

FÉ CEGA, FACA AMOLADA: O HOMICÍDIO COMO INJÚRIA NAS SOCIABILIDADES DO PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA¹

MOREIRA, Vicente Deocleciano²

LEAO, Jairo de Assis Oliveira³

SILVA, Maria da Luz⁴

MACEDO, Edna Lucia do Nascimento⁵

Agora não pergunto mais pra onde vai a estrada
Agora não espero mais aquela madrugada
Vai ser, vai ser, vai ter de ser, vai ser faca amolada
O brilho cego de paixão e fé, faca amolada
(Milton Nascimento – “Fé cega, faca amolada”).

Resumo: Diagnosticado com esquizofrenia e, transtornado por mais um surto, AB mata um vizinho a facadas, e continua contando com CD, seu irmão e único parente, que mostrara disponibilidade para o papel de cuidador. O estigma, o medo e a desconfiança que dominaram, desde o diagnóstico, as relações de parentes e vizinhos com AB, são revigorados pelo homicídio – ato capaz de provocar injúrias irreversíveis sobre o tecido societário de AB.

Palavras chave: esquizofrenia; homicídio; aporte legal; estigma; injúria social.

Abstract: Diagnosed with schizophrenia, and upset by another AB outbreak kills a neighbor with a knife, and continues counting CD with his brother and only relative, who had shown readiness to the role of caregiver. Stigma, fear and distrust that dominated since the diagnosis, relations with neighbors and relatives AB, are invigorated by the murder - an act capable of causing irreversible injuries on the fabric of corporate AB.

Keywords: schizophrenia; murder; intake legal; stigma; social injury.

1 Este artigo é produto da linha de pesquisa “Transtornos Mentais” do Núcleo de Antropologia da Saúde (NUAS) do Departamento de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – Feira de Santana – Bahia – Brasil)

2 Antropólogo, Professor Mestre da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS – Bahia Brasil) e coordenador do Núcleo de Antropologia da Saúde NUAS/UEFS)

3 Enfermeiro e estudante de Medicina (UEFS), coordenador da Vigilância Sanitária e da Enfermagem do Hospital Isadora Alencar da cidade de Pé de Serra (Bahia)

4 Enfermeira, Professora Doutora da UEFS, pesquisadora e coordenadora da Linha de Pesquisa Transtornos Mentais e Saúde Pública do NUAS

5 Enfermeira, Professora Mestre da UEFS e pesquisadora do NUAS

Este artigo foi o modo simples e simbólico, mas afetivo, que o Núcleo de Antropologia da Saúde (NUAS) encontrou para lembrar duas efemérides que conquistaram, nestes dois últimos anos, homenagens internacionais de tantos quanto estão envolvidos com questões de saúde mental:

- os 50 anos (1972-2012) da primeira edição de *Histoire de La folie à l'Âge Classique* (Éditions Gallimard, Paris) de Michel Foucault (1926 – 1984)

- os 220 anos (1791-2011) da lei francesa que colocava para as famílias a responsabilidade pelos cuidados com pessoas com transtornos mentais.

Introdução

Injúria é uma expressão de uso cotidiano por diversos profissionais (enfermeiros, médicos, odontólogos, veterinários, agrônomos...) para nominar lesões, cortes, que provoquem rupturas ou alterações na continuidade da textura normal de tecidos de pessoas, animais ou vegetais. Odontólogos falam sobre injúrias sobre tecidos moles pelo uso de próteses inadequadas. Agrônomos têm o hábito de informar que as folhas da grama sofrem injúrias provocadas pelos grampos das chuteiras dos atletas depois, de um jogo de futebol.

O conceito de injúria também transita no Direito (como acusação, aleivosia, difamação, como ofensa mais grave, menos grave, injúria racial, etc.). No cotidiano da vida em sociedade, alguém se diz injuriado não só por estar aborrecido, mas também ferido, magoado por outrem.

A trajetória de AB

Este artigo é ilustrado com o caso de uma pessoa – AB (nome fictício) - com diagnóstico de esquizofrenia que, sob domínio de mais um episódio de “fé cega” – metáfora que estamos aqui a utilizar para delírio e seu derivativo, como eclosão do surto psicótico – que mata um vizinho a facadas (“faca amolada” – numa alusão à letra “Fé cega, faca amolada” de Milton Nascimento). Este ato de violência letal contra o outro (o homicídio) produz uma injúria, uma ruptura na continuidade dos tecidos nosológicos da esquizofrenia e das sociabilidades no relacionamento de AB com parentes, vizinhos e a comunidade.

E, por força deste ato de violência, constrói-se um ‘divisor de águas’ entre o antes e o depois do homicídio no relacionamento de AB com os poderes médicos e jurídicos, com, a família, vizinhos e com seu irmão cuidador (CD, nome fictício). AB tem nove irmãos. CD, um dos irmãos e seu cuidador informal, solidário e espontâneo, é casado e pai de dois filhos e uma filha, é profissional liberal possuindo escritório próprio. Ao ter estado sempre em contato com instituições hospitalares e

proporcionando o apoio possível, CD tornou-se pouco a pouco cuidador do irmão, na medida em que os outros familiares passaram a ter, cada vez menos, condições concretas de tempo e de disponibilidade emocional para cuidar do parente enfermo.

AB nasceu em 1954 de parto normal e a termo sem registro de tocotraumatismo fetal em Vila Verde (nome fictício). Foi uma criança com tendência ao isolamento. A agitação da casa e as manifestações de alegria dos familiares sempre lhe causaram incômodo e sofrimento. Preferia brincar sozinho, arrancando asas das borboletas e prendendo besouros entre vidros. Solitário por opção, só eventualmente jogava futebol (um ‘bom goleiro’, avalia CD) e gude com outros meninos.

