

INCENDIÁRIO — PERSPECTIVA DO PSIQUIATRA

Carlos Braz Saraiva

Professor de Psiquiatria da Faculdade de Medicina
da Universidade de Coimbra

Chefe de Serviço de Psiquiatria
dos Hospitais da Universidade de Coimbra
cbsaraiva@ci.uc.pt

Na sequência da minha actividade em psiquiatria forense, escrevi há alguns anos sobre um rapaz da serra do Açor — lá para as bandas de Arganil —, que me confessara a alegria de ver a roda viva dos carros dos bombeiros e a azáfama dos aviões e dos helicópteros num bailado sobre as labaredas excitantes. Este segredo era condimentado por uma narração tão épica quanto infantil. Na verdade, parecia que contava uma qualquer história de crianças. Assim, com um toque de heroísmo e de vaidade. Naquele lugar, naquelas serranias onde nada acontece, finalmente despontava uma euforia, um clamor, uma sirene, um *cameraman* da TV, uma qualquer coisa de novo...

Está claro que não nos podemos sentir indiferentes a este episódio e a outros similares. A evolução humanista, de mais de 150 anos, da compreensão do crime para a compreensão da mente, responde a uma clássica dialéctica das duas perspectivas do delito, a vertente jurídica e a vertente psiquiátrica. O Direito penal será normativo e lógico, perseguirá mais a responsabilidade e a culpa; a Psiquiatria, como o ramo da Medicina mais próximo das ciências humanas, será mais flexível à compreensão dos mecanismos da mente. Antes de Lombroso, em 1876, ter falado do "Homem Delinquente", tido como o resultado de múltiplos determinismos psicológicos e sociais, ou mesmo antes das famo-

sas obras "Sociologia Criminal" de Ferri e "Criminologia" de Garoffalo de 1881, já o nosso Código Penal de 1852, após os ventos, ainda que tardios, da Revolução Liberal dos anos 20, registava no seu art. 22.º: "Somente podem ser criminosos os indivíduos que têm a necessária inteligência e liberdade". Portanto, cerca de 60 anos depois da Revolução Francesa — quando Pinel, no Hospital de Bicêtre, em Paris, libertou os doentes mentais das grilhetas —, chegava a Portugal um assomo de dignidade para tais doentes, os esquecidos dos esquecidos. Recorde-se que por essa altura teria aberto o primeiro hospício para alienados em Portugal, o Manicómio de Rilhafoles, em Lisboa, hoje Hospital Miguel Bombarda. Aquele pressuposto seria reafirmado no Código Penal de 1886 no art. 47.º ao referir-se ao internamento "dos loucos delinquentes em manicómio" e posteriormente no Código Penal de 1982 (art. 91.º). Todavia, e apesar disso, António Maria de Sena, quicá o primeiro psiquiatra português, autor do notável "Os Alienados em Portugal" — em 1884, quando contava 39 anos de idade —, num dos célebres discursos sobre o sistema penitenciário à Câmara dos Pares, em 1888, consideraria Portugal como um dos países europeus em que mais dificilmente seria possível traduzir em formas legais as ideias libertadoras da consciência humana.

As manifestações dos esquemas mentais através dos seus parceiros inseparáveis, ou seja, temperamento, carácter, vontade, inteligência e demais faculdades, determinam as regras do comportamento social. O designado modelo biopsicosocial e cultural, no dizer do psiquiatra-filósofo Barahona Fernandes, compreende o indivíduo como fruto dessas forças, que interessam a disciplinas diversas, desde a psiquiatria a ciências sociais e humanas. Trata-se, pois, de um modelo consensual que entende o homem em sociedade, portador de factores de risco mas também de factores de protecção, inevitavelmente relacionados com as suas condutas. De facto, o homem é um ser gregário, não habita uma ilha deserta. Precisamente por isso, sofre a influência do meio, das esferas familiares, sociais, religiosas, profissionais, e outras, onde afinal residem aqueles factores.

Tal modelo integral foi rapidamente assimilado pela poderosa Escola Americana de Psiquiatria — a "locomotiva" da psiquiatria mundial — que, em 1980, viria a conceptualizar a doença mental segundo cinco eixos

diagnósticos, isto é, de acordo com cinco facetas médicas e sociais todas elas interligadas, no clássico DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Esta nova nomenclatura, que trouxe o estabelecimento de critérios diagnósticos mais objectivos e quantificáveis para a doença mental, é inquestionavelmente um marco histórico da psiquiatria mundial. Tal concepção de base levaria à redacção de um novo capítulo para as doenças mentais na 10.^a versão da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, de 1992, e à revisão do DSM em 1994. Os cinco eixos diagnósticos da classificação americana são:

- I — A doença mental primária propriamente dita,
- II — A personalidade; nível de inteligência,
- III — As doenças ditas “físicas ou orgânicas”,
- IV — Os factores de stresse,
- V — A pontuação sobre o funcionamento global do indivíduo.

Um exemplo compreensível ao tema em apreço:

- Eixo I — Depressão,
- Eixo II — Personalidade impulsiva; debilidade mental,
- Eixo III — Cirrose hepática alcoólica,
- Eixo IV — Maus tratos familiares e exclusão social,
- Eixo V — 15 (numa escala de 0 a 100).

Na verdade, a maioria dos incendiários periciados no âmbito da psiquiatria forense — e aqui reporto-me à experiência pessoal e da equipa de psiquiatras do Instituto de Medicina Legal de Coimbra de 1985 a 1992, que integrei — estão afectados na sua inteligência, o que condiciona a vontade e a liberdade para decidir. Debilidade mental, oligofrenia, atraso mental, subnormalidade intelectual, são denominações diferentes que querem dizer basicamente o mesmo: a existência de um funcionamento intelectual com limitações significativas em diferentes campos do quotidiano, cujos exemplos mais visíveis são o comunicar, o cuidar-se, o exercer dos papeis sociais, o trabalho, a segurança, os tempos de lazer. Donde se perceber o egocentrismo, a baixa-auto-estima, a dependência, as dificuldades para o pensamento abstracto, o risco de

poderem ser explorados ou influenciados de um modo perverso. Dito de outro modo, em articulação com o Direito Penal, o indivíduo não tem a inteligência bastante para se auto-determinar, não distingue o certo do errado, o bem do mal, o lícito do ilícito. A nível dos testes de inteligência — de que é exemplo mais usual o WAIS, Wechsler Adult Intelligence Scale —, devidamente aferidos para a população portuguesa, todos apresentam um Quociente de Inteligência (Q.I.) inferior a 70, quando o normal varia entre 90 e 110. Numa estimativa a partir de certas extrapolações, é admissível que por cada 100 indivíduos na comunidade existirá, pelo menos, um débil mental, e a maior parte destes (cerca de 85%) são considerados débeis ligeiros — o que corresponde a um Q.I. entre 50 e 69 — ou seja, vivem como se fossem crianças de 9 a 12 anos de idade. Menos comuns são os débeis moderados, que vivem como se fossem crianças de 6 a 9 anos de idade, correspondentes a um Q.I. entre 35 e 49. Mais raros são ainda os débeis profundos, indivíduos que carecem de todos os cuidados de terceiros, por mais elementares que sejam.

A debilidade mental tem causas diversas, que podem ser assim sintetizadas: genéticas, exposição pré-natal a infecções e toxinas, prematuridade, factores sociais e culturais. À psico-educação e ao aconselhamento genético competirão ser dissuasores de casamentos onde haja consanguinidade e risco de doenças hereditárias. Trabalho este de vulto, médico e social, que deve ser estimulado na população em geral, mais nas famílias de risco, particularmente em regiões isoladas. A baixa mortalidade peri-natal e infantil em Portugal é uma conquista recente que nos aproxima dos melhores índices mundiais, devido a uma assistência materno-infantil mais eficaz e à redução do número de partos no domicílio assistidos por curiosas. Por isso, doenças como o hipotiroidismo e a fenilcetonúria, causas de atraso mental, passaram a ser logo despistadas. Contudo, persistem outras vulnerabilidades: infecciosas, como as encefalites e as meningites, e traumáticas, como os acidentes, por traumatismo craneano, em números chocantes dentro do panorama internacional, e que frequentemente revelam uma insensatez e irresponsabilidade da parte dos adultos cuidadores.

