

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CRIMINAIS

ELIZABETE RODRIGUES COELHO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**SUICÍDIO DE INTERNOS EM UM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E
TRATAMENTO**

Porto Alegre

2006

ELIZABETE RODRIGUES COELHO

SUICÍDIO DE INTERNOS EM UM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação de Mestrado em Ciências Criminais
Para a obtenção do título de Mestre em Ciências
Criminais
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais
Faculdade de Direito

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto

Porto Alegre

2006

C672s

Coelho, Elizabete Rodrigues

Suicídio de internos em um hospital de custódia e
tratamento / Elizabete Rodrigues Coelho. – 2006.
157 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais,
Faculdade de Direito) – Pontifícia Universidade
Católica do Rio Grande do Sul, 2006.

“Orientação: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto”.

1. Direito Penal. 2. Suicídio. 3. Inimputabilidade.
4. Crime. 5. Violência I. Cataldo Neto, Alfredo II. Título.

Catálogo na publicação: Patrícia C. Cezar – CRB:10/1222

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que contribuíram, de alguma forma, e, em diferentes momentos, para a realização deste trabalho. Inicialmente, ao professor Alfredo Cataldo Neto, orientador desta dissertação, pelo interesse científico e apoio pessoal e acadêmico.

Ao Dr. Rogério Cardoso, Diretor Geral do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (IPFMC), pelo exemplo de dedicação clínica, compreensão e apoio na efetivação da pesquisa.

Aos colegas do Setor de Psicologia do IPFMC, pelo estímulo recebido e discussões enriquecedoras.

Ao funcionário Sady José R. Domingues, pelo apoio.

Ao meu marido Régis e filhos, Déborah e Daniel, pelo estímulo e compreensão.

Aos meus pais, salientando o “apoio logístico” incondicional de minha mãe, principalmente naqueles momentos em que eu precisei estar ausente.

Por fim, a minha filha Déborah, pela leitura crítica e apoio na formatação final deste trabalho.

*...todos vão esquecer que um dia eu existi /
nem meus vastos prantos vão sobreviver.../
mas qualquer dia, também sozinho a mim virá
/ um homem cego procurando um ninho eterno
/ E encontrará seu leito pronto em nuvem
negra / verá que a morte é o sono lento após o
inferno...quero te esquecer, preciso te perder /
nos caminhos do infinito desconhecido / para
nunca mais amar e sofrer...*

*...eu queria que o fogo me cremasse / para ser
as cinzas de quem hoje nasce...eu queria
morrer agora, nesse instante, sozinho, para
novamente ser embrião, e nascer; / eu só
queria nascer de novo, para me ensinar a
viver!*

Sandra Herzer

RESUMO

Este trabalho identifica as características demográficas, clínicas e criminológicas dos internos que cometeram suicídio, no Instituto Psiquiátrico Forense "Dr. Maurício Cardoso", de Porto Alegre, no período de 1985 a 2004. Dos 20 casos identificados, 70% dos sujeitos haviam sido julgados, considerados inimputáveis e receberam uma medida de segurança. Dos 30% restantes, cerca de 25% encontravam-se detidos preventivamente, sem uma condenação penal; 5% tinham uma sentença de prisão decretada, encontrando-se, ambos, internados para tratamento e exame de superveniência de doença mental (SDM). Os suicídios corresponderam a 10% do total de mortes ocorridas na instituição, no período pesquisado. A taxa média de suicídios, no Instituto Psiquiátrico Forense, foi de 20 vezes a taxa média de suicídios no Estado do Rio Grande do Sul, no período de 1990-2001. Os resultados obtidos evidenciaram dois subgrupos e dois momentos de maior risco, para comportamento suicida, no Instituto Psiquiátrico Forense. No primeiro, estão incluídos os pacientes em custódia e tratamento, com idade média de 42,71 anos, e internados, em média, há 9,9 anos, na instituição; no segundo, estão os presos preventivos, encaminhados para exame de superveniência de doença mental, com idade média de 27,83 anos e internados há menos de um mês. As características comuns aos dois subgrupos apontam para o perfil de um homem, branco, solteiro, sem filhos, do interior do Estado, com uma baixa qualificação profissional e pouca escolaridade. A maioria teve como quadro clínico principal a Esquizofrenia (55%), subtipo paranóide (40%), doença seguida do Transtorno de Personalidade Paranóide (15%). Em 50% dos casos, o uso abusivo de álcool e/ou drogas esteve associado, secundariamente, ao diagnóstico principal. Cometeram crimes contra a vida, principalmente o homicídio. A maior parte desses tentou o suicídio anteriormente e usou, como método de morte, o enforcamento, durante a madrugada. Os doentes mentais infratores apresentam características que os tornam um grupo de alto risco para comportamento suicida. Estes, mesmo recebendo tratamento para as patologias mentais de que padecem, apresentam alguns fatores agravantes e que intensificam o risco de violência auto-infringida, tais como: a presença de co-morbidade, problemas com álcool e drogas, tentativas anteriores de suicídio, conflitos relacionais e afastamento da família, associados à alta impulsividade e à agressividade. Este perfil possibilita o planejamento de um programa de prevenção do suicídio, nesta Instituição.

Área de Conhecimento: Psiquiatria e Violência

Palavras-chave: Suicídio, Violência, Crime e Inimputabilidade.

ABSTRACT

This work identifies the demographic, clinical, and criminological characteristics of internees who committed suicide at Instituto Psiquiátrico Forense “Dr. Maurício Cardoso” in Porto Alegre, Brazil, from 1985 to 2004. Out of the 20 cases identified, 70% of subjects had stood trial and had been considered non-imputable, having received a security measure. Of the remaining 30%, about 25% had been arrested preventively, with no criminal conviction; 5% had received a prison sentence – all of them were interned for treatment and the so-called *exame de superveniência de doença mental* (SDM), or mental illness supervision examination. Suicides were 10% of the total deaths at the institution within the period studied. The average suicide rate at the Instituto Psiquiátrico Forense was 20 times the rate in the state of Rio Grande do Sul from 1990 to 2001. Results obtained showed two subgroups and two moments of higher risk for suicidal behavior at the Instituto Psiquiátrico Forense. The former includes patients under custody and treatment, with an average age of 42,71, and committed to the institution since 9,9 years ago on average; the second are preventive inmates, sent to SDM, with an average age of 27,83 years and committed less than a month ago. The common characteristics of both subgroups point out the profile of a white, single, childless man, originally from small towns, with low professional qualification and low schooling. Most had schizophrenia as their main clinical condition (55%), subtype paranoid (40%), a disease followed by the Paranoid Personality disorder (PPD) (15%). In 50% of the cases, abuse of alcohol and/or drugs was secondarily associated to the main diagnosis. They have committed crimes against life, especially homicide. Most of them have attempted suicide before by hanging during the night. Transgressor mental patients present characteristics that make them a high-risk group for suicidal behavior. Those, even when they receive treatment for mental pathologies they suffer, present aggravating factor that increase the risk of self-inflicted violence, such as: the presence of comorbidity, problems with alcohol and drugs, previous attempts at suicide, relational conflicts, and distancing from the family, associated to high impulsiveness and aggressiveness. Such profile allows for planning a program of suicide prevention at that institution.

Knowledge area: Psychiatry and Violence

Key words: Suicide, Violence, Crime, and Non-Imputability

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1.OBJETIVOS.....	17
1.1OBJETIVO GERAL.....	17
1.1.1OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
2.REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1SOBRE O SUICÍDIO.....	18
2.1.1Suicídio: História, Sociedade e Cultura.....	20
2.2 COMPORTAMENTO SUICIDA.....	23
2.2.1 Aspectos sociológicos.....	23
2.2.2Aspectos psicopatológicos.....	25
2.2.3 Aspectos psicológicos.....	29
2.2.3.1 Abordagem psicanalítica.....	29
2.2.3.2 Abordagem cognitiva.....	32
2.2.3.3 Abordagem Humanista-Existencial.....	32
2.2.4 Aspectos fisiológicos.....	33
2.3 ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS DA POPULAÇÃO EM GERAL.....	35
2.4 DOENÇA MENTAL, CRIME E LEI.....	40
2.4.1 A loucura e o seu tempo.....	40
2.4.2 Crime e loucura.....	43
2.5 MEDIDAS DE SEGURANÇA.....	49
2.6 SISTEMA PSIQUIÁTRICO-FORENSE - ÁREA CRIMINAL.....	55
2.6.1Perspectiva internacional.....	56
2.6.2 Perspectiva nacional.....	61
2.7 MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS.....	66
2.7.1Aspectos sociais.....	66
2.7.2Situação atual brasileira.....	67
2.8 O INSTITUTO PSIQUIÁTRICO FORENSE DR. MAURÍCIO CARDOSO.....	72
2.9 PESQUISAS SOBRE O SUICÍDIO EM AMBIENTES DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO.....	78
2.10 OS ASPECTOS LEGAIS DO COMPORTAMENTO SUICIDA.....	90
2.10.1 Responsabilidade do Estado no tocante ao suicídio.....	94
3.METODOLOGIA.....	96
3.1 Aspectos éticos.....	96