O estado pré-mórbido da esquizofrenia Ey (1981), é marcado, dentre outras atitudes, pela inibição e pelo caráter rígido e, também, pela forte tendência de isolar-se, de se retrair sobre si mesmo, insensível às manifestações e situações de alegria e descontração de seu entorno societário. É, de certo modo, o que Louzã Neto (1995) classifica como personalidade pré-mórbida. Bleuer (1885) aponta que a tendência ao isolamento é um dos sintomas da patologia mental que anos mais tarde viria a se manifestar em AB: a esquizofrenia. Muitas vezes, é difícil o diagnóstico diferencial entre esquizofrenia e autismo em crianças até 5 ou 6 anos de idade.

AB estudou até a quarta série com muito sacrifício, pois esquecia, com frequência, de ‘guardar informações’ e de retomar e realizar os atos e afazeres mais banais do cotidiano. As dificuldades de adaptação derivadas dos constantes ‘esquecimentos’ apareceram como um ‘sinal de alerta’ e primeira reação dos familiares de AB liderados pelo irmão cuidador interessado em restabelecer o já comprometido equilíbrio do grupo familiar. A família logo reagiu e procurou um médico que prescreveu, a AB, vários remédios ‘contra o esquecimento’.

AB teve poucas namoradas e delas se afastava quando tinha início alguma forma de “apego” no curso do relacionamento; ele temia casar-se (se achava muito jovem para o casamento) e se assustava com a possibilidade de tornar-se pai.

A dificuldade de fixar laços afetivos nos relacionamentos amorosos é um importante sintoma da esquizofrenia; contribuem para tal situação, em meio a diversos fatores, a falta de interesse nas relações sociais, a apatia generalizada e o limitado impulso sexual (notadamente quando ocorre a hospitalização e a internação).

Na zona rural de Vila Verde, trabalhou como lavrador até completar vinte anos, quando passou a residir na sede, trabalhando como operador de máquinas e fábricas de utensílios de alumínio, sem, no entanto fixar-se ou seguir carreira em nenhum deles. AB se queixava de ‘problemas auditivos’ causados pelo barulho das máquinas. Segundo o irmão e cuidador ele tinha ‘caráter probo’ embora fosse ‘genioso’ e, por vezes, ‘impaciente’.

Louzã Neto (1995) avalia que as dificuldades do portador de esquizofrenia em fixar vínculos empregatícios duradouros, são mais uma consequência das suas

dificuldades de socialização.

Ato contínuo, AB começou a apresentar mudanças notáveis de comportamento, delírios auditivos e a ter desavenças com pessoas de sua cidade de origem. Depois do diagnóstico de esquizofrenia, AB passou a residir, alternadamente, em Vila Azul e em Vila Verde, onde foi acometido de vários surtos agressivos contra diversas pessoas que, descontes ou amedrontadas, tornaram-se suas inimigas. Por diversas vezes, CD era chamado à delegacia por causa das confusões em que o irmão se envolvia. Contra AB houve inclusive tentativa de assassinato: alguém não identificado tentou atropelá-lo com um automóvel, vitimando-o com múltiplas fraturas. Em Vila Verde, “todo mundo sabia que ele era louco” – assegura o irmão. AB destruiu o que aparecesse em sua frente, na feira semanal. ‘Muito forte’, batia nos policiais que o espancavam.

Prestou serviço militar (Exército), recebeu ‘honra ao mérito’, e lhe apareceram possibilidades de engajamento como cabo. Mas logo foi dispensado do serviço militar. Depois, ingressou no Batalhão de Choque da Polícia Militar de onde foi logo destituído, quando nele foram identificados transtornos mentais. Como parte de sua família residia em Vila Azul, AB passou a morar aí, em casa do irmão e cuidador.

Após o falecimento do pai, agravaram-se os sintomas de AB que foi internado várias vezes no Hospital XZ (nome fictício) que nele detectou sinais sugestivos de uma personalidade pré-mórbida e o diagnosticou como portador de esquizofrenia (paranóide) identificada como (f 20, CID⁶ 10), com grande intensidade delirante.

O evento da morte do pai pode ser classificado como “uma crise de grandes proporções” (KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997: 782). A crise decorrente do agravamento dos sintomas pode ser enquadrada como

Uma resposta a acontecimentos perigosos, e é experimentada como um estado doloroso. Consequentemente tende a mobilizar reações poderosas para ajudar o indivíduo no alívio do desconforto e no retorno do estado de equilíbrio emocional existente antes do acontecimento. [...] Se por outro lado o paciente usar reações mal adaptativas, o estado doloroso será intensificado, a crise se aprofundará e ocorrerá deterioração regressiva, produzindo sintomas psiquiátricos. (KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997: 782).

No trânsito do post mortem dos pais, exauriram-se os recursos de adaptação de AB e se agravaram as manifestações dos sintomas. Sucederam-se inúmeras internações (ver quadro a seguir), forçadas por surtos esquizofrênicos de caráter

6 Classificação Internacional de Doenças

hostil com amplas manifestações dos sintomas típicos da esquizofrenia. No dia 14 de setembro de 1981, o diagnóstico fornecido por psiquiatra do Hospital XZ: esquizofrenia paranóide com delírios de grandeza.

Quadro 01: datas das internações e respectivos diagnósticos referentes a ab no hospital XZ.

Cidade ou Município	18.10.77	14.09.81	06.10.82	09.01.84	03.10.84
DIAGNÓSTICO	Esquizofrenia simples	Esquizofrenia paranóide	Esquizofrenia simples	Esquizofrenia simples	295.0/5
REGISTRO DE INTERNAMENTO	Paciente sem condições de entrevista. Demitido por brigar com colega.	Agressivo com sobrinha. Parou de tomar remédio.	Agressivo. Falando sozinho, delírios auditivos.	Encaminhado pelo HDPA por atropelamento.	Não aceitou medicação nem alimentação, tendência ao isolamento, não se banha, por vezes agressivo.
DIAGNÓSTICO	26.11.85	14.03.91	16.09.94	01.01/01.04/ 01.07.95	
REGISTRO DE INTERNAMENTO	Esquizofrenia paranóide	Esquizofrenia residual+ reação apreensiva prolongada	295.6/4	Readmissões por altas administrativas	
REGISTRO DE INTERNAMENTO	Internado para revisão médica. Delírios de grandeza, místico e não aceita a medicação. Não se banha, auto-imagem comprometida e agressivo.	Conteúdo delirante de morte, ideação suicida, delírio de grandeza.	Sem anotações de internamento.	Não aceitou medicação nem alimentação, tendência ao isolamento, não se banha, por vezes agressivo.	

Fonte: Arquivos do Hospital XZ

Depois do diagnóstico (esquizofrenia), AB passou a residir, alternadamente, em Vila Azul e em Vila Verde onde foi acometido de vários surtos, com destaque para aquele que culminou no homicídio por ele praticado, a faca em junho de 1986, contra um vizinho. Autuado em flagrante, AB foi levado à presença do juiz da Vara de Execuções Penais de Vila Verde, que qualificou o homicídio “por motivo fútil” pela autoridade policial (art.: 121 § 2ª, II do Código Penal brasileiro), ou seja, quando o assassinato é praticado por motivos ‘insignificantes’ e tem características desproporcionais em relação ao ato criminoso (DELMANTO, 2000: 233).

A partir dos sinais e sintomas típicos do transtorno mental, o juiz, representando o Ministério Público, se apoiou no art. 5º da lei 7.210 – lei de execuções penais – para encaminhar AB ao HCTP (hospital de custódia e tratamento psiquiátrico), a pouco mais de 100 quilômetros de Vila Verde. Objetivava-se, com esse encaminhamento, a realização de exame pericial para uma constatação do quadro e a classificação (de AB) como inimputável ou imputável e, por fim, individualizar a execução penal. Esse exame de sanidade mental foi realizado por dois peritos designados pelo HCTP em AB como portador de esquizofrenia e concluiu que, no momento do crime, AB fora incapaz de entendimento e auto-determinação. Tal parecer apontava para a substituição da pena por medidas de segurança, a cumprir no HCTP, a exemplo de internação psiquiátrica (no próprio HCTP) e tratamento ambulatorial. AB foi encaminhado para a comarca de Vila Verde em abril de 1987 para auxiliar na construção das circunstâncias judiciais e, desse modo, fixar qual a medida a ser tomada.

Delmanto (2000: 102) informa que circunstâncias judiciais são “dados ou fatos (subjetivos ou objetivos) que estão ao redor do crime, mas cuja ausência não exclui o tipo penal, pois não lhe são essenciais, embora interfiram na pena”.

O homicídio inaugura uma nova fase no relacionamento de AB com a população (de Vila Verde e Vila Azul) e, particularmente, com sua família.

Este crime passa a constituir-se, então, numa injúria, numa lesão sobre o tecido das sociabilidades de AB com a comunidade, com seu irmão e com a sua família. Doravante, AB não é apenas o ‘louco agressivo’ de sempre, mas o ‘louco agressivo e assassino’, uma situação que inaugura um novo perfil na relação família & AB. A família o isola, e este isolamento difere daquele auto isolante praticado, por AB, como opção patológica e passa a agravar seu sofrimento psíquico. Novos sintomas se somam aos preexistentes, aos pré manifestos e lhes agrava o tônus patológico.

A família se ausenta, sobretudo como ator coletivo importante na ressocialização e no sentimento (heideggeriano/ Martin Heideggard) de ser-no-mundo de AB.

O seguinte depoimento de CD reflete toda a sua frustração e traz a conotação da angústia causada pelo surto no momento em que soube da acusação de que seu irmão havia cometido crime de morte.

O mundo cai sobre qualquer um. Caí sobre mim. Daí a gente... Fazer o que? Reuni com os outros irmãos e fomos para o sepultamento. Chegamos lá conversamos com o pessoal.

Eu fui para o sepultamento do cara. A família toda foi. Nego reagia como se fosse pegar a gente. O cara era vizinho de chácara da gente.

CD, irmão e cuidador, abandonava seus compromissos em Vila Azul e viajava para Vila Verde. Com a notícia do homicídio praticado pelo irmão contra um vizinho não foi diferente. Em Vila Verde reuniu os irmãos e com eles foi ao sepultamento da vítima – enfrentando a situação.

O documento de salvo conduto obrigava AB a: 1- manter bom comportamento; 2- reapresentar-se ao hospital de custódia ao primeiro sinal de doença mental; 3- não consumir substância tóxica ilícita; 4- fazer-se presente ao hospital em dias determinados pelo documento; 5- comunicar a esta instituição o local de residência, mesmo em caso de mudança; 6- procurar ocupação em prazo razoável, informando, em caso positivo, à Instituição; 7- não portar armas; 8- manter bom relacionamento com familiares, amigos e estranhos; 9- não usar bebida alcoólica; 10- não frequentar zonas de prostituição, casas de jogos e festas carnavalescas; 11- obedecer às orientações do diretor do HCTP.

Seguiram-se repetidas determinações e avaliações médicas e várias internações no Hospital XZ (Vila Azul) até que AB tornou-se morador desta instituição onde permanece até os dias de hoje.

Hoje (2012), 31 anos depois do diagnóstico de esquizofrenia paranóide, sem profissão definida, nível ginásial de instrução, católico, AB é ‘morador’ do Hospital Psiquiátrico XZ (nome fictício), localizado em Vila Azul (nome também fictício); faz uso dos seguintes medicamentos: Amplitil (100mg 12/12h); Haldol (12/12h); Fenergan (24h) e Anatensol (01 amp 8/8dias). Seu prontuário informa tratar-se de pessoa que se mostra colaborativa, orientada, estado higiênico satisfatório, apresentando delírio de grandeza acentuado.

Nota Metodológica

A pesquisa consistiu num estudo de caso, com abordagem qualitativa (MINAYO, 1994), em que familiares atuaram em torno do processo de reclusão psiquiátrica e penal de um de seus membros diagnosticado como portador de esquizofrenia paranóide.

Este trabalho teve como campos empíricos os hospitais XZ (nome fictício) e HCTP (hospital de custódia e tratamento psiquiátrico). A escolha do paciente para o estudo foi feita mediante pesquisa junto ao serviço social do Hospital XZ, onde foram apresentados três casos de esquizofrênicos que haviam retornado do HCTP, na cidade de Vila Branca (nome fictício). Damos especial destaque à condição de interno psiquiátrico permanente e respectivos familiares com residência fixa. Sob esses critérios, apenas um paciente foi classificado, AB, como passível a estudo, haja vista que um deles havia falecido e o outro não mantinha contato com familiares.

Entre novembro de 2008 e janeiro de 2009, além da consulta a prontuários

dos dois hospitais realizamos entrevista semi-estruturada com CD, irmão e cuidador do paciente selecionado, cujos depoimentos nos possibilitaram construir o perfil e a trajetória de AB.

A coleta de dados obedeceu todas as normas, documentação, TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), cuidados éticos e submissão do projeto a um Conselho de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos e ritos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1998).

A família na rede de sociabilidades

A família enquanto universo relacional entre pais/mães (biológicos ou adotivos) e filhos (biológicos ou adotivos) tem sido ator importante na gênese da esquizofrenia. Neste universo, a mãe aparece como mediadora entre a criança e suas angústias típicas das primeiras fases da vida – uma mediação que não pode ser rompida sob pena de aumentar as chances de manifestação do delírio. O próprio binômio saúde / doença passa, antes, pelo interior da família – notadamente (e como é o caso deste artigo) nas questões de saúde mental, de transtornos mentais, como é o caso da esquizofrenia. Ainda que não possa ser responsabilizada ou cobrada pela ‘cura’ da esquizofrenia de seu(s) membro(s) e, por outro lado, por mais indefectível que seja o cuidado a este familiar, ainda assim, a família é o ‘leme’ e o ‘farol’ das afecções e transtornos mentais, mais graves, menos graves, mais incapacitantes, menos incapacitantes, de seus membros.

Ademais, no caso – por exemplo - da esquizofrenia, não apenas uma pessoa está psicicamente enferma; fato é que todos os demais familiares estão, também e de algum modo, psicicamente enfermos. Sem acentuar comparações entre situações desiguais, podemos mesmo assim dizer, com todo o cuidado que mais que qualquer outra, a doença mental tem maior poder de morbidade e de mobilização intrafamiliar, alterações de rotina, comprometimento da qualidade de vida desse sujeito coletivo (família) e novas ansiedades. Neste cenário exigente de solidariedade, o papel do cuidador é de importância vital para algum equilíbrio interno do grupo – e até mesmo sua integridade e conservação.

Dias (1990: 47) defende a importância da comunicação em família na psicoterapia, ao assegurar que “pode-se obter com a linguagem verbal e não-verbal, detalhes importantes da estrutura psíquica de qualquer um dos membros familiares”, destacando que apesar da doença acometer apenas um, todos estão envolvidos. Ninguém é mais próximo, afetivamente do portador de esquizofrenia do que a família, ainda que o portador de esquizofrenia apresente sintomas de afeto embotado. A família é cenário afetivamente positivo, ou mesmo negativo, tanto quanto maiores ou menores forem seus graus de organização e de gestão da solidariedade e da ansiedade. Tome-se como exemplo a tensão e a atenção da família

a um adolescente pré-esquizofrênico com seus pendores clássicos para a solidão, o isolamento e com seus extremos comportamentais surpreendentes de ira e de agressividade física ou verbal, com manifestações de “irritabilidade doentia” (BLEULER, 1985). Irritabilidade que, não raras vezes, pode evoluir para ações agressivas e violentas que, pontuadas por episódios de surto, podem conduzir a práticas homicidas.

É caso excepcional que o cuidado com o portador de esquizofrenia esteja a cargo de um parente do sexo masculino. Via de regra, o cuidado com esse paciente é exclusivamente feminino, porém, o chamado à família para o acompanhamento passa a contar com o parente com maior disponibilidade de tempo e de equilíbrio emocional, independentemente do sexo do cuidador; até mesmo porque o zelo com o parente traz sobrecarga emocional e redução da qualidade de vida, conflitos, acusações, sentimentos de culpa, para toda a família, especialmente quando os delírios e os surtos marcam e mobilizam a todos com sentimentos de impotência.

Mais que os eventos de surto, o extremismo da prática de atos homicidas e o medo das reincidências fazem ‘adoecer’ todos os familiares mais próximos do enfermo.

As práticas de desospitalização, advindas com a reforma psiquiátrica, no Brasil (anos 1970), a exemplo dos centros de atenção psicossocial, residências terapêuticas e lares abrigados, não reduziram significativamente o peso psicológico, societário e mesmo financeiro sobre os ombros dos familiares. A imposição dos medicamentos quando o parente os recusa, os sucessivos internamentos, as visitas hospitalares, a condução aos centros de apoio, os encargos administrativo-financeiros como a Curatela e a frágil, ilusória e subconsciente esperança de cura deixam extenuada toda a família e não apenas o cuidador.

Considerações finais

“Ser ou não ser, eis a questão: será mais nobre
 Em nosso espírito sofrer pedras e setas
 Com que a Fortuna, enfurecida, nos alveja,
 Ou insurgir-nos contra um mar de provocações
 E em luta pôr-lhes fim? Morrer.. dormir: não mais.
 Dizer que rematamos com um sono a angústia
 E as mil pelejas naturais-herança do homem:
 Morrer para dormir... é uma consumação
 Que bem merece e desejamos com fervor.
 Dormir... Talvez sonhar: eis onde surge o obstáculo:
 Pois quando livres do tumulto da existência,
 No repouso da morte o sonho que tenhamos
 Devem fazer-nos hesitar: eis a suspeita
 Que impõe tão longa vida aos nossos infortúnios.
 Quem sofreria os relhos e a irrisão do mundo,

O agravo do opressor, a afronta do orgulhoso,
Toda a lancinação do mal-prezado amor,
A insolência oficial, as dilações da lei,
Os doestos que dos nulos têm de suportar
O mérito paciente, quem o sofreria,
Quando alcançasse a mais perfeita quitação
Com a ponta de um punhal? Quem levaria fardos,
Gemendo e suando sob a vida fatigante,
Se o receio de alguma coisa após a morte,
–Essa região desconhecida cujas raias
Jamais viajante algum atravessou de volta –
Não nos pusesse a voar para outros, não sabidos?
O pensamento assim nos acovarda, e assim
É que se cobre a tez normal da decisão
Com o tom pálido e enfermo da melancolia;
E desde que nos prendam tais cogitações,
Empresas de alto escopo e que bem alto planam
Desviam-se de rumo e cessam até mesmo
De se chamar ação. (...)
(Hamlet/Shakespeare)

Imaginemos que alguém, ao arrepio dos preceitos éticos e normativos da Lei 196/96, em meio à folia carnavalesca do desfile de escolas de samba do Rio de Janeiro (*folie* palavra de origem francesa, significa “loucura” em português) perguntasse inesperadamente ao sambista negro fantasiado de Napoleão Bonaparte se ele era mesmo o Napoleão Bonaparte, francês, branco. O sambista, assustado por não esperar tal questionamento, por certo hesitaria nos primeiros segundos em responder sim ou não, se era (ser) ou não era (não ser) Napoleão.

(...)Uma ofegante epidemia que se chamava carnaval,
o carnaval, o carnaval
Vai passar, palmas pra ala dos barões famintos
O bloco dos napoleões retintos
e os pigmeus do boulevard
Meu Deus, vem olhar, vem ver de perto uma cidade a cantar
A evolução da liberdade até o dia clarear
Ai que vida boa, ô lerê,
ai que vida boa, ô lará
O estandarte do sanatório geral vai passar (...)
(Chico Buarque de Hollanda - “Vai passar”)

“To be or no to be” (Hamlet/Shakespeare), essa apologia da neurose e da criptonormalidade: (Retinto é a denominação popular para alguém negro com elevada concentração de melanina) teria sua normalidade psíquica atestada por esta hesitação, por essa dúvida – não como o princípio da incerteza de Heisenberg, mas como a hesitação decorrente de uma, por assim dizer, incerteza ontológica, psíquica. Na Quarta-feira de Cinzas quando – no dizer do próprio Chico Buarque – tudo

volta ao normal, a resposta seria direta: “não, eu não sou Napoleão Bonaparte; estive fantasiado dele, no Carnaval, durante o desfile da minha escola de samba, mas hoje, amanhã, é dia de trabalho e eu estarei vestido de gari, operário ou de terno e gravata.

Negro, branco ou albino, expertise ou não da vida e morte de Napoleão, tendo visitado ou não seu mausoléu em Paris, algum portador – ou portadora – de esquizofrenia não necessitaria de estar fantasiado de Napoleão para se acreditar – ter certeza de ser Napoleão Bonaparte e agir – com ou sem a fantasia – como o imperador francês. Bastaria que seu ponto de surto o convencesse – fé cega – que ele tivesse a certeza de ser esse personagem histórico.

Enquanto o sentido (de tudo) e, também, a certeza, produzida pelo surto, são da ordem da psicose, a dúvida ontológica, psíquica é o exercício próprio sem sentido, do non sense e do non sense do non sense –ou seja – da besteira.

O louco é um ser livre, livre da polissemia das palavras. Os mentalmente sãos, os neuróticos, são como bobos da corte cambaleando entre as dezenas de significados de uma mesma palavra. Por exemplo. Para o neurótico (trilogia lacaneana neurose, psicose, perversão), a palavra cobra pode significar: pessoa inteligente, pessoa má, pessoa que reconhecidamente domina alguma habilidade intelectual, gnosiológica, desportiva, artística.

O surto do psicótico pode indicar, sob imperativo, que só existe um significado para a palavra cobra: o original, o animal que assusta e pode com seu veneno matar, engolir outro animal; sendo assim e só sendo assim, ele pode agredir uma pessoa-cobra a pauladas: “porque cobra se mata de pau”.

A cada ano, nos Estados Unidos e em outros países, alguém geralmente jovem com comportamento avaliado publicamente como ‘estranho’, solitário e antissocial, entra numa escola ou numa sessão de cinema e mata centenas de pessoas. Gattaz (2007) refere a uma pesquisa epidemiológica, na Alemanha, de autoria de Hafner e Böker (1982), que se dedicou a comparar dados de crimes de autoria de transtornados psíquicos com aqueles praticados por pessoas por assim dizer imputáveis e conscientes do ato criminoso, entre 1955 e 1964. A pesquisa comparativa concluiu que os portadores de patologia psíquica eram 10 anos mais velhos que os integrantes do outro grupo e, por conseguinte, que a psicopatologia poderia adiar a prática de atos violentos. No entanto, o próprio Gattaz (2007) menciona pesquisa, realizada na Dinamarca (publicada em 1996) que conclui que mais de 93% dos portadores de transtornos mentais não são violentos. É fato que eles são, por outro lado, vítimas de avaliações estigmatizantes e do medo generalizante de que são ou venham a ser violentos.

Não se deve deixar de reconhecer, porém, que é multifacetado o universo dos transtornos mentais (quer marcados pela frequência, quer pela excepcionalidade do ato violento). Não se deve deixar de reconhecer, também, que neste universo, a esquizofrenia é diferenciada e ocupa, por inúmeras razões, lugar de destaque,

sobretudo em sua tipologia paranoide em torno da qual giram relatos de agressões físicas e até homicídios, sob imperativo de delírios principalmente auditivos e de grandeza, embora seus portadores possam manter vida social e, em alguns casos, profissional.

Ele ouvia vozes. Ele dizia que eram os filhos dele que mandavam ele fazer as coisas. O perigo da gente era de amanhecer o dia e ele pegar um [...] porque o tipo de alucinação dele era ouvir vozes que dava comandos para ele fazer as coisas. Pegou um irmão e bateu muito. Não dá para falar. (entrevista de CD).

Mais da metade das internações, por transtornos psíquicos a exemplo da esquizofrenia, em expressiva parcela das instituições de custódia e tratamento, no Brasil, têm crimes contra a vida (homicídio), antes da reclusão, como destaque. Tal constatação nos remete, de pronto, do campo psiquiátrico à esfera penal. Em estudo sobre a relação homicídio e doenças mentais, Jozef e Silva (2001) classificam este crime em homicídio normal a anormal. Do segundo tipo, fazem parte os assassinatos de caráter 'bizarro' e sem motivação aparente. Porém, à luz do Código Penal brasileiro quando está em curso o julgamento de culpabilidade ou inimputabilidade, leva-se em consideração o estado de sanidade mental do autor no momento da prática do delito.

Neste quadro, entra em ação um especialista em medicina legal ou um psiquiatra para, depois de realizar entrevistas com o acusado, elaborar parecer acerca do estado de consciência do homicida, a existência ou não de surto esquizofrênico no instante do crime.

Quando é o caso, a defesa da tese de inimputabilidade tem apoio no Artigo 29 do Código Penal brasileiro:

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 (DELMANTO, 2000:50).

Tem sido fato corriqueiro entre especialistas médicos a constatação de que nem todo portador de esquizofrenia é fatalmente agressivo; e que, quando ele o é, a agressividade não resulta necessária e obrigatoriamente, em homicídio. Por outro lado, sob imperativo do surto no instante do homicídio não existe consciência de antijuridicidade – e sim uma desadequação às leis sociais. Desadequação que provoca injúria, ofensa no tecido relacional do agressor, o 'louco' antes e o 'louco' depois do crime. Mas, à luz do Código Penal não se pode ser portador diagnosticado de esquizofrenia e, ao mesmo tempo, culpado pela agressão e pelo

homicídio praticados. Tomando como exemplo a era clássica, Foucault (1997, p. 80) comparece com a seguinte contribuição acerca de como a loucura era compreendida então:

Ignorada há séculos, ou pelo menos mal conhecida, a era clássica teria começado a apreendê-la de modo obscuro como desorganização da família, desordem social, perigo para o Estado. E aos poucos esta primeira percepção se teria organizado, e finalmente aperfeiçoado, numa consciência médica que teria formulado como doença da natureza aquilo que até então era reconhecido apenas como mal-estar da sociedade.

Há outro – por assim dizer atenuante – da condição criminal do portador de esquizofrenia: a cessação de periculosidade. O próprio AB foi beneficiado por esta figura jurídica. Darmon (1991: 121- - 122) recorre ao século XIX a fim de contribuir para a compreensão deste atenuante:

(...) o problema da alienação ou do grau de responsabilidade ou de irresponsabilidade criminal já havia atraído a atenção dos alienistas desde o início do século [século XIX – grifo nosso], introduzindo nuances sutis na aplicação das penas. De Pinel a Esquirol e de Morel a Lombroso, foram justamente as conquistas da noção de irresponsabilidade que levaram a Escola Positivista a negar, numa fase derradeira de sistematização, a existência do livre arbítrio e a definir um novo sistema penal com base nessa negociação (DARMON, 1991: 121 – 122).

(...) o alienado é levado ao homicídio por um motivo confessado e refletido, e é neste aspecto que ele não difere em nada dos outros homens. Mas esse motivo é fruto de uma concepção delirante, uma iluminação ou uma alucinação, e é neste aspecto que ele é louco. Aos alienistas do século XIX cabe a honra de terem compreendido que era preciso livrar esses dementes da pena capital. Pinel, referindo-se a eles já falara em “delírio exclusivo”. Ao enunciar sua doutrina das monomanias, Esquirol deu-lhes um estatuto psiquiátrico. (DARMON, 1991: 123)

Diferentemente do esquizofrênico, ao perverso (pedófilo, estelionatário, falsificador, canibal, estuprador, sequestrador, assassino, notadamente aqueles que praticam homicídios com frieza e cálculo ou em série em cinemas, ruas ou escolas), não se apresenta outra figura senão a da culpabilidade; e não são raros os casos em que eles - sem sinal de culpa – sorriem ou desafiam: “me deixem preso porque se eu sair da cadeia vou continuar fazendo as mesmas coisas”.

No transcurso do cumprimento da medida de segurança, a patologia de AB apresentou evolução no sentido de não ter apresentado sinais de periculosidade. Em

agosto de 1990, foi submetido pelo HCTP ao exame de cessação de periculosidade, o qual indicou ser possível/viável seu retorno ao ambiente da família.

[...] é portador de esquizofrenia paranóide [...], entretanto quando em tratamento quimioterápico contínuo dificulta-se o aparecimento das fases agudas surgindo a possibilidade de exercer a integração sócio-familiar e até mesmo a possibilidade de exercer atividade profissional [...].

Ao resultado do exame de cessação da periculosidade, seguiu-se a reação espontânea e inesperada de EF, outro irmão de AB: doravante, ele se responsabilizaria – no lugar de CD e sob compromisso e registro formais - em acompanhar e responsabilizar-se pela conduta do egresso. Documentos como a Carta de Desinternação (autorizada antes do fim do período mínimo de segurança), o Salvo Conduto (e suas prescrições e expectativas de boa conduta), a Alta Hospitalar não fecharam a cicatriz social aberta pela injúria, pela lesão estigmatizadora - “louco assassino” - no tecido das relações sociais.

Lacan formulou teoria segundo a qual o sujeito em sua gênese formativa segue um dos três caminhos: neurose (obsessiva e histérica) – a chamada ‘normalidade’ marcada pela culpa; a psicose (a loucura e seu ‘furo’ no simbólico) e a perversão (sodomomasoquistas, homicidas e tiranos frios e sem culpa).

Calligaris (2012), em artigo publicado no jornal Folha de São Paulo, sobre Jorge Beltrão Negromonte da Silveira, o ‘canibal do agreste’ líder de um grupo de antropófagos que em inícios deste ano (2012) foram acusados de matar e comer a carne de mulheres consideradas por eles ‘impuras’ e depois sepultar-lhes os despojos, parte por parte em lugares diferentes do quintal da casa.

O senso comum e a psicopatologia concordam: delírio é uma convicção inquestionável, incorrigível e pouco plausível. Além disso, um delírio não é apenas um exercício de fantasia, ele preenche a função (crucial) de dar sentido à existência do indivíduo que delira.

A definição de delírio no “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais”, DSM-IV, diz que uma pessoa não pode ser diagnosticada como delirante se sua crença é “normalmente aceita por outros membros da cultura ou da subcultura dessa pessoa” – “um artigo de fé religiosa” não pode ser um delírio.

Síntese paradoxal: uma religião individual é um delírio, e um delírio coletivo deixa de ser delírio e se torna religião.

É um pouco frustrante dispor só de critérios quantitativos para decidir o que é delirante. Mas talvez a capacidade de compartilhar uma crença com outros já seja o sinal de certa “normalidade”.

Não perguntar “pra onde vai a estrada” pode ser tanto um sintoma de neuróticos, perversos e psicóticos. Os neuróticos, em seu horror ao saber (da

castração) não perguntam “pra onde vai a estrada”; e no caso específico do neurótico obsessivo é, frequentemente incômodo tomar decisões: melhor deixar que o acaso, o *laissez faire* dos acontecimentos decidam e sigam a estrada. Os perversos perguntam “pra onde vai a estrada” por não sentirem limites nem na dor do outro objeto e por não se sentirem culpados ou compreendidos pelo mundo. Os psicóticos sob ordens da fé cega do delírio podem chegar ao surto que não estimula a perguntar “pra onde vai a estrada”: à fé cega, se segue a faca amolada de suas ações e de seu estar-no-mundo.

Sem a cicatrização das injúrias provocada pelo homicídio sobre suas sociabilidades, AB prossegue tendo sobre sua cabeça quatro espadas de Dâmoles: a família, a comunidade, a espada do poder médico e a espada da justiça.

Referências bibliográficas:

ACKERMAN, Natan W. **Diagnóstico e tratamento das relações familiares**. Tradução Maria Cristina R. Goulart. Porto Alegre: Artes médicas, 1986.

ALEXANDER, Franz G. e SELESNICK, Sheldon T. **História da Psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente**. / The History of Psychiatry – na evaluation of psychiatric thought and practice from prehistoric times to thr present / Trad de Aydano Arruda. São Paulo, IBRASA, 1988, 573 p.

ARBUNZ, Guilherme Oswaldo. **Medicina Legal e Antropologia Forense**. Rio de Janeiro – São Paulo: Atheneu, 1988.

BARROS, Flávio Augusto Monteiro de. **Direito Penal**, parte geral: v.1. 5 ed. Revista e atualizada. São Paulo: Saraiva, 2006.

BLEULER, Eugen. **Psiquiatria**. Tradução Eva Nick. 15 ed. Revista e atualizada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

CALLIGARIS, Contardo. **Delírio e mau caráter**. Folha de São Paulo, São Paulo, 26 de abril de 2012, p. E10.

CARNEIRO, J. C. Dias. **Psiquiatria forense: a pessoa como sujeito ético em medicina e em direito**. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

CORREIA; Ludmila Cerqueira; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; ALVES, Alves Sampaio. **Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos**. Caderno de saúde pública set – 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/z23n9/02.pdf>> Acessado em 14 de Novembro de 2007.

DARMON, Pierre. **Médicos e assassinos na Belle Époque: a medicalização do crime** / Médecis ET assassins à Belle Époque / Trad.Regina Grisse de Agostino. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1991, 315 p.

- DELMANTO, Celso et. al. **Código Penal comentado**. 5 ed. Atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.
- DIAS, Ária Luiza. **O que é psicoterapia de família**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1990.
- DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- EY, Henry; BERNARD, P.; BRISSET, C. **Manual de psiquiatria**. Tradução Paulo César Gerardes e Sônia Joanides. 5 ed. Rio de Janeiro: Masson, 1981.
- FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica** / Histoire de La Folie à l'Âge Classique / Trad José Teixeira Coelho Netto e outros. São Paulo, Perspectiva, 1997, 551 p.
- JOSEF, Flávio e SILVA Jorge Adelino Rodrigues da. **Homicídio e doença mental** / Homicide and mental disease. Psiquiatria na prática médica. Serviço de Psiquiatria Forense do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.
- KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Tradução Dayse Batista. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- KAUFMAN, Pierre (Ed.). **Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan**. Tradução: Vera Ribeiro, Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- LACAN, Jacques. **O Seminário**. Livro 3 – As Psicoses(1955 – 1956). / Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre III, Les Psychoses./ 365 p.
- LOUZÃ NETO, Mário Rodrigues. **Esquizofrenia**. In: LOUZÃ NETO, Mário Rodrigues; MOTTA, Telma da; Wang, Yang-Pang; ELKIS, Hélio (orgs). Psiquiatria Básica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- LIPPI, Paulo César Mathias; PINTO, Cristiano José Mendes; SILVA, Viviane Aparecida da. **Doença mental: dificuldades enfrentadas pela família e o familiar-cuidador**. INTELLECTUS – Revista acadêmica digital do grupo POLIS educacional. Ano 4. Jul/dez. 2008. Disponível em <http://www.seufuturonapratica.com.br/intellectus>. Acessado em 15 de março de 2009.
- OLIVEIRA, Adriane M. Netto de. **Os sentimentos da família frente à facticidade da doença mental**. Revista Família, Saúde e Desenvolvimento. v.3 n.2 p. 146-153. Curitiba. jul/dez. 2001.
- PEREIRA, Alice Ornellas; PEREIRA, Alfredo Jr. **Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. v. 34. n° 4, P. 92-100. Disponível em: www.ee.usp.br/reesp/upload/pdf/158.pdf. Acessado em: 16 de janeiro de 2009.

- RODRIGUES, Maria Goretti Andrade; SILVA, Letícia Krauss. **Intervenção familiar em esquizofrenia**. Revista do Departamento de Psicologia – UFF. V. 18. n° 2, P. 93-107. Jul/dez 2006.
- SCAZUFCA, Márcia. **Abordagem familiar em esquizofrenia**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. v.22 s.1, P. 50-52. São Paulo Maio. 2000.
- SCHNEIDER, Jacó Fernando. **Ser-família de um indivíduo esquizofrênico: o que é isto?** Cascavel: Edunioeste, 2001.
- SILVA, Mario Bezerra da. **Psicopatologia no direito penal**. Disponível em: <www.apriori.com.br/cgi/for/psicopatologia-no-direito-penal-t2719.html>. Acessado em 20 de maio de 2008.
- SOUSA, Daniel Brad Rodrigues de. **Psicopatologia do delinqüente serial**. Disponível em <www.Ucpel.tche.br/direito/revista/revista/vol3/09_Daniel.pdf>. Acessado em 10 de janeiro de 2008.
- TAYLOR, Cecília Monat. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. Tradução Dayse Batista. 13 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- TEIXEIRA, Eduardo Henrique et. al. **Esquizofrenia, psicopatologia e crime violento: uma revisão das evidências empíricas**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Disponível em: <www.ipub.ufrj.br/documentos>. Acesso em 04 de dezembro de 2007.
- TEIXEIRA, Eduardo Enrique; DALGALARRONDO, Paulo. **Crime, diagnóstico psiquiátrico e perfil da vítima: um estudo com a população de uma casa de custódia do estado de São Paulo**. In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Vol.55, no.3, Rio de Janeiro 2006.
- TEIXEIRA, Marina Borges. **Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico**. Revista Brasileira de enfermagem. v. 8. n. 2. Brasília. mar./abr. 2005.
- TORTORA, Gerard J.; GRABOWSKI, Sandra Reynolds. **Princípios de anatomia e fisiologia**. Tradução Alexandre L.W., Charles A. E., Marco Aurélio F. P. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- TOURINHO FILHO, Fernando da Costa. **Código processual penal comentado**. 5 ed. São Paulo: Saraiva, 1999.
- VOLPE, Galvano Della et al. **Moral e sociedade**. Tradução Nice Rissone. 2 ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1982.