Numa nota mais pessoal, acerca dos factores sociais e culturais de maior relevância para a debilidade mental e suas eventuais conse-

quências, engrandecem-se as minhas preocupações, como médico e como perito. Em 1992, num contributo, em co-autoria, para um volume sobre "Ética em Psiquiatria", patrocinado pelo Colégio de Psiquiatria da Ordem dos Médicos — sendo à época presidente Mário Taborda —, tive ocasião de referir as dificuldades e os dilemas do psiquiatra forense. Por um lado, não está perante um doente propriamente dito, no sentido essencial da relação médico-doente, na medida em que o que está em causa é uma perícia médico-legal com um examinando compelido a comparecer a esse acto. Mas também não poderá ser insensível à globalidade do contexto biográfico, com todo o cortejo de acontecimentos de vida traumáticos que o examinando vivenciou, muitas vezes logo a partir da primeira infância. Vítima da incúria de outros, na família e na sociedade, o repositório de traumas é com frequência chocante. É então que ao psiquiatra vocacionado para o compreender e o explicar da mente, e para o seu tratamento, é solicitado que opine sobre diagnóstico, imputabilidade e perigosidade, em sede de Direito Penal. O conhecimento da história clínica e do exame mental, imprescindíveis à elaboração do Relatório Pericial, fazem levantar outras questões importantes, como as vulnerabilidades familiares e sociais, isto é, que estão para além do protagonismo do examinando e habitam o meio envolvente. Se aplicarmos estas inquietações do perito psiquiatra forense ao exemplo dos incendiários débeis mentais, as perguntas parecem óbvias e será desejável não temer fazê-las. Conforme referi, de acordo com uma estimativa de prevalência, 1% da população em geral é débil mental, havendo seguramente certas microculturas com números mais acentuados, decorrentes, por exemplo, de uma consanguinidade mais comum. Assim, por hipótese, é de esperar que uma qualquer aldeia do mundo rural, imaginemos de 500 habitantes, da área do Pinhal, na Beira Interior, albergue na sua comunidade, pelo menos, 5 doentes oligofrénicos. Quem são estes indivíduos? Como ocupam os seus dias? Quem são os membros das famílias? Há doenças mentais, incluindo alcoolismo, na família? Há pobreza? Há desnutrição e avitaminoses? Será que sofrem de doenças associadas, como a epilepsia ou alcoolismo? Frequentam alguma Escola especial ou Instituição de apoio? Existe algum projecto de reabilitação ou reinserção social na sua aldeia ou concelho? O assistente social contacta per-

manentemente esta família? Há residências protegidas no meio? Estão no mercado de trabalho, protegido ou não? São acarinhados pela comunidade? Ou, pelo contrário, são ridicularizados, excluídos, injuriados, explorados, agredidos, alcoolizados por terceiros? Ao fim e ao cabo, quem ampara estas pessoas que têm uma idade mental de crianças entre os 6 e os 12 anos? Todas estas perguntas parecem inquietantes. Antes de um ensaio de resposta, permitam que vos recorde. Todos temos as memórias vivas dos fogos do Verão de 2003. Talvez a maior tragédia natural depois do terramoto de Lisboa, no século XVIII. Centrando-me agora no exemplo do distrito de Castelo Branco, onde ocorreram os incêndios mais violentos, com grande sofrimento para as gentes de Vila de Rei, Oleiros, Sertã, Proença-a-Nova, entre outras, de que resultaram dezenas de vítimas mortais e destruições patrimoniais e do ambiente nunca vistas, constata-se que existem ao todo seis psiquiatras no Distrito para a diversidade de trabalho assistencial hospitalar (consultas, urgências, internamento, investigação) — provavelmente sem grande margem para intervenção comunitária — e 13 assistentes sociais no terreno — isto é, na comunidade — para todo o distrito (ligados a Santas Casas de Misericórdia ou Instituições Particulares de Solidariedade Social). Acresce que estes técnicos do Serviço Social têm quase sempre de dar apoio a três valências simultaneamente: Centro de Dia, Lar e Apoio domiciliário. Já alguém disse que os Presidentes das Juntas de Freguesia conhecem os seus débeis mentais. O problema não é saber quem eles são, o problema é saber o que se está a fazer por eles! Este é um retrato que, apesar de sucinto, não precisa de mais palavras e que mostra as nossas incapacidades e insuficiências.

Ainda em relação aos incendiários, o alcoolismo é uma patologia assaz frequente em Portugal. Desde longa data que estamos nos primeiros lugares da linha da frente das cirroses alcoólicas e do consumo de álcool *per capita*. Já foi dito e redito que existe um milhão de alcoólicos no nosso país. Não desejaria insistir nos números. Proporia antes uma reflexão: sabendo que a definição de bebedor regular excessivo da Organização Mundial de Saúde é todo o indivíduo que bebe meio litro de vinho ou equivalente por dia, então que pensar do que vai por aí? Agora imaginem um indivíduo que para além de débil mental

é também um alcoólico. E, para agravar o quadro, se o mesmo indivíduo for ainda por cima um epilético? O estreitamento do estado de consciência (obnubilação), a euforia, o fascínio pelo fogo, a desinibição, o arrojo, as condutas impulsivas — sem contenções psicobiológicas a cargo dos lobos frontais do cérebro — propiciam comportamentos socialmente reprováveis aos olhos dos outros, mas que para os próprios não são tidos como ilicitude ou algo de errado, por não entendimento das normas sociais.

Também os doentes esquizofrénicos se podem assumir como incendiários. Reproduzem os loucos na sua dimensão mais comum. A esquizofrenia é uma doença da realidade, uma afecção do cérebro que surge no adolescente ou no adulto jovem. Estes doentes têm delírios e alucinações. Ou seja, vivenciam pensamentos que só eles acreditam, de que são espiados, filmados, fotografados por uma polícia secreta, comandados por satélites, por telefones, por todo o tipo de aparelhos ou pela *internet*, etc., etc. ou ouvem vozes, que falam deles ou lhes dão ordens ou têm visões de pessoas ou de cenas que só eles experienciam. Uma vez o conteúdo dos delírios é mais tecnológico, outras vezes pode apresentar-se sob uma forma mística, com anjos ou demónios à mistura. Usualmente, os doentes esquizofrénicos não tratados ou descompensados não têm crítica para os sintomas e reagem com desagrado ou agressividade a qualquer contra-argumentação lógica. Aham que são donos de certezas ou fanatismos inabaláveis, com todos os riscos inerentes e imagináveis. É de esperar que possam surgir posturas bizarras e comportamentos excêntricos da parte destes doentes, principalmente se não estiverem a tomar a medicação adequada, num tempo em que o arsenal terapêutico é poderoso. Desde há cerca de 25 anos que a possibilidade da administração de uma injeção mensal veio revolucionar o tratamento da esquizofrenia, como é o caso do decanoato de haloperidol ou de flufenazina, tendo entretanto surgido novos psicofármacos com propriedades semelhantes. Os doentes esquizofrénicos correspondem a cerca de 1% da população. Por norma conhecidos da comunidade, são frequentemente temidos pela sua imprevisibilidade e eventual perigosidade, embora se saiba, hoje em dia, que não são mais perigosos do que a população em geral. É admissível que possam episodicamente ser incendiários. Nas

perícias de psiquiatria forense, apesar da inimputabilidade ser uma conclusão muito comum, constam regularmente recomendações para o tratamento da afecção que podem incluir as devidas medidas de segurança.

Existem outros incendiários cuja patologia de base é uma neurose do carácter, como a chamaram os psicanalistas americanos de meados do século XX, ou seja, indivíduos descritos desde a infância como agressivos, mentirosos, desordeiros, indisciplinados, com histórias de delinquência na escola, na sociedade ou mesmo dentro da família. Usualmente são consumidores de substâncias psico-ativas. Funcionam no quotidiano no registo do "já" e do "agora", sempre impacientes, rebeldes, com uma certa ambição de uma grandiosidade não exequível. Exigentes dos outros para a satisfação das suas necessidades mais imediatas, sem escrúpulos, envolvem-se com frequência em rixas, acidentes rodoviários, burlas, furtos. Não se vinculam afectivamente a ninguém, pelo menos ao nível de relações estáveis. São indivíduos anti-sociais, também apelidados de psicopatas ou sociopatas. Por vingança, impulso ou outra qualquer razão fútil poderão tornar-se incendiários. As polícias e os estabelecimentos prisionais conhecem-nos sobremaneira. Em Portugal são quase sempre considerados imputáveis, embora a figura da imputabilidade diminuída seja comum, principalmente por causa de vulnerabilidades temperamentais e contextos de uma certa espontaneidade na ocorrência dos factos.

Outras patologias psiquiátricas, como a epilepsia (excepto se associada ao alcoolismo), depressão, demência, piromania isoladamente vista como distúrbio do controlo do impulso (fora do atraso mental), são excepcionais nos incendiários.

No nosso trabalho, em co-autoria (Saraiva, Santos-Costa e Morgado-Pereira, 1995), "Psiquiatria Forense: Análise de uma experiência de 234 perícias", publicado na revista "Psiquiatria Clínica", verificou-se que o crime de incêndio correspondia a 12% do total dos casos, ocupando o 3.º lugar, a seguir a furto (28%) e ofensas corporais (17%). Estes três crimes em conjunto representavam mais de metade do total da amostra. Em 50% dos incendiários constatou-se o diagnóstico de debilidade mental (ou pelo menos de inteligência limite, um patamar acima, mas ainda aquém da normalidade do ponto de vista psicométrico),

enquanto que os outros 50% eram quase igualmente repartidos por esquizofrénicos e alcoólicos. Outras patologias eram raras. E apenas em dois incendiários não encontrámos patologia mental, isto é, foram considerados pessoas normais. Trabalhos recentes parecem, pois, confirmar o perfil do incendiário que encontrámos nas décadas de 80 e 90 no Instituto de Medicina Legal de Coimbra, no âmbito da psiquiatria forense:

- Indivíduo do sexo masculino;
- Solteiro;
- Analfabeto ou de baixa escolaridade;
- De baixo quociente de inteligência (Q.I.);
- Desempregado, tarefeiro, ou com emprego não qualificado;
- Oriundo de uma família-problema;
- Frequentemente alcoólico e padecendo de outras patologias;
- Comete o crime na área da residência por motivo pueril.

A inimputabilidade é a conclusão mais frequente da perícia, sendo também admissível a imputabilidade diminuída em certos casos limite ou fronteira (*borderline*). A tríade liberdade-inteligência-vontade, parece estar francamente prejudicada. Mas se muitos destes comportamentos são recorrentes, creio dever ser activada a Lei de Saúde Mental, Lei n.º 36/98, de 24 de Julho. Não só para os Artigos que impõem internamentos compulsivos mas também para os que preconizam a protecção e promoção da saúde mental (art. 2.º), a reabilitação psicossocial, as estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional (art. 3.º).

Na verdade, o cenário médico-social é conhecido e os problemas estão identificados. Em Portugal fala-se muito, mas o que é mais imperativo agora é fazer: Melhor assistência social, melhor saúde mental. Saibamos ter a inteligência e o bom senso para estabelecer as prioridades necessárias à reconstrução das cinzas de um Portugal mais solidário e menos deprimido. Nós também temos que ter algum protagonismo na esperança e não aceitar tristes e resignados que os ventos, as marés, o fogo, enfim, o destino, decida tudo acerca de nós!

Bibliografia

Código Penal Português de 1852 — Imprensa da Universidade, Coimbra, 1874.

Ferreira-Borges, J. (1840) — Instituições de Medicina Forense. 2.^a Edição, Lisboa.

Gonçalves, M. (1983) — Código Penal Português (Anotado), Ed. Almedina, Coimbra.

Morgado-Pereira, J., Saraiva, C. B. (1992) — O psiquiatra e a prática da psiquiatria forense: Dificuldades e dilemas. *Ética em Psiquiatria*. Ed. Colégio de Psiquiatria da Ordem dos Médicos, 251-25, Lisboa.

Saraiva, C. B. (1995) — *Turbulências*. Audimprensa, Coimbra.

Saraiva, C. B., Santos-Costa, F., e Morgado-Pereira, J. (1995) — Psiquiatria forense: Análise de uma experiência de 234 perícias. *Psiquiatria Clínica*, 16 (4), pp. 215-222.

Santos-Costa, F., Morgado-Pereira, J., e Saraiva, C. B. (1990) — Avaliação da perigosidade social. *Confluências — Temas Médico-Legais. Homenagem ao Prof. Doutor Luís Duarte-Santos*, pp. 398-411.

Instituto Superior
de Polícia Judiciária e Ciências Criminais



POLÍCIA E JUSTIÇA

Publicação Semestral

Director: F. Teodósio Jacinto

Janeiro-Junho 2004

Nº 3



Coimbra Editora