3.2 Delineamento da pesquisa	96
3.3 População	96
3.4 Local	97
3.5 Coleta dos dados	97
3.6 Instrumento	97
3.7 Análise e interpretação dos dados	98
4. RESULTADOS	99
4.1 VARIÁVEIS CRIMINOLÓGICAS	99
4.1.1 Situação jurídica	99
4.1.2 Delito	101
4.2 DISTRIBUIÇÃO TEMPORAL E ESPACIAL	102
4.2.1 Ano	102
4.2.2 Local	104
4.2.3 Horário	105
4.2.4 Tempo de internação	106
4.3 TAXAS	108
4.4 VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS	110
4.4.1 Gênero	110
4.4.2 Idade	111
4.4.3 Cor	113
4.4.4 Estado Civil	114
4.4.5 Filhos	115
4.4.6 Naturalidade	115
4.4.7 Profissão	116
4.4.8 Grau de instrução	118
4.5 VARIÁVEIS CLÍNICAS	118
4.5.1 Diagnóstico	118
4.5.2 Tentativas anteriores	121
4.6 FATORES ASSOCIADOS	123
4.6.1 Meio empregado	123
4.6.2 História familiar de suicídio	124
4.6.3 Fatores psicossociais	125
4.7 ASPECTOS LEGAIS	125
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	127
CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	145
ANEXOS	154

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição dos casos de suicídio, segundo a situação jurídica na morte.....	100
TABELA 2 - Distribuição dos casos de suicídio, segundo a existência de delitos anteriores.....	100
TABELA 3 - Distribuição dos casos de suicídio, segundo os delitos cometidos, em relação à existência ou não de medida de segurança.....	102
TABELA 4 -Distribuição dos casos de suicídio, segundo o ano da morte, em relação à existência ou não de medida de segurança.....	103
TABELA 5 - Distribuição dos casos de suicídio, segundo o local do suicídio, em relação à existência ou não de medida de segurança.....	105
TABELA 6 - Distribuição dos casos de suicídio, segundo o horário de ocorrência, em relação à existência ou não de medida de segurança.....	106
TABELA 7 - Distribuição dos casos de suicídio, segundo o tempo de internação no Instituto Psiquiátrico Forense.....	107
TABELA 8 - Distribuição dos casos de suicídio, segundo o tempo de internação, em relação à existência ou não de medida de segurança.....	108
TABELA 9 - Taxa de suicídios por ano no Rio Grande do Sul, número de internos e taxa de suicídios por ano no Instituto Psiquiátrico Forense.....	109
TABELA 10 -Número de mortes ocorridas no Instituto Psiquiátrico Forense, de acordo com o ano e a causa da morte.....	110
TABELA 11 - Distribuição dos casos de suicídio, segundo o gênero, em relação à existência ou não de medida de segurança.....	111
TABELA 12 -Distribuição dos casos de suicídio, segundo a idade na morte.....	111
TABELA 13 - Distribuição dos casos de suicídio, segundo a idade na morte, em relação à existência ou não de medida de segurança.....	112
TABELA 14 - Distribuição dos casos de suicídio, segundo a cor.....	113
TABELA 15 - Distribuição dos casos de suicídio, segundo a cor, em relação à existência ou não de medida de segurança.....	113

TABELA 16 -Distribuição dos casos de suicídio, segundo o estado civil, em relação à existência ou não de medida de segurança.....	114
TABELA 17 - Distribuição dos casos de suicídio, segundo a existência de filhos.....	115
TABELA 18 -Distribuição dos casos de suicídio, segundo a existência de filhos, em relação à existência ou não de medida de segurança.....	115
TABELA 19 - Distribuição dos casos de suicídio, segundo a naturalidade.....	116
TABELA 20 -Distribuição dos casos de suicídio, segundo a naturalidade, em relação à existência ou não de medida de segurança.....	116
TABELA 21 - Distribuição dos casos de suicídio, segundo a profissão.....	117
TABELA 22 - Distribuição dos casos de suicídio, segundo a profissão, em relação à existência ou não de medida de segurança.....	117
TABELA 23 - Distribuição dos casos de suicídio, segundo o diagnóstico.....	120
TABELA 24 -Distribuição dos casos de suicídio, segundo o diagnóstico, em relação à existência ou não de medida de segurança.....	121
TABELA 25 -Distribuição dos casos de suicídio, segundo o número de tentativas anteriores.....	122
TABELA 26 - Distribuição dos casos de suicídio, segundo a existência ou não de medida de segurança e o número de tentativas suicidas anteriores.....	123
TABELA 27 - Distribuição dos casos de suicídio, segundo o meio empregado, em relação à existência ou não de medida de segurança.....	124
TABELA 28 - Distribuição dos casos de suicídio, segundo a ocorrência de investigação de drogas.....	126

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Distribuição dos casos de suicídio, conforme o delito.....	101
FIGURA 2 – Distribuição dos casos de suicídio, segundo o ano da morte.....	103
FIGURA 3 – Distribuição dos casos de suicídio, segundo o local do suicídio.....	104
FIGURA 4 – Distribuição dos casos de suicídio, segundo o horário de ocorrência.....	105
FIGURA 5 – Distribuição dos casos de suicídio, segundo o gênero.....	110
FIGURA 6 – Distribuição dos casos de suicídio, segundo o estado civil.....	114
FIGURA 7 – Distribuição dos casos de suicídio, segundo o nível de escolaridade.....	118
FIGURA 8 Distribuição dos casos de suicídio, segundo a ocorrência de tentativas anteriores.....	122
FIGURA 9 – Distribuição dos casos de suicídio, segundo o meio empregado.....	124

INTRODUÇÃO

O presente estudo refere-se a uma casuística de internos que se suicidaram estando vinculados, por determinação judicial, ao Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso, de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. O problema do suicídio, como objeto de pesquisa, em um hospital psiquiátrico forense, se deve à vivência clínica de contato com esses casos e ao grande impacto causado nos outros internos, na família e na equipe assistencial.

A pesquisa buscou elementos, para identificar e compreender a violência da morte por suicídio, em internos de uma instituição de custódia e tratamento. A motivação de partilhar a nossa preocupação com a perda de vidas, resultantes de um ato tão complexo como o suicídio, nos moveu a pesquisar e a abrir caminhos na investigação do tema. Teve como base um estudo retrospectivo da população internada, por determinação judicial, que cometeu suicídio. A proposta envolveu, também, a intenção de entender os fatores envolvidos e a situação em que houve a ocorrência, com a finalidade de poder instrumentalizar ações futuras de intervenção e de prevenção.

Para tanto, partiu-se de uma breve revisão bibliográfica dos principais aspectos relacionados ao suicídio em geral. Os aspectos revisados foram desde os de natureza sociológica, histórica, cultural, passando pelos psicopatológicos e psicológicos, até os genéticos e os biológicos. Foi realizada, ainda, uma revisão das estatísticas brasileira e mundial e, em seguida, como contextualização, buscou-se uma breve fundamentação acerca das perspectivas históricas que envolvem o doente mental, o doente mental infrator e o instituto da medida de segurança. A retrospectiva histórica e a abordagem interdisciplinar sobre o tratamento dispensado ao doente mental que cometeu um delito tiveram como objetivo discutir a concepção atual de um hospital de custódia e tratamento e o problema do suicídio nestes locais.

Os manicômios judiciários constituem-se como instituições com duplo objetivo: custodiar e tratar doentes mentais perigosos, misto de hospital psiquiátrico e presídio. Goffmann apresenta esta dupla vertente -hospital e prisão-que configura o caráter ambíguo desta instituição, como uma das variáveis responsáveis pelas limitações técnicas e de tratamento.¹

O suicídio é um ato extremo, que implica em sofrimento e gera um impacto profundo nos familiares, nos internos e na equipe de atendimento de saúde e da custódia. Trata-se de um ato de violência que, além de uma expressão inequívoca de sofrimento individual intenso, necessita de cuidado especializado. A Organização Mundial da Saúde salienta, ainda, a responsabilidade do Estado com a saúde dos internos.²

¹ GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1992.

² WHO. **Preventing suicide**: a resource for prison officers. Mental and behavioural disorders. Department of mental health. World Health Organization. Geneva, 2000.

Nos ambientes prisionais, o suicídio é uma causa freqüente de morte. Segundo a Organização Mundial da Saúde, as populações confinadas em delegacias, cadeias, presídios e manicômios enfrentam dificuldades de toda ordem. Esta população se encontra em situação de vulnerabilidade devido a vários fatores. Entre estes, podem ser citados: a superlotação, as precárias condições de saneamento e a presença de doenças de toda ordem. Sentimentos de desamparo, desesperança, agressividade, impulsividade, culpa e a presença de doença mental também podem funcionar como desencadeantes para o comportamento suicida em ambientes prisionais.³

Estudos indicam um alto índice de doenças mentais e uma situação de carência assistencial, nas prisões do mundo ocidental.⁴ Nos manicômios judiciários, as dificuldades também são enormes. Há falta de programas específicos, envolvendo a prevenção em saúde, incluindo a prevenção do suicídio; de profissionais; de material de higiene; de remédios e de programas efetivos de reinserção social dos doentes mentais que cometeram um delito. Apesar da relevância do tema, este estudo é inédito, pois estudos descritivos sobre suicídio em ambientes psiquiátrico-forenses, no Brasil, não foