from "Standard Nomenclature of Diseases and Operations," Fourth Edition, Published for American Medical Association, The Blakistone Co., Philadelphia, 1952, by permission of the copyright owners.

² Reprinted from "Textbook and Guide to the Standard Nomenclature of Diseases and Operations," Physicians Record Co., Chicago, Ill., by permission of the copyright owners.

STANDARD NOMENCLATURE

7

PERSONALITY DISORDERS

— X DISORDERS OF PSYCHOGENIC ORIGIN OR WITHOUT CLEARLY DEFINED
TANGIBLE CAUSE OR STRUCTURAL CHANGE

000-x40	Personality pattern disturbance	(320.7) *
000-x41	Inadequate personality	(320.3)
000-x42	Schizoid personality	(320.0)
000-x43	Cyclothymic personality	(320.2)
000-x44	Paranoid personality	(320.1)
000-x50	Personality trait disturbance	(321.5) *
000-x51	Emotionally unstable personality	(321.0)
000-x52	Passive-aggressive personality	(321.1) *
000-x53	Compulsive personality	(321.5)
000-x5y	Personality trait disturbance, other	(321.5) *
000-x60	Sociopathic personality disturbance	(320.7) *
000-x61	Antisocial reaction	(320.4)
000-x62	Dyssocial reaction	(320.5)
000-x63	Sexual deviation. <i>Specify Supplementary Term</i>	(320.6)
000-x64	Addiction	
000-x641	Alcoholism	(322.1)
000-x642	Drug addiction	(323)
000-x70	Special symptom reactions	(321.4) *
000-x71	Learning disturbance	(326.0) *
000-x72	Speech disturbance	(326.2) *
000-x73	Enuresis	(321.3)
000-x74	Somnambulism	(321.4)
000-x7y	Other	(321.4) *

TRANSIENT SITUATIONAL PERSONALITY DISORDERS

000-x80	Transient situational personality disturbance	(326.4) *
000-x81	Gross stress reaction	(326.3) *
000-x82	Adult situational reaction	(326.6) *
000-x83	Adjustment reaction of infancy	(324.0) *
000-x84	Adjustment reaction of childhood	(324.1) *
000-x841	Habit disturbance	(324.1) *
000-x842	Conduct disturbance	(324.1) *
000-x843	Neurotic traits	(324.1) *
000-x85	Adjustment reaction of adolescence	(324.2) *
000-x86	Adjustment reaction of late life	(326.5) *

000-x60 SOCIOPATHIC PERSONALITY DISTURBANCE

Individuals to be placed in this category are ill primarily in terms of society and of conformity with the prevailing cultural milieu, and not only in terms of personal discomfort and relations with other individuals. However, sociopathic reactions are very often symptomatic of severe underlying personality disorder, neurosis, or psychosis, or occur as the result of organic brain injury or disease. Before a definitive diagnosis in this group is employed, strict attention must be paid to the possibility of the presence of a more primary personality disturbance; such underlying disturbance will be diagnosed when recognized. Reactions will be differentiated as defined below.

000-x61 Antisocial reaction

This term refers to chronically antisocial individuals who are always in trouble, profiting neither from experience nor punishment, and maintaining no real loyalties to any person, group, or code. They are frequently callous and hedonistic, showing marked emotional immaturity, with lack of sense of responsibility, lack of judgment, and an ability to rationalize their behavior so that it appears warranted, reasonable, and justified.

The term includes cases previously classified as "constitutional psychopathic state" and "psychopathic personality." As defined here the term is more limited, as well as more specific in its application.

000-x62 Dyssocial reaction

This term applies to individuals who manifest disregard for the usual social codes, and often come in conflict with them, as the result of having lived all their lives in an abnormal moral environment. They may be capable of strong loyalties. These individuals typically do not show significant personality deviations other than those implied by adherence to the values or code of their own predatory, criminal, or other social group. The term includes such diagnoses as "pseudosocial personality" and "psychopathic personality with asocial and amoral trends."

000-x63 Sexual deviation

This diagnosis is reserved for deviant sexuality which is not symptomatic of more extensive syndromes, such as schizophrenic and obsessional reactions.

DEFINITION OF TERMS

39

The term includes most of the cases formerly classed as "psychopathic personality with pathologic sexuality." The diagnosis will specify the type of the pathologic behavior, such as homosexuality, transvestism, pedophilia, fetishism and sexual sadism (including rape, sexual assault, mutilation).

000-x64 Addiction

Addictions will be classified as defined below.

000-x641 Alcoholism

Included in this category will be cases in which there is well established addiction to alcohol without recognizable underlying disorder. Simple drunkenness and acute poisoning due to alcohol are not included in this category.

000-x642 Drug addiction

Drug addiction is usually symptomatic of a personality disorder, and will be classified here while the individual is actually addicted; the proper personality classification is to be made as an additional diagnosis. Drug addictions symptomatic of organic brain disorders, psychotic disorders, psychophysiologic disorders, and psychoneurotic disorders are classified here as a secondary diagnosis.

000-x70 SPECIAL SYMPTOM REACTIONS

This category is useful in occasional situations where a specific symptom is the single outstanding expression of the psychopathology. This term will not be used as a diagnosis, however, when the symptoms are associated with, or are secondary to, organic illnesses and defects, or to other psychiatric disorders. Thus, for example, the diagnosis Special symptom reaction, speech disturbance would be used for certain disturbances in speech in which there are insufficient other symptoms to justify any other definite diagnosis. This type of speech disturbance often develops in childhood. It would not be used for a speech impairment that was a temporary symptom of conversion hysteria or the result of any organic disease or defect.

The diagnosis should specify the particular "habit." (000-x71 Learning disturbance; 000-x72 Speech disturbance; 000-x73 Enuresis; 000-x74 Somnambulism; 000-x7y Other.)

**ANEXO B – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
Second Edition (DSM-II): seleção de textos**

DSM-II

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL

MANUAL

OF

MENTAL

DISORDERS

(Second Edition)

Prepared by

THE COMMITTEE ON NOMENCLATURE AND STATISTICS
OF THE AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Published by

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
1700 18th Street, N. W.
Washington, D. C. 20009

1968

Click Table of Contents entries to reach corresponding book sections.

TABLE OF CONTENTS

Foreword by Ernest M. Gruenberg, M. D., Dr. P. H.	vii
Introduction: The Historical Background of ICD-8 by Morton Kramer, Sc. D.	xi
Section 1 The Use of This Manual: Special Instructions	1
Section 2 The Diagnostic Nomenclature: List of Mental Disorders and Their Code Numbers	5
Section 3 The Definitions of Terms	14
I. Mental Retardation	14
II. Organic Brain Syndromes	22
A. Psychoses Associated with Organic Brain Syndromes	24
B. Non-psychotic Organic Brain Syndromes	31
III. Psychoses not Attributed to Physical Conditions Listed Previously	32
IV. Neuroses	39
V. Personality Disorders and Certain Other Non-psychotic Mental Disorders	41
VI. Psychophysiologic Disorders	46
VII. Special Symptoms	47
VIII. Transient Situational Disturbances	48
IX. Behavior Disorders of Childhood and Adolescence	49
X. Conditions Without Manifest Psychiatric Disorder and Non-specific Conditions	51
XI. Non-diagnostic Terms for Administrative Use	52
Section 4 Statistical Tabulations	53
Section 5 Comparative Listing of Titles and Codes	64
Section 6 Detailed List of Major Disease Categories in ICD-8	83

- [.2 **Reactive confusion**]
[Acute or subacute confusional state]
- [.3 **Acute paranoid reaction**]
- [.9 **Reactive psychosis, unspecified**]
- [299 **Unspecified psychosis**]
[Dementia, insanity or psychosis not otherwise specified]

IV. NEUROSES (300)

300 **Neuroses**

- .0 **Anxiety neurosis**
- .1 **Hysterical neurosis**
 - .13* **Hysterical neurosis, conversion type***
 - .14* **Hysterical neurosis, dissociative type***
- .2 **Phobic neurosis**
- .3 **Obsessive compulsive neurosis**
- .4 **Depressive neurosis**
- .5 **Neurasthenic neurosis** ((Neurasthenia))
- .6 **Depersonalization neurosis** ((Depersonalization syndrome))
- .7 **Hypochondriacal neurosis**
- .8 **Other neurosis**
- [.9 **Unspecified neurosis**]

V. PERSONALITY DISORDERS AND CERTAIN OTHER NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS (301—304)

301 **Personality disorders**

- .0 **Paranoid personality**
- .1 **Cyclothymic personality** ((Affective personality))
- .2 **Schizoid personality**
- .3 **Explosive personality**
- .4 **Obsessive compulsive personality** ((Anankastic personality))
- .5 **Hysterical personality**
- .6 **Asthenic personality**
- .7 **Antisocial personality**
- .81* **Passive-aggressive personality***
- .82* **Inadequate personality***

10 MENTAL DISORDERS

.89* Other personality disorders of specified types*
[.9 Unspecified personality disorder]

302 Sexual deviations

.0 Homosexuality
.1 Fetishism
.2 Pedophilia
.3 Transvestitism
.4 Exhibitionism
.5* Voyeurism*
.6* Sadism*
.7* Masochism*
.8 Other sexual deviation
[.9 Unspecified sexual deviation]

303 Alcoholism

.0 Episodic excessive drinking
.1 Habitual excessive drinking
.2 Alcohol addiction
.9 Other [and unspecified] alcoholism

304 Drug dependence

.0 Drug dependence, opium, opium alkaloids and their derivatives
.1 Drug dependence, synthetic analgesics with morphine-like effects
.2 Drug dependence, barbiturates
.3 Drug dependence, other hypnotics and sedatives or "tranquilizers"
.4 Drug dependence, cocaine
.5 Drug dependence, Cannabis sativa (hashish, marihuana)
.6 Drug dependence, other psycho-stimulants
.7 Drug dependence, hallucinogens
.8 Other drug dependence
[.9 Unspecified drug dependence]

for the outbursts, the diagnosis of *Hysterical neurosis, Non-psychotic OBS with epilepsy* or *Psychosis with epilepsy* should be considered.

301.4 Obsessive compulsive personality ((Anankastic personality))

This behavior pattern is characterized by excessive concern with conformity and adherence to standards of conscience. Consequently, individuals in this group may be rigid, over-inhibited, over-conscientious, over-dutiful, and unable to relax easily. This disorder may lead to an *Obsessive compulsive neurosis* (q.v.), from which it must be distinguished.

301.5 Hysterical personality (Histrionic personality disorder)

These behavior patterns are characterized by excitability, emotional instability, over-reactivity, and self-dramatization. This self-dramatization is always attention-seeking and often seductive, whether or not the patient is aware of its purpose. These personalities are also immature, self-centered, often vain, and usually dependent on others. This disorder must be differentiated from *Hysterical neurosis* (q.v.).

301.6 Asthenic personality

This behavior pattern is characterized by easy fatigability, low energy level, lack of enthusiasm, marked incapacity for enjoyment, and oversensitivity to physical and emotional stress. This disorder must be differentiated from *Neurasthenic neurosis* (q.v.).

301.7 Antisocial personality

This term is reserved for individuals who are basically unsocialized and whose behavior pattern brings them repeatedly into conflict with society. They are incapable of significant loyalty to individuals, groups, or social values. They are grossly selfish, callous, irresponsible, impulsive, and unable to feel guilt or to learn from experience and punishment. Frustration tolerance is low. They tend to blame others or offer plausible rationalizations for their behavior. A mere history of repeated legal or social offenses is not sufficient to justify this diagnosis. *Group delinquent reaction of childhood (or adolescence)* (q.v.), and *Social maladjustment without manifest psychiatric disorder* (q.v.) should be ruled out before making this diagnosis.

301.81* Passive-aggressive personality*

This behavior pattern is characterized by both passivity and aggressiveness. The aggressiveness may be expressed passively, for example by obstructionism, pouting, procrastination, intentional in-

**ANEXO C – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
Third Edition (DSM-III): seleção de textos**



**Diagnostic
and Statistical Manual
of Mental Disorders**
(Third Edition)

Contents

Click Table of Contents entries to reach corresponding book sections.

	Page
Introduction	1
CHAPTER 1 DSM-III Classification: Axes I and II Categories and Codes	15
CHAPTER 2 Use of This Manual	23
CHAPTER 3 The Diagnostic Categories: Text and Criteria	35
Disorders Usually First Evident in Infancy, Childhood, or Adolescence	35
Organic Mental Disorders	101
Substance Use Disorders	163
Schizophrenic Disorders	181
Paranoid Disorders	195
Psychotic Disorders Not Elsewhere Classified	199
Affective Disorders	205
Anxiety Disorders	225
Somatiform Disorders	241
Dissociative Disorders (Hysterical Neuroses, Dissociative Type)	253
Psychosexual Disorders	261
Factitious Disorders	285
Disorders of Impulse Control Not Elsewhere Classified	291
Adjustment Disorder	299
Psychological Factors Affecting Physical Condition	303
Personality Disorders	305
V Codes for Conditions Not Attributable to a Mental Disorder That Are a Focus of Attention or Treatment	331
Additional Codes	335
Appendix A Decision Trees for Differential Diagnosis	339
Appendix B Glossary of Technical Terms	353
Appendix C Annotated Comparative Listing of DSM-II and DSM-III	371
Appendix D Historical Review, ICD-9 Glossary and Classification, and ICD-9-CM Classification	399
Appendix E Classification of Sleep and Arousal Disorders	461
Appendix F DSM-III Field Trials: Interrater Reliability and Listing of Participants	467
Index	483

Personality Disorders

(NOTE: These are coded on Axis II.)

Personality *traits* are enduring patterns of perceiving, relating to, and thinking about the environment and oneself, and are exhibited in a wide range of important social and personal contexts. It is only when *personality traits* are inflexible and maladaptive and cause either significant impairment in social or occupational functioning or subjective distress that they constitute *Personality Disorders*. The manifestations of Personality Disorders are generally recognizable by adolescence or earlier and continue throughout most of adult life, though they often become less obvious in middle or old age.

Many of the features characteristic of the various Personality Disorders, such as Dependent, Paranoid, Schizotypal, or Borderline Personality Disorder, may be seen during an episode of another mental disorder, such as Major Depression. The diagnosis of a Personality Disorder should be made only when the characteristic features are typical of the individual's long-term functioning and are not limited to discrete episodes of illness.

DIAGNOSIS OF PERSONALITY DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Certain Personality Disorders have a relationship to corresponding diagnostic categories in the section Disorders Usually First Evident in Infancy, Childhood, or Adolescence. The corresponding disorders are as follows:

Disorders of Childhood or Adolescence	Personality Disorders
Schizoid Disorder of Childhood or Adolescence	Schizoid Personality Disorder
Avoidant Disorder of Childhood or Adolescence	Avoidant Personality Disorder
Conduct Disorder	Antisocial Personality Disorder
Oppositional Disorder	Passive-Aggressive Personality Disorder
Identity Disorder	Borderline Personality Disorder

If the features of Schizoid or Avoidant Disorder of Childhood or Adolescence continue into adult life, i.e., after age 18, the diagnosis should be changed to the corresponding Personality Disorder. Some children or adolescents with Conduct Disorder, particularly the Undersocialized Aggressive type, may meet the criteria for Antisocial Personality Disorder in adulthood, in which case the diagnosis should be changed. Similarly, some children with Oppositional Dis-

order as adults may have a disorder meeting the criteria for Passive-Aggressive Personality Disorder, and some cases of Identity Disorder may later meet the criteria for Borderline Personality Disorder.

The other Personality Disorder categories may be applied to children or adolescents in those unusual instances in which the particular maladaptive personality traits appear to be stable. When this is done, there is obviously less certainty that the Personality Disorder will persist unchanged over time.

Associated features. Frequently the individual with a Personality Disorder is dissatisfied with the impact his or her behavior is having on others or with his or her inability to function effectively. This may be the case even when the traits that lead to these difficulties are ego-syntonic, that is, are not regarded by the individual as undesirable. In other cases, the traits may be ego-dystonic, but the individual may be unable to modify them despite great effort.

Disturbances of mood, frequently involving depression or anxiety, are common, and may even be the individual's chief complaint.

Age at onset and course. As noted above, Personality Disorders by definition begin in childhood or adolescence and are characteristic of most of adult life.

Impairment. Marked impairment in social and occupational functioning may exist. When occupational functioning is impaired, the impairment is usually sustained, but may be episodic and take the form of recurrent periods of work inhibition (e.g., "writer's block"). With the exception of Antisocial, Schizotypal, and Borderline Personality Disorders, individuals with Personality Disorders rarely require hospitalization unless there is a superimposed disorder, such as a Substance Use Disorder or Major Depression.

PERSONALITY DISORDERS AND PSYCHOTIC DISORDERS

When an individual with a psychotic disorder coded on Axis I, for example, Schizophrenia or Paranoia, has had a preexisting Personality Disorder, the Personality Disorder should also be recorded on Axis II, followed by "Premorbid" in parentheses. For example:

Axis I: 295.32 Schizophrenia, Paranoid, Chronic

Axis II: 301.20 Schizoid Personality Disorder (Premorbid)

SPECIFIC PERSONALITY DISORDERS

Traditionally, in diagnosing Personality Disorders the clinician has been directed to find a single, specific Personality Disorder that adequately describes the individual's disturbed personality functioning. Frequently this can be done only with difficulty, since many individuals exhibit features that are not limited to a single Personality Disorder. In this manual diagnoses of more than one Personality Disorder should be made if the individual meets the criteria for more than one.

Prevalence. This disorder appears to be more common recently than in the past, although this may only be due to greater professional interest in the category.

Predisposing factors, sex ratio, and familial pattern. No information.

Differential diagnosis. Borderline and Histrionic Personality Disorders are often also present; in such instances, multiple diagnoses should be given.

Diagnostic criteria for Narcissistic Personality Disorder

The following are characteristic of the individual's current and long-term functioning, are not limited to episodes of illness, and cause either significant impairment in social or occupational functioning or subjective distress:

- A. Grandiose sense of self-importance or uniqueness, e.g., exaggeration of achievements and talents, focus on the special nature of one's problems.
- B. Preoccupation with fantasies of unlimited success, power, brilliance, beauty, or ideal love.
- C. Exhibitionism: the person requires constant attention and admiration.
- D. Cool indifference or marked feelings of rage, inferiority, shame, humiliation, or emptiness in response to criticism, indifference of others, or defeat.
- E. At least two of the following characteristic of disturbances in interpersonal relationships:
 - (1) entitlement: expectation of special favors without assuming reciprocal responsibilities, e.g., surprise and anger that people will not do what is wanted
 - (2) interpersonal exploitativeness: taking advantage of others to indulge own desires or for self-aggrandizement; disregard for the personal integrity and rights of others
 - (3) relationships that characteristically alternate between the extremes of overidealization and devaluation
 - (4) lack of empathy: inability to recognize how others feel, e.g., unable to appreciate the distress of someone who is seriously ill.

301.70 Antisocial Personality Disorder

The essential feature is a Personality Disorder (p. 305) in which there are a history of continuous and chronic antisocial behavior in which the rights of

others are violated, persistence into adult life of a pattern of antisocial behavior that began before the age of 15, and failure to sustain good job performance over a period of several years (although this may not be evident in individuals who are self-employed or who have not been in a position to demonstrate this feature, e.g., students or housewives). The antisocial behavior is not due to either severe Mental Retardation, Schizophrenia, or manic episodes.

Lying, stealing, fighting, truancy, and resisting authority are typical early childhood signs. In adolescence, unusually early or aggressive sexual behavior, excessive drinking, and use of illicit drugs are frequent. In adulthood, these kinds of behavior continue, with the addition of inability to sustain consistent work performance or to function as a responsible parent and failure to accept social norms with respect to lawful behavior. After age 30 the more flagrant aspects may diminish, particularly sexual promiscuity, fighting, criminality, and vagrancy.

Associated features. Despite the stereotype of a normal mental status in this disorder, frequently there are signs of personal distress, including complaints of tension, inability to tolerate boredom, depression, and the conviction (often correct) that others are hostile toward them. The interpersonal difficulties and dysphoria tend to persist into late adult life even when the more flagrant antisocial behavior has diminished. Almost invariably there is markedly impaired capacity to sustain lasting, close, warm, and responsible relationships with family, friends, or sexual partners.

Impairment. The disorder is often extremely incapacitating, resulting in failure to become an independent, self-supporting adult and in many years of institutionalization, more commonly penal than medical. It is possible, however, for individuals who have some of the features of the disorder to achieve political and economic success; but these people virtually never present the full picture of the disorder, lacking in particular the early onset in childhood that usually interferes with educational achievement and prohibits most public careers.

Complications. Illiteracy and Substance Use Disorders are frequent complications.

Predisposing factors. Predisposing factors are Attention Deficit Disorder and Conduct Disorder during prepuberty. The absence of parental discipline apparently increases the likelihood that Conduct Disorder will develop into Antisocial Personality Disorder. Other predisposing factors include extreme poverty, removal from the home, and growing up without parental figures of both sexes.

Age at onset. By definition the disorder begins before the age of 15. Females' first symptoms usually begin in puberty, whereas males' are usually obvious in early childhood.

Sex ratio. The disorder is much more common in males than in females.

Prevalence. Estimates of the prevalence of Antisocial Personality Disorder for American men are about 3%, and for American women, less than 1%. The disorder is more common in lower-class populations, partly because it is associated with impaired earning capacity and partly because fathers of those with the disorder frequently have the disorder themselves, and consequently their children often grow up in impoverished homes.

Familial pattern. Antisocial Personality Disorder is particularly common in the fathers of both males and females with the disorder. Studies attempting to separate genetic from environmental influences within the family suggest that both are important, since there seems to be inheritance from biological fathers separated from their offspring early in life and a social influence from adoptive fathers. Because of a tendency toward assortative mating, the children of women with Antisocial Personality Disorder who have the disorder themselves are likely to have both a mother and a father with the disorder.

Differential diagnosis. **Conduct Disorder** consists of the typical childhood signs of Antisocial Personality Disorder. Since such behavior may terminate spontaneously or evolve into other disorders such as Schizophrenia, a diagnosis of Antisocial Personality Disorder should not be made in children; it is reserved for adults (18 or over), who have had time to show the full longitudinal pattern.

Adult Antisocial Behavior, in the category Conditions Not Attributable to a Mental Disorder, should be considered when criminal or other aggressive or antisocial behavior occurs in individuals who do not meet the full criteria for Antisocial Personality Disorder and whose antisocial behavior cannot be attributed to any other mental disorder.

When **Substance Abuse** and antisocial behavior begin in childhood and continue into adult life, both Substance Use Disorder and Antisocial Personality Disorder should be diagnosed if the criteria for each disorder are met, regardless of the extent to which some of the antisocial behavior may be a consequence of the Substance Use Disorder, e.g., illegal selling of drugs, or the assaultive behavior associated with Alcohol Intoxication. When antisocial behavior in an adult is associated with a Substance Use Disorder, the diagnosis of Antisocial Personality Disorder is not made unless the childhood signs of Antisocial Personality Disorder were also present and continued without a remission of five years or more between age 15 and adult life.

Severe Mental Retardation and **Schizophrenia** preempt the diagnosis of Antisocial Personality Disorder, because at the present time there is no way to determine when antisocial behavior that occurs in an individual with severe Mental Retardation or Schizophrenia is due to these more severe disorders or to Antisocial Personality Disorder.

Manic episodes may be associated with antisocial behavior. The differential diagnosis is easily made by noting the absence of severe behavior problems in childhood and the sudden change in adult behavior.

Diagnostic criteria for Antisocial Personality Disorder

A. Current age at least 18.

B. Onset before age 15 as indicated by a history of three or more of the following before that age:

- (1) truancy (positive if it amounted to at least five days per year for at least two years, not including the last year of school)
- (2) expulsion or suspension from school for misbehavior
- (3) delinquency (arrested or referred to juvenile court because of behavior)
- (4) running away from home overnight at least twice while living in parental or parental surrogate home
- (5) persistent lying
- (6) repeated sexual intercourse in a casual relationship
- (7) repeated drunkenness or substance abuse
- (8) thefts
- (9) vandalism
- (10) school grades markedly below expectations in relation to estimated or known IQ (may have resulted in repeating a year)
- (11) chronic violations of rules at home and/or at school (other than truancy)
- (12) initiation of fights

C. At least four of the following manifestations of the disorder since age 18:

- (1) inability to sustain consistent work behavior, as indicated by any of the following: (a) too frequent job changes (e.g., three or more jobs in five years not accounted for by nature of job or economic or seasonal fluctuation), (b) significant unemployment (e.g., six months or more in five years when expected to work), (c) serious absenteeism from work (e.g., average three days or more of lateness or absence per month), (d) walking off several jobs without other jobs in sight (Note: similar behavior in an academic setting during the last few years of school may substitute for this criterion in individuals who by reason of their age or circumstances have not had an opportunity to demonstrate occupational adjustment)
- (2) lack of ability to function as a responsible parent as evidenced by one or more of the following: (a) child's malnutrition, (b) child's illness resulting from lack of minimal hygiene standards, (c) failure to obtain medical care for a seriously ill child, (d) child's dependence on neighbors or nonresident relatives for food or shelter, (e) failure to arrange for a caretaker for a child under six when parent

is away from home, (f) repeated squandering, on personal items, of money required for household necessities

(3) failure to accept social norms with respect to lawful behavior, as indicated by any of the following: repeated thefts, illegal occupation (pimping, prostitution, fencing, selling drugs), multiple arrests, a felony conviction

(4) inability to maintain enduring attachment to a sexual partner as indicated by two or more divorces and/or separations (whether legally married or not), desertion of spouse, promiscuity (ten or more sexual partners within one year)

(5) irritability and aggressiveness as indicated by repeated physical fights or assault (not required by one's job or to defend someone or oneself), including spouse or child beating

(6) failure to honor financial obligations, as indicated by repeated defaulting on debts, failure to provide child support, failure to support other dependents on a regular basis

(7) failure to plan ahead, or impulsivity, as indicated by traveling from place to place without a prearranged job or clear goal for the period of travel or clear idea about when the travel would terminate, or lack of a fixed address for a month or more

(8) disregard for the truth as indicated by repeated lying, use of aliases, "conning" others for personal profit

(9) recklessness, as indicated by driving while intoxicated or recurrent speeding

D. A pattern of continuous antisocial behavior in which the rights of others are violated, with no intervening period of at least five years without antisocial behavior between age 15 and the present time (except when the individual was bedridden or confined in a hospital or penal institution).

E. Antisocial behavior is not due to either Severe Mental Retardation, Schizophrenia or manic episodes.

301.83 Borderline Personality Disorder

The essential feature is a Personality Disorder (p. 305) in which there is instability in a variety of areas, including interpersonal behavior, mood, and self-image. No single feature is invariably present. Interpersonal relations are often intense and unstable, with marked shifts of attitude over time. Frequently there is impulsive and unpredictable behavior that is potentially physically self-damaging. Mood is often unstable, with marked shifts from a normal mood to a dysphoric mood or with inappropriate, intense anger or lack of control of anger. A profound identity disturbance may be manifested by uncertainty about several issues relating to identity, such as self-image, gender identity, or long-term goals or values. There may be problems tolerating being alone, and chronic feelings of emptiness or boredom.

**ANEXO D – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
Fourth Edition (DSM-IV): seleção de textos**

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS

FOURTH EDITION

DSM-IV™



PUBLISHED BY THE
AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
WASHINGTON, DC

Contents

Click Table of Contents entries to reach corresponding book sections.

- Task Force on DSM-IV ix
- Acknowledgments xiii
- Introduction xv
- Cautionary Statement xxvii
- Use of the Manual 1
- DSM-IV Classification 13
- Multiaxial Assessment 25
- Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood, or Adolescence 37
- Delirium, Dementia, and Amnesic and Other Cognitive Disorders 123
- Mental Disorders Due to a General Medical Condition 165
- Substance-Related Disorders 175
- Schizophrenia and Other Psychotic Disorders 273
- Mood Disorders 317
- Anxiety Disorders 393
- Somatoform Disorders 445
- Factitious Disorders 471
- Dissociative Disorders 477
- Sexual and Gender Identity Disorders 493
- Eating Disorders 539
- Sleep Disorders 551
- Impulse-Control Disorders Not Elsewhere Classified 609
- Adjustment Disorders 623

Personality Disorders

This section begins with a general definition of Personality Disorder that applies to each of the 10 specific Personality Disorders. A Personality Disorder is an enduring pattern of inner experience and behavior that deviates markedly from the expectations of the individual's culture, is pervasive and inflexible, has an onset in adolescence or early adulthood, is stable over time, and leads to distress or impairment. The Personality Disorders included in this section are listed below.

Paranoid Personality Disorder is a pattern of distrust and suspiciousness such that others' motives are interpreted as malevolent.

Schizoid Personality Disorder is a pattern of detachment from social relationships and a restricted range of emotional expression.

Schizotypal Personality Disorder is a pattern of acute discomfort in close relationships, cognitive or perceptual distortions, and eccentricities of behavior.

Antisocial Personality Disorder is a pattern of disregard for, and violation of, the rights of others.

Borderline Personality Disorder is a pattern of instability in interpersonal relationships, self-image, and affects, and marked impulsivity.

Histrionic Personality Disorder is a pattern of excessive emotionality and attention seeking.

Narcissistic Personality Disorder is a pattern of grandiosity, need for admiration, and lack of empathy.

Avoidant Personality Disorder is a pattern of social inhibition, feelings of inadequacy, and hypersensitivity to negative evaluation.

Dependent Personality Disorder is a pattern of submissive and clinging behavior related to an excessive need to be taken care of.

Obsessive-Compulsive Personality Disorder is a pattern of preoccupation with orderliness, perfectionism, and control.

Personality Disorder Not Otherwise Specified is a category provided for two situations: 1) the individual's personality pattern meets the general criteria for a Personality Disorder and traits of several different Personality Disorders are present, but the criteria for any specific Personality Disorder are not met; or 2) the individual's personality pattern meets the general criteria for a Personality Disorder, but the individual is considered to have a Personality Disorder that is not included in the Classification (e.g., passive-aggressive personality disorder).

The Personality Disorders are grouped into three clusters based on descriptive similarities. Cluster A includes the Paranoid, Schizoid, and Schizotypal Personality Disorders. Individuals with these disorders often appear odd or eccentric. Cluster B

630 Personality Disorders

includes the Antisocial, Borderline, Histrionic, and Narcissistic Personality Disorders. Individuals with these disorders often appear dramatic, emotional, or erratic. Cluster C includes the Avoidant, Dependent, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders. Individuals with these disorders often appear anxious or fearful. It should be noted that this clustering system, although useful in some research and educational situations, has serious limitations and has not been consistently validated. Moreover, individuals frequently present with co-occurring Personality Disorders from different clusters.

Diagnostic Features

Personality traits are enduring patterns of perceiving, relating to, and thinking about the environment and oneself that are exhibited in a wide range of social and personal contexts. Only when personality traits are inflexible and maladaptive and cause significant functional impairment or subjective distress do they constitute Personality Disorders. The essential feature of a Personality Disorder is an enduring pattern of inner experience and behavior that deviates markedly from the expectations of the individual's culture and is manifested in at least two of the following areas: cognition, affectivity, interpersonal functioning, or impulse control (Criterion A). This enduring pattern is inflexible and pervasive across a broad range of personal and social situations (Criterion B) and leads to clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning (Criterion C). The pattern is stable and of long duration, and its onset can be traced back at least to adolescence or early adulthood (Criterion D). The pattern is not better accounted for as a manifestation or consequence of another mental disorder (Criterion E) and is not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication, exposure to a toxin) or a general medical condition (e.g., head trauma) (Criterion F). Specific diagnostic criteria are also provided for each of the Personality Disorders included in this section. The items in the criteria sets for each of the specific Personality Disorders are listed in order of decreasing diagnostic importance as measured by relevant data on diagnostic efficiency (when available).

The diagnosis of Personality Disorders requires an evaluation of the individual's long-term patterns of functioning, and the particular personality features must be evident by early adulthood. The personality traits that define these disorders must also be distinguished from characteristics that emerge in response to specific situational stressors or more transient mental states (e.g., Mood or Anxiety Disorders, Substance Intoxication). The clinician should assess the stability of personality traits over time and across different situations. Although a single interview with the person is sometimes sufficient for making the diagnosis, it is often necessary to conduct more than one interview and to space these over time. Assessment can also be complicated by the fact that the characteristics that define a Personality Disorder may not be considered problematic by the individual (i.e., the traits are often ego-syntonic). To help overcome this difficulty, supplementary information from other informants may be helpful.

Recording Procedures

Personality Disorders are coded on Axis II. When (as is often the case) an individual's pattern of behavior meets criteria for more than one Personality Disorder, the clinician should list all relevant Personality Disorder diagnoses in order of importance. When an

Axis I disorder is not the principal diagnosis or the reason for visit, the clinician is encouraged to indicate which Personality Disorder is the principal diagnosis or the reason for visit by noting "Principal Diagnosis" or "Reason for Visit" in parentheses. In most cases, the principal diagnosis or the reason for visit is also the main focus of attention or treatment. Personality Disorder Not Otherwise Specified is the appropriate diagnosis for a "mixed" presentation in which criteria are not met for any single Personality Disorder but features of several Personality Disorders are present and involve clinically significant impairment.

Specific maladaptive personality traits that do not meet the threshold for a Personality Disorder may also be listed on Axis II. In such instances, no specific code should be used; for example, the clinician might record "Axis II: V71.09 No diagnosis on Axis II, histrionic personality traits." The use of particular defense mechanisms may also be indicated on Axis II. For example, a clinician might record "Axis II: 301.6 Dependent Personality Disorder, Frequent use of denial." Glossary definitions for specific defense mechanisms and the Defensive Functioning Scale appear in Appendix B (p. 751).

When an individual has a chronic Axis I Psychotic Disorder (e.g., Schizophrenia) that was preceded by a preexisting Personality Disorder (e.g., Schizotypal, Schizoid, Paranoid), the Personality Disorder should be recorded on Axis II, followed by "Premorbid" in parentheses. For example: Axis I: 295.30 Schizophrenia, Paranoid Type; Axis II: 301.20 Schizoid Personality Disorder (Premorbid).

Specific Culture, Age, and Gender Features

Judgments about personality functioning must take into account the individual's ethnic, cultural, and social background. Personality Disorders should not be confused with problems associated with acculturation following immigration or with the expression of habits, customs, or religious and political values professed by the individual's culture of origin. Especially when evaluating someone from a different background, it is useful for the clinician to obtain additional information from informants who are familiar with the person's cultural background.

Personality Disorder categories may be applied to children or adolescents in those relatively unusual instances in which the individual's particular maladaptive personality traits appear to be pervasive, persistent, and unlikely to be limited to a particular developmental stage or an episode of an Axis I disorder. It should be recognized that the traits of a Personality Disorder that appear in childhood will often not persist unchanged into adult life. To diagnose a Personality Disorder in an individual under age 18 years, the features must have been present for at least 1 year. The one exception to this is Antisocial Personality Disorder, which cannot be diagnosed in individuals under age 18 years (see p. 645). Although, by definition, a Personality Disorder requires an onset no later than early adulthood, individuals may not come to clinical attention until relatively late in life. A Personality Disorder may be exacerbated following the loss of significant supporting persons (e.g., a spouse) or previously stabilizing social situations (e.g., a job). However, the development of a change in personality in middle adulthood or later life warrants a thorough evaluation to determine the possible presence of a Personality Change Due to a General Medical Condition or an unrecognized Substance-Related Disorder.

Certain Personality Disorders (e.g., Antisocial Personality Disorder) are diagnosed more frequently in men. Others (e.g., Borderline, Histrionic, and Dependent Personality

632 Personality Disorders

Disorders) are diagnosed more frequently in women. Although these differences in prevalence probably reflect real gender differences in the presence of such patterns, clinicians must be cautious not to overdiagnose or underdiagnose certain Personality Disorders in females or in males because of social stereotypes about typical gender roles and behaviors.

Course

The features of a Personality Disorder usually become recognizable during adolescence or early adult life. By definition, a Personality Disorder is an enduring pattern of thinking, feeling, and behaving that is relatively stable over time. Some types of Personality Disorder (notably, Antisocial and Borderline Personality Disorders) tend to become less evident or to remit with age, whereas this appears to be less true for some other types (e.g., Obsessive-Compulsive and Schizotypal Personality Disorders).

Differential Diagnosis

Many of the specific criteria for the Personality Disorders describe features (e.g., suspiciousness, dependency, or insensitivity) that are also characteristic of episodes of **Axis I mental disorders**. A Personality Disorder should be diagnosed only when the defining characteristics appeared before early adulthood, are typical of the individual's long-term functioning, and do not occur exclusively during an episode of an Axis I disorder. It may be particularly difficult (and not particularly useful) to distinguish Personality Disorders from those Axis I disorders (e.g., Dysthymic Disorder) that have an early onset and a chronic, relatively stable course. Some Personality Disorders may have a "spectrum" relationship to particular Axis I conditions (e.g., Schizotypal Personality Disorder with Schizophrenia; Avoidant Personality Disorder with Social Phobia) based on phenomenological or biological similarities or familial aggregation.

For the three Personality Disorders that may be related to the **Psychotic Disorders** (i.e., Paranoid, Schizoid, and Schizotypal), there is an exclusion criterion stating that the pattern of behavior must not have occurred exclusively during the course of Schizophrenia, a Mood Disorder With Psychotic Features, or another Psychotic Disorder. When an individual has a chronic Axis I Psychotic Disorder (e.g., Schizophrenia) that was preceded by a preexisting Personality Disorder, the Personality Disorder should also be recorded, on Axis II, followed by "Premorbid" in parentheses.

The clinician must be cautious in diagnosing Personality Disorders during an episode of a **Mood Disorder** or an **Anxiety Disorder** because these conditions may have cross-sectional symptom features that mimic personality traits and may make it more difficult to evaluate retrospectively the individual's long-term patterns of functioning. When personality changes emerge and persist after an individual has been exposed to extreme stress, a diagnosis of **Posttraumatic Stress Disorder** should be considered (see p. 424). When a person has a **Substance-Related Disorder**, it is important not to make a Personality Disorder diagnosis based solely on behaviors that are consequences of Substance Intoxication or Withdrawal or that are associated with activities in the service of sustaining a dependency (e.g., antisocial behavior). When enduring changes in personality arise as a result of the direct physiological effects of a general medical condition (e.g., brain tumor), a diagnosis of **Personality Change Due to a General Medical Condition** (p. 171) should be considered.

Personality Disorders must be distinguished from **personality traits that do not reach the threshold for a Personality Disorder**. Personality traits are diagnosed as a Personality Disorder only when they are inflexible, maladaptive, and persisting and cause significant functional impairment or subjective distress.

■ General diagnostic criteria for a Personality Disorder

- A. An enduring pattern of inner experience and behavior that deviates markedly from the expectations of the individual's culture. This pattern is manifested in two (or more) of the following areas:
 - (1) cognition (i.e., ways of perceiving and interpreting self, other people, and events)
 - (2) affectivity (i.e., the range, intensity, lability, and appropriateness of emotional response)
 - (3) interpersonal functioning
 - (4) impulse control
- B. The enduring pattern is inflexible and pervasive across a broad range of personal and social situations.
- C. The enduring pattern leads to clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- D. The pattern is stable and of long duration and its onset can be traced back at least to adolescence or early adulthood.
- E. The enduring pattern is not better accounted for as a manifestation or consequence of another mental disorder.
- F. The enduring pattern is not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or a general medical condition (e.g., head trauma).

Dimensional Models for Personality Disorders

The diagnostic approach used in this manual represents the categorical perspective that Personality Disorders represent qualitatively distinct clinical syndromes. An alternative to the categorical approach is the dimensional perspective that Personality Disorders represent maladaptive variants of personality traits that merge imperceptibly into normality and into one another. There have been many different attempts to identify the most fundamental dimensions that underlie the entire domain of normal and pathological personality functioning. One model consists of the following five dimensions: neuroticism, introversion versus extroversion, closedness versus openness to experience, antagonism versus agreeableness, and conscientiousness. Another approach is to describe more specific areas of personality dysfunction, including as many as 15–40 dimensions (e.g., affective reactivity, social apprehensiveness, cognitive distortion,

634 Personality Disorders

impulsivity, insincerity, self-centeredness). Other dimensions that have been studied include novelty seeking, reward dependence, harm avoidance, dominance, affiliation, constraint, persistence, positive emotionality versus negative emotionality, pleasure seeking versus pain avoidance, passive accommodation versus active modification, and self-propagation versus other nurturance. The DSM-IV Personality Disorder clusters (i.e., odd-eccentric, dramatic-emotional, and anxious-fearful) may also be viewed as dimensions representing spectra of personality dysfunction on a continuum with Axis I mental disorders. The relationship of the various dimensional models to the Personality Disorder diagnostic categories and to various aspects of personality dysfunction remains under active investigation.

Cluster A Personality Disorders

301.0 Paranoid Personality Disorder

Diagnostic Features

The essential feature of Paranoid Personality Disorder is a pattern of pervasive distrust and suspiciousness of others such that their motives are interpreted as malevolent. This pattern begins by early adulthood and is present in a variety of contexts.

Individuals with this disorder assume that other people will exploit, harm, or deceive them, even if no evidence exists to support this expectation (Criterion A1). They suspect on the basis of little or no evidence that others are plotting against them and may attack them suddenly, at any time and without reason. They often feel that they have been deeply and irreversibly injured by another person or persons even when there is no objective evidence for this. They are preoccupied with unjustified doubts about the loyalty or trustworthiness of their friends and associates, whose actions are minutely scrutinized for evidence of hostile intentions (Criterion A2). Any perceived deviation from trustworthiness or loyalty serves to support their underlying assumptions. They are so amazed when a friend or associate shows loyalty that they cannot trust or believe it. If they get into trouble, they expect that friends and associates will either attack or ignore them.

Individuals with this disorder are reluctant to confide in or become close to others because they fear that the information they share will be used against them (Criterion A3). They may refuse to answer personal questions, saying that the information is “nobody’s business.” They read hidden meanings that are demeaning and threatening into benign remarks or events (Criterion A4). For example, an individual with this disorder may misinterpret an honest mistake by a store clerk as a deliberate attempt to shortchange or may view a casual humorous remark by a co-worker as a serious character attack. Compliments are often misinterpreted (e.g., a compliment on a new acquisition is misinterpreted as a criticism for selfishness; a compliment on an accomplishment is misinterpreted as an attempt to coerce more and better performance). They may view an offer of help as a criticism that they are not doing well enough on their own.

Individuals with this disorder persistently bear grudges and are unwilling to forgive the insults, injuries, or slights that they think they have received (Criterion A5). Minor slights arouse major hostility, and the hostile feelings persist for a long time. Because

■ Diagnostic criteria for 301.22 Schizotypal Personality Disorder

- A. A pervasive pattern of social and interpersonal deficits marked by acute discomfort with, and reduced capacity for, close relationships as well as by cognitive or perceptual distortions and eccentricities of behavior, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by five (or more) of the following:
- (1) ideas of reference (excluding delusions of reference)
 - (2) odd beliefs or magical thinking that influences behavior and is inconsistent with subcultural norms (e.g., superstitiousness, belief in clairvoyance, telepathy, or "sixth sense"; in children and adolescents, bizarre fantasies or preoccupations)
 - (3) unusual perceptual experiences, including bodily illusions
 - (4) odd thinking and speech (e.g., vague, circumstantial, metaphorical, overelaborate, or stereotyped)
 - (5) suspiciousness or paranoid ideation
 - (6) inappropriate or constricted affect
 - (7) behavior or appearance that is odd, eccentric, or peculiar
 - (8) lack of close friends or confidants other than first-degree relatives
 - (9) excessive social anxiety that does not diminish with familiarity and tends to be associated with paranoid fears rather than negative judgments about self
- B. Does not occur exclusively during the course of Schizophrenia, a Mood Disorder With Psychotic Features, another Psychotic Disorder, or a Pervasive Developmental Disorder.

Note: If criteria are met prior to the onset of Schizophrenia, add "Premorbid," e.g., "Schizotypal Personality Disorder (Premorbid)."

Cluster B Personality Disorders

301.7 Antisocial Personality Disorder

Diagnostic Features

The essential feature of Antisocial Personality Disorder is a pervasive pattern of disregard for, and violation of, the rights of others that begins in childhood or early adolescence and continues into adulthood.

This pattern has also been referred to as psychopathy, sociopathy, or dyssocial personality disorder. Because deceit and manipulation are central features of Antisocial Personality Disorder, it may be especially helpful to integrate information acquired from

646 Personality Disorders

systematic clinical assessment with information collected from collateral sources.

For this diagnosis to be given, the individual must be at least age 18 years (Criterion B) and must have had a history of some symptoms of Conduct Disorder before age 15 years (Criterion C). Conduct Disorder involves a repetitive and persistent pattern of behavior in which the basic rights of others or major age-appropriate societal norms or rules are violated. The specific behaviors characteristic of Conduct Disorder fall into one of four categories: aggression to people and animals, destruction of property, deceitfulness or theft, or serious violation of rules. These are described in more detail on p. 85.

The pattern of antisocial behavior continues into adulthood. Individuals with Antisocial Personality Disorder fail to conform to social norms with respect to lawful behavior (Criterion A1). They may repeatedly perform acts that are grounds for arrest (whether they are arrested or not), such as destroying property, harassing others, stealing, or pursuing illegal occupations. Persons with this disorder disregard the wishes, rights, or feelings of others. They are frequently deceitful and manipulative in order to gain personal profit or pleasure (e.g., to obtain money, sex, or power) (Criterion A2). They may repeatedly lie, use an alias, con others, or malingering. A pattern of impulsivity may be manifested by a failure to plan ahead (Criterion A3). Decisions are made on the spur of the moment, without forethought, and without consideration for the consequences to self or others; this may lead to sudden changes of jobs, residences, or relationships. Individuals with Antisocial Personality Disorder tend to be irritable and aggressive and may repeatedly get into physical fights or commit acts of physical assault (including spouse beating or child beating) (Criterion A4). Aggressive acts that are required to defend oneself or someone else are not considered to be evidence for this item. These individuals also display a reckless disregard for the safety of themselves or others (Criterion A5). This may be evidenced in their driving behavior (recurrent speeding, driving while intoxicated, multiple accidents). They may engage in sexual behavior or substance use that has a high risk for harmful consequences. They may neglect or fail to care for a child in a way that puts the child in danger.

Individuals with Antisocial Personality Disorder also tend to be consistently and extremely irresponsible (Criterion A6). Irresponsible work behavior may be indicated by significant periods of unemployment despite available job opportunities, or by abandonment of several jobs without a realistic plan for getting another job. There may also be a pattern of repeated absences from work that are not explained by illness either in themselves or in their family. Financial irresponsibility is indicated by acts such as defaulting on debts, failing to provide child support, or failing to support other dependents on a regular basis. Individuals with Antisocial Personality Disorder show little remorse for the consequences of their acts (Criterion A7). They may be indifferent to, or provide a superficial rationalization for, having hurt, mistreated, or stolen from someone (e.g., "life's unfair," "losers deserve to lose," or "he had it coming anyway"). These individuals may blame the victims for being foolish, helpless, or deserving their fate; they may minimize the harmful consequences of their actions; or they may simply indicate complete indifference. They generally fail to compensate or make amends for their behavior. They may believe that everyone is out to "help number one" and that one should stop at nothing to avoid being pushed around.

The antisocial behavior must not occur exclusively during the course of Schizophrenia or a Manic Episode (Criterion D).

301.7 Antisocial Personality Disorder 647

Associated Features and Disorders

Individuals with Antisocial Personality Disorder frequently lack empathy and tend to be callous, cynical, and contemptuous of the feelings, rights, and sufferings of others. They may have an inflated and arrogant self-appraisal (e.g., feel that ordinary work is beneath them or lack a realistic concern about their current problems or their future) and may be excessively opinionated, self-assured, or cocky. They may display a glib, superficial charm and can be quite voluble and verbally facile (e.g., using technical terms or jargon that might impress someone who is unfamiliar with the topic). Lack of empathy, inflated self-appraisal, and superficial charm are features that have been commonly included in traditional conceptions of psychopathy and may be particularly distinguishing of Antisocial Personality Disorder in prison or forensic settings where criminal, delinquent, or aggressive acts are likely to be nonspecific. These individuals may also be irresponsible and exploitative in their sexual relationships. They may have a history of many sexual partners and may never have sustained a monogamous relationship. They may be irresponsible as parents, as evidenced by malnutrition of a child, an illness in the child resulting from a lack of minimal hygiene, a child's dependence on neighbors or nonresident relatives for food or shelter, a failure to arrange for a caretaker for a young child when the individual is away from home, or repeated squandering of money required for household necessities. These individuals may receive dishonorable discharges from the armed services, may fail to be self-supporting, may become impoverished or even homeless, or may spend many years in penal institutions. Individuals with Antisocial Personality Disorder are more likely than people in the general population to die prematurely by violent means (e.g., suicide, accidents, and homicides).

Individuals with this disorder may also experience dysphoria, including complaints of tension, inability to tolerate boredom, and depressed mood. They may have associated Anxiety Disorders, Depressive Disorders, Substance-Related Disorders, Somatization Disorder, Pathological Gambling, and other disorders of impulse control. Individuals with Antisocial Personality Disorder also often have personality features that meet criteria for other Personality Disorders, particularly Borderline, Histrionic, and Narcissistic Personality Disorders. The likelihood of developing Antisocial Personality Disorder in adult life is increased if the individual experienced an early onset of Conduct Disorder (before age 10 years) and accompanying Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Child abuse or neglect, unstable or erratic parenting, or inconsistent parental discipline may increase the likelihood that Conduct Disorder will evolve into Antisocial Personality Disorder.

Specific Culture, Age, and Gender Features

Antisocial Personality Disorder appears to be associated with low socioeconomic status and urban settings. Concerns have been raised that the diagnosis may at times be misapplied to individuals in settings in which seemingly antisocial behavior may be part of a protective survival strategy. In assessing antisocial traits, it is helpful for the clinician to consider the social and economic context in which the behaviors occur.

By definition, Antisocial Personality cannot be diagnosed before age 18 years. Antisocial Personality Disorder is much more common in males than in females. There has been some concern that Antisocial Personality Disorder may be underdiagnosed in females, particularly because of the emphasis on aggressive items in the definition of Conduct Disorder.

648 Personality Disorders

Prevalence

The overall prevalence of Antisocial Personality Disorder in community samples is about 3% in males and about 1% in females. Prevalence estimates within clinical settings have varied from 3% to 30%, depending on the predominant characteristics of the populations being sampled. Even higher prevalence rates are associated with substance abuse treatment settings and prison or forensic settings.

Course

Antisocial Personality Disorder has a chronic course but may become less evident or remit as the individual grows older, particularly by the fourth decade of life. Although this remission tends to be particularly evident with respect to engaging in criminal behavior, there is likely to be a decrease in the full spectrum of antisocial behaviors and substance use.

Familial Pattern

Antisocial Personality Disorder is more common among the first-degree biological relatives of those with the disorder than among the general population. The risk to biological relatives of females with the disorder tends to be higher than the risk to biological relatives of males with the disorder. Biological relatives of persons with this disorder are also at increased risk for Somatization Disorder and Substance-Related Disorders. Within a family that has a member with Antisocial Personality Disorder, males more often have Antisocial Personality Disorder and Substance-Related Disorders, whereas females more often have Somatization Disorder. However, in such families, there is an increase in prevalence of all of these disorders in both males and females compared with the general population. Adoption studies indicate that both genetic and environmental factors contribute to the risk of this group of disorders. Both adopted and biological children of parents with Antisocial Personality Disorder have an increased risk of developing Antisocial Personality Disorder, Somatization Disorder, and Substance-Related Disorders. Adopted-away children resemble their biological parents more than their adoptive parents, but the adoptive family environment influences the risk of developing a Personality Disorder and related psychopathology.

Differential Diagnosis

The diagnosis of Antisocial Personality Disorder is not given to individuals under age 18 years and is given only if there is a history of some symptoms of Conduct Disorder before age 15 years. For individuals over age 18 years, a diagnosis of Conduct Disorder is given only if the criteria for Antisocial Personality Disorder are not met.

When antisocial behavior in an adult is associated with a **Substance-Related Disorder**, the diagnosis of Antisocial Personality Disorder is not made unless the signs of Antisocial Personality Disorder were also present in childhood and have continued into adulthood. When substance use and antisocial behavior both began in childhood and continued into adulthood, both a Substance-Related Disorder and Antisocial Personality Disorder should be diagnosed if the criteria for both are met, even though some antisocial acts may be a consequence of the Substance-Related Disorder (e.g.,

301.7 Antisocial Personality Disorder 649

illegal selling of drugs or thefts to obtain money for drugs). Antisocial behavior that occurs exclusively during the course of **Schizophrenia** or a **Manic Episode** should not be diagnosed as Antisocial Personality Disorder.

Other Personality Disorders may be confused with Antisocial Personality Disorder because they have certain features in common. It is, therefore, important to distinguish among these disorders based on differences in their characteristic features. However, if an individual has personality features that meet criteria for one or more Personality Disorders in addition to Antisocial Personality Disorder, all can be diagnosed. Individuals with Antisocial Personality Disorder and **Narcissistic Personality Disorder** share a tendency to be tough-minded, glib, superficial, exploitative, and unempathic. However, Narcissistic Personality Disorder does not include characteristics of impulsivity, aggression, and deceit. In addition, individuals with Antisocial Personality Disorder may not be as needy of the admiration and envy of others, and persons with Narcissistic Personality Disorder usually lack the history of Conduct Disorder in childhood or criminal behavior in adulthood. Individuals with Antisocial Personality Disorder and **Histrionic Personality Disorder** share a tendency to be impulsive, superficial, excitement seeking, reckless, seductive, and manipulative, but persons with Histrionic Personality Disorder tend to be more exaggerated in their emotions and do not characteristically engage in antisocial behaviors. Individuals with Histrionic and **Borderline Personality Disorders** are manipulative to gain nurturance, whereas those with Antisocial Personality Disorder are manipulative to gain profit, power, or some other material gratification. Individuals with Antisocial Personality Disorder tend to be less emotionally unstable and more aggressive than those with Borderline Personality Disorder. Although antisocial behavior may be present in some individuals with **Paranoid Personality Disorder**, it is not usually motivated by a desire for personal gain or to exploit others as in Antisocial Personality Disorder, but rather is more often due to a desire for revenge.

Antisocial Personality Disorder must be distinguished from criminal behavior undertaken for gain that is not accompanied by the personality features characteristic of this disorder. **Adult Antisocial Behavior** (listed in the "Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention" section, p. 683) can be used to describe criminal, aggressive, or other antisocial behavior that comes to clinical attention but that does not meet the full criteria for Antisocial Personality Disorder. Only when antisocial personality traits are inflexible, maladaptive, and persistent and cause significant functional impairment or subjective distress do they constitute Antisocial Personality Disorder.

■ Diagnostic criteria for 301.7 Antisocial Personality Disorder

- A. There is a pervasive pattern of disregard for and violation of the rights of others occurring since age 15 years, as indicated by three (or more) of the following:
- (1) failure to conform to social norms with respect to lawful behaviors as indicated by repeatedly performing acts that are grounds for arrest

(continued)

650 Personality Disorders

□ Diagnostic criteria for 301.7 Antisocial Personality Disorder (*continued*)

- (2) deceitfulness, as indicated by repeated lying, use of aliases, or conning others for personal profit or pleasure
 - (3) impulsivity or failure to plan ahead
 - (4) irritability and aggressiveness, as indicated by repeated physical fights or assaults
 - (5) reckless disregard for safety of self or others
 - (6) consistent irresponsibility, as indicated by repeated failure to sustain consistent work behavior or honor financial obligations
 - (7) lack of remorse, as indicated by being indifferent to or rationalizing having hurt, mistreated, or stolen from another
- B. The individual is at least age 18 years.
- C. There is evidence of Conduct Disorder (see p. 90) with onset before age 15 years.
- D. The occurrence of antisocial behavior is not exclusively during the course of Schizophrenia or a Manic Episode.

301.83 Borderline Personality Disorder

Diagnostic Features

The essential feature of Borderline Personality Disorder is a pervasive pattern of instability of interpersonal relationships, self-image, and affects, and marked impulsivity that begins by early adulthood and is present in a variety of contexts.

Individuals with Borderline Personality Disorder make frantic efforts to avoid real or imagined abandonment (Criterion 1). The perception of impending separation or rejection, or the loss of external structure, can lead to profound changes in self-image, affect, cognition, and behavior. These individuals are very sensitive to environmental circumstances. They experience intense abandonment fears and inappropriate anger even when faced with a realistic time-limited separation or when there are unavoidable changes in plans (e.g., sudden despair in reaction to a clinician's announcing the end of the hour; panic or fury when someone important to them is just a few minutes late or must cancel an appointment). They may believe that this "abandonment" implies they are "bad." These abandonment fears are related to an intolerance of being alone and a need to have other people with them. Their frantic efforts to avoid abandonment may include impulsive actions such as self-mutilating or suicidal behaviors, which are described separately in Criterion 5.

Individuals with Borderline Personality Disorder have a pattern of unstable and intense relationships (Criterion 2). They may idealize potential caregivers or lovers at the first or second meeting, demand to spend a lot of time together, and share the most

**ANEXO E – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
Fifth Edition (DSM-5): seleção de textos**

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS

FIFTH EDITION

DSM-5TM

Contents

DSM-5 Classification	xiii
Preface	xli

Section I

DSM-5 Basics

Introduction	5
Use of the Manual	19
Cautionary Statement for Forensic Use of DSM-5	25

Section II

Diagnostic Criteria and Codes

Neurodevelopmental Disorders	31
Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders	87
Bipolar and Related Disorders	123
Depressive Disorders	155
Anxiety Disorders	189
Obsessive-Compulsive and Related Disorders	235
Trauma- and Stressor-Related Disorders	265
Dissociative Disorders	291
Somatic Symptom and Related Disorders	309
Feeding and Eating Disorders	329
Elimination Disorders	355
Sleep-Wake Disorders	361
Sexual Dysfunctions	423
Gender Dysphoria	451

Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders461
Substance-Related and Addictive Disorders481
Neurocognitive Disorders591
Personality Disorders645
Paraphilic Disorders685
Other Mental Disorders707
**Medication-Induced Movement Disorders
and Other Adverse Effects of Medication**709
Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention . .715

Section III
Emerging Measures and Models

Assessment Measures733
Cultural Formulation749
Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders761
Conditions for Further Study783

Appendix

Highlights of Changes From DSM-IV to DSM-5809
Glossary of Technical Terms817
Glossary of Cultural Concepts of Distress833
**Alphabetical Listing of DSM-5 Diagnoses and Codes
(ICD-9-CM and ICD-10-CM)**839
**Numerical Listing of DSM-5 Diagnoses and Codes
(ICD-9-CM)**863
**Numerical Listing of DSM-5 Diagnoses and Codes
(ICD-10-CM)**877
DSM-5 Advisors and Other Contributors897
Index917

Personality Disorders

This chapter begins with a general definition of personality disorder that applies to each of the 10 specific personality disorders. A *personality disorder* is an enduring pattern of inner experience and behavior that deviates markedly from the expectations of the individual's culture, is pervasive and inflexible, has an onset in adolescence or early adulthood, is stable over time, and leads to distress or impairment.

With any ongoing review process, especially one of this complexity, different viewpoints emerge, and an effort was made to accommodate them. Thus, personality disorders are included in both Sections II and III. The material in Section II represents an update of text associated with the same criteria found in DSM-IV-TR, whereas Section III includes the proposed research model for personality disorder diagnosis and conceptualization developed by the DSM-5 Personality and Personality Disorders Work Group. As this field evolves, it is hoped that both versions will serve clinical practice and research initiatives, respectively.

The following personality disorders are included in this chapter.

- **Paranoid personality disorder** is a pattern of distrust and suspiciousness such that others' motives are interpreted as malevolent.
- **Schizoid personality disorder** is a pattern of detachment from social relationships and a restricted range of emotional expression.
- **Schizotypal personality disorder** is a pattern of acute discomfort in close relationships, cognitive or perceptual distortions, and eccentricities of behavior.
- **Antisocial personality disorder** is a pattern of disregard for, and violation of, the rights of others.
- **Borderline personality disorder** is a pattern of instability in interpersonal relationships, self-image, and affects, and marked impulsivity.
- **Histrionic personality disorder** is a pattern of excessive emotionality and attention seeking.
- **Narcissistic personality disorder** is a pattern of grandiosity, need for admiration, and lack of empathy.
- **Avoidant personality disorder** is a pattern of social inhibition, feelings of inadequacy, and hypersensitivity to negative evaluation.
- **Dependent personality disorder** is a pattern of submissive and clinging behavior related to an excessive need to be taken care of.
- **Obsessive-compulsive personality disorder** is a pattern of preoccupation with orderliness, perfectionism, and control.
- **Personality change due to another medical condition** is a persistent personality disturbance that is judged to be due to the direct physiological effects of a medical condition (e.g., frontal lobe lesion).
- **Other specified personality disorder and unspecified personality disorder** is a category provided for two situations: 1) the individual's personality pattern meets the general criteria for a personality disorder, and traits of several different personality disorders are present, but the criteria for any specific personality disorder are not met;

or 2) the individual's personality pattern meets the general criteria for a personality disorder, but the individual is considered to have a personality disorder that is not included in the DSM-5 classification (e.g., passive-aggressive personality disorder).

The personality disorders are grouped into three clusters based on descriptive similarities. Cluster A includes paranoid, schizoid, and schizotypal personality disorders. Individuals with these disorders often appear odd or eccentric. Cluster B includes antisocial, borderline, histrionic, and narcissistic personality disorders. Individuals with these disorders often appear dramatic, emotional, or erratic. Cluster C includes avoidant, dependent, and obsessive-compulsive personality disorders. Individuals with these disorders often appear anxious or fearful. It should be noted that this clustering system, although useful in some research and educational situations, has serious limitations and has not been consistently validated.

Moreover, individuals frequently present with co-occurring personality disorders from different clusters. Prevalence estimates for the different clusters suggest 5.7% for disorders in Cluster A, 1.5% for disorders in Cluster B, 6.0% for disorders in Cluster C, and 9.1% for any personality disorder, indicating frequent co-occurrence of disorders from different clusters. Data from the 2001–2002 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions suggest that approximately 15% of U.S. adults have at least one personality disorder.

Dimensional Models for Personality Disorders

The diagnostic approach used in this manual represents the categorical perspective that personality disorders are qualitatively distinct clinical syndromes. An alternative to the categorical approach is the dimensional perspective that personality disorders represent maladaptive variants of personality traits that merge imperceptibly into normality and into one another. See Section III for a full description of a dimensional model for personality disorders. The DSM-IV personality disorder clusters (i.e., odd-eccentric, dramatic-emotional, and anxious-fearful) may also be viewed as dimensions representing spectra of personality dysfunction on a continuum with other mental disorders. The alternative dimensional models have much in common and together appear to cover the important areas of personality dysfunction. Their integration, clinical utility, and relationship with the personality disorder diagnostic categories and various aspects of personality dysfunction are under active investigation.

General Personality Disorder

Criteria

- A. An enduring pattern of inner experience and behavior that deviates markedly from the expectations of the individual's culture. This pattern is manifested in two (or more) of the following areas:
 1. Cognition (i.e., ways of perceiving and interpreting self, other people, and events).
 2. Affectivity (i.e., the range, intensity, lability, and appropriateness of emotional response).
 3. Interpersonal functioning.
 4. Impulse control.
- B. The enduring pattern is inflexible and pervasive across a broad range of personal and social situations.
- C. The enduring pattern leads to clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.

- D. The pattern is stable and of long duration, and its onset can be traced back at least to adolescence or early adulthood.
- E. The enduring pattern is not better explained as a manifestation or consequence of another mental disorder.
- F. The enduring pattern is not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or another medical condition (e.g., head trauma).

Diagnostic Features

Personality traits are enduring patterns of perceiving, relating to, and thinking about the environment and oneself that are exhibited in a wide range of social and personal contexts. Only when personality traits are inflexible and maladaptive and cause significant functional impairment or subjective distress do they constitute personality disorders. The essential feature of a personality disorder is an enduring pattern of inner experience and behavior that deviates markedly from the expectations of the individual's culture and is manifested in at least two of the following areas: cognition, affectivity, interpersonal functioning, or impulse control (Criterion A). This enduring pattern is inflexible and pervasive across a broad range of personal and social situations (Criterion B) and leads to clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning (Criterion C). The pattern is stable and of long duration, and its onset can be traced back at least to adolescence or early adulthood (Criterion D). The pattern is not better explained as a manifestation or consequence of another mental disorder (Criterion E) and is not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication, exposure to a toxin) or another medical condition (e.g., head trauma) (Criterion F). Specific diagnostic criteria are also provided for each of the personality disorders included in this chapter.

The diagnosis of personality disorders requires an evaluation of the individual's long-term patterns of functioning, and the particular personality features must be evident by early adulthood. The personality traits that define these disorders must also be distinguished from characteristics that emerge in response to specific situational stressors or more transient mental states (e.g., bipolar, depressive, or anxiety disorders; substance intoxication). The clinician should assess the stability of personality traits over time and across different situations. Although a single interview with the individual is sometimes sufficient for making the diagnosis, it is often necessary to conduct more than one interview and to space these over time. Assessment can also be complicated by the fact that the characteristics that define a personality disorder may not be considered problematic by the individual (i.e., the traits are often ego-syntonic). To help overcome this difficulty, supplementary information from other informants may be helpful.

Development and Course

The features of a personality disorder usually become recognizable during adolescence or early adult life. By definition, a personality disorder is an enduring pattern of thinking, feeling, and behaving that is relatively stable over time. Some types of personality disorder (notably, antisocial and borderline personality disorders) tend to become less evident or to remit with age, whereas this appears to be less true for some other types (e.g., obsessive-compulsive and schizotypal personality disorders).

Personality disorder categories may be applied with children or adolescents in those relatively unusual instances in which the individual's particular maladaptive personality traits appear to be pervasive, persistent, and unlikely to be limited to a particular developmental stage or another mental disorder. It should be recognized that the traits of a personality disorder that appear in childhood will often not persist unchanged into adult life. For a personality disorder to be diagnosed in an individual younger than 18 years, the features must have been present for at least 1 year. The one exception to this is antisocial per-

sonality disorder, which cannot be diagnosed in individuals younger than 18 years. Although, by definition, a personality disorder requires an onset no later than early adulthood, individuals may not come to clinical attention until relatively late in life. A personality disorder may be exacerbated following the loss of significant supporting persons (e.g., a spouse) or previously stabilizing social situations (e.g., a job). However, the development of a change in personality in middle adulthood or later life warrants a thorough evaluation to determine the possible presence of a personality change due to another medical condition or an unrecognized substance use disorder.

Culture-Related Diagnostic Issues

Judgments about personality functioning must take into account the individual's ethnic, cultural, and social background. Personality disorders should not be confused with problems associated with acculturation following immigration or with the expression of habits, customs, or religious and political values professed by the individual's culture of origin. It is useful for the clinician, especially when evaluating someone from a different background, to obtain additional information from informants who are familiar with the person's cultural background.

Gender-Related Diagnostic Issues

Certain personality disorders (e.g., antisocial personality disorder) are diagnosed more frequently in males. Others (e.g., borderline, histrionic, and dependent personality disorders) are diagnosed more frequently in females. Although these differences in prevalence probably reflect real gender differences in the presence of such patterns, clinicians must be cautious not to overdiagnose or underdiagnose certain personality disorders in females or in males because of social stereotypes about typical gender roles and behaviors.

Differential Diagnosis

Other mental disorders and personality traits. Many of the specific criteria for the personality disorders describe features (e.g., suspiciousness, dependency, insensitivity) that are also characteristic of episodes of other mental disorders. A personality disorder should be diagnosed only when the defining characteristics appeared before early adulthood, are typical of the individual's long-term functioning, and do not occur exclusively during an episode of another mental disorder. It may be particularly difficult (and not particularly useful) to distinguish personality disorders from persistent mental disorders such as persistent depressive disorder that have an early onset and an enduring, relatively stable course. Some personality disorders may have a "spectrum" relationship to other mental disorders (e.g., schizotypal personality disorder with schizophrenia; avoidant personality disorder with social anxiety disorder [social phobia]) based on phenomenological or biological similarities or familial aggregation.

Personality disorders must be distinguished from personality traits that do not reach the threshold for a personality disorder. Personality traits are diagnosed as a personality disorder only when they are inflexible, maladaptive, and persisting and cause significant functional impairment or subjective distress.

Psychotic disorders. For the three personality disorders that may be related to the psychotic disorders (i.e., paranoid, schizoid, and schizotypal), there is an exclusion criterion stating that the pattern of behavior must not have occurred exclusively during the course of schizophrenia, a bipolar or depressive disorder with psychotic features, or another psychotic disorder. When an individual has a persistent mental disorder (e.g., schizophrenia) that was preceded by a preexisting personality disorder, the personality disorder should also be recorded, followed by "premorbid" in parentheses.

Anxiety and depressive disorders. The clinician must be cautious in diagnosing personality disorders during an episode of a depressive disorder or an anxiety disorder, be-

cause these conditions may have cross-sectional symptom features that mimic personality traits and may make it more difficult to evaluate retrospectively the individual's long-term patterns of functioning.

Posttraumatic stress disorder. When personality changes emerge and persist after an individual has been exposed to extreme stress, a diagnosis of posttraumatic stress disorder should be considered.

Substance use disorders. When an individual has a substance use disorder, it is important not to make a personality disorder diagnosis based solely on behaviors that are consequences of substance intoxication or withdrawal or that are associated with activities in the service of sustaining substance use (e.g., antisocial behavior).

Personality change due to another medical condition. When enduring changes in personality arise as a result of the physiological effects of another medical condition (e.g., brain tumor), a diagnosis of personality change due to another medical condition should be considered.

Cluster A Personality Disorders

Paranoid Personality Disorder

Diagnostic Criteria

301.0 (F60.0)

- A. A pervasive distrust and suspiciousness of others such that their motives are interpreted as malevolent, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by four (or more) of the following:
1. Suspects, without sufficient basis, that others are exploiting, harming, or deceiving him or her.
 2. Is preoccupied with unjustified doubts about the loyalty or trustworthiness of friends or associates.
 3. Is reluctant to confide in others because of unwarranted fear that the information will be used maliciously against him or her.
 4. Reads hidden demeaning or threatening meanings into benign remarks or events.
 5. Persistently bears grudges (i.e., is unforgiving of insults, injuries, or slights).
 6. Perceives attacks on his or her character or reputation that are not apparent to others and is quick to react angrily or to counterattack.
 7. Has recurrent suspicions, without justification, regarding fidelity of spouse or sexual partner.
- B. Does not occur exclusively during the course of schizophrenia, a bipolar disorder or depressive disorder with psychotic features, or another psychotic disorder and is not attributable to the physiological effects of another medical condition.

Note: If criteria are met prior to the onset of schizophrenia, add "premorbid," i.e., "paranoid personality disorder (premorbid)."

Diagnostic Features

The essential feature of paranoid personality disorder is a pattern of pervasive distrust and suspiciousness of others such that their motives are interpreted as malevolent. This pattern begins by early adulthood and is present in a variety of contexts.

disorder, it is usually secondary to repeated interpersonal failures due to angry outbursts and frequent mood shifts, rather than a result of a persistent lack of social contacts and desire for intimacy. Furthermore, individuals with schizotypal personality disorder do not usually demonstrate the impulsive or manipulative behaviors of the individual with borderline personality disorder. However, there is a high rate of co-occurrence between the two disorders, so that making such distinctions is not always feasible. Schizotypal features during adolescence may be reflective of transient emotional turmoil, rather than an enduring personality disorder.

Cluster B Personality Disorders

Antisocial Personality Disorder

Diagnostic Criteria

301.7 (F60.2)

- A. A pervasive pattern of disregard for and violation of the rights of others, occurring since age 15 years, as indicated by three (or more) of the following:
1. Failure to conform to social norms with respect to lawful behaviors, as indicated by repeatedly performing acts that are grounds for arrest.
 2. Deceitfulness, as indicated by repeated lying, use of aliases, or conning others for personal profit or pleasure.
 3. Impulsivity or failure to plan ahead.
 4. Irritability and aggressiveness, as indicated by repeated physical fights or assaults.
 5. Reckless disregard for safety of self or others.
 6. Consistent irresponsibility, as indicated by repeated failure to sustain consistent work behavior or honor financial obligations.
 7. Lack of remorse, as indicated by being indifferent to or rationalizing having hurt, mistreated, or stolen from another.
- B. The individual is at least age 18 years.
- C. There is evidence of conduct disorder with onset before age 15 years.
- D. The occurrence of antisocial behavior is not exclusively during the course of schizophrenia or bipolar disorder.
-

Diagnostic Features

The essential feature of antisocial personality disorder is a pervasive pattern of disregard for, and violation of, the rights of others that begins in childhood or early adolescence and continues into adulthood. This pattern has also been referred to as *psychopathy*, *sociopathy*, or *dysocial personality disorder*. Because deceit and manipulation are central features of antisocial personality disorder, it may be especially helpful to integrate information acquired from systematic clinical assessment with information collected from collateral sources.

For this diagnosis to be given, the individual must be at least age 18 years (Criterion B) and must have had a history of some symptoms of conduct disorder before age 15 years (Criterion C). Conduct disorder involves a repetitive and persistent pattern of behavior in which the basic rights of others or major age-appropriate societal norms or rules are violated. The specific behaviors characteristic of conduct disorder fall into one of four categories: aggression to people and animals, destruction of property, deceitfulness or theft, or serious violation of rules.

The pattern of antisocial behavior continues into adulthood. Individuals with antisocial personality disorder fail to conform to social norms with respect to lawful behavior (Criterion A1). They may repeatedly perform acts that are grounds for arrest (whether they are arrested or not), such as destroying property, harassing others, stealing, or pursuing illegal occupations. Persons with this disorder disregard the wishes, rights, or feelings of others. They are frequently deceitful and manipulative in order to gain personal profit or pleasure (e.g., to obtain money, sex, or power) (Criterion A2). They may repeatedly lie, use an alias, con others, or malingering. A pattern of impulsivity may be manifested by a failure to plan ahead (Criterion A3). Decisions are made on the spur of the moment, without forethought and without consideration for the consequences to self or others; this may lead to sudden changes of jobs, residences, or relationships. Individuals with antisocial personality disorder tend to be irritable and aggressive and may repeatedly get into physical fights or commit acts of physical assault (including spouse beating or child beating) (Criterion A4). (Aggressive acts that are required to defend oneself or someone else are not considered to be evidence for this item.) These individuals also display a reckless disregard for the safety of themselves or others (Criterion A5). This may be evidenced in their driving behavior (i.e., recurrent speeding, driving while intoxicated, multiple accidents). They may engage in sexual behavior or substance use that has a high risk for harmful consequences. They may neglect or fail to care for a child in a way that puts the child in danger.

Individuals with antisocial personality disorder also tend to be consistently and extremely irresponsible (Criterion A6). Irresponsible work behavior may be indicated by significant periods of unemployment despite available job opportunities, or by abandonment of several jobs without a realistic plan for getting another job. There may also be a pattern of repeated absences from work that are not explained by illness either in themselves or in their family. Financial irresponsibility is indicated by acts such as defaulting on debts, failing to provide child support, or failing to support other dependents on a regular basis. Individuals with antisocial personality disorder show little remorse for the consequences of their acts (Criterion A7). They may be indifferent to, or provide a superficial rationalization for, having hurt, mistreated, or stolen from someone (e.g., "life's unfair," "losers deserve to lose"). These individuals may blame the victims for being foolish, helpless, or deserving their fate (e.g., "he had it coming anyway"); they may minimize the harmful consequences of their actions; or they may simply indicate complete indifference. They generally fail to compensate or make amends for their behavior. They may believe that everyone is out to "help number one" and that one should stop at nothing to avoid being pushed around.

The antisocial behavior must not occur exclusively during the course of schizophrenia or bipolar disorder (Criterion D).

Associated Features Supporting Diagnosis

Individuals with antisocial personality disorder frequently lack empathy and tend to be callous, cynical, and contemptuous of the feelings, rights, and sufferings of others. They may have an inflated and arrogant self-appraisal (e.g., feel that ordinary work is beneath them) or lack a realistic concern about their current problems or their future) and may be excessively opinionated, self-assured, or cocky. They may display a glib, superficial charm and can be quite voluble and verbally facile (e.g., using technical terms or jargon that might impress someone who is unfamiliar with the topic). Lack of empathy, inflated self-appraisal, and superficial charm are features that have been commonly included in traditional conceptions of psychopathy that may be particularly distinguishing of the disorder and more predictive of recidivism in prison or forensic settings, where criminal, delinquent, or aggressive acts are likely to be nonspecific. These individuals may also be irresponsible and exploitative in their sexual relationships. They may have a history of many

sexual partners and may never have sustained a monogamous relationship. They may be irresponsible as parents, as evidenced by malnutrition of a child, an illness in the child resulting from a lack of minimal hygiene, a child's dependence on neighbors or nonresident relatives for food or shelter, a failure to arrange for a caretaker for a young child when the individual is away from home, or repeated squandering of money required for household necessities. These individuals may receive dishonorable discharges from the armed services, may fail to be self-supporting, may become impoverished or even homeless, or may spend many years in penal institutions. Individuals with antisocial personality disorder are more likely than people in the general population to die prematurely by violent means (e.g., suicide, accidents, homicides).

Individuals with antisocial personality disorder may also experience dysphoria, including complaints of tension, inability to tolerate boredom, and depressed mood. They may have associated anxiety disorders, depressive disorders, substance use disorders, somatic symptom disorder, gambling disorder, and other disorders of impulse control. Individuals with antisocial personality disorder also often have personality features that meet criteria for other personality disorders, particularly borderline, histrionic, and narcissistic personality disorders. The likelihood of developing antisocial personality disorder in adult life is increased if the individual experienced childhood onset of conduct disorder (before age 10 years) and accompanying attention-deficit/hyperactivity disorder. Child abuse or neglect, unstable or erratic parenting, or inconsistent parental discipline may increase the likelihood that conduct disorder will evolve into antisocial personality disorder.

Prevalence

Twelve-month prevalence rates of antisocial personality disorder, using criteria from previous DSMs, are between 0.2% and 3.3%. The highest prevalence of antisocial personality disorder (greater than 70%) is among most severe samples of males with alcohol use disorder and from substance abuse clinics, prisons, or other forensic settings. Prevalence is higher in samples affected by adverse socioeconomic (i.e., poverty) or sociocultural (i.e., migration) factors.

Development and Course

Antisocial personality disorder has a chronic course but may become less evident or remit as the individual grows older, particularly by the fourth decade of life. Although this remission tends to be particularly evident with respect to engaging in criminal behavior, there is likely to be a decrease in the full spectrum of antisocial behaviors and substance use. By definition, antisocial personality cannot be diagnosed before age 18 years.

Risk and Prognostic Factors

Genetic and physiological. Antisocial personality disorder is more common among the first-degree biological relatives of those with the disorder than in the general population. The risk to biological relatives of females with the disorder tends to be higher than the risk to biological relatives of males with the disorder. Biological relatives of individuals with this disorder are also at increased risk for somatic symptom disorder and substance use disorders. Within a family that has a member with antisocial personality disorder, males more often have antisocial personality disorder and substance use disorders, whereas females more often have somatic symptom disorder. However, in such families, there is an increase in prevalence of all of these disorders in both males and females compared with the general population. Adoption studies indicate that both genetic and environmental factors contribute to the risk of developing antisocial personality disorder. Both adopted and biological children of parents with antisocial personality disorder have an increased

risk of developing antisocial personality disorder, somatic symptom disorder, and substance use disorders. Adopted-away children resemble their biological parents more than their adoptive parents, but the adoptive family environment influences the risk of developing a personality disorder and related psychopathology.

Culture-Related Diagnostic Issues

Antisocial personality disorder appears to be associated with low socioeconomic status and urban settings. Concerns have been raised that the diagnosis may at times be misapplied to individuals in settings in which seemingly antisocial behavior may be part of a protective survival strategy. In assessing antisocial traits, it is helpful for the clinician to consider the social and economic context in which the behaviors occur.

Gender-Related Diagnostic Issues

Antisocial personality disorder is much more common in males than in females. There has been some concern that antisocial personality disorder may be underdiagnosed in females, particularly because of the emphasis on aggressive items in the definition of conduct disorder.

Differential Diagnosis

The diagnosis of antisocial personality disorder is not given to individuals younger than 18 years and is given only if there is a history of some symptoms of conduct disorder before age 15 years. For individuals older than 18 years, a diagnosis of conduct disorder is given only if the criteria for antisocial personality disorder are not met.

Substance use disorders. When antisocial behavior in an adult is associated with a substance use disorder, the diagnosis of antisocial personality disorder is not made unless the signs of antisocial personality disorder were also present in childhood and have continued into adulthood. When substance use and antisocial behavior both began in childhood and continued into adulthood, both a substance use disorder and antisocial personality disorder should be diagnosed if the criteria for both are met, even though some antisocial acts may be a consequence of the substance use disorder (e.g., illegal selling of drugs, thefts to obtain money for drugs).

Schizophrenia and bipolar disorders. Antisocial behavior that occurs exclusively during the course of schizophrenia or a bipolar disorder should not be diagnosed as antisocial personality disorder.

Other personality disorders. Other personality disorders may be confused with antisocial personality disorder because they have certain features in common. It is therefore important to distinguish among these disorders based on differences in their characteristic features. However, if an individual has personality features that meet criteria for one or more personality disorders in addition to antisocial personality disorder, all can be diagnosed. Individuals with antisocial personality disorder and narcissistic personality disorder share a tendency to be tough-minded, glib, superficial, exploitative, and lack empathy. However, narcissistic personality disorder does not include characteristics of impulsivity, aggression, and deceit. In addition, individuals with antisocial personality disorder may not be as needy of the admiration and envy of others, and persons with narcissistic personality disorder usually lack the history of conduct disorder in childhood or criminal behavior in adulthood. Individuals with antisocial personality disorder and histrionic personality disorder share a tendency to be impulsive, superficial, excitement seeking, reckless, seductive, and manipulative, but persons with histrionic personality disorder tend to be more exaggerated in their emotions and do not characteristically engage in antisocial behaviors. Individuals with histrionic and borderline personality disorders are

manipulative to gain nurturance, whereas those with antisocial personality disorder are manipulative to gain profit, power, or some other material gratification. Individuals with antisocial personality disorder tend to be less emotionally unstable and more aggressive than those with borderline personality disorder. Although antisocial behavior may be present in some individuals with paranoid personality disorder, it is not usually motivated by a desire for personal gain or to exploit others as in antisocial personality disorder, but rather is more often attributable to a desire for revenge.

Criminal behavior not associated with a personality disorder. Antisocial personality disorder must be distinguished from criminal behavior undertaken for gain that is not accompanied by the personality features characteristic of this disorder. Only when antisocial personality traits are inflexible, maladaptive, and persistent and cause significant functional impairment or subjective distress do they constitute antisocial personality disorder.

Borderline Personality Disorder

Diagnostic Criteria

301.83 (F60.3)

A pervasive pattern of instability of interpersonal relationships, self-image, and affects, and marked impulsivity, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by five (or more) of the following:

1. Frantic efforts to avoid real or imagined abandonment. (**Note:** Do not include suicidal or self-mutilating behavior covered in Criterion 5.)
 2. A pattern of unstable and intense interpersonal relationships characterized by alternating between extremes of idealization and devaluation.
 3. Identity disturbance: markedly and persistently unstable self-image or sense of self.
 4. Impulsivity in at least two areas that are potentially self-damaging (e.g., spending, sex, substance abuse, reckless driving, binge eating). (**Note:** Do not include suicidal or self-mutilating behavior covered in Criterion 5.)
 5. Recurrent suicidal behavior, gestures, or threats, or self-mutilating behavior.
 6. Affective instability due to a marked reactivity of mood (e.g., intense episodic dysphoria, irritability, or anxiety usually lasting a few hours and only rarely more than a few days).
 7. Chronic feelings of emptiness.
 8. Inappropriate, intense anger or difficulty controlling anger (e.g., frequent displays of temper, constant anger, recurrent physical fights).
 9. Transient, stress-related paranoid ideation or severe dissociative symptoms.
-

Diagnostic Features

The essential feature of borderline personality disorder is a pervasive pattern of instability of interpersonal relationships, self-image, and affects, and marked impulsivity that begins by early adulthood and is present in a variety of contexts.

Individuals with borderline personality disorder make frantic efforts to avoid real or imagined abandonment (Criterion 1). The perception of impending separation or rejection, or the loss of external structure, can lead to profound changes in self-image, affect, cognition, and behavior. These individuals are very sensitive to environmental circumstances. They experience intense abandonment fears and inappropriate anger even when faced with a realistic time-limited separation or when there are unavoidable changes in plans (e.g., sudden despair in reaction to a clinician's announcing the end of the hour; panic or fury when someone important to them is just a few minutes late or must cancel an appointment). They may believe that this "abandonment" implies they are "bad." These abandonment fears are related to an intolerance of being alone and a need to have other people with them. Their frantic

**ANEXO F – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos
Mentais – Texto Revisado - DSM-IV-TR: seleção de textos**

MANUAL
DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO
DE TRANSTORNOS MENTAIS

TEXTO REVISADO

DSM-IV-TR™



A Artmed é a editora oficial da ABP

Sumário

Grupos de Trabalho do DSM-IV	9
Grupos de Trabalho para a Revisão do DSM-IV	13
Agradecimentos Relativos ao DSM-IV	17
Agradecimentos Relativos à Revisão do DSM-IV	19
Introdução	21
Advertência	33
Utilização do Manual	35
Classificação do DSM-IV-TR	45
Avaliação Multiaxial	59
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência	71
<i>Delirium</i> , Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos	15
Transtornos Mentais Causados por uma Condição Médica Geral	19
Transtornos Relacionados a Substâncias	20
Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos	30
Transtornos do Humor	30
Transtornos de Ansiedade	4
Transtornos Somatoformes	4
Transtornos Factícios	4
Transtornos Dissociativos	4
Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero	4
Transtornos da Alimentação	4
Transtornos do Sono	4
Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local	4

8	Sumário
Transtornos da Adaptação	637
Transtornos da Personalidade	641
Outras Condições que Podem Ser Foco de Atenção Clínica	683
Códigos Adicionais	695
Apêndice A	
Árvores de Decisão para Diagnósticos Diferenciais	697
Apêndice B	
Conjuntos de Critérios e Eixos Propostos para Estudos Adicionais	711
Apêndice C	
Glossário de Termos Técnicos	765
Apêndice D	
Listagem Comentada das Modificações Introduzidas no DSM-IV-TR ...	773
Apêndice E	
Listagem Alfabética dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV-TR	787
Apêndice F	
Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV-TR	797
Apêndice G	
Códigos da CID-9-MC para Algumas Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos	807
Apêndice H	
Classificação do DSM-IV com Códigos da CID-10	823
Apêndice I	
Plano de Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura	837
Apêndice J	
Colaboradores do DSM-IV	843
Apêndice K	
Consultores da Revisão do DSM-IV	867
Índice	873

Transtornos da Personalidade

Esta seção começa com uma definição geral de Transtorno da Personalidade que se aplica a cada um dos 10 Transtornos da Personalidade específicos. Um Transtorno da Personalidade é um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é generalizado e inflexível, tem início na adolescência ou no começo da idade adulta, é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo. Os Transtornos da Personalidade incluídos nesta seção estão relacionados a seguir:

Transtorno da Personalidade Paranóide é um padrão de desconfiança e suspeitas, de modo que as intenções dos outros são interpretadas como maldosas.

Transtorno da Personalidade Esquizóide é um padrão de distanciamento dos relacionamentos sociais, com uma faixa restrita de expressão emocional.

Transtorno da Personalidade Esquizotípica é um padrão de desconforto agudo em relacionamentos íntimos, distorções cognitivas ou da percepção e comportamento excêntrico.

Transtorno da Personalidade Anti-Social é um padrão de desconsideração e violação dos direitos alheios.

Transtorno da Personalidade Borderline é um padrão de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos, bem como de acentuada impulsividade.

Transtorno da Personalidade Histriônica é um padrão de excessiva emotividade e busca de atenção.

Transtorno da Personalidade Narcisista é um padrão de grandiosidade, necessidade por admiração e falta de empatia.

Transtorno da Personalidade Esquiva é um padrão de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade a avaliações negativas.

Transtorno da Personalidade Dependente é um padrão de comportamento submisso e aderente, relacionado a uma necessidade excessiva de proteção e cuidados.

Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva é um padrão de preocupação com organização, perfeccionismo e controle.

Transtorno da Personalidade Sem Outra Especificação é uma categoria oferecida para duas situações: 1) o padrão de personalidade do indivíduo satisfaz os critérios gerais para um Transtorno da Personalidade e existem traços de diferentes Transtornos da Personalidade, mas não são satisfeitos os critérios para qualquer Transtorno da Personalidade específico; ou 2) o padrão de personalidade do indivíduo satisfaz os critérios gerais para um Transtorno da Personalidade, mas se considera que o Transtorno da Personalidade apresentado não está incluído na Classificação (p. ex., transtorno da personalidade passivo-agressiva).

Os Transtornos da Personalidade são reunidos em três grupos, com base em semelhanças descritivas. O Grupo A compreende os Transtornos da Personalidade Paranóide, Esquizóide e Esquizotípica. Os indivíduos com esses transtornos frequentemente parecem "esquitos" ou excêntricos. O Grupo B inclui os Transtornos da Personalidade Anti-Social, *Borderline*, Histriônica e Narcisista. Os indivíduos com esses transtornos frequentemente mostram-se dramáticos, emotivos ou imprevisíveis. O Grupo C inclui os Transtornos da Personalidade Esquiva, Dependente e Obsessivo-Compulsiva. Os indivíduos com esses transtornos frequentemente mostram-se ansiosos ou medrosos. Cabe notar que este sistema de agrupamento, embora útil em

algumas situações de ensino e pesquisa, apresenta sérias limitações e não foi consistentemente validado. Além disso, os indivíduos frequentemente apresentam Transtornos da Personalidade concomitantes de diferentes grupos.

Características diagnósticas

Os traços de personalidade são padrões persistentes no modo de perceber, relacionar-se e pensar sobre o ambiente e sobre si mesmo, exibidos em uma ampla faixa de contextos sociais e pessoais. Apenas quando são inflexíveis e mal adaptativos e causam prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo significativo, os traços de personalidade constituem Transtornos da Personalidade. A característica essencial do Transtorno da Personalidade é um padrão persistente de vivência íntima e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo e se manifesta em pelo menos duas das seguintes áreas: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal ou controle dos impulsos (Critério A). Este padrão persistente é inflexível e abrange uma ampla faixa de situações pessoais e sociais (Critério B) e provoca sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério C). O padrão é estável e de longa duração, podendo seu início remontar à adolescência ou começo da idade adulta (Critério D). O padrão não é mais bem explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental (Critério E), nem é decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, exposição à uma toxina) ou de uma condição médica geral (p. ex., traumatismo craniano) (Critério F). Critérios específicos de diagnóstico também são oferecidos para cada um dos Transtornos da Personalidade específicos incluídos nesta seção. Os itens dos conjuntos de critérios para cada um dos Transtornos da Personalidade específicos são listados em ordem de importância diagnóstica decrescente, medida por dados relevantes sobre a eficiência diagnóstica (quando disponíveis).

O diagnóstico dos Transtornos da Personalidade exige uma determinação dos padrões de funcionamento do indivíduo a longo prazo, e as características particulares da personalidade devem ser evidentes no início da idade adulta. Os traços de personalidade que definem esses transtornos também devem ser diferenciados de características que emergem em resposta a estressores situacionais específicos ou estados mentais mais transitórios (p. ex., Transtorno do Humor ou de Ansiedade, Intoxicação com Substância). O clínico deve avaliar a estabilidade dos traços de personalidade ao longo do tempo e em diferentes situações. Embora uma única entrevista às vezes seja suficiente para fazer o diagnóstico, habitualmente é necessário realizar várias entrevistas espaçadas ao longo do tempo. A avaliação pode ser complicada pelo fato de que as características que definem um Transtorno da Personalidade podem não ser consideradas problemáticas pelo indivíduo (i. é, os traços são ego-sintônicos). Para superar esta dificuldade, pode ser útil obter informações suplementares de outras fontes de informação.

Procedimentos de registro

Os Transtornos da Personalidade são codificados no Eixo II. Quando o padrão de comportamento de um indivíduo satisfaz os critérios para mais de um Transtorno da Personalidade (como ocorre frequentemente), deve-se listar todos os diagnósticos relevantes de Transtornos da Personalidade, em ordem de importância. Quando um transtorno do Eixo I não é o diagnóstico principal ou o motivo da consulta, é aconselhável indicar o Transtorno da Personalidade que constitui o diagnóstico principal ou o motivo da consulta, anotando "Diagnóstico Principal" ou "Motivo da Consulta" entre parênteses. Na maioria dos casos, o diagnóstico principal ou motivo da consulta também é o foco principal de tratamento ou atendimento. O diagnóstico de Transtorno da Personalidade Sem Outra Especificação é indicado quando ocorre um quadro "misto", no qual não são satisfeitos os critérios para qualquer Transtorno da Personalidade isolado, porém existem características de diversos Transtornos da Personalidade que envolvem um prejuízo clinicamente significativo.

Traços de personalidade mal adaptativos específicos, que não atingem o limiar para um Transtorno da Personalidade, também podem ser listados no Eixo II. Nestes casos, nenhum código específico deve ser usado; por exemplo, pode-se registrar "Eixo II: V71.09 Nenhum diagnóstico no Eixo II, traços de personalidade histriônica". O uso de mecanismos de defesa específicos também pode ser indicado no Eixo II. Por exemplo, é possível registrar "Eixo II: 301.6 Transtorno da Personalidade Dependente; Uso freqüente de negação". As definições do glossário para mecanismos específicos de defesa e a Escala de Funcionamento Defensivo aparecem no Apêndice B (p. 754-757).

Quando um indivíduo apresenta um Transtorno Psicótico crônico do Eixo I (p. ex., Esquizofrenia) que foi precedido por um Transtorno da Personalidade preexistente (p. ex., Esquizotípica, Esquizóide, Paranoide), o Transtorno da Personalidade deve ser registrado no Eixo II, seguido da expressão "Pré-mórbido" entre parênteses. Por exemplo: Eixo I: 295.30 Esquizofrenia, Tipo Paranoide; Eixo II 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide (Pré-mórbido).

Características específicas de cultura, idade e gênero

Os juízos acerca do funcionamento da personalidade devem levar em conta a bagagem étnica, cultural e social do indivíduo. Os Transtornos da Personalidade não devem ser confundidos com problemas associados à aculturação após a imigração ou à expressão de hábitos, costumes ou valores religiosos e políticos professados pela cultura de origem do indivíduo. Especialmente na avaliação de uma pessoa de origem étnica diferente, é útil obter informações adicionais a partir de informantes familiarizados com a respectiva bagagem cultural.

As categorias de Transtorno da Personalidade podem ser aplicadas a crianças ou adolescentes nos casos relativamente raros em que os traços particularmente mal adaptativos do indivíduo parecem ser generalizados, persistentes e não restritos a um determinado estágio evolutivo ou a um episódio de um transtorno do Eixo I. Cabe reconhecer que os traços de um Transtorno da Personalidade que aparecem na infância freqüentemente não persistem inalterados até a vida adulta. Para o diagnóstico de Transtorno da Personalidade em um indivíduo com menos de 18 anos, as características devem ter estado presentes por no mínimo 1 ano. A única exceção é representada pelo Transtorno da Personalidade Anti-Social, que não pode ser diagnosticado em indivíduos com menos de 18 anos (ver p. 656). Embora, por definição, um Transtorno da Personalidade não deva ter início após os primórdios da idade adulta, os indivíduos podem não chegar a uma definição clínica até uma fase relativamente tardia de suas vidas. Um Transtorno da Personalidade pode se exacerbar após a perda de pessoas de apoio significativas (p. ex., cônjuge) ou situações sociais anteriormente estabilizantes (p. ex., um emprego). Entretanto, o desenvolvimento de uma alteração da personalidade em meio à idade adulta ou mais tarde recomenda uma completa avaliação para determinar a possível presença de uma Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral ou de um Transtorno Relacionado a Substância não reconhecidos.

Certos Transtornos da Personalidade (p. ex., Transtorno da Personalidade Anti-Social) são diagnósticos com maior freqüência em homens. Outros (p. ex., Transtorno da Personalidade *Borderline*, Histriônica e Dependente) são diagnosticados com maior freqüência em mulheres. Embora essas diferenças na prevalência provavelmente reflitam diferenças reais de gênero quanto à presença desses padrões, é preciso cautela para não superdiagnosticar ou subdiagnosticar certos Transtornos da Personalidade em mulheres em homens, em virtude de estereótipos sociais acerca dos papéis e comportamentos típicos para o gênero.

Curso

As características de um Transtorno da Personalidade geralmente podem ser identificadas durante a adolescência ou começo da idade adulta. Por definição, um Transtorno da Personalidade é um padrão persistente, e relativamente estável ao longo do tempo, no modo de pensar, sentir e se comportar. Alguns tipos de Transtornos da Personalidade (notadamente, Transtorno da Personalidade Anti-Social e Transtorno

Personalidade *Borderline*) tendem a tornar-se menos evidentes ou a apresentar remissão com a idade, ao passo que o mesmo parece não ocorrer com alguns outros tipos (p. ex., Transtornos da Personalidade Obsessivo-Compulsiva e Esquizotípica).

Diagnóstico diferencial

Muitos dos critérios específicos para os Transtornos da Personalidade descrevem aspectos (p. ex., desconfiança, dependência ou insensibilidade) que também caracterizam episódios de **transtornos mentais do Eixo I**. Um Transtorno da Personalidade deve ser diagnosticado apenas quando as características definidoras apareceram antes do início da idade adulta, são típicas do funcionamento do indivíduo a longo prazo e não ocorrem exclusivamente durante um episódio de um transtorno do Eixo I. Pode ser particularmente difícil (e não particularmente útil) diferenciar entre os Transtornos da Personalidade e os transtornos do Eixo I (p. ex., Transtorno Distímico) que têm um início precoce e um curso crônico e relativamente estável. Alguns Transtornos da Personalidade podem ter um relacionamento “de espectro” com determinadas condições do Eixo I (p. ex., Transtorno da Personalidade Esquizotípica com Esquizofrenia; Transtorno da Personalidade Esquiva com Fobia Social), com base em semelhanças fenomenológicas ou biológicas ou agregação familiar.

Para os três Transtornos da Personalidade que podem ter relação com os **Transtornos Psicóticos** (i. é, Paranóide, Esquizóide e Esquizotípico), existe um critério de exclusão, afirmando que o padrão de comportamento não deve ter ocorrido exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia, Transtorno do Humor com Características Psicóticas ou um outro Transtorno Psicótico. Quando um indivíduo tem um Transtorno Psicótico crônico do Eixo I (p. ex., Esquizofrenia) que foi precedido por um Transtorno da Personalidade preexistente, o Transtorno da Personalidade também deve ser registrado no Eixo II, segundo da expressão “Pré-Mórbido” entre parênteses.

O clínico deve ter cautela ao diagnosticar Transtornos da Personalidade durante um episódio de **Transtorno do Humor** ou um **Transtorno de Ansiedade**, porque essas condições podem ter aspectos sintomáticos que imitam traços de personalidade, podendo dificultar a avaliação retrospectiva dos padrões de funcionamento a longo prazo do indivíduo. Quando alterações de personalidade emergem e persistem após a exposição de um indivíduo a um estresse extremo, um diagnóstico de **Transtorno de Estresse Pós-Traumático** deve ser considerado (ver p. 448). Quando uma pessoa tem um **Transtorno Relacionado a Substâncias**, é importante não fazer um diagnóstico de Transtorno da Personalidade com base unicamente em comportamentos resultantes de Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância ou associados com atividades a serviço da manutenção de uma dependência (p. ex., comportamento anti-social). Quando alterações persistentes da personalidade surgem como resultado dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral (p. ex., tumor cerebral), um diagnóstico de **Alteração da Personalidade Devido a uma condição médica geral** (p. 202) deve ser considerado.

Os Transtornos da Personalidade devem ser diferenciados de **traços de personalidade que não atingem o limiar para um Transtorno da Personalidade**. Os traços de personalidade são diagnosticados como Transtorno da Personalidade apenas quando são inflexíveis, mal adaptativos e persistentes e causam significativo prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo.

Crítérios Diagnósticos para um Transtorno da Personalidade

- A. Um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo. Este padrão manifesta-se em duas (ou mais) das seguintes áreas:
- (1) cognição (i. é, modo de perceber e interpretar a si mesmo, outras pessoas e eventos)
 - (2) afetividade (i. é, variação, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional)
 - (3) funcionamento interpessoal
 - (4) controle dos impulsos
- B. O padrão persistente é inflexível e abrange uma ampla faixa de situações pessoais e sociais.
- C. O padrão persistente provoca sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D. O padrão é estável e de longa duração, podendo seu início remontar à adolescência ou começo da idade adulta.
- E. O padrão persistente não é mais bem explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental.
- F. O padrão persistente não é decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., traumatismo craniano).

Modelos Dimensionais para Transtornos da Personalidade

O enfoque diagnóstico usado neste manual representa a perspectiva categórica de que os Transtornos da Personalidade representam síndromes clínicas qualitativamente distintas. Uma alternativa ao enfoque categórico é a perspectiva dimensional de que os Transtornos da Personalidade representam variações mal adaptativas de traços de personalidade que imperceptivelmente se fundem com a normalidade e uns com os outros. Muitas tentativas já foram feitas no sentido de identificar as dimensões mais fundamentais subjacentes a todo o domínio do funcionamento normal e patológico da personalidade. Um modelo consiste nas cinco dimensões seguintes: neuroticidade, introversão *versus* extroversão, fechamento *versus* abertura à experiência, antagonismo *versus* concordância, e conscienciosidade. Um outro enfoque consiste em descrever áreas mais específicas de disfunção da personalidade, incluindo até 15-40 dimensões (p. ex., reatividade afetiva, apreensão social, distorção cognitiva, impulsividade, não-sinceridade, egocentrismo). Outros modelos dimensionais que foram propostos incluem afetividade positiva, afetividade negativa e repressão; busca de novidades, dependência de recompensas, evitação de danos, persistência, autodirecionamento, cooperatividade e autotranscendência; poder (dominância *versus* submissão) e afiliação (amor *versus* ódio); busca do prazer *versus* esquia da dor, acomodação passiva *versus* modificação ativa e auto-expansão *versus* apoio ao crescimento de outros. Os agrupamentos dos Transtornos da Personalidade do DSM-IV (i. é, esquisito-excêntrico, dramático-emotivo e ansioso-medroso) também podem ser vistos como dimensões que representam espectros de disfunções da personalidade em um *continuum* com transtornos mentais do Eixo I. Os modelos dimensionais alternativos têm muito em comum e, juntos, parecem contemplar as áreas importantes da disfunção de personalidade. Sua integração, utilidade clínica e relação com as categorias diagnósticas dos Transtornos da Personalidade e com os variados aspectos das disfunções da personalidade ainda permanece sob investigação.

Critérios Diagnósticos para 301.22 Transtorno da Personalidade Esquizotípica (continuação)

- (9) ansiedade social excessiva que não diminui com a familiaridade e tende a estar associada com temores paranóides, em vez de julgamentos negativos acerca de si próprio
- B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia, Transtorno do Humor Com Características Psicóticas, outro Transtorno Psicótico ou um Transtorno Global do Desenvolvimento.

Nota: Se os critérios são satisfeitos antes do início de Esquizofrenia, acrescentar "Pré-Mórbido", por exemplo "Transtorno da Personalidade Esquizotípica (Pré-Mórbido)".

Transtornos da Personalidade do Grupo B

301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social

Características diagnósticas

A característica essencial do Transtorno da Personalidade Anti-Social é um padrão global de desrespeito e violação dos direitos alheios, que se manifesta na infância ou no começo da adolescência e continua na idade adulta.

Este padrão também é conhecido como psicopatia, sociopatia ou transtorno da personalidade dissocial. Uma vez que o engano e a manipulação são aspectos centrais do Transtorno da Personalidade Anti-Social, pode ser de especial utilidade integrar as informações adquiridas pela avaliação clínica sistematicamente com informações coletadas a partir de fontes colaterais.

Para receber este diagnóstico, o indivíduo deve ter a idade mínima de 18 anos (Critério B) e ter tido um histórico de alguns sintomas de Transtorno da Conduta antes dos 15 anos (Critério C). O Transtorno da Conduta envolve um padrão de comportamento repetitivo e persistente, no qual ocorre violação dos direitos básicos dos outros ou de normas ou regras sociais importantes e adequadas à idade. Os comportamentos específicos característicos do Transtorno da Conduta ajustam-se a uma dentre quatro categorias: agressão a pessoas e animais, destruição de patrimônio, defraudação ou furto, ou séria violação de regras. Esses são descritos em maiores detalhes na p. 120.

O padrão de comportamento anti-social persiste pela idade adulta. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social não se conformam às normas pertinentes a um comportamento dentro de parâmetros legais (Critério A1). Eles podem realizar repetidos atos que constituem motivo de detenção (quer sejam presos ou não), tais como destruir propriedade alheia, importunar os outros, roubar ou dedicar-se a contravenção. As pessoas com este transtorno desrespeitam os desejos, direitos ou sentimentos alheios. Frequentemente enganam ou manipulam os outros, a fim de obter vantagens pessoais ou prazer (para obter dinheiro, sexo ou poder) (Critério A2). Podem mentir repetidamente, usar nomes falsos, localizar ou fingir. Um padrão de impulsividade pode ser manifestado por um fracasso em planejar o futuro (Critério A3). As decisões são tomadas ao sabor do momento, de maneira impensada e sem considerar as consequências para si mesmo ou para outros, o que pode levar a mudanças súbitas de empregos, de residência ou de relacionamentos. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social tendem a ser irresponsáveis ou agressivos e podem repetidamente entrar em lutas corporais ou cometer atos de agressão física (inclusive espancamento do cônjuge ou dos filhos) (Critério A4). Os atos agressivos cometidos em defesa própria ou de outra pessoa não são considerados evidências para este quesito. Esses indivíduos também

exibem um desrespeito imprudente pela segurança própria ou alheia (Critério A5), o que pode ser evidenciado pelo seu comportamento ao dirigir (excesso de velocidade recorrente, dirigir intoxicado, acidentes múltiplos). Eles podem engajar-se em um comportamento sexual ou de uso de substâncias com alto risco de conseqüências danosas. Eles podem negligenciar ou deixar de cuidar de um filho, de modo a colocá-lo em perigo.

Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social também tendem a ser consistente e extremamente irresponsáveis (Critério A6). O comportamento laboral irresponsável pode ser indicado por períodos significativos de desemprego apesar de oportunidades disponíveis, ou pelo abandono de vários empregos sem um plano realista de conseguir outra colocação. Pode também haver um padrão de faltas repetidas ao trabalho, não explicadas por doença própria ou na família. A irresponsabilidade financeira é indicada por atos tais como inadimplência e deixar regularmente de prover o sustento dos filhos ou de outros dependentes. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social demonstram pouco remorso pelas conseqüências de seus atos (Critério A7). Eles podem mostrar-se indiferentes ou oferecer uma racionalização superficial para terem ferido, maltratado ou roubado alguém (p. ex., "a vida é injusta", "perdedores merecem perder" ou "isto iria acontecer de qualquer modo"). Esses indivíduos podem culpar suas vítimas por terem sido tolas, impotentes ou por terem o destino que merecem; podem minimizar as conseqüências danosas de suas ações, ou simplesmente demonstrar completa indiferença. Estes indivíduos em geral não procuram compensar ou reparar sua conduta. Eles podem acreditar que todo mundo está aí para "ajudar o número um" e que não se deve respeitar nada nem ninguém, para não ser dominado.

O comportamento anti-social não deve ocorrer exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia ou de um Episódio Maníaco (Critério D).

Características e transtornos associados

Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social com freqüência não possuem empatia e tendem a ser insensíveis e cínicos e a desprezar os sentimentos, direitos e sofrimentos alheios. Eles podem ter uma auto-estima enfatuada e arrogante (p. ex., achar que um trabalho comum não está à sua altura, ou não ter uma preocupação realista com seus problemas atuais ou seu futuro) e podem ser excessivamente opinatiços, auto-suficientes ou vaidosos. Eles podem exibir um encanto superficial e não-sincero, ser bastante volúveis e ter facilidade com as palavras (p. ex., usar termos técnicos ou jargão capazes de impressionar alguém não familiarizado com o assunto). Falta de empatia, auto-estima enfatuada e encanto superficial são aspectos habitualmente incluídos nos conceitos tradicionais de psicopatia e podem ser particularmente distintivos do Transtorno da Personalidade Anti-Social em contextos forenses ou penitenciários, onde atos criminosos, delinquentes ou agressivos tendem a ser inespecíficos. Esses indivíduos podem também ser irresponsáveis e exploradores em seus relacionamentos sexuais. Eles podem ter um histórico de múltiplos parceiros sexuais, sem jamais ter mantido um relacionamento monogâmico. Essas pessoas podem ser irresponsáveis na condição de pai ou mãe, o que se evidencia por desnutrição ou doença em um filho, resultante da falta de cuidados mínimos de higiene, filhos dependendo de vizinhos ou parentes para obter alimento e abrigo, deixar de conseguir alguém para cuidar de um filho pequeno quando o indivíduo está fora de casa, ou repetido esbanjamento do dinheiro necessário para as necessidades domésticas. Esses indivíduos podem dar baixa com desonra das forças armadas, podem não conseguir se sustentar, podem empobrecer a ponto de não ter onde morar, ou passar muitos anos em instituições penais. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social estão mais propensos do que as outras pessoas na população em geral a morrer prematuramente por meios violentos (p. ex., suicídio, acidentes e homicídios).

Os indivíduos com este transtorno também podem experimentar disforia, incluindo queixas de tensão, incapacidade de tolerar o tédio e humor deprimido. Eles podem ter, em associação, Transtornos de Ansiedade, Transtornos Depressivos e Transtornos Relacionados a Substâncias, Transtorno de Somatização, Jogo Patológico e outros transtornos do controle dos impulsos. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social também têm, freqüentemente, características de personalidade que satisfazem os critérios

para outros Transtornos da Personalidade, particularmente Transtorno da Personalidade *Borderline*, Histrionica e Narcisista. A probabilidade de desenvolver um Transtorno da Personalidade Anti-Social na vida adulta é maior se o indivíduo teve precocemente um Transtorno da Conduta (antes dos 10 anos de idade) e um Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade concomitante. Abuso ou negligência dos filhos, cuidados parentais instáveis ou imprevisíveis ou disciplina parental inconsistente podem aumentar a probabilidade de que o Transtorno da Conduta evolua para um Transtorno da Personalidade Anti-Social.

Características específicas de cultura, idade e gênero

O Transtorno da Personalidade Anti-Social parece estar associado com baixa situação socioeconômica e contextos urbanos. Foram levantadas considerações de que o diagnóstico poderia ser aplicado incorretamente, em alguns casos, em contextos nos quais um comportamento aparentemente anti-social pode fazer parte de uma estratégia protetora de sobrevivência. Ao avaliar os traços anti-sociais, é importante considerar o contexto socioeconômico no qual os comportamentos ocorrem.

Por definição, o Transtorno da Personalidade Anti-Social não pode ser diagnosticado antes dos 18 anos. O Transtorno da Personalidade Anti-Social é muito mais comum em homens do que em mulheres. Tem havido alguma preocupação de que o Transtorno da Personalidade Anti-Social possa ser subdiagnosticado em mulheres, particularmente em razão da ênfase dada aos componentes agressivos na definição do Transtorno da Conduta.

Prevalência

A prevalência geral do Transtorno da Personalidade Anti-Social em amostras comunitárias é de cerca de 3% em homens e 1% em mulheres. As estimativas de prevalência em contextos clínicos têm variado de 3 a 30%, dependendo das características predominantes das populações amostradas. Taxas de prevalência ainda maiores estão associadas aos contextos de tratamento de abuso de substâncias e contextos forenses ou penitenciários.

Curso

O Transtorno da Personalidade Anti-Social tem um curso crônico, mas pode tornar-se menos evidente ou apresentar remissão à medida que o indivíduo envelhece, particularmente por volta da quarta década de vida. Embora esta remissão apresente uma propensão a ser particularmente evidente com relação a envolver-se em comportamentos criminosos, é provável que haja uma diminuição no espectro total de comportamentos anti-sociais e uso de substâncias.

Padrão familiar

O Transtorno da Personalidade Anti-Social é mais comum entre os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com o transtorno do que na população em geral. O risco dos parentes biológicos de mulheres com o transtorno tende a ser maior do que para os parentes biológicos de homens com o transtorno. Os parentes biológicos das pessoas com este transtorno também estão em maior risco para Transtorno de Somatização e Transtornos Relacionados a Substâncias. Dentro de uma família com um membro que apresenta Transtorno da Personalidade Anti-Social, os homens têm, com maior frequência, Transtorno da Personalidade Anti-Social e Transtornos Relacionados a Substâncias, enquanto as mulheres têm, com maior frequência, Transtorno de Somatização. Entretanto, nessas famílias, existe um aumento na prevalência de todos esses transtornos, tanto em homens quanto em mulheres, em comparação com a população em geral. Os estudos de adoções indicam que fatores genéticos e ambientais contribuem para o risco deste grupo de transtornos. Os filhos tanto adotivos quanto biológicos de pais com Transtorno da Personalidade Anti-Social

têm um risco aumentado para o desenvolvimento de Transtorno da Personalidade Anti-Social, Transtorno de Somatização e Transtornos Relacionados a Substâncias. Os filhos dados para adoção assemelham-se mais a seus pais biológicos do que a seus pais adotivos, mas o ambiente da família adotiva influencia o risco do desenvolvimento de um Transtorno da Personalidade e psicopatologia correlata.

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico de Transtorno da Personalidade Anti-Social não é conferido a indivíduos com menos de 18 anos, e apenas é dado se existe um histórico de alguns sintomas de Transtorno da Conduta antes dos 15 anos. Para indivíduos com mais de 18 anos, um diagnóstico de Transtorno da Conduta somente é dado se não forem satisfeitos os critérios para Transtorno da Personalidade Anti-Social.

Quando o comportamento anti-social em um adulto está associado com um **Transtorno Relacionado a Substância**, o diagnóstico de Transtorno da Personalidade Anti-Social não é feito, a menos que os sinais de Transtorno da Personalidade Anti-Social também tenham estado presentes na infância e tenham continuado até a idade adulta. Quando o uso de substâncias e o comportamento anti-social iniciaram na infância e continuaram até a idade adulta, tanto um Transtorno Relacionado a Substância quanto um Transtorno da Personalidade Anti-Social devem ser diagnosticados se os critérios para ambos são satisfeitos, embora alguns atos anti-sociais possam ser uma consequência do Transtorno Relacionado a Substância (p. ex., venda ilegal de drogas ou furtos a fim de obter dinheiro para comprar drogas). O comportamento Anti-Social que ocorre exclusivamente durante o curso de **Esquizofrenia** ou **Episódio Maníaco** não deve ser diagnosticado como Transtorno da Personalidade Anti-Social.

Outros Transtornos da Personalidade podem ser confundidos com o Transtorno da Personalidade Anti-Social por terem certas características em comum, de modo que é importante distingui-los com base nas diferenças em seus aspectos característicos. Entretanto, se um indivíduo apresenta características de personalidade que satisfazem os critérios para um ou mais Transtornos da Personalidade além do Transtorno da Personalidade Anti-Social, todos podem ser diagnosticados. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social e **Transtorno da Personalidade Narcisista** compartilham uma tendência a serem insensíveis, volúveis, superficiais, exploradores e destituídos de empatia. Entretanto, o Transtorno da Personalidade Narcisista não inclui características de impulsividade, agressividade e engano. Além disso, os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social podem não necessitar tanto da admiração e da inveja dos outros, e as pessoas com o Transtorno de Personalidade Narcisista geralmente não possuem um histórico de Transtorno da Conduta na infância ou comportamento criminoso na idade adulta. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social e **Transtorno da Personalidade Histriônica** compartilham uma tendência para a impulsividade, superficialidade e busca de excitação, sedução, irresponsabilidade e manipulação, mas as pessoas com Transtorno da Personalidade Histriônica tendem a ser mais exageradas em suas emoções e não se envolvem, caracteristicamente, em comportamentos anti-sociais. Os indivíduos com **Transtornos da Personalidade Borderline** e Histriônica manipulam para obter apoio, enquanto aqueles com Transtorno da Personalidade Anti-Social manipulam para obter vantagens pessoais, poder ou alguma outra gratificação material. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social tendem a apresentar menor instabilidade emocional e maior agressividade do que aqueles com Transtorno da Personalidade *Borderline*. Embora o comportamento anti-social possa estar presente em alguns indivíduos com **Transtorno da Personalidade Paranóide**, ele em geral não é motivado por um desejo de obter vantagens pessoais ou de explorar os outros, como no Transtorno da Personalidade Anti-Social, mas é mais frequentemente devido a um desejo de vingança.

O Transtorno da Personalidade Anti-Social deve ser distinguido do comportamento criminoso visando obter ganhos financeiros, que não é acompanhado pelos aspectos de personalidade característicos desse transtorno. O **Comportamento Anti-Social em Adulto** (listado na seção "Outras Condições que Podem ser Foco de Atenção Clínica", p. 691) pode ser usado para descrever um comportamento criminoso, agressivo ou de outro modo anti-social, que chega à atenção clínica, mas não satisfaz todos os critérios para

Transtorno da Personalidade Anti-Social. Os traços de personalidade anti-social constituem um Transtorno da Personalidade Anti-Social apenas quando são inflexíveis, mal adaptativos e persistentes e quando causam prejuízo funcional significativo ou sofrimento subjetivo.

Critérios Diagnósticos para 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social

- A. Um padrão global de desrespeito e violação dos direitos alheios, que ocorre desde os 15 anos, indicado por, no mínimo, três dos seguintes critérios:
- (1) incapacidade de adequar-se às normas sociais com relação a comportamentos ilícitos, indicada pela execução repetida de atos que constituem motivo de detenção
 - (2) propensão para enganar, indicada por mentir repetidamente, usar nomes falsos ou ludibriar os outros para obter vantagens pessoais ou prazer
 - (3) impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro
 - (4) irritabilidade e agressividade, indicadas por repetidas lutas corporais ou agressões físicas
 - (5) desrespeito irresponsável pela segurança própria ou alheia
 - (6) irresponsabilidade consistente, indicada por um repetido fracasso em manter um comportamento laboral consistente ou de honrar obrigações financeiras
 - (7) ausência de remorso, indicada por indiferença ou racionalização por ter ferido, maltratado ou roubado alguém
- B. O indivíduo tem no mínimo 18 anos de idade.
- C. Existem evidências de Transtorno da Conduta (ver p. 120) com início antes dos 15 anos de idade.
- D. A ocorrência do comportamento anti-social não se dá exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia ou Episódio Maníaco.

301.83 Transtorno da Personalidade Borderline

Características diagnósticas

A característica essencial do Transtorno da Personalidade *Borderline* é um padrão global de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, da auto-imagem e dos afetos, e acentuada impulsividade que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos.

Os indivíduos com Transtorno da Personalidade *Borderline* fazem esforços frenéticos no sentido de evitar um abandono real ou imaginário (Critério 1). A percepção da iminência de separação ou rejeição da perda da estrutura externa pode ocasionar profundas alterações na auto-imagem, no afeto, na cognição e no comportamento. Esses indivíduos são muito sensíveis às circunstâncias ambientais. Eles experimentam intensos temores de abandono e raiva inadequada, mesmo diante de uma separação real de tempo limitado quando existem mudanças inevitáveis em seus planos (p. ex., reação de súbito desespero quando clínico anuncia o final da sessão; pânico ou fúria quando alguém que lhes é importante se atrasa alguns minutos ou precisa cancelar um encontro). Eles podem acreditar que este "abandono" implica eles são "maus". Esse medo do abandono está relacionado a uma intolerância à solidão e a uma necessidade

**ANEXO G – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos
Mentais - DSM-5: seleção de textos**

**MANUAL DIAGNÓSTICO
E ESTATÍSTICO DE
TRANSTORNOS MENTAIS**

DSM-5[®]



ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria



A Artmed é a editora
oficial da ABP

Sumário

Classificação do DSM-5	xiii
Prefácio	xli

Seção I Informações Básicas sobre o DSM-5

Introdução	5
Utilização do Manual	19
Advertência para a Utilização Forense do DSM-5	25

Seção II Critérios Diagnósticos e Códigos

Transtornos do Neurodesenvolvimento	31
Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos	87
Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados	123
Transtornos Depressivos	155
Transtornos de Ansiedade	189
Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados	235
Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores	265
Transtornos Dissociativos	291
Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados	309
Transtornos Alimentares	329
Transtornos da Eliminação	355
Transtornos do Sono-Vigília	361
Disfunções Sexuais	423
Distúrbio de Gênero	451
Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta	461
Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos	481
Transtornos Neurocognitivos	591

xii Sumário

Transtornos da Personalidade.....	645
Transtornos Parafilicos.....	688
Outros Transtornos Mentais.....	707
Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamentos e Outros Efeitos Adversos de Medicamentos.....	709
Outras Condições que Podem ser Foco da Atenção Clínica.....	718

Seção III

Instrumentos de Avaliação e Modelos Emergentes

Instrumentos de Avaliação.....	72
Formulação Cultural.....	72
Modelo Alternativo do DSM-5 para os Transtornos da Personalidade.....	72
Condições para Estudos Posteriores.....	72

Apêndice

Destaques das Modificações do DSM-IV para o DSM-5.....	iii
Glossário de Termos Técnicos.....	iii
Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento.....	iii
Listagem Alfabética dos Diagnósticos do DSM-5 e Códigos (CID-9-MC e CID-10-MC).....	iii
Listagem Numérica dos Diagnósticos do DSM-5 e Códigos (CID-9-MC).....	iii
Listagem Numérica dos Diagnósticos do DSM-5 e Códigos (CID-10-MC).....	iii
Consultores e Outros Colaboradores do DSM-5.....	iii
Índice.....	iii

Transtornos da Personalidade

Este capítulo inicia-se com uma definição geral de transtorno da personalidade que se aplica a cada um dos 10 transtornos da personalidade específicos. Um *transtorno da personalidade* é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo.

Em qualquer processo de revisão em curso, especialmente em um processo de tal complexidade, surgem diferentes pontos de vista, e fez-se um esforço para combinar todos. Assim, transtornos da personalidade são incluídos tanto na Seção II quanto na Seção III deste Manual. O material na Seção II representa uma atualização do texto associado aos mesmos critérios encontrados no DSM-IV-TR, ao passo que a Seção III inclui o modelo de pesquisa proposto para o diagnóstico e a conceitualização de transtorno da personalidade desenvolvido pelo Grupo de Trabalho da Personalidade e Transtornos da Personalidade do DSM-5. Visto que se trata de um campo que evolui, espera-se que as duas versões sirvam à prática clínica e às iniciativas de pesquisa, respectivamente.

Os seguintes transtornos da personalidade estão incluídos neste capítulo:

- **Transtorno da personalidade paranoide** é um padrão de desconfiança e de suspeita tamanhas que as motivações dos outros são interpretadas como malévolas.
- **Transtorno da personalidade esquizoide** é um padrão de distanciamento das relações sociais e uma faixa restrita de expressão emocional.
- **Transtorno da personalidade esquizotípica** é um padrão de desconforto agudo nas relações íntimas, distorções cognitivas ou perceptivas e excentricidades do comportamento.
- **Transtorno da personalidade antisocial** é um padrão de desrespeito e violação dos direitos dos outros.
- **Transtorno da personalidade *borderline*** é um padrão de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, com impulsividade acentuada.
- **Transtorno da personalidade histriônica** é um padrão de emocionalidade e busca de atenção em excesso.
- **Transtorno da personalidade narcisista** é um padrão de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia.
- **Transtorno da personalidade evitativa** é um padrão de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade a avaliação negativa.
- **Transtorno da personalidade dependente** é um padrão de comportamento submisso e apego relacionado a uma necessidade excessiva de ser cuidado.
- **Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva** é um padrão de preocupação com ordem, perfeccionismo e controle.
- **Mudança de personalidade devido a outra condição médica** é uma perturbação persistente da personalidade entendida como decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica (p. ex., lesão no lobo frontal).
- **Outro transtorno da personalidade especificado e transtorno da personalidade não especificado** são categorias utilizadas para duas situações: 1) o padrão da personalidade do indivíduo atende aos critérios gerais para um transtorno da personalidade, estando presentes traços de vários transtornos da personalidade distintos, mas os critérios para qualquer um desses transtornos específicos não são preenchidos; ou 2) o padrão da personalidade do indivíduo atende aos critérios gerais para um transtorno da personalidade, mas considera-se que ele tenha um transtorno da personalidade que não faz parte da classificação do DSM-5 (p. ex., transtorno da personalidade passivo-agressiva).

646 Transtornos da Personalidade

Os transtornos da personalidade estão reunidos em três grupos, com base em semelhanças descritivas. O Grupo A inclui os transtornos da personalidade paranoide, esquizoide e esquizotípica. Indivíduos com esses transtornos frequentemente parecem esquisitos ou excêntricos. O Grupo B inclui os transtornos da personalidade antissocial, *borderline*, histriônica e narcisista. Indivíduos com esses transtornos costumam parecer dramáticos, emotivos ou erráticos. O Grupo C inclui os transtornos da personalidade evitativa, dependente e obsessivo-compulsiva. Indivíduos com esses transtornos com frequência parecem ansiosos ou medrosos. Deve-se observar que esse sistema de agrupamento, embora útil em algumas pesquisas e situações educacionais, apresenta sérias limitações e não foi consistentemente validado.

Além disso, é frequente as pessoas apresentarem transtornos da personalidade de grupos diferentes concomitantemente. Estimativas de prevalência para os diferentes grupos sugerem 5,7% para os transtornos do Grupo A, 1,5% para os do Grupo B e 6% para os do Grupo C, com 9,1% para qualquer transtorno da personalidade, indicando concomitância frequente de transtornos de grupos diferentes. Dados do *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* de 2001-2002 sugerem que cerca de 15% dos adultos dos Estados Unidos apresentam pelo menos um transtorno da personalidade.

Modelos Dimensionais para os Transtornos da Personalidade

A abordagem diagnóstica empregada neste Manual representa a perspectiva categórica de que os transtornos da personalidade são síndromes clínicas qualitativamente distintas. Uma alternativa a essa abordagem categórica é a perspectiva dimensional de que os transtornos da personalidade representam variantes mal-adaptativas de traços de personalidade que se fundem imperceptivelmente com a normalidade e entre si. Ver a Seção III para uma descrição completa de um modelo dimensional para transtornos da personalidade. Os grupos de transtornos da personalidade do DSM-IV (i.e., esquisito-excêntrica, dramático-emotivo e ansioso-medroso) podem também ser entendidos como dimensões que representam um espectro de disfunção da personalidade dentro de um *continuum* com outros transtornos mentais. Os modelos dimensionais alternativos têm muito em comum e, juntos, parecem cobrir as áreas importantes de disfunção da personalidade. Sua integração, sua utilidade clínica e sua relação com as categorias diagnósticas de transtornos da personalidade e com vários aspectos de disfunção da personalidade estão sob investigação ativa.

Transtorno da Personalidade

Critérios

- A. Um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo. Esse padrão manifesta-se em duas (ou mais) das seguintes áreas:
 1. Cognição (i.e., formas de perceber e interpretar a si mesmo, outras pessoas e eventos).
 2. Afetividade (i.e., variação, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional).
 3. Funcionamento interpessoal.
 4. Controle de impulsos.
- B. O padrão persistente é inflexível e abrange uma faixa ampla de situações pessoais e sociais.
- C. O padrão persistente provoca sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D. O padrão é estável e de longa duração, e seu surgimento ocorre pelo menos a partir da adolescência ou do início da fase adulta.

- E. O padrão persistente não é mais bem explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental.
- F. O padrão persistente não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., traumatismo craniocéfálico).

Características Diagnósticas

Traços de personalidade são padrões persistentes de percepção, de relacionamento com e de pensamento sobre o ambiente e si mesmo que são exibidos em uma ampla gama de contextos sociais e pessoais. Os traços de personalidade constituem transtornos da personalidade somente quando são inflexíveis e mal-adaptativos e causam prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo significativos. O aspecto essencial de um transtorno da personalidade é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo e que se manifesta em pelo menos duas das seguintes áreas: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal ou controle de impulsos (Critério A). Esse padrão persistente é inflexível e abrange uma ampla faixa de situações pessoais e sociais (Critério B), provocando sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério C). O padrão é estável e de longa duração, e seu surgimento ocorre pelo menos a partir da adolescência ou do início da fase adulta (Critério D). O padrão não é mais bem explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental (Critério E) e não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, exposição a uma toxina) ou a outra condição médica (p. ex., traumatismo craniocéfálico) (Critério F). São descritos também critérios diagnósticos específicos para cada um dos transtornos da personalidade incluídos neste capítulo.

O diagnóstico de transtornos da personalidade exige avaliação dos padrões de funcionamento de longo prazo do indivíduo, e as características particulares da personalidade devem estar evidentes no começo da fase adulta. Os traços de personalidade que definem esses transtornos devem também ser diferenciados das características que surgem em resposta a estressores situacionais específicos ou estados mentais mais transitórios (p. ex., transtornos bipolar, depressivo ou de ansiedade; intoxicação por substância). O clínico deve avaliar a estabilidade dos traços de personalidade ao longo do tempo e em diversas situações. Embora uma única entrevista com o indivíduo seja algumas vezes suficiente para fazer o diagnóstico, é frequentemente necessário realizar mais de uma entrevista e espaçá-las ao longo do tempo. A avaliação pode ainda ser complicada pelo fato de que as características que definem um transtorno da personalidade podem não ser consideradas problemáticas pelo indivíduo (i.e., os traços são com frequência egossintônicas). Para ajudar a superar essa dificuldade, informações suplementares oferecidas por outros informantes podem ser úteis.

Desenvolvimento e Curso

As características de um transtorno da personalidade costumam se tornar reconhecíveis durante a adolescência ou no começo da vida adulta. Por definição, um transtorno da personalidade é um padrão persistente de pensamento, sentimento e comportamento que é relativamente estável ao longo do tempo. Alguns tipos de transtorno da personalidade (notadamente os transtornos da personalidade antissocial e *borderline*) tendem a ficar menos evidentes ou a desaparecer com o envelhecimento, o que parece não valer para alguns outros tipos (p. ex., transtornos da personalidade obsessivo-compulsiva e esquizotípica).

As categorias dos transtornos da personalidade podem ser aplicadas em crianças ou adolescentes naqueles casos relativamente raros em que os traços mal-adaptativos e particulares da personalidade do indivíduo parecem ser difusos, persistentes e pouco prováveis de serem limitados a um determinado estágio do desenvolvimento ou a outro transtorno mental específico. Deve-se reconhecer que os traços de um transtorno da personalidade que aparecem na infância com frequência não persistem sem mudanças na vida adulta. Para que um transtorno da personalidade seja diagnosticado em um indivíduo com menos de 18 anos de idade, as características precisam ter estado presentes por pelo menos um ano. A única exceção é o transtorno da personalidade

648 Transtornos da Personalidade

antissocial, que não pode ser diagnosticado em indivíduos com menos de 18 anos. Embora, na definição, um transtorno da personalidade exija um surgimento até o começo da vida adulta, as pessoas podem não buscar atendimento clínico até um período relativamente tardio na vida. Um transtorno da personalidade pode ser exacerbado após a perda de pessoas significativas (p. ex., cônjuge) ou de situações sociais previamente estabilizantes (p. ex., um emprego). Entretanto, o desenvolvimento de uma mudança na personalidade no meio da vida adulta ou mais tarde requer uma avaliação completa para determinar a possível presença de uma mudança de personalidade devido a outra condição médica ou a um transtorno por uso de substância não reconhecido.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Juízos acerca do funcionamento da personalidade devem levar em conta os antecedentes étnico-culturais e sociais do indivíduo. Os transtornos da personalidade não devem ser confundidos com problemas associados à aculturação após imigração ou à expressão de hábitos, costumes ou valores religiosos e políticos professados pela cultura de origem do indivíduo. É útil para o clínico, especialmente ao avaliar alguém com origem diferente da sua, obter mais informações com pessoas que conheçam os antecedentes culturais do indivíduo.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Alguns transtornos da personalidade (p. ex., transtorno da personalidade antissocial) são diagnosticados com maior frequência em indivíduos do sexo masculino. Outros (p. ex., transtorno da personalidade *borderline*, histriônica e dependente) são diagnosticados mais frequentemente em indivíduos do sexo feminino. Embora essas diferenças na prevalência provavelmente reflitam diferenças reais de gênero quanto à presença de tais padrões, os clínicos devem ter cautela para não superdiagnosticar ou subdiagnosticar alguns transtornos da personalidade em mulheres e homens devido a estereótipos sociais acerca de papéis e comportamentos típicos de gênero.

Diagnóstico Diferencial

Outros transtornos mentais e traços de personalidade. Muitos dos critérios específicos para transtornos da personalidade descrevem aspectos (p. ex., desconfiança, dependência, insensibilidade) que também caracterizam episódios de outros transtornos mentais. Um transtorno da personalidade deve ser diagnosticado apenas quando as características definidoras tenham surgido antes do começo da vida adulta, sejam típicas do funcionamento de longo prazo do indivíduo não ocorram exclusivamente durante um episódio de outro transtorno mental. Pode ser particularmente difícil (e não particularmente útil) distinguir transtornos da personalidade de transtornos mentais persistentes, como um transtorno depressivo persistente com início precoce e curso duradouro e relativamente estável. Alguns transtornos da personalidade podem ter uma relação de “espectro” com outros transtornos mentais (p. ex., transtorno da personalidade esquizotípica com esquizofrenia; transtorno da personalidade evitativa com transtorno de ansiedade social [fobia social]) com base em semelhanças fenomenológicas ou biológicas ou agregação familiar.

Transtornos da personalidade devem ser distinguidos de traços de personalidade que não atingem o limiar para um transtorno da personalidade. Traços de personalidade são diagnosticados como um transtorno da personalidade apenas quando são inflexíveis, mal-adaptativos persistentes e causam prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo significativos.

Transtornos psicóticos. Para os três transtornos da personalidade que podem ter relação com os transtornos psicóticos (i.e., paranoia, esquizoide e esquizotípica), existe um critério de exclusão que diz que o padrão comportamental não deve ter ocorrido exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressivo com sintomas psicóticos ou outro transtorno psicótico. Quando um indivíduo tem um transtorno mental persistente (p. ex., esquizofrenia) que foi precedido por um transtorno da personalidade preexistente, o transtorno da personalidade deve ser também registrado, seguido de “pré-mórbido” entre parênteses.

Transtornos de ansiedade e depressivo. O clínico deve ter cautela ao diagnosticar transtornos da personalidade durante um episódio de transtorno depressivo ou de ansiedade, visto que essas condições podem apresentar sintomas cruzados que imitam traços de personalidade e podem dificultar a avaliação retrospectiva dos padrões de funcionamento de longo prazo do indivíduo.

Transtorno de estresse pós-traumático. Quando mudanças de personalidade emergem e persistem após um indivíduo ser exposto a estresse extremo, um diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático deve ser considerado.

Transtornos por uso de substância. Quando um indivíduo tem um transtorno por uso de substância, é importante não fazer um diagnóstico de transtorno da personalidade unicamente com base em comportamentos que sejam consequências de intoxicação ou abstinência da substância ou que estejam associados a atividades a serviço do uso continuado da substância (p. ex., comportamento antissocial).

Mudança de personalidade devido a outra condição médica. Quando surgem mudanças persistentes de personalidade em consequência dos efeitos fisiológicos de outra condição médica (p. ex., tumor cerebral), um diagnóstico de mudança de personalidade em razão de outra condição médica deve ser considerado.

Transtornos da Personalidade do Grupo A

Transtorno da Personalidade Paranoide

Critérios Diagnósticos

301.0 (F60.0)

- A. Um padrão de desconfiança e suspeita difusa dos outros, de modo que suas motivações são interpretadas como malévolas, que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por quatro (ou mais) dos seguintes:
1. Suspeita, sem embasamento suficiente, de estar sendo explorado, maltratado ou enganado por outros.
 2. Preocupa-se com dúvidas injustificadas acerca da lealdade ou da confiabilidade de amigos e sócios.
 3. Reluta em confiar nos outros devido a medo infundado de que as informações serão usadas maliciosamente contra si.
 4. Percebe significados ocultos humilhantes ou ameaçadores em comentários ou eventos benignos.
 5. Guarda rancores de forma persistente (i.e., não perdoa insultos, injúrias ou desprezo).
 6. Percebe ataques a seu caráter ou reputação que não são percebidos pelos outros e reage com raiva ou contra-ataca rapidamente.
 7. Tem suspeitas recorrentes e injustificadas acerca da fidelidade do cônjuge ou parceiro sexual.
- B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressivo com sintomas psicóticos ou outro transtorno psicótico e não é atribuível aos efeitos fisiológicos de outra condição médica.

Nota: Se os critérios são atendidos antes do surgimento de esquizofrenia, acrescentar "pré-mórbido", isto é, "transtorno da personalidade paranoide (pré-mórbido)".

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno da personalidade paranoide é um padrão de desconfiança e suspeita difusa dos outros a ponto de suas motivações serem interpretadas como malévolas. Esse padrão começa no início da vida adulta e está presente em contextos variados.

parecem psicóticos, os quais podem piorar sob estresse, e têm menor probabilidade de apresentarem durante todo o tempo sintomas afetivos intensos. Embora possa ocorrer isolamento social no transtorno da personalidade *borderline*, ele costuma ser mais comumente secundário a fracassos interpessoais repetidos devido a ataques de raiva e mudanças frequentes de humor do que resultado de falta persistente de contatos sociais e de desejo de intimidade. Além disso, pessoas com transtorno da personalidade esquizotípica geralmente não demonstram os comportamentos impulsivos ou manipuladores do indivíduo com transtorno da personalidade *borderline*. Há, todavia, alta taxa de ocorrência concomitante dos dois transtornos, de modo que fazer tais distinções nem sempre é possível. Características esquizotípicas durante a adolescência costumam ser mais reflexo de turbulência emocional passageira do que um transtorno persistente da personalidade.

Transtornos da Personalidade do Grupo B

Transtorno da Personalidade Antissocial

Critérios Diagnósticos

301.7 (F60.2)

- A. Um padrão difuso de desconsideração e violação dos direitos das outras pessoas que ocorre desde os 15 anos de idade, conforme indicado por três (ou mais) dos seguintes:
1. Fracasso em ajustar-se às normas sociais relativas a comportamentos legais, conforme indicado pela repetição de atos que constituem motivos de detenção.
 2. Tendência à falsidade, conforme indicado por mentiras repetidas, uso de nomes falsos ou de trapaça para ganho ou prazer pessoal.
 3. Impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro.
 4. Irritabilidade e agressividade, conforme indicado por repetidas lutas corporais ou agressões físicas.
 5. Descaso pela segurança de si ou de outros.
 6. Irresponsabilidade reiterada, conforme indicado por falha repetida em manter uma conduta consistente no trabalho ou honrar obrigações financeiras.
 7. Ausência de remorso, conforme indicado pela indiferença ou racionalização em relação a ter ferido, maltratado ou roubado outras pessoas.
- B. O indivíduo tem no mínimo 18 anos de idade.
- C. Há evidências de transtorno da conduta com surgimento anterior aos 15 anos de idade.
- D. A ocorrência de comportamento antissocial não se dá exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou transtorno bipolar.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno da personalidade antissocial é um padrão difuso de indiferença e violação dos direitos dos outros, o qual surge na infância ou no início da adolescência e continua na vida adulta. Esse padrão também já foi referido como *psicopatia*, *sociopatia* ou *transtorno da personalidade dissocial*. Visto que falsidade e manipulação são aspectos centrais do transtorno da personalidade antissocial, pode ser especialmente útil integrar informações adquiridas por meio de avaliações clínicas sistemáticas e informações coletadas de outras fontes colaterais.

Para que esse diagnóstico seja firmado, o indivíduo deve ter no mínimo 18 anos de idade (Critério B) e deve ter apresentado alguns sintomas de transtorno da conduta antes dos 15 anos (Critério C). O transtorno da conduta envolve um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual os direitos básicos dos outros ou as principais normas ou regras sociais apropriadas à idade são violados. Os comportamentos específicos característicos do transtorno da conduta encaixam-se em uma de quatro categorias: agressão a pessoas e animais, destruição de propriedade, fraude ou roubo ou grave violação a regras.

660 Transtornos da Personalidade

O padrão de comportamento antissocial continua até a vida adulta. Indivíduos com transtorno da personalidade antissocial não têm êxito em ajustar-se às normas sociais referentes a comportamento legal (Critério A1). Podem repetidas vezes realizar atos que são motivos de detenção (estando já presos ou não), como destruir propriedade alheia, assediar outras pessoas, roubar ou ter ocupações ilegais. Pessoas com esse transtorno desrespeitam os desejos, direitos ou sentimentos dos outros. Com frequência, enganam e manipulam para obter ganho ou prazer pessoal (p. ex., conseguir dinheiro, sexo ou poder) (Critério A2). Podem mentir reiteradamente, usar nomes falsos, trapacear ou fazer maldades. Um padrão de impulsividade pode ser manifestado por fracasso em fazer planos para o futuro (Critério A3). As decisões são tomadas no calor do momento, sem análise e sem consideração em relação às consequências a si ou aos outros; isso pode levar a mudanças repentinas de emprego, moradia ou relacionamentos. Indivíduos com o transtorno tendem a ser irritáveis e agressivos e podem envolver-se repetidamente em lutas corporais ou cometer atos de agressão física (inclusive espancamento de cônjuge ou filho) (Critério A4). (Atos agressivos necessários para defesa própria ou de outra pessoa não são considerados evidência para esse item.) Essas pessoas ainda demonstram descaço pela própria segurança ou pela de outros (Critério A5). Isso pode ser visto no comportamento na direção (i.e., velocidade excessiva recorrente, direção sob intoxicação, múltiplos acidentes). Podem se envolver em comportamento sexual ou uso de substância com alto risco de consequências nocivas. Podem negligenciar ou falhar em cuidar de uma criança a ponto de colocá-la em perigo.

Indivíduos com o transtorno da personalidade antissocial também tendem a ser reiterada e extremamente irresponsáveis (Critério A6). Comportamento laboral irresponsável pode ser indicado por períodos significativos de desemprego, a despeito de haver oportunidades de trabalho disponíveis, ou por abandono de vários empregos sem um plano realista de obtenção de outro. Pode também haver um padrão de repetidas ausências ao trabalho que não são explicadas por doença própria ou de familiar. Irresponsabilidade financeira é indicada por atos como inadimplência, fracasso em sustentar regularmente os filhos ou outros dependentes. Indivíduos com o transtorno demonstram pouco remorso pelas consequências de seus atos (Critério A7). Podem ser indiferentes a ter ferido, maltratado ou roubado alguém, racionalizando de modo superficial essas situações (p. ex., "a vida é injusta", "perdedores merecem perder"). Esses indivíduos podem culpar as vítimas por serem tolas, desamparadas ou merecedoras de seu destino (p. ex., "ele já esperava por isso de qualquer forma"); podem minimizar as consequências danosas de seus atos ou ainda simplesmente demonstrar total indiferença. Em geral, fracassam em compensar ou fazer reparações em razão do seu comportamento. Podem achar que todo mundo deve "ajudar o número um" e que se deve fazer qualquer coisa para evitar ser incomodado.

O comportamento antissocial não deve ocorrer exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou transtorno bipolar (Critério D).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos com transtorno da personalidade antissocial frequentemente carecem de empatia e tendem a ser insensíveis, cínicos e desdenhosos em relação aos sentimentos, direitos e sofrimentos dos outros. Podem ter autoconceito inflado e arrogante (p. ex., sentem que o trabalho comum cotidiano está abaixo deles ou carecem de uma preocupação real a respeito dos seus problemas do momento ou a respeito de seu futuro) e podem ser excessivamente opináticos, autoconfiantes ou convencidos. Podem exibir um charme desinibido e superficial e podem ser muito volúveis e verbalmente fluentes (p. ex., usar termos técnicos ou jargão que podem impressionar uma pessoa que desconhece o assunto). Falta de empatia, autoapreciação inflada e charme superficial são aspectos que têm sido comumente incluídos em concepções tradicionais da psicopatia e que podem ser particularmente característicos do transtorno e mais preditivos de recidiva em prisões ou ambientes forenses, onde atos criminosos, delinquentes ou agressivos tendem a ser inespecíficos. Esses indivíduos podem, ainda, ser irresponsáveis e exploradores nos seus relacionamentos sexuais. Podem ter história de vários parceiros sexuais e jamais ter mantido um relacionamento monogâmico. Como pais, podem ser irresponsáveis, conforme evidenciado por desnutrição de um filho, doença de um filho resultante de falta de higiene mínima, dependência de vizinhos

ou outros familiares para abrigo ou alimento de um filho, fracasso em encontrar um cuidador para um filho pequeno quando está fora de casa ou, ainda, desperdício recorrente do dinheiro necessário para a manutenção doméstica. Esses indivíduos podem ser dispensados do exército de forma desonrosa, fracassar em prover o próprio sustento, empobrecer ou até ficar sem teto ou, ainda, passar muitos anos em institutos penais. São mais propensos a morrer prematuramente de formas violentas (p. ex., suicídio, acidentes, homicídios) do que a população em geral.

Indivíduos com transtorno da personalidade antissocial podem também apresentar disforia, incluindo queixas de tensão, incapacidade de tolerar a monotonia e humor deprimido. Podem ter transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtornos por uso de substância, transtorno de sintomas somáticos, transtorno do jogo e outros transtornos do controle de impulsos associados. Também apresentam com frequência aspectos de personalidade que atendem a critérios de outros transtornos da personalidade, em particular *borderline*, histriônica e narcisista. A probabilidade de desenvolvimento de transtorno da personalidade antissocial na idade adulta aumenta se o transtorno da conduta do indivíduo teve início na infância (antes dos 10 anos) e se houve também déficit de atenção/hiperatividade associado. Abuso ou negligência infantil, paternidade/maternidade instável ou errática ou disciplina parental inconsistente podem aumentar a probabilidade de o transtorno da conduta evoluir para transtorno da personalidade antissocial.

Prevalência

Taxas de prevalência de 12 meses de transtorno da personalidade antissocial, utilizando critérios de DSMs anteriores, situam-se entre 0,2 e 3,3%. A mais alta (maior do que 70%) está entre as amostras mais graves de indivíduos do sexo masculino com transtorno por uso de álcool em clínicas especializadas em abuso de substância, prisões ou outros ambientes forenses. A prevalência é maior em amostras afetadas por fatores socioeconômicos (i.e., pobreza) ou socioculturais (migração) adversos.

Desenvolvimento e Curso

O transtorno da personalidade antissocial tem um curso crônico, mas pode se tornar menos evidente ou apresentar remissão conforme o indivíduo envelhece, em particular por volta da quarta década de vida. Embora essa remissão tenda a ser especialmente evidente quanto a envolvimento em comportamento criminoso, é possível que haja diminuição no espectro total de comportamentos antissociais e uso de substância. Por definição, a personalidade antissocial não pode ser diagnosticada antes dos 18 anos de idade.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Transtorno da personalidade antissocial é mais comum entre familiares biológicos de primeiro grau daqueles que têm o transtorno em comparação com a população em geral. O risco para familiares biológicos de mulheres com o transtorno tende a ser maior do que aquele para familiares biológicos de homens com o transtorno. Familiares biológicos de indivíduos com a doença têm ainda risco aumentado de transtorno de sintomas somáticos e por uso de substância. Dentro de uma família na qual um membro apresenta transtorno da personalidade antissocial, os indivíduos do sexo masculino têm mais frequentemente transtorno da personalidade antissocial e por uso de substância, ao passo que os do feminino apresentam com mais frequência transtorno de sintomas somáticos. Nessas famílias, no entanto, há prevalência aumentada de todos esses transtornos em ambos os sexos em comparação com a população em geral. Estudos sobre adoção indicam que fatores genéticos e ambientais contribuem para o risco de desenvolvimento do transtorno da personalidade antissocial. Tanto filhos adotivos quanto biológicos de pais com o transtorno têm risco aumentado de desenvolver transtorno da personalidade antissocial, transtorno de sintomas somáticos e transtornos por uso de substância. Crianças que conviveram algum tempo com os pais biológicos e depois foram encaminhadas

662 Transtornos da Personalidade

para adoção assemelham-se mais aos pais biológicos do que aos adotivos, embora o ambiente da família adotiva influencie o risco de desenvolvimento de um transtorno da personalidade e psicopatologia relacionada.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O transtorno da personalidade antissocial parece ter ligação com condição socioeconômica baixa e contextos urbanos. Surgiram preocupações de que o diagnóstico possa, algumas vezes, ser mal aplicado a indivíduos em contextos em que comportamentos aparentemente antissociais possam ser parte de uma estratégia protetora de sobrevivência. Na avaliação de traços antissociais, é útil para o clínico levar em conta o contexto social e econômico em que ocorrem os comportamentos.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

O transtorno da personalidade antissocial é muito mais comum no sexo masculino do que no feminino. Têm havido algumas preocupações acerca da possibilidade de esse transtorno ser subdiagnosticado em indivíduos do sexo feminino, especialmente pela ênfase em itens de agressividade na definição do transtorno da conduta.

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico de transtorno da personalidade antissocial não é dado a indivíduos com menos de 18 anos e somente é atribuído quando há história de alguns sintomas de transtorno da conduta antes dos 15 anos de idade. Para indivíduos com mais de 18 anos, um diagnóstico de transtorno da conduta somente é dado quando não são atendidos os critérios para transtorno da personalidade antissocial.

Transtornos por uso de substância. Quando o comportamento antissocial em um adulto está associado a um transtorno por uso de substância, o diagnóstico de transtorno da personalidade antissocial não é feito a não ser que os sinais desse transtorno também tenham estado presentes na infância e continuado até a vida adulta. Quando tanto o uso de substância quanto o comportamento antissocial começaram na infância e se mantiveram na vida adulta, ambos devem ser diagnosticados caso sejam satisfeitos os critérios para os dois, mesmo que alguns atos antissociais possam ser consequência do transtorno por uso de substância (p. ex., venda ilegal de drogas, roubos para obter dinheiro para drogas).

Esquizofrenia e transtorno bipolar. Comportamento antissocial que ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou transtorno bipolar não deve ser diagnosticado como transtorno da personalidade antissocial.

Outros transtornos da personalidade. Outros transtornos da personalidade podem ser confundidos com transtorno da personalidade antissocial pelo fato de apresentarem alguns aspectos em comum. Assim, é importante, então, distinguir entre esses transtornos com base nas diferenças em seus aspectos característicos. Entretanto, se um indivíduo apresenta características de personalidade que atendem a critérios para um ou mais transtornos da personalidade além do transtorno da personalidade antissocial, todos podem ser diagnosticados. Indivíduos com transtorno da personalidade antissocial e transtorno da personalidade narcisista compartilham uma tendência a determinação exagerada, desembaraço, superficialidade, exploração e falta de empatia. O transtorno da personalidade narcisista, porém, não inclui características de impulsividade, agressão e falsidade. Além disso, indivíduos com transtorno da personalidade antissocial podem não ser tão necessitados de admiração e inveja dos outros, e pessoas com o transtorno da personalidade narcisista costumam carecer de uma história de transtorno da conduta na infância ou comportamento criminoso na vida adulta. Indivíduos com transtorno da personalidade antissocial e transtorno da personalidade histriônica compartilham uma tendência a serem impulsivos, superficiais, incansáveis, sedutores, manipuladores e a buscarem emoções, mas aqueles com transtorno da personalidade histriônica tendem a ser mais exagerados nas emoções e não costumam se envolver em comportamentos antissociais. Indivíduos com transtorno da personalidade histriônica e *borderline*

manipulam para obter atenção, ao passo que aqueles com transtorno da personalidade antissocial manipulam para obter lucro, poder ou outra gratificação material. Indivíduos com transtorno da personalidade antissocial tendem a ser menos instáveis emocionalmente e mais agressivos do que aqueles com transtorno da personalidade *borderline*. Embora comportamento antissocial possa estar presente em alguns indivíduos com transtorno da personalidade paranoide, ele não costuma ser motivado por desejo de ganho pessoal ou exploração dos outros como no transtorno da personalidade antissocial; o que os move é mais frequentemente um desejo de vingança.

Comportamento criminoso não associado a um transtorno da personalidade. O transtorno da personalidade antissocial deve ser distinguido do comportamento criminoso realizado para obter algum ganho e que não é acompanhado pelas características de personalidade que são parte desse transtorno. Apenas quando os traços da personalidade antissocial forem inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causarem prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo significativos é que constituirão transtorno da personalidade antissocial.

Transtorno da Personalidade *Borderline*

Critérios Diagnósticos

301.83 (F60.3)

Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (**Nota:** Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). (**Nota:** Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.
6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).
7. Sentimentos crônicos de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).
9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno da personalidade *borderline* é um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e de afetos e de impulsividade acentuada que surge no começo da vida adulta e está presente em vários contextos.

Indivíduos com o transtorno da personalidade *borderline* tentam de tudo para evitar abandono real ou imaginado (Critério 1). A percepção de uma separação ou rejeição iminente ou a perda de estrutura externa podem levar a mudanças profundas na autoimagem, no afeto, na cognição e no comportamento. Esses indivíduos são muito sensíveis às circunstâncias ambientais. Vivenciam medos intensos de abandono e experimentam raiva inadequada mesmo diante de uma separação de curto prazo realística ou quando ocorrem mudanças inevitáveis de planos (p. ex., desespere repentino em reação ao aviso do clínico de que a consulta acabou; pânico ou fúria quando alguém importante para eles se atrasa alguns minutos ou precisa cancelar um compro-

Modelo Alternativo do DSM-5 para os Transtornos da Personalidade

A abordagem atual dos transtornos da personalidade aparece na Seção II deste Manual, e um modelo alternativo desenvolvido para o DSM-5 é apresentado aqui na Seção III. A inclusão de ambos os modelos no DSM-5 reflete a decisão do Conselho de Diretores da APA de preservar a continuidade com a prática clínica atual e ao mesmo tempo apresentar uma nova abordagem dos transtornos da personalidade que visa tratar de inúmeros pontos fracos da abordagem atual. Por exemplo, o paciente típico que atende os critérios para um transtorno da personalidade específico com frequência também atende critérios para outros transtornos da personalidade. Igualmente, outro transtorno da personalidade especificado ou não especificado é com frequência o diagnóstico correto (porém pouco informativo), no sentido de que os pacientes não tendem a apresentar padrões de sintomas que correspondem a somente um transtorno da personalidade.

No modelo alternativo do DSM-5, os transtornos da personalidade são caracterizados por prejuízos no *funcionamento* da personalidade e por *traços* de personalidade patológicos. Os diagnósticos específicos de transtorno da personalidade que podem ser derivados desse modelo incluem os transtornos da personalidade antisocial, evitativa, *borderline*, narcisista, obsessivo-compulsiva e esquizotípica. Essa abordagem também inclui um diagnóstico de transtorno da personalidade – especificado pelo traço (TP-ET), que pode ser feito quando um transtorno da personalidade é considerado presente, mas os critérios para um transtorno específico não são satisfeitos.

Critérios Gerais para Transtorno da Personalidade

Critérios Gerais para Transtorno da Personalidade

As características essenciais de um transtorno da personalidade são:

- A. Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade (*self/interpessoal*).
- B. Um ou mais traços de personalidade patológicos.
- C. Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo são relativamente inflexíveis e difusos dentro de uma ampla faixa de situações pessoais e sociais.
- D. Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo são relativamente estáveis ao longo do tempo, podendo seu início remontar no mínimo à adolescência ou ao começo da idade adulta.
- E. Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo não são mais bem explicados por outro transtorno mental.
- F. Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo não são unicamente atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica (p. ex., traumatismo craniano grave).
- G. Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo não são mais bem entendidos como normais para o estágio do desenvolvimento de um indivíduo ou para seu ambiente sociocultural.

Um diagnóstico de transtorno da personalidade requer duas determinações: 1) uma avaliação do nível de prejuízo no funcionamento da personalidade, que é necessária para o Critério

762 Modelo Alternativo do DSM-5 para os Transtornos da Personalidade

A; e 2) uma avaliação dos traços de personalidade patológicos, que é necessária para o Critério B. Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade são relativamente flexíveis e difusos dentro de uma ampla faixa de situações pessoais e sociais (Critério C); são relativamente estáveis ao longo do tempo, podendo seu início remontar no mínimo à adolescência ou ao começo da idade adulta (Critério D); não são mais bem explicados por outro transtorno mental (Critério E); não são atribuíveis aos efeitos de uma substância ou a outra condição médica (Critério F); e não são mais bem entendidos como normais para o estágio do desenvolvimento de um indivíduo ou para seu ambiente sociocultural (Critério G). Todos os transtornos da personalidade da Seção III descritos pelo conjunto de critérios, assim como os TP-ET, por definição, satisfazem esses critérios gerais.

Critério A: Nível de Funcionamento da Personalidade

Perturbações no funcionamento individual e interpessoal constituem o núcleo da psicopatologia da personalidade e, nesse modelo diagnóstico alternativo, são avaliadas em um *continuum*. O funcionamento individual envolve identidade e autodirecionamento; o funcionamento interpessoal envolve empatia e intimidade (ver a Tabela 1). A Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade (ENFP; ver a Tabela 2, p. 775-778) utiliza cada um desses elementos para diferenciar cinco níveis de prejuízo, variando de pouco ou nenhum prejuízo (i.e., saudável funcionamento adaptativo – Nível 0) até algum prejuízo (Nível 1), prejuízo moderado (Nível 2), prejuízo grave (Nível 3) e prejuízo extremo (Nível 4).

TABELA 1 Elementos do funcionamento da personalidade

Si mesmo (*Self*):

1. **Identidade:** Vivência de si como único, com fronteiras claras entre si mesmo e os outros; estabilidade da autoestima e precisão da autoavaliação; capacidade para, e habilidade de regular, várias experiências emocionais.
2. **Autodirecionamento:** Busca de objetivos de curto prazo e de vida coerentes e significativos; utilização de padrões internos de comportamento construtivos e pró-sociais; capacidade de autorrefletir produtivamente.

Interpessoal:

1. **Empatia:** Compreensão e apreciação das experiências e motivações das outras pessoas; tolerância em relação a perspectivas divergentes; entendimento dos efeitos do próprio comportamento sobre os outros.
2. **Intimidade:** Profundidade e duração do vínculo com outras pessoas; desejo e capacidade de proximidade; respeito mútuo refletido no comportamento interpessoal.

Prejuízo no funcionamento da personalidade prediz a presença de um transtorno da personalidade, e a gravidade do prejuízo prediz se um indivíduo apresenta mais de um transtorno da personalidade ou um dos transtornos da personalidade mais tipicamente graves. Um nível moderado de prejuízo no funcionamento da personalidade é necessário para o diagnóstico de um transtorno da personalidade; esse limiar está baseado em evidências empíricas de que o nível moderado de prejuízo maximiza a capacidade dos clínicos de identificar com precisão e eficiência uma patologia de transtorno da personalidade.

Critério B: Traços de Personalidade Patológicos

Traços de personalidade patológicos estão organizados em cinco domínios amplos: Afetividade Negativa, Distanciamento, Antagonismo, Desinibição e Psicoticismo. Dentro dos cinco domínios de traços amplos encontram-se 25 facetas de traços específicas que foram desenvolvidas inicialmente a partir de uma revisão dos modelos de traços existentes e posteriormente por meio de pesquisas sucessivas com amostras de pessoas que procuraram serviços de saúde mental. A taxonomia completa dos traços é apresentada na Tabela 3 (ver p. 779-781). Os Critérios B

os transtornos da personalidade específicos compreendem subgrupos das 25 facetas de traços, baseados em revisões metanalíticas e dados empíricos sobre as relações dos traços com os diagnósticos de transtorno da personalidade do DSM-IV.

Critérios C e D: Difusão e Estabilidade

Prejuízos no funcionamento da personalidade e traços de personalidade patológicos são *relativamente* difusos dentro de uma ampla faixa de contextos pessoais e sociais, visto que personalidade é definida como um padrão de percepção, relação e pensamento sobre o ambiente e si mesmo. O termo *relativamente* reflete o fato de que todas as personalidades, exceto as mais extremamente patológicas, mostram algum grau de adaptabilidade. O padrão nos transtornos da personalidade é mal-adaptativo e relativamente inflexível, o que leva a deficiências no funcionamento social, profissional ou em outros objetivos importantes, pois os indivíduos são incapazes de modificar seu pensamento ou comportamento, mesmo diante de evidências de que sua abordagem não está funcionando. Os prejuízos no funcionamento e os traços de personalidade também são *relativamente* estáveis. Os traços de personalidade – as disposições a se comportar ou sentir de determinadas maneiras – são mais estáveis do que as expressões sintomáticas dessas disposições, mas também podem mudar. Os prejuízos no funcionamento da personalidade são mais estáveis do que os sintomas.

Critérios E, F e G: Explicações Alternativas para a Patologia da Personalidade (Diagnóstico Diferencial)

Em algumas ocasiões, o que parece ser um transtorno da personalidade pode ser mais bem explicado por outro transtorno mental, pelos efeitos de uma substância, por outra condição médica, por um estágio normal do desenvolvimento (p. ex., adolescência, velhice) ou pelo ambiente sociocultural do indivíduo. Quando outro transtorno mental está presente, o diagnóstico de um transtorno da personalidade não é feito se as manifestações do transtorno da personalidade são claramente uma expressão de outro transtorno mental (p. ex., se características de transtorno da personalidade esquizotípica estão presentes somente no contexto da esquizofrenia). Por sua vez, transtornos da personalidade podem ser diagnosticados com precisão na presença de outro transtorno mental, como o transtorno depressivo maior, e pacientes com outros transtornos mentais devem ser avaliados para transtornos da personalidade comórbidos porque estes com frequência impactam o curso de outros transtornos mentais. Portanto, sempre é apropriado avaliar o funcionamento da personalidade e os traços de personalidade patológicos que oferecem um contexto para outra psicopatologia.

Transtornos da Personalidade Específicos

Esta seção inclui critérios diagnósticos para transtornos da personalidade antissocial, evitativa, *borderline*, narcisista, obsessivo-compulsiva e esquizotípica. Cada transtorno da personalidade é definido por prejuízos típicos no funcionamento da personalidade (Critério A) e traços de personalidade patológicos característicos (Critério B):

- As características típicas do **transtorno da personalidade antissocial** são: falha em se adequar a um comportamento lícito e ético e egocêntrica e insensível falta de preocupação com os outros, acompanhada de desonestidade, irresponsabilidade, manipulação e/ou exposição a riscos.
- As características típicas do **transtorno da personalidade evitativa** são: evitação de situações sociais e inibição nas relações interpessoais relacionadas a sentimentos de incapacidade e inadequação, preocupação ansiosa com avaliação negativa e rejeição e medo do ridículo ou constrangimento.
- As características típicas do **transtorno da personalidade *borderline*** são: instabilidade da autoimagem, dos objetivos pessoais, das relações interpessoais e dos afetos, acompanhada de impulsividade, exposição a riscos e/ou hostilidade.
- As características do **transtorno da personalidade narcisista** são: autoestima variável e vulnerável, com tentativas de regulação por meio da busca de atenção e aprovação, e grandiosidade declarada ou encoberta.

764 Modelo Alternativo do DSM-5 para os Transtornos da Personalidade

- As características típicas do transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva são: dificuldades no estabelecimento e na manutenção de relacionamentos íntimos, associadas a perfeccionismo rígido; inflexibilidade e expressão emocional restrita.
- As características típicas do transtorno da personalidade esquizotípica são: prejuízos na capacidade para estabelecer relações sociais e relacionamentos íntimos e excentricidades na cognição, na percepção e no comportamento que estão associadas a autoimagem distorcida e objetivos pessoais incoerentes e acompanhados por desconfiança e expressão emocional restrita.

Os critérios A e B para os seis transtornos da personalidade específicos e para TP-ET são apresentados a seguir. Todos os transtornos da personalidade também satisfazem os critérios C até G dos Critérios Gerais para Transtorno da Personalidade.

Transtorno da Personalidade Antissocial

As características típicas do transtorno da personalidade antissocial são falha em se adequar a um comportamento lícito e ético e egocêntrica e insensível falta de preocupação com os outros, acompanhada de desonestidade, irresponsabilidade, manipulação e/ou exposição a riscos. As dificuldades características são aparentes na identidade, no autodirecionamento, na empatia e/ou na intimidade, conforme descrito a seguir, em conjunto com traços mal-adaptativos específicos nos domínios do Antagonismo e da Desinibição.

Critérios Diagnósticos Propostos

- Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das seguintes quatro áreas:
 - Identidade:** Egocentrismo; autoestima derivada de ganho, poder ou prazer pessoal.
 - Autodirecionamento:** Definição de objetivos baseada na gratificação pessoal; ausência de padrões pró-sociais internos, associada a falha em se adequar ao comportamento lícito ou ao comportamento ético em relação às normas da cultura.
 - Empatia:** Ausência de preocupação pelos sentimentos, necessidade ou sofrimento das outras pessoas; ausência de remorso após magoar ou tratar mal alguém.
 - Intimidade:** Incapacidade de estabelecer relações mutuamente íntimas, pois a exploração é um meio primário de se relacionar com os outros, incluindo engano e coerção; uso de dominação ou intimidação para controlar outras pessoas.
- Seis ou mais dos sete traços de personalidade patológicos a seguir:
 - Manipulação** (um aspecto do **Antagonismo**): Uso frequente de subterfúgios para influenciar ou controlar outras pessoas; uso de sedução, charme, loquacidade ou insinuação para atingir seus fins.
 - Insensibilidade** (um aspecto do **Antagonismo**): Falta de preocupação pelos sentimentos ou problemas dos outros; ausência de culpa ou remorso quanto aos efeitos negativos ou prejudiciais das próprias ações sobre os outros; agressão; sadismo.
 - Desonestidade** (um aspecto do **Antagonismo**): Desonestidade e fraudulência; representação deturpada de si mesmo; embelezamento ou invenção no relato de fatos.
 - Hostilidade** (um aspecto do **Antagonismo**): Sentimentos de raiva persistentes ou frequentes; raiva ou irritabilidade em resposta a desprezo e insultos mínimos; comportamento mal-doso, grosseiro ou vingativo.
 - Exposição a risco** (um aspecto da **Desinibição**): Envolvimento em atividades perigosas, arriscadas e potencialmente prejudiciais de forma desnecessária e sem dar importância às consequências; propensão ao tédio e realização de atividades impensadas para contrapor ao tédio; falta de preocupação com as próprias limitações e negação da realidade do perigo pessoal.
 - Impulsividade** (um aspecto da **Desinibição**): Ação sob o impulso do momento em resposta a estímulos imediatos; ação de caráter momentâneo sem um plano ou consideração dos resultados; dificuldade em estabelecer e seguir planos.

Modelo Alternativo do DSM-5 para os Transtornos da Personalidade 765

7. **Irresponsabilidade** (um aspecto da **Desinibição**): Desconsideração por – e falha em honrar – obrigações financeiras e outras obrigações e compromissos; falta de respeito por – e falta de continuidade nas – combinações e promessas.

Nota: O indivíduo tem no mínimo 18 anos de idade.

Especificar se:

Com características psicopáticas.

Especificadores. Uma variante distinta frequentemente denominada *psicopatia* (ou psicopatia “primária”) é marcada por ausência de ansiedade ou medo e por um estilo interpessoal audacioso que pode mascarar comportamentos mal-adaptativos (p. ex., fraude). Essa variante psicopática é caracterizada por baixos níveis de ansiedade (domínio da Afetividade Negativa) e retraimento (domínio do Distanciamento) e altos níveis de busca de atenção (domínio do Antagonismo). A intensa busca de atenção e o baixo retraimento capturam o componente de potência social (assertivo/dominante) da psicopatia, enquanto a baixa ansiedade captura o componente da imunidade ao estresse (estabilidade emocional/resiliência).

Além das características psicopáticas, os especificadores dos traços e do funcionamento da personalidade podem ser usados para registrar outras características da personalidade que podem estar presentes no transtorno da personalidade antissocial, mas que não são necessárias para o diagnóstico. Por exemplo, traços de Afetividade Negativa (p. ex., ansiedade) não são critérios diagnósticos para transtorno da personalidade antissocial (ver o Critério B), mas podem ser especificados quando apropriado. Além do mais, embora seja necessário um prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade para o diagnóstico de transtorno da personalidade antissocial (Critério A), o nível de funcionamento da personalidade também pode ser especificado.

Transtorno da Personalidade Evitativa

As características típicas do transtorno da personalidade evitativa são evitação de situações sociais e inibição nas relações interpessoais relacionadas a sentimentos de incapacidade e inadequação, preocupação ansiosa com avaliação negativa e rejeição e medo do ridículo ou constrangimento. As dificuldades características são aparentes na identidade, no autodirecionamento, na empatia e/ou na intimidade, conforme descrito a seguir, em conjunto com traços mal-adaptativos específicos nos domínios da Afetividade Negativa e do Distanciamento.

Critérios Diagnósticos Propostos

- A. Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das seguintes quatro áreas:
1. **Identidade:** Baixa autoestima associada à autoavaliação como socialmente incapaz, sem atributos pessoais ou inferior; sentimentos excessivos de vergonha.
 2. **Autodirecionamento:** Padrões irrealistas de comportamento associados a relutância em buscar objetivos, assumir riscos pessoais ou participar de novas atividades que envolvam contato interpessoal.
 3. **Empatia:** Preocupação e sensibilidade a crítica ou rejeição, associadas a inferência distorcida das perspectivas dos outros como negativas.
 4. **Intimidade:** Relutância em envolver-se com pessoas a menos que esteja certo de ser benquisto; reciprocidade diminuída nos relacionamentos íntimos devido ao medo de passar vergonha ou ser ridicularizado.
- B. Três ou mais dos quatro traços de personalidade patológicos a seguir, um dos quais deve ser (1) Ansiedade:
1. **Ansiedade** (um aspecto da **Afetividade Negativa**): Sentimento intenso de nervosismo, tensão ou pânico, frequentemente em reação a situações sociais; preocupação com os efeitos negativos de experiências passadas desagradáveis e possibilidades futuras negativas; sentir-se temeroso, apreensivo ou ameaçado pela incerteza; medo de passar constrangimento.

ANEXO H – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas – CID-10: seleção de textos

29/11/2014

CID-10



Centro Colaborador
da OMS para a
Classificação de
Doenças em

Classificação
Estatística
Internacional de
Doenças e
Problemas



CID-10

- **Apresentação**

Conteúdo do Volume I
Conteúdo do Volume II
Conteúdo do Volume III
Como usar a CID-10

- **Informações de Copyright**

- **Consulta à CID-10**

São possíveis 3 formas de consultas à CID-10: em formato *Help para Windows*, em formato HTML (pelo navegador da Internet) e por um programa de pesquisa por termos - PESQCID. Os dois primeiros têm conteúdo idêntico, variando apenas o *software* de apresentação. O terceiro apresenta recursos mais sofisticados de pesquisa.

- **Consulta no navegador Internet**

Para utilizar esta forma de consulta, o seu navegador deve ter disponível recursos de Java e Javascript. Eventualmente, pode acontecer alguma incompatibilidade entre as versões e alguns recursos ficarão indisponíveis. Observação: se apenas o painel esquerdo de consulta, contendo a estrutura da CID-10, não abrir corretamente, aperte o botão de volta (*back*) do seu *browser*.

- **Consulta em formato *Help para Windows***

Esta forma de consulta utiliza os recursos de ajuda do Windows. Para utilizá-la, é necessário instalá-la em seu microcomputador.

- **Pesquisa por termos da CID-10**

Permite, a partir da especificação de alguns termos, procurar quais os códigos que satisfazem ao critério especificado, sem buscar nos termos de exclusão. É necessário instalá-lo em seu microcomputador.

- **Tabelas da CID-10**



Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)

F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos

F00* Demência na doença de Alzheimer (G30.-†)

F01 Demência vascular

F02* Demência em outras doenças classificadas em outra parte

F03 Demência não especificada

F04 Síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas

F05 Delírium não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas

F06 Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física

F07 Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral

F09 Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado

F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa

F10 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool

F11 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos

F12 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides

F13 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos

F14 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína

F15 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína

F16 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos

F17 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo

F18 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis

F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

F20 Esquizofrenia

F21 Transtorno esquizotípico

F22 Transtornos delirantes persistentes

F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios

F24 Transtorno delirante induzido

F25 Transtornos esquizoafetivos

F28 Outros transtornos psicóticos não-orgânicos

F29 Psicose não-orgânica não especificada

F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]

F30 Episódio maníaco

F31 Transtorno afetivo bipolar

F32 Episódios depressivos

F33 Transtorno depressivo recorrente

F34 Transtornos de humor [afetivos] persistentes

F38 Outros transtornos do humor [afetivos]

F39 Transtorno do humor [afetivo] não especificado

F40-F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes

F40 Transtornos fóbico-ansiosos

F41 Outros transtornos ansiosos

F42 Transtorno obsessivo-compulsivo

F43 Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação

F44 Transtornos dissociativos [de conversão]

F45 Transtornos somatoformes

F48 Outros transtornos neuróticos

F50-F59 Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos

F50 Transtornos da alimentação

F51 Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais

F52 Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica

F53 Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte

F54 Fatores psicológicos ou comportamentais associados a doença ou a transtornos classificados em outra parte

F55 Abuso de substâncias que não produzem dependência

F59 Síndromes comportamentais associadas a transtornos das funções fisiológicas e a fatores físicos, não especificadas

F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

F60 Transtornos específicos da personalidade

F61 Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade

F62 Modificações duradouras da personalidade não atribuíveis a lesão ou doença cerebral

F63 Transtornos dos hábitos e dos impulsos

F64 Transtornos da identidade sexual

F65 Transtornos da preferência sexual

F66 Transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação

F68 Outros transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

F69 Transtorno da personalidade e do comportamento do adulto, não especificado

F70-F79 Retardo mental

F70 Retardo mental leve

F71 Retardo mental moderado

F72 Retardo mental grave

F73 Retardo mental profundo

F78 Outro retardo mental

F79 Retardo mental não especificado

F80-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico

F80 Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem
F81 Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares
F82 Transtorno específico do desenvolvimento motor
F83 Transtornos específicos misto do desenvolvimento
F84 Transtornos globais do desenvolvimento
F88 Outros transtornos do desenvolvimento psicológico
F89 Transtorno do desenvolvimento psicológico não especificado

F90-F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência

F90 Transtornos hipercinéticos
F91 Distúrbios de conduta
F92 Transtornos mistos de conduta e das emoções
F93 Transtornos emocionais com início especificamente na infância
F94 Transtornos do funcionamento social com início especificamente durante a infância ou a adolescência
F95 Tiques
F98 Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência

F99 Transtorno mental não especificado

F99 Transtorno mental não especificado em outra parte



F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

Este agrupamento compreende diversos estados e tipos de comportamento clinicamente significativos que tendem a persistir e são a expressão característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo de estabelecer relações consigo próprio e com os outros. Alguns destes estados e tipos de comportamento aparecem precocemente durante o desenvolvimento individual sob a influência conjunta de fatores constitucionais e sociais, enquanto outros são adquiridos mais tardiamente durante a vida. Os transtornos específicos da personalidade (F60-), os transtornos mistos e outros transtornos da personalidade (F61-), e as modificações duradouras da personalidade (F62-), representam modalidades de comportamento profundamente enraizadas e duradouras, que se manifestam sob a forma de reações inflexíveis a situações pessoais e sociais de natureza muito variada. Eles representam desvios extremos ou significativos das percepções, dos pensamentos, das sensações e particularmente das relações com os outros em relação àquelas de um indivíduo médio de uma dada cultura. Tais tipos de comportamento são geralmente estáveis e englobam múltiplos domínios do comportamento e do funcionamento psicológico. Frequentemente estão associados a sofrimento subjetivo e a comprometimento de intensidade variável do desempenho social.

F60 Transtornos específicos da personalidade

Trata-se de distúrbios graves da constituição caracterológica e das tendências comportamentais do indivíduo, não diretamente imputáveis a uma doença, lesão ou outra afecção cerebral ou a um outro transtorno psiquiátrico. Estes distúrbios compreendem habitualmente vários elementos da personalidade, acompanham-se em geral de angústia pessoal e desorganização social; aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência e persistem de modo duradouro na idade adulta.

F60.0 Personalidade paranóica

Transtorno da personalidade caracterizado por uma sensibilidade excessiva face às contrariedades, recusa de perdoar os insultos, caráter desconfiado, tendência a distorcer os fatos interpretando as ações imparciais ou amigáveis dos outros como hostis ou de desprezo; suspeitas recidivantes, injustificadas, a respeito da fidelidade sexual do esposo ou do parceiro sexual; e um sentimento combativo e obstinado de seus próprios direitos. Pode existir uma superavaliação de sua auto-importância, havendo frequentemente auto-referência excessiva.

Personalidade (transtorno da):

- expansiva paranóide
- fanática
- paranóide
- querelante
- sensitiva paranóide

Exclui:

- esquizofrenia paranóide (F20.0)
- estado paranóide (F22.0)
- paranóia (F22.8):
 - querelante (F22.8)
- psicose paranóide (F22.0)

F60.1 Personalidade esquizóide

Transtorno da personalidade caracterizado por um retraimento dos contatos sociais, afetivos ou outros, preferência pela fantasia, atividades solitárias e a reserva introspectiva, e uma incapacidade de expressar seus sentimentos e a experimentar prazer.

Exclui:

- esquizofrenia (F20.-)
- síndrome de Asperger (F84.5)
- transtorno:
 - delirante (F22.0)
 - esquizóide da infância (F84.5)
 - esquizotípico (F21)

F60.2 Personalidade dissocial

Transtorno de personalidade caracterizado por um desprezo das obrigações sociais, falta de empatia para com os outros. Há um desvio considerável entre o comportamento e as normas sociais estabelecidas. O comportamento não é facilmente modificado pelas experiências adversas, inclusive pelas punições. Existe uma baixa tolerância à frustração e um baixo limiar de descarga da agressividade, inclusive da violência. Existe uma tendência a culpar os outros ou a fornecer racionalizações plausíveis para explicar um comportamento que leva o sujeito a entrar em conflito com a sociedade.

Personalidade (transtorno da):

- amoral
- anti-social
- associal
- psicopática
- sociopática

Exclui:

- transtorno (de) (da):
 - conduta (F91.-)
 - personalidade do tipo instabilidade emocional (F60.3)

F60.3 Transtorno de personalidade com instabilidade emocional

Transtorno de personalidade caracterizado por tendência nítida a agir de modo imprevisível sem consideração pelas conseqüências; humor imprevisível e caprichoso; tendência a acessos de cólera e uma incapacidade de controlar os comportamentos impulsivos; tendência a adotar um comportamento briguento e a entrar em conflito com os outros, particularmente quando os atos impulsivos são contrariados ou censurados. Dois tipos podem ser distintos: o tipo impulsivo, caracterizado principalmente por uma instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos; e o tipo "borderline", caracterizado além disto por perturbações da auto-imagem, do estabelecimento de projetos e das preferências pessoais, por uma sensação crônica de vacuidade, por relações interpessoais intensas e instáveis e por uma tendência a adotar um comportamento autodestrutivo, compreendendo tentativas de suicídio e gestos suicidas.

Personalidade (transtorno da):

- agressiva
- "borderline"
- explosiva

Exclui:

- personalidade dissocial (transtorno da) (F60.2)

F60.4 Personalidade histriônica

Transtorno da personalidade caracterizado por uma afetividade superficial e lábil, dramatização, teatralidade, expressão exagerada das emoções, sugestibilidade, egocentrismo, autocomplacência, falta de consideração para com o outro, desejo permanente de ser apreciado e de constituir-se no objeto de atenção e tendência a se sentir facilmente ferido.

Personalidade (transtorno da):

- histérica
- psicoinfantil

F60.5 Personalidade anancástica

Transtorno da personalidade caracterizado por um sentimento de dúvida, perfeccionismo, escrupulosidade, verificações, e preocupação com pormenores, obstinação, prudência e rigidez excessivas. O transtorno pode se acompanhar de pensamentos ou de impulsos repetitivos e intrusivos não atingindo a gravidade de um transtorno obsessivo-compulsivo.

Personalidade (transtorno da):

- compulsiva
- obsessiva
- obsessiva-compulsiva

Exclui:

transtorno obsessivo-compulsivo (F42.-)

F60.6 Personalidade ansiosa [esquiva]

Transtorno da personalidade caracterizado por sentimento de tensão e de apreensão, insegurança e inferioridade. Existe um desejo permanente de ser amado e aceito, hipersensibilidade à crítica e a rejeição, reticência a se relacionar pessoalmente, e tendência a evitar certas atividades que saem da rotina com um exagero dos perigos ou dos riscos potenciais em situações banais.

F60.7 Personalidade dependente

Transtorno da personalidade caracterizado por: tendência sistemática a deixar a outrem a tomada de decisões, importantes ou menores; medo de ser abandonado; percepção de si como fraco e incompetente; submissão passiva à vontade do outro (por exemplo de pessoas mais idosas) e uma dificuldade de fazer face às exigências da vida cotidiana; falta de energia que se traduz por alteração das funções intelectuais ou perturbação das emoções; tendência freqüente a transferir a responsabilidade para outros.

Personalidade (transtorno da):

- astênica
- inadequada
- passiva

F60.8 Outros transtornos específicos da personalidade

Personalidade:

- excêntrica
- imatura
- narcísica
- passivo-agressiva
- psiconeurótica
- tipo "haltlose"

F60.9 Transtorno não especificado da personalidade

Neurose de caráter SOE

Personalidade patológica SOE

Observatório Nacional de Saúde Mental e Justiça ...

<http://www.observasmjc.uff.br/psm/index.php/busca>**Buscar**

http://www.observasmjc.uff.br/psm/index.php/busca/busca_publica

Listagem de Formulários

<http://www.observasmjc.uff.br/psm/index.php/busca/listar>

das Políticas Referentes à Psiquiatria Forense da Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP a oito Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em diferentes estados brasileiros, a saber: São Paulo, Amazonas, Rio Grande do Sul, Bahia, Pará e Estado do Rio de Janeiro, além do Distrito Federal. Os objetivos consistiram em avaliar a estrutura e a qualidade do serviço prestado, detectar os problemas enfrentados pelo corpo clínico e propor alternativas. Os estabelecimentos foram avaliados quanto à estrutura arquitetônica, aos recursos humanos e no que concerne às propostas de reinserção social e acompanhamento terapêutico. O relatório considera que todas as instituições visitadas apresentam um funcionamento precário, falta de assistência básica e a substituição de uma lógica terapêutica por um funcionamento segregador e carcerário. São abordadas propostas em relação a cada um dos aspectos avaliados. O Grupo da ABP destaca que a medida de segurança deve ser orientada e conduzida por tratamento psiquiátrico e acesso a todas as possibilidades terapêuticas propiciadas pela ciência moderna.

Arquivo: [Dados_-_Relatório_da_Associação_Brasileira_de_Psiquiatria.docx](http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Dados_-_Relatório_da_Associação_Brasileira_de_Psiquiatria.docx)
(http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Dados_-_Relatório_da_Associação_Brasileira_de_Psiquiatria.docx)

Link(URL): http://www.abpbrasil.org.br/comunicado/arquivo/comunicado104/MANUAL_FORENSE-18_10_Joao_2.pdf

[Voltar \(http://www.observasmjc.uff.br/psm/index.php/busca/listar\)](http://www.observasmjc.uff.br/psm/index.php/busca/listar)

**Diretoria Executiva
(2007/2010)**

João Alberto Carvalho - PE
Presidente

Luiz Alberto Henriem - SP
Vice-Presidente

Paulo Roberto Zimmermann - RS
1º Secretário

Rosa Garcia - BA
2º Secretária

João Carlos Dias - RJ
1º Tesoureiro

Hélio Lucas de Barros - MG
2º Tesoureiro

Secretários Regionais

Mato:
Geraldo Nascimento - MA

Paraná:
José Antônio Maciel - CE

Centro-Oeste:
Liberty Souza - MS

Sudeste:
Dilse Pinheiro Nicolau - MG

Sul:
Dante Rostko - PR

Conselho Fiscal

Eletivos
Fernando Dalla Gomes - RS
Benedina Biele Velho - SC
Hilda Cettice Motana - SP

Suplentes
Alfredo Maravino - PB
Rosângela Laverina - SP
José Henrique Figueiredo - RJ



Av. Presidente Wilson, 144,
Pilar do Castelo
Rio de Janeiro - RJ
CEP 20030-800
Fone (21) 2159-7540
Fax (21) 2159-7541
apb@abpbrasil.org.br
www.abpbrasil.org.br



Hospitais de Custódia no Brasil: avaliação e propostas

Associação Brasileira de Psiquiatria Grupo de Trabalho para Avaliação das Políticas Referentes à Psiquiatria Forense

Introdução

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) é uma entidade sem fins lucrativos que representa os médicos da especialidade no país e reúne cerca de 5.500 profissionais. A ABP é formada por 54 associações federadas e seis núcleos. Há entidades locais em todas as Unidades da Federação, além de 14 departamentos científicos.

Como entidade de referência da psiquiatria no país, a ABP tem uma vasta pauta de atividades que contemplam, dentre outras, a defesa do exercício profissional e o compromisso com a atualização dos psiquiatras e com o desenvolvimento de novas pesquisas.

Por isso, uma das prioridades da entidade é o programa ABP Comunidade, um esforço da Associação em sua luta para esclarecer os vários aspectos que envolvem os transtornos mentais e o estigma que pesa sobre seus portadores. O programa é um movimento de aproximação entre os médicos psiquiatras e a população, que possibilita acesso à informação de qualidade, produzida por profissionais habilitados e credenciados.

A ABP avança em suas ações sem esquecer da sua missão: defender os aspectos profissionais, públicos e sociais do exercício da psiquiatria, que dignifica a todos nós, cidadãos, empresas privadas, órgãos públicos, associações e outras entidades.

Com este intuito a ABP sempre esteve ao lado do paciente doente mental, de sua adequada assistência e, principalmente, de sua dignidade. A doença mental segue a lógica das demais patologias médicas e quando se mostra grave ao ponto do paciente cometer um crime e necessitar de um atendimento

Diretório Executivo (2007/2010)

João Alberto Carvalho - PE
Presidente

Luiz Alberto Henri - SP
1º Vice-Presidente

Paula Roberto Zimmermann - RS
2ª Secretária

Rosa Garcia - BA
2ª Secretária

John Carlos Dias - RJ
3ª Tesoureiro

Hélio Louzeiro Barros - MG
2ª Tesoureiro

Secretários Regionais

Norte
Geraído Nascimento - RN

Nordeste
José Anacleto Maciel - CE

Centro-Oeste
Liberty Sousa - MS

Sudeste
Gilda Paulelo Nicolau - MG

Sul
Dante Rozak - PR

Conselho Fiscal

Eleitores
Fernando Gêlo Corco - RS
Brendina Bele Vello - SC
Hélio Cláudio Moiano - SP

Suplentes
Márcio Hiravito - PB
Ronald Lorenzini - SP
José Henrique Figueiredo - RJ



Associação Psiquiátrica
Americana Latina - AAPAL



Avenida Presidente Wilson, 164,
Prédio 1 Castelo
Rio de Janeiro - RJ
CEP 20030-020
Fone (21) 2199-7540
Fax (21) 2199-7541
e-mail: abp@abp.org.br
www.abp.org.br



em um Hospital de Custódia e Tratamento, é nossa obrigação avaliar as condições de atendimento e propor medidas que assegurem ao paciente um atendimento moderno, digno, baseado em evidências científicas, distante de posturas ideológicas e, o mais possível, do sistema carcerário. Acreditamos ainda que seja papel da Associação Brasileira de Psiquiatria, que vem tomando esta iniciativa há 44 anos desestigmatizar a doença mental, em especial aquela que acomete o cidadão que se colocou em conflito com a Lei. Este é o nosso compromisso e dele não nos afastaremos um milímetro sequer.

É fundamental que nessa jornada estejamos juntos com os operadores do Direito e possamos, com as ferramentas que a ABP já possui, publicações, ABP Comunidade, etc., criar outros mecanismos de transformação desta realidade assustadora que considera, em última análise, que o doente mental que cometeu um crime deva vivenciar lógicas regidas pela instituição prisional e não terapêutica.

Proposta política do documento

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) encontra-se atenta ao papel do Psiquiatra Forense em todas suas áreas de atuação, seja cível, criminal ou administrativa. Especial atenção é dada ao paciente portador de transtorno mental que cometeu ilícito penal e necessita de atendimento em Hospitais de Custódia e Tratamento. Diante disso, a ABP constituiu em dezembro de 2007, o Grupo de Trabalho para a Avaliação das Políticas Referentes à Psiquiatria Forense.

Em que pese ser matéria do cotidiano de alguns dos destinatários do nosso documento, cabe lembrar que a medida de segurança é um procedimento jurídico aplicado às pessoas portadoras de transtornos mentais que adotaram comportamento criminoso.

Dentre os objetivos do Grupo de Trabalho, se destaca a análise e proposições que visem a instrumentalizar o psiquiatra para seu melhor desempenho nesta área difícil e complexa, especialmente quanto a analisar, avaliar e propor medidas para melhorar a assistência que, por vezes, chega às raias da total desassistência prestada a esses pacientes. E, também, no exame criminológico, para a correta distribuição, no cumprimento de pena, na avaliação da real periculosidade dos indivíduos, no estabelecimento de penas alternativas,

Diretoria Executiva
(2007/2010)João Alberto Carvalho - PE
PresidenteLuiz Alberto Hezem - SP
Vice-PresidentePaulo Roberto Zimmermann - RS
1º SecretárioRosa Garcia - BA
2º SecretáriaJoão Carlos Dias - RJ
1º TesoureiroHélio Louzer de Barros - MS
2º Tesoureiro**Sacaterias Regionais****Mato**

Garcido Nascimento - MA

Maricão

José Antônio Masci - CE

Centro-Oeste

Liberty Sczes - MS

Sudeste

Gilda Paschoa Nicolau - MG

Sul

Doris Rozak - PR

Conselho Fiscal**Elcios**

Fernando Gila Gomes - RS

Rondinele Biele Velho - SC

Mirta Clotilde Morano - SP

Suplentes

Alicia Mervino - PB

Ranaldo Lorenzini - SP

José Henrique Riquelme - RJ

Av. Presidente Wilson, 144,
Praça do Castelo
Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20035-009
Fone: (21) 2199-7500
Fax: (21) 2199-7561
apb@abptpsa.org.br
www.abptpsa.org.br**ABP**
Associação
Brasileira de
Psiquiatria

na progressão de regime e tantas outras situações onde o conhecimento profundo destes pacientes se faz necessário.

Ao todo, o grupo visitou oito Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, localizados nos estados de São Paulo, Amazonas, Rio Grande do Sul, Bahia, Pará e Rio de Janeiro, além do Distrito Federal. O objetivo de tais visitas foi avaliar a estrutura e a qualidade do serviço prestado nessas instituições, além de conhecer os problemas enfrentados pelo corpo clínico, em especial o Psiquiatra e direção dos hospitais, a fim de propor alternativas e cobrar dos órgãos públicos responsáveis as melhorias e adaptações eventualmente necessárias.

Assim, este documento apresenta-se como o relatório geral obtido a partir das avaliações realizadas em cada instituição. Trata-se de uma síntese do que foi visitado, que permitirá ao leitor uma ampla compreensão do tema.

Panorama atual

É confuso e multifacetado, não se conhecendo nem mesmo o número de equipamentos de saúde, denominados Hospitais de Custódia e Tratamento. Também não existe um eixo central que norteie o tratamento das pessoas atendidas. Esse fato é corroborado pela recente preocupação do Conselho Nacional de Justiça, que através de seu programa de mutirões carcerários pretende mapear os seus estabelecimentos.

Relação dos hospitais visitados

Hospital de Custódia de Manaus/ AM

Hospital de Custódia e Tratamento Salvador/ BA

Hospital de Tratamento Psiquiátrico Prof. André Teixeira Lima, Franco da Rocha I, SP

Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso - Porto Alegre/ RS

Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho - Rio de Janeiro/RJ

Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo - Niterói/ RJ

Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Franco da Rocha II, SP

Hospital de Custódia e Tratamento de Brasília/ DF

Hospital de Custódia e Tratamento de Belém/ PA

Directoria Executiva (2007/2010)

João Alberto Carvalho - PE
Presidente

Luiz Alberto Henriques - SP
Vice-Presidente

Paulo Roberto Zimmermann - RS
1.º Secretário

Rosa Garcia - BA
2.º Secretária

John Carlos Dias - RJ
1.º Tesoureiro

Hélio Luiz de Barros - MS
2.º Tesoureiro

Secretários Regionais

Mato Grosso
Geraldo Nascimento - MA

Maricá:
José Antônio Naciel - CE

Centro-Oeste:
Liberty Souza - MS

Sudeste:
Gláucia Patrícia Nicolau - MG

Sul:
Dora Ruzicki - PR

Conselho Fiscal

Executivo
Fernando Galla Gomes - RS
Bianca Biele Vekta - SC
Hilda Getilde Monna - SP

Suplentes
Mário Mineiro - PB
Rosângela Lacerda - SP
José Henrique Figueiredo - RJ



Associação Psiquiátrica
Brasileira - APB



Av. Presidente Wilson, 164,
Praça I Castelo
Rio de Janeiro - RJ
CEP 20030-820
Fone: (21) 2339-7580
Fax: (21) 2339-7561
apb@apb.org.br
www.apb.org.br



Foi elaborado um protocolo e enviado um questionário a cada instituição previamente à visita do Grupo. Como as respostas foram dadas de forma muito heterogêneas, o Grupo optou por apresentar os resultados de seu trabalho com base não só em uma análise individual, bem como, procurando unificar os problemas mais prevalentes e, portanto julgando os mais importantes.

Os dados institucionais e sócio-demográficos do objeto de nosso estudo são muito escassos em nosso país. Segundo o Departamento Penitenciário do Ministério da Justiça (DEPEN/MJ), em 2002, a população que cumpriu medida de segurança em nosso país, que o próprio Ministério da Justiça denomina de presos, era de 3.959 pacientes para 3.420 vagas, evidenciando já naquela época uma situação caótica.

Apesar desses dados preocupantes do DEPEN e considerando todo o trabalho realizado pelo Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, realizado também em 2002, constatamos que nesses últimos oito anos nenhuma medida eficaz foi tomada para a melhora desse triste panorama nacional. A simples mudança do nome Manicômio Judiciário para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em nada transformou a realidade precária na qual se transitam os doentes mentais no limite da total desassistência.

Avaliação sobre o modelo atual

As visitas realizadas constataram uma estruturação e gerenciamento dos HCTPs de forma insatisfatória, despersonalizada e deficitária, que não atendem às necessidades básicas do paciente em cumprimento de medida de segurança detentiva. Todas as instituições visitadas apresentaram um funcionamento aquém do mínimo desejado, ensejando hipóteses de desleixo e/ou falta de preparo técnico por parte dos gestores responsáveis pelo setor junto ao poder público.

As avaliações gerais sobre os aspectos considerados importantes para o funcionamento de um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico estão dispostas a seguir:

Diretoria Executiva (2007/2010)

João Alberto Carvalho - PE
Presidente

Luiz Alberto Hestem - SP
Vice-Presidente

Paulo Roberto Zimmermann - RS
1º Secretário

Rose Garcia - BA
2º Secretária

João Carlos Dias - RJ
1º Tesoureiro

Hélvio Lauer de Barros - MG
2º Tesoureiro

Secretários Regionais

Norte
Geraldo Nascimento - MA

Nordeste
José Anacleto Muciel - CE

Centro-Oeste
Liberty Souza - MS

Sudeste
Dilse Paschole Nicolau - MG

Sul
Doris Rasko - PR

Conselho Fiscal

Efetivos
Fernando Gila Gomes - RS
Bianca Belle Vielso - SC
Hélvio Cortice Mosana - SP

Suplentes
Márcia Miraviva - PB
Ranilda Lorenzini - SP
José Henrique Riparoto - RJ



Avenida Presidente Wilson, 144,
Praça do Castelo
Rio de Janeiro - RJ
CEP 20030-020
Fone (21) 2199-7540
Fax (21) 2199-7561
abp@abpbrasil.org.br
www.abpbrasil.org.br



Estrutura arquitetônica

Na maioria dos casos, a organização e disposição dos espaços nos hospitais visitados assemelham-se mais a instituições prisionais do que a estabelecimentos terapêuticos que visem a uma reinserção social. Por vezes a própria localização da instituição, como a ATP (Ala de Tratamento Psiquiátrico-DF), encontrando-se dentro do território prisional, dificulta a discriminação entre o paciente e o réu, entre o tratamento e a punição.

Recursos humanos

Atendimento médico - Em todas as unidades visitadas, foi observado um número excessivo de pacientes para a equipe técnica disponível. Outro ponto problemático foi a condução simultânea, em algumas das instituições, do tratamento psiquiátrico e do Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade pelo mesmo psiquiatra o que fere o Código de Ética Médica que, por sua vez, proíbe o médico de ser perto de paciente seu.

Perícias- Os psiquiatras que realizam exame de verificação de Cessação de Periculosidade também se encontram sobrecarregados a tal ponto de se chegar ao absurdo de agendamento de exame psiquiátrico dessa natureza para o ano de 2015.

Isso significa que mesmo que um paciente já esteja em condições de ter sua periculosidade cessada e poder retornar ao convívio social, terá que esperar por cinco anos a realização do exame. Isso gera uma superlotação da instituição continuando-se o tratamento, a nível "carcerário" dos pacientes que já teriam condições de continuar o atendimento em regime ambulatorial.

Reinserção social e acompanhamento terapêutico

O Grupo de Trabalho verificou, nos poucos hospitais que realizam a chamada "alta progressiva", baixa efetividade dos programas, sendo constatado que a falta de acompanhamento com profissionais qualificados aumenta as chances de reincidência. Seria desejável que as saídas progressivas fossem acompanhadas por algum profissional de saúde mental ou que se lançassem mão de outros recursos de monitoramento eficazes do paciente para que casos graves de reincidência criminal, como o que ficou conhecido com "Maníaco da Cantareira" não viessem a se repetir.

Directorio Executivo (2007/2010)

João Alberto Carvalho - PE
Presidente

Luiz Alberto Homem - SP
Vice-Presidente

Paula Roberto Zimmermann - RS
1ª Secretária

Rosa Garcia - BA
2ª Secretária

João Carlos Dias - RJ
1ª Tesoureira

Hélio Louzeiro Barros - MG
2ª Tesoureira

Secretários Regionais

Monte

Genivaldo Nascimento - WA

Mandacari

João Anacleto Maciel - CE

Centro-Oeste

Liberty Soares - MS

Sudeste

Gilberto Pinheiro Nicolau - MG

Sul

Duane Rucko - PR

Conselho Fiscal

Elétrica

Fernando Gêlo Gomes - RS
Borisina Bete Velho - SC
Hilda Cristine Monna - SP

Suplentes

Miranda Mineiro - PB
Ronaldo Loureiro - SP
José Henrique Figueiredo - RJ



Associação Brasileira de Psiquiatria
Av. Paulista, 1508 - Jd. Paulista - São Paulo - SP



Av. Presidente Wilson, 164,
Jardim Iguatemi
Rio de Janeiro - RJ
CEP 20030-820
Fone: (21) 2339-7540
Fax: (21) 2339-7561
abp@abpbrasil.org.br
www.abpbrasil.org.br



Além disso, a volta do interno à sociedade é dificultada pela falta de integração entre os estabelecimentos de saúde e os Hospitais de Custódia, sendo imperioso lembrar que essa população está excluída de um direito garantido pela Constituição: o acesso ao Sistema Único de Saúde. Não há acompanhamento, nem continuidade do tratamento iniciado nas instituições, o que aumenta as chances de recaída e faz com que os mesmos pacientes retornem aos HCTPs.

Conclusões e sugestões

Diante do exposto, torna-se evidente a conclusão da total falta de assistência básica e a substituição de uma lógica terapêutica por um funcionamento segregador e carcerário.

Destacamos abaixo sugestões que podem ser implantadas em uma reforma ampla do sistema, com o objetivo de qualificar as instituições e permitir que realizem, de fato, ações médicas.

Estrutura arquitetônica

As reformas estruturais necessárias a boa parte dos hospitais visitados devem privilegiar não só a segurança, como também uma diversidade de atividades terapêuticas. Assim, os hospitais devem dispor de espaços para realização de atividades esportivas, culturais e profissionalizantes, além de alojamentos com número de leitos por quarto adequado para monitoramento da equipe técnica, separados por gênero, idade e sintomatologia.

Recursos humanos

A contratação de profissionais deve permitir um atendimento de boa qualidade, com acesso a todos os recursos terapêuticos disponíveis para os usuários do Sistema Único de Saúde. A equipe mínima para atendimento, funcionando em regime de plantão, deve ser composta por: diretor clínico, psiquiatra, clínico geral, equipe de enfermagem, terapeuta ocupacional e psicólogo. Deve ser observada também a proporção entre o número de pacientes e profissionais para a viabilidade de um tratamento eficaz.

Diretoria Executiva
(2007/2010)João Alberto Carvalho - PE
PresidenteLuiz Ribera Hesam - SP
Vice-PresidentePaulo Roberto Zimmermann - RS
1º SecretárioRosa Garcia - BA
2º SecretáriaJoão Carlos Dias - RJ
1º TesoureiroHálio Louzeiro Barros - MG
2º Tesoureiro**Secretarias Regionais**Norte
Genildo Nascimento - MANordeste
José Antônio Naciel - CECentro-Oeste
Liberty Souza - MSSuldeste
Gilda Pinheiro Nicolau - MGSul
Dávor Rozak - PR**Conselho Fiscal**Eletivos
Fernando Gila Gomes - RS
Rondine Biele Nêta - SC
Helo Cleitete Morona - SPSuplentes
Márcia Mercúrio - PB
Ronildo Lorenzini - SP
José Inês Que Figueiredo - RJAv. Presidente Wilson, 144,
Pavão I Leste
Rio de Janeiro - RJ
CEP 20030-020
Fone (21) 2199-3580
Fax (21) 2199-7561
apb@abpbrasil.org.br
www.abpbrasil.org.br**Reinserção social e acompanhamento terapêutico**

A criação de ambulatórios ligados aos HCTPs para continuidade do tratamento dos ex-internos é uma medida essencial para a prevenção de recaídas. Assim, o indivíduo que sair do HCTP continuaria seu tratamento em regime ambulatorial durante a medida de segurança restritiva. Além da abordagem psiquiátrica, seria igualmente acompanhado e avaliado por equipe de técnicos capacitados para tal.

Ademais, é fundamental uma integração entre os sistemas de saúde e o judiciário, uma vez que essa população encontra-se em um terreno de interseção dessas duas esferas.

Considerações finais

O trabalho realizado mostrou uma realidade triste e deplorável no que diz respeito ao tratamento, representando uma violação aos direitos humanos dos pacientes. A medida de segurança (MS) deve ser orientada e conduzida por tratamento psiquiátrico que inclui internação e acesso a todos os recursos psiquiátricos disponíveis. Urge que as autoridades responsáveis tomem medidas imediatas para a correção dos problemas apontados nesse relatório.

Percebeu-se, como um dos problemas comuns aos HCTPs, a existência de um significativo número de pacientes a quem falta o mínimo suporte sócio-familiar, o que contribui para a recaída do comportamento violento.

Os pacientes que cumprem a MS nos HCTPs, por total falta de opção social, acabam permanecendo abrigados, mesmo após serem liberados pelo exame de verificação de Cessação de Periculosidade, superlotando a instituição. Essa é uma situação de ilegalidade podendo caracterizar cárcere privado. Por outro lado, se liberados de forma irresponsável, sem que o paciente tenha o devido suporte social, a direção pode ser acusada de abandono de incapaz.

A ABP está, como sempre esteve, à disposição para, com sua expertise, ajudar no que se refere às condições de trabalho do psiquiatra e o respeito aos direitos do paciente.

Diretoria Executiva
 (2007/2010)

João Alberto Carvalho - PE
 Presidente

Luiz Alberto Heisen - SP
 Vice-Presidente

Paulo Roberto Zimmermann - RS
 1º Secretário

Rosa Garcia - BA
 2º Secretária

João Carlos Dias - RJ
 3º Tesoureiro

Hélio Lourenço de Barros - MS
 2º Tesoureiro

Secretários Regionais
Maria
 Gerardo Nascimento - AM

Marcos
 José Anchieta Maciel - CE

Centro-Oeste
 Liberty Souza - MS

Sudeste
 Gilde Pascholetto Nicolau - MG

Sul
 Donat Rozak - PE

Conselho Fiscal
Eleitores
 Fernando Galla Corres - RS
 Roselinda Beile Welo - SC
 Hilda Clotilde Morana - SP

Suplentes
 Afonso Miravete - PE
 Ronaldo Lorenzini - SP
 José Henrique Figueiredo - RJ

 Av. Penedas, 1644,
 Phantasia I Centro
 Rio de Janeiro - RJ
 CEP: 20030-020
 Fone: (21) 2199-7540
 Fax: (21) 2199-7540
 apb@abpbrasil.org.br
 www.abpbrasil.org.br


Sugerimos dessa forma a criação de ambulatórios ligados aos HCTPs para continuidade do tratamento dos ex-internos. Ao ser encaminhado para tais ambulatórios é necessário que o HCTP envie um relatório sobre o tratamento que fora efetuado no paciente e o grau de melhora. A continuidade do tratamento deve ser realizada por psiquiatras forenses, uma vez que esses estão acostumados a lidar com pacientes que cometeram delitos, contribuindo dessa maneira para a melhor orientação terapêutica. Assim como, os HCTPs mantenham tais pacientes abrigados em residências terapêuticas ou pensões protegidas, reservado este recurso para os casos em que os pacientes não tiverem suporte familiar ou social, inviabilizando que seu tratamento possa se dar em ambulatório especializado.

Verifica-se também a necessidade de regulamentação sobre o prazo mínimo inicial para cumprimento de uma MS por parte dos magistrados. Uma vez que a MS se destina ao tratamento de um sujeito considerado como inimputável ou mesmo semi-imputável, como pode o prazo de tratamento ser determinado por autoridade não médica? Em verdade, tal proposição se baseia em antigos pressupostos de periculosidade do doente mental, o que não se verifica empiricamente. Da mesma forma a MS só pode ser cessada mediante indicação médica e não a cargo de magistrados, como se vê ocorrer em porcentagem significativa de casos.

As decisões quanto ao tempo necessário para tratamento devem ser da responsabilidade da equipe técnica dos HCTPs. Oportuno afirmar que atualmente o conceito de periculosidade do doente mental foi substituído pela avaliação de risco de reincidência criminal. E, para tal já há no Brasil, instrumentos de avaliação padronizados e de uso internacional para se ter uma medida mais confiável desta condição.

Considerando-se que a maioria dos sujeitos que foram condenados a MS já haviam recebido tratamento psiquiátrico anterior, segundo dados de pesquisas nacionais, o sistema de atendimento psiquiátrico deve contar com avaliações de especialistas de forma a impedir que um delito venha a ocorrer.

Este documento, obviamente, não pretende esgotar todas as possibilidades de melhoria do sistema dos hospitais de custódia, nem tampouco tem a aspiração de levantar todas as incontáveis mazelas que necessitam urgentemente de correção.

Directoria Executiva
(2007/2010)João Alberto Cavalho - PE
PresidenteLuiz Alberto Hassen - SP
Vice-PresidentePaulo Roberto Zimmermann - RS
1º SecretárioRose Garcia - BA
2º SecretáriaJoão Carlos Dias - RJ
1º TesoureiroHélio Lourenço de Barros - MG
2º Tesoureiro**Saceterios Regionais****Norte**

Gonzalo Nascimento - MA

Município

José Anchieta Maciel - CE

Centro-Oeste

Alberto Souza - MS

Suldeste

Gláucia Paoliello Nicolau - MG

Sul

Dunor Rozicko - PR

Conselho Fiscal**Elétricos**

Fernando Gila Correas - RS

Ronaldo Rêde Weiss - SC

Hilda Clotilde Morana - SP

Suplentes

Alfredo Mieretto - PE

Ronaldo Lorenzini - SP

José Henrique Riquelme - RJ

Av. Presidente Wilson, 164,
Praça I Castelo
Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20030-020
Fone: (21) 2199-7500
Fax: (21) 2199-7561
abp@abp.br
www.abp.br

O trabalho não foi de fiscalização nem obedeceu metodologia rígida de pesquisa, portanto o que esperamos é que, de alguma forma, este relatório seja uma ferramenta a mais para a transformação da triste realidade de nossos pacientes e que estes possam, finalmente, ter uma assistência digna e que abranja todas as possibilidades terapêuticas que a moderna ciência coloca a nosso alcance.

Dr. João Carlos Dias
1º Tesoureiro da ABP e
Coordenador do Grupo de Trabalho para o Estudo das Políticas
Referentes à Psiquiatria Forense

O Grupo de Trabalho para o Estudo das Políticas Referentes à Psiquiatria Forense da ABP é formado além de seu Coordenador por:

Elias Abdalla Filho

Psiquiatra forense;
Vice-coordenador do Departamento de Ética e Psiquiatria Legal da ABP;
Pós-doutorado em Psiquiatria Forense pela Universidade de Londres;
Coordenador do setor de Psiquiatria Forense do IML de Brasília.

Hilda Clotilde Penteadó Morana

Doutora em Psiquiatria Forense pela Universidade de São Paulo;
Ex-presidente da Sociedade Rorschach de São Paulo;
Coordenadora do Departamento de Ética e Psiquiatria Legal da ABP.

Luiz Carlos Illafont Coronel

Especialista em Psiquiatria / ABP;
Especialista em Psiquiatria Forense / ABP;
Mestre em Psiquiatria / IPUB/UFRJ;
Diretor Geral do Hosp. Psiquiátrico São Pedro / RS.

Miguel Chalub

Professor Adjunto de Psiquiatria e Psicopatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Médico Psiquiatra Forense do Hospital de Custódia e Tratamento Helder Carnilho do Estado do Rio de Janeiro (Município Judiciário).

Talvane Marins de Moraes

Psiquiatra, Doutor e Livre-Docente em Psiquiatria do Departamento de Ética e Psiquiatria Legal da ABP e Professor de Psiquiatria Forense na Pós-Graduação da Faculdade de Direito do IPUB/UFRJ. Pesquisador-Chefe do Programa de Ética e Psiquiatria Forense do IPUB/ UFRJ.

ANEXO J – Avaliação de risco de violência em Psiquiatria Forense

Avaliação de risco de violência em Psiquiatria Forense

<http://www.hcnet.usp.br/tpq/revista/vol31/n6/279...>



Avaliação de risco de violência em Psiquiatria Forense

Elias Abdalla-Filho¹

¹Doutorado em Ciências da Saúde (Biótica) pela Universidade de Brasília (UnB), Pós-doutorado em Psiquiatria Forense pela Universidade de Londres

Endereço para correspondência: SQN 309, Bloco L, Ap. 603. CEP 70755-120 – Brasília – DF. Fax: (61) 322 3066, e-mail: elias_abdalla@terra.com.br

Resumo

A relação entre transtorno psiquiátrico e comportamento violento vem sendo investigada de forma cada vez mais criteriosa e novos instrumentos de avaliação de risco de violência vêm sendo desenvolvidos nas últimas décadas. Este estudo apresenta um panorama atualizado dos recursos utilizados neste tipo de avaliação, tanto clínicos quanto sistematizados, enfatizando o surgimento de novos instrumentos padronizados. O objetivo maior não está concentrado na apresentação de dados matemáticos ou pontos de corte dos checklists desenvolvidos, mas, sim, nos fatores de risco, além do transtorno mental, levantados nestes instrumentos, o que permitirá uma melhor compreensão da complexidade de tal avaliação e do grau de participação da existência de doença mental. A conclusão aponta para a importância de uma avaliação equilibrada entre o exame clínico e os fatores citados nos instrumentos padronizados, bem como para a adoção de uma postura igualmente equilibrada no sentido de não supervalorizar nem tampouco negligenciar a relação que existe entre transtorno psiquiátrico e comportamento violento.

Palavras-chave: Psiquiatria forense, avaliação de risco de violência, periculosidade.

Abstract

Transcranial magnetic stimulation (TMS) is a new technique capable of stimulating the correlation between psychiatric disorder and violent behaviour has been investigated in an increasingly judicious manner and new tools of violence risk assessment have been developed in the last decades. The present study presents an updated overview of the resources used in such type of evaluation, both clinical and

systematic ones, focusing on the development of new standardized tools. The main objective is not based on the presentation of mathematical data nor the cut-off scores from the developed checklists, but on the risk factors, beyond mental disorder, raised in such tools. This will allow an improved understanding of the complexity of such evaluation and the degree of participation of the existence of mental disease. The conclusion will emphasize the importance of a balanced evaluation between clinical examination and the factors mentioned by the standardized instruments. Equally important is the need for a balanced view, neither over-estimating nor overlooking the relationship between psychiatric disorder and violent behavior.

Keywords: Forensic Psychiatry, violence risk assessment, dangerousness.

Introdução

A avaliação do risco de comportamento violento é uma das funções atribuídas ao profissional da psiquiatria forense, embora tal circunstância ainda esteja cercada por diversos pontos polêmicos. De fato, nem todos os profissionais concordam que essa seja uma função do psiquiatra, e Binder (1999) lembra que este profissional não trata de todas as pessoas consideradas perigosas, mas somente daquelas que apresentam um transtorno mental e são potencialmente violentas. No entanto, segundo Arboleda-Flórez (2000), existe a necessidade de estudos mais aprofundados sobre a relação entre violência e transtorno psiquiátrico, não estando ainda elucidada a contribuição da doença mental no quadro de comportamento violento de um indivíduo em relação à sociedade.

É possível que nos anos 1960 tenha havido um exagero na predição de periculosidade de indivíduos com transtorno mental, como sugerem Webster e Bailes (2000). Dolan e Doyle (2000) lembram que vários estudos realizados ao longo dos anos 1970 denunciaram o despreparo dos médicos no sentido de realizarem uma adequada avaliação do risco de violência por parte dos pacientes psiquiátricos e iniciaram, segundo Gunn (1996), uma busca por métodos que proporcionassem uma predição mais aguçada desse risco. Monahan (1984) também estudou a imprecisão das avaliações dessa época e, a partir dos anos 1980, foi possível observar que vários instrumentos de avaliação de risco vêm sendo desenvolvidos.

Não se pode mais admitir o questionamento simplista em torno da questão se os doentes mentais são ou não perigosos. Novos estudos revelam uma dimensão cada vez mais complexa da questão, na medida em que abordam a cota de contribuição dos transtornos psiquiátricos na manifestação de um comportamento violento (Swanson et al., 1990) e buscam uma identificação precoce de transtornos mentais (Hill, 2003), além de alertarem para outros possíveis fatores de risco.

Avaliação clínica versus avaliação sistematizada

Não é admissível que se chegue a uma conclusão sobre o nível do risco de violência de um determinado examinando baseado tão somente em impressões superficiais sobre o seu comportamento. Este tipo de avaliação pode utilizar tanto critérios clínicos como instrumentos padronizados, como descrito por Abdalla-Filho (2004) e Hilton (2001). Segundo Buchanan (1999), a predição clínica é definida na literatura apenas de forma implícita, sendo que alguns estudos usam o termo "clínico" para se referir ao que os clínicos fazem, não deixando claro, no entanto, o que isso significa exatamente. Thomson (1999) cita alguns fatores de risco clinicamente significativos, como abuso de drogas, e não-aderência ao tratamento. Harris e Rice (1997), por sua vez, ressaltam que o transtorno psiquiátrico é um critério pobre de avaliação de risco.

É importante deixar claro que os critérios clínicos são aqueles pesquisados essencialmente no exame psiquiátrico do periciando, procedentes tanto da história colhida na entrevista psiquiátrica como dos aspectos percebidos no exame do estado mental, podendo ainda ser utilizadas informações de terceiros, como, por exemplo, os relatórios psicossociais relativos ao comportamento do periciando na instituição, quando este se encontra internado ou preso. Dessa forma, como se verá adiante, os elementos investigados na avaliação clínica podem se aproximar muito de alguns elementos pesquisados nos instrumentos padronizados. A diferença básica está no fato de os critérios clínicos pesquisados, não sendo padronizados, ficarem na dependência da valorização de cada perito. Em outras palavras, enquanto um psiquiatra pode valorizar, por exemplo, o desajustamento social como um elemento indicador de risco de violência, outro profissional pode não incluir este fator em sua avaliação.

Essa diferença de perspectiva quanto à valorização ou desprezo de alguns aspectos, de acordo com cada psiquiatra, não acontece com os instrumentos padronizados, uma vez que os quesitos investigados são homogeneamente aplicados em todos os indivíduos examinados. No entanto, como a maioria destes instrumentos ainda não foi validada no Brasil, não é possível precisar o seu valor de forma matemática, com determinação de pontos de corte, que podem variar de acordo com a realidade de cada país. Isso não invalida, por outro lado, a consideração dos fatores de risco que estão sendo atualmente levantados nestes instrumentos para que possam ser lembrados e considerados, na medida do possível, em uma avaliação pericial.

Fatores clínicos

Os fatores de risco pesquisados no exame psiquiátrico, conforme explicado anteriormente, podem ser advindos da história do periciando e do exame do seu estado mental. Os fatores advindos da história desse indivíduo podem ser, por sua vez, divididos em fatores da época pré-delito, da época do delito e fatores da época pós-delito. A importância dessa separação reside no reconhecimento de que somente os últimos fatores (concernentes à história pós-delito) poderão mudar ao longo da história do examinando, o que refletirá em novos exames de risco de violência. A seguir, serão citados alguns dos principais elementos atualmente incluídos nos critérios clínicos.

Os fatores da história pré-delito são os seguintes: história de desajustamento social (quanto mais precoce, mais grave), como abandono escolar ou fracasso na manutenção de um vínculo empregatício; dificuldade em manter vínculos interpessoais estabelecidos; distúrbios precoces de conduta, incluindo adoção prévia de comportamento violento; reincidência em práticas criminais; história de transtorno de personalidade, doença mental e dependência de álcool e outras drogas; não-aderência a tratamento psiquiátrico. História do delito: crimes praticados com requintes de crueldade; violência praticada com frieza emocional; crimes precipitados por falta de controle sobre os impulsos agressivos. História pós-delito: história de comportamento violento ou transgressor, com dificuldade de adaptação ao ambiente hospitalar ou carcerário em que se encontra; persistência do transtorno psiquiátrico detectado anteriormente, quando existe um nexo causal entre este e o crime praticado.

Exame do estado mental: falta de disponibilidade interna para abordar o ato praticado, recorrendo à mentira e gerando um discurso contraditório; falta de insight, não conseguindo realizar uma crítica satisfatória em relação ao comportamento delituoso adotado; sintoma do periciando com o delito praticado, com conseqüente falta de arrependimento; reações psíquicas carregadas de fortes emoções (como hostilidade, desconfiança e irritabilidade) ou reveladoras de descontrole emocional, como humor explosivo; sintomas psicóticos que comprometem o discernimento crítico da realidade, sobretudo delírios persecutórios.

Instrumentos de avaliação

Os instrumentos padronizados têm recebido uma atenção crescente nos últimos anos, como lembram Monahan et al. (2000), e podem aumentar a eficácia da avaliação de risco. Os principais deles são representados pelo HCR-20, PCL-R, PCL-SV e VRAG, sendo os dois primeiros mais conhecidos pelos psiquiatras brasileiros.

HCR-20

Trata-se de uma avaliação elaborada por Webster et al. (1995), seguida de uma segunda versão (Webster et al., 1997), ainda em fase de validação no Brasil. A sigla HCR-20 deve sua nomenclatura ao fato de este instrumento ser constituído de 20 itens a serem analisados (Douglas et al., 1999), sendo 10 referentes ao passado, à história do examinando (H = historical items), 5 correspondentes a fatores presentes, do ponto de vista clínico (C = clinical items) e os últimos 5 relacionados a fatores futuros, em relação ao gerenciamento de risco (R = risk management).

Cada um dos 20 itens do HCR-20 recebe, na avaliação, uma pontuação que oscila em uma escala entre 0 (zero) e 2 (dois), na medida em que ele esteja ausente (0), possivelmente/parcialmente presente (1) ou definitivamente presente (2). Quando não se tem a informação, o item é omitido e o valor total de pontos é rateado entre o número de itens avaliados. No entanto, não é recomendado que se omita mais do que cinco itens no total. Belfrage et al. (2000), testando a validade deste instrumento na predição de violência institucional, encontraram resultados que mostraram uma alta validade de predição para os itens clínicos e o manejo de risco, mas não para os itens históricos.

Os autores do HCR-20 sugerem que a avaliação final seja estimada em um de três níveis de risco: baixo (que inclui a ausência de risco), moderado ou alto. Eles não adotam um ponto de corte para se delimitar o nível de risco, por reconhecerem que ela seria um valor arbitrário, desprovido de sentido e perigoso de ser usado de forma rígida. Dessa forma, argumentam que o perito avaliador tem condições de perceber um alto risco de violência do periclizando na presença de um simples fator de risco. Daí a importância maior de se concentrar nos possíveis fatores de risco estudados e não em pontos de corte. A seguir, serão descritos os fatores de risco considerados nesse checklist.

Itens históricos: H1: violência prévia; H2: primeiro incidente violento em idade jovem; H3: instabilidade nos relacionamentos; H4: problemas empregatícios; H5: problemas com uso de drogas; H6: doença mental maior; H7: psicopatia; H8: desajustamento precoce; H9: transtorno de personalidade; H10: antecedente de insucesso (comportamental) quando sob supervisão.

Itens clínicos: C1: falta de insight; C2: atitudes negativas; C3: sintomas ativos de doença mental maior; C4: impulsividade; C5: falta de resposta ao tratamento.

Itens de gerenciamento de risco: R1: planos inexecutáveis; R2: exposição a fatores desestabilizadores; R3: falta de apoio pessoal; R4: não-aderência a tentativas de correção; R5: estresse.

PCL-R

O PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) é uma escala criada por Robert Hare (Hare, 1991) para servir como instrumento de pesquisa de psicopatia (Skilling et al., 2002). É considerado comportamento psicopático aquele que revela tendência a práticas criminais, com padrão recidivante, sendo encontrado

em indivíduos que apresentam uma personalidade transtornada, como descrito por Abdalla-Filho e Engelhardt (2003). Segundo Hart (1998), vários estudos demonstraram a utilidade do PCL-R como instrumento de avaliação de risco de violência, incluindo a identificação de prováveis recidivistas.

Trata-se de um checklist de 20 itens, recentemente validado no Brasil (Morana, 2004), com pontuação de zero a dois para cada item, como no HCR-20, perfazendo um total de 40 pontos. O ponto de corte não é rigidamente estabelecido, mas um resultado acima de 30 pontos traduziria um psicopata típico. Daderman e Kristiansson (2003) afirmam que um valor de 30 pontos tem sido recomendado como limite para um diagnóstico de psicopatia, apesar de relatarem estudos que consideraram valores inferiores, tais como 25 e 26. Dois fatores, que apresentam uma imbricada relação e tênues diferenças, permealos os 20 itens. O fator 1 relacionase aos traços afetivos e interpessoais do examinando, enquanto o fator 2 analisa o aspecto comportamental de psicopatia. No entanto, eles não são discriminados em todos os aspectos considerados.

Os 20 elementos que compõem a escala PCL-R são os seguintes: 1. Loquacidade/charme superficial (1); 2. Auto-estima inflada (1); 3. Necessidade de estimulação/tendência ao tédio (2); 4. Mentira patológica (1); 5. Controlador/manipulador (1); 6. Falta de remorso ou culpa (1); 7. Afeto superficial (1); 8. Insensibilidade/falta de empatia (1); 9. Estilo de vida parasitário (2); 10. Frágil controle comportamental (2); 11. Comportamento sexual promíscuo; 12. Problemas comportamentais precoces (2); 13. Falta de metas realísticas em longo prazo (2); 14. Impulsividade (2); 15. Irresponsabilidade (2); 16. Falha em assumir responsabilidade; 17. Muitos relacionamentos conjugais de curta duração; 18. Delinquência juvenil (2); 19. Revogação de liberdade condicional (2); 20. Versatilidade criminal.

PCL-SV

Trata-se de uma versão compacta (screening version) do PCL-R (Cooke et al., 1999). Ela é composta de 12 itens e mostrou-se válida para a previsão de violência institucional e comunitária. A pontuação varia de 0 (zero) a 24, tendo como ponto de corte, segundo Dolan e Doyle (2000), 18 pontos. Os elementos que compõem o PCL-SV são os seguintes: 1. Superficialidade; 2. Grandiosidade; 3. Manipulação; 4. Falta de remorso; 5. Falta de empatia; 6. Falha na assunção de responsabilidade; 7. Impulsividade; 8. Frágil controle comportamental; 9. Falta de objetivos; 10. Irresponsabilidade; 11. Comportamento anti-social na adolescência; e 12. Comportamento anti-social na vida adulta.

VRAG

Este instrumento de predição de comportamento violento (Violence Risk Appraisal Guide) foi desenvolvido por Harris et al. em 1993 (Quinsey et al., 1998). Os autores defendem a idéia de que os melhores indicadores de previsão de violência encontram-se na história do indivíduo examinado, o que pode ser constatado ao se examinar os 12 itens que compõem este instrumento, segundo os autores, de forma decrescente de valor: 1. Escore no PCL-R; 2. Comportamento escolar desajustado no ensino fundamental; 3. Idade (inversamente proporcional ao risco); 4. Diagnóstico de transtorno de personalidade; 5. Separação dos pais antes dos 16 anos de idade; 6. Comportamento fracassado em prévia liberdade condicional; 7. Antecedentes de outras ofensas não violentas; 8. Ausência de vínculo conjugal; 9. Diagnóstico de esquizofrenia; 10. Ferimento à vítima durante a prática do delito; 11. História de ingestão abusiva de bebida alcoólica; e 12. Vítima masculina do delito praticado.

Discussão e conclusão

É possível constatar uma aproximação entre os fatores de risco considerados na clínica e aqueles levantados nos instrumentos padronizados, bem como uma semelhança entre esses fatores nos diferentes instrumentos abordados. Em relação ao HCR-20, é possível observar que os itens relativos à história do indivíduo correspondem à metade do total de todos eles, o que pode ter um significado especial no caso de um indivíduo que receba uma alta pontuação nessa categoria, uma vez que esses itens afetarão as sucessivas avaliações do mesmo periciando. O PCL-R, por sua vez, tem o mérito de ser um recurso tanto diagnóstico (identifica os indivíduos com psicopatia) quanto prognóstico (avalia a probabilidade de recidiva). Ele enfoca exclusivamente a personalidade do indivíduo examinado, ao contrário do HCR-20, que inclui, na avaliação de risco, elementos externos, tais como exposição a fatores desestabilizadores ou falta de apoio pessoal.

O PCL-SV, por se tratar de uma versão resumida do PCL-R, demanda um menor tempo de aplicação e pode ser utilizado, como lembram Jozef e Silva (2002), em um exame prévio de triagem. Quanto ao VRAG, provavelmente a maior crítica a que este instrumento está sujeito refere-se também ao fato de se prender excessivamente à história do periciando, adicionando dados somente desta natureza ao escore do PCL-R (ou PCL-SV). Em outras palavras, por mais avanços e progressos que este indivíduo venha a conquistar em sua vida, dificilmente conseguirá mudar um escore ruim do instrumento VRAG em futuras avaliações.

Todos os instrumentos, bem como a avaliação clínica, abordam a existência da doença mental como um fator de risco a ser pesquisado, juntamente com todos os outros fatores citados. Como o PCL-R é voltado especificamente para a pesquisa de psicopatia, é compreensível que ele pesquise a existência de personalidade transformada ao invés de doença mental. Com isso, conclui-se que a associação entre transtorno mental e comportamento violento não pode ser negligenciada, mas tampouco superestimada em toda avaliação pericial.

É necessário ainda enfatizar a extrema importância da sensatez, ao lado da capacitação técnica, para uma boa avaliação do risco de violência. Assim, sugere-se que os fatores de risco, considerados tanto na clínica quanto nos instrumentos, sejam lembrados e adequados ao exame pericial da forma o mais pertinente possível, mas jamais aplicados de forma cega, ilimitada e, conseqüentemente, limitante. Somente dessa forma equilibrada será possível a construção de um laudo que avalie o risco de violência respeitando a sua inerente complexidade, possibilitando, assim, aos peritos em psiquiatria, serem autênticos auxiliares da Justiça.

Referências bibliográficas

- ABDALLA-FILHO, E. - Avaliação de Risco. In: Taborda, J.G.V.; Chalub, M. & Abdalla-Filho, E. (eds.) Psiquiatria Forense. Porto Alegre: Artmed, pp. 161-74, 2004.
- ABDALLA-FILHO, E.; ENGELHARDT, W. - A prática da psiquiatria forense na Inglaterra e no Brasil: uma breve comparação. Rev Bras Psiquiatr 25(4):245-8, 2003.
- ARBOLEDA-FLÓREZ, J.; STUART, H.L. - The future for risk research. J Forensic Psychiatry 11(3):506-9, 2000.
- BELFRAGE, H.; FRANSSON, G. & STRAND, S. - Prediction of violence using the HCR-20: a prospective study in two maximumsecurity correctional institutions. J Forensic Psychiatry 11(1):167-75, 2000.
- BINDER, R.L. - Are the mentally ill dangerous? J Am Acad Psychiatry Law 27 (2):189-201, 1999.
- BUCHANAN, A. - Risk and dangerousness. Psychol Med 29:465-73, 1999.
- COOKE, D.J.; MICHIE, C.; HART, S.D. & HARE, R.D. - Evaluating the screening version of the Hare

- Psychopathy Checklist-Revised (PCL:SV): an item response theory analysis. *Psychol Assess* 11(1):3-13, 1999.
- DADERMAN, A.M. & KRISTIANSSON, M. - Degree of Psychopathy – Implications for treatment in male juvenile delinquents. *Int J Law Psychiatry* 26(3):301-15, 2003.
- DOLAN, M. & DOYLE, M. - Violence risk prediction. Clinical and actuarial measures and the role of the psychopathy checklist. *Br J Psychiatry* 177:303-11, 2000.
- DOUGLAS, K.S.; OGLOFF, J.R.P.; NICHOLLS, T.L. & GRANT, I. - Assessing risk for violence among psychiatric patients: the HCR-20 risk assessment scheme and the psychopathy checklist: screening version. *J Consult Clin Psychol* 67:917-30, 1999.
- GUNN, J. - Let's get serious about dangerousness. *Crim Behav Ment Health Supplement* 51-64, 1996.
- HARE, R. - The revised psychopathy checklist. Multi-Health Systems, Toronto, 1991.
- HARRIS, G.T. & RICE, M.E. - Risk appraisal and management of violent behavior. *Psychiatr Serv* 48(9):1168-75, 1997.
- HART, S.D. - Psychopathy and risk for violence. In: Cooke, D.; Forth, A.E. & Hare, R.D. (eds.) *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society*. Dordrecht: Kluwer. pp. 355-75, 1998.
- HILL, J. - Early identification of individuals at risk for antisocial personality disorder. *Br J Psychiatry* 182(44):11-4, 2003.
- HILTON, N.Z. & SIMMONS, J.L. - Actuarial and clinical risk assessment in decisions to release mentally disordered offenders from maximum security. *Law Hum Behav* 25:393-408, 2001.
- JOSEF, F. & SILVA, J.A.R. - Psiquiatria forense no Brasil: modelo de entrevista semi-estruturada para emprego em pesquisa psiquiátrico-forense, com utilização do Hare PCL-R. *J Bras Psiquiatr* 51:47-54, 2002.
- MONAHAN, J. - The prediction of violent behaviour: toward a second generation of theory and policy. *Am J Psychiatry* 141:10-5, 1984.
- MONAHAN, J.; STEADMAN, H.J.; APPELBAUM, P.S.; ROBBINS, P.C.; MULVEY, E.P.; SILVER, E. et al. - Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *Br J Psychiatry* 176:312-9, 2000.
- MORANA, H. - Escala Hare PCL-R: critérios para pontuação de psicopatia revisados. Versão brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- QUINSEY, V.L.; HARRIS, G.T.; RICE, M.E. & CORMIER, C.A. - Violent Offenders: Appraising and Managing Risk. Washington, DC: American Psychological Association, 1998.
- SKILLING, T.A.; HARRIS, G.T.; RICE, M.E. & QUINSEY, V.L. - Identifying persistently antisocial offenders using the Hare psychopathy checklist and DSM antisocial personality disorder criteria. *Psychol Assess* 14:27-38, 2002.
- SWANSON, J.W.; HOLZER III, C.E.; GANJU, V.K. & JONO, R.T. - Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hospital and Community Psychiatry* 41(7):761-70, 1990.
- THOMSON, L. - Clinical management in forensic psychiatry. *J Forensic Psychiatry* 10(2):367-90, 1999.
- WEBSTER, C.D. & BAILLES, G. - Assessing violence risk in mentally and personality disordered individuals. In: Hollin, C.R. (ed.) *Handbook of Offender Assessment and Treatment*. New York: John Wiley & Sons. pp. 71-84, 2000.
- WEBSTER, C.D.; DOUGLAS, K.S.; EAVES, D. & HART, S.D. - Assessing risk for violence, version 2. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, Vancouver, 1997.
- WEBSTER, C.D.; EAVES, D.; DOUGLAS, K.S. & WINTRUP, A. - The HCR-20 scheme: the assessment of dangerousness and risk. Simon Fraser University and British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission, Vancouver, 1995.

Visitar

revistadepsiquiatria@usp.br

Órgão Oficial do Departamento e Instituto de Psiquiatria
Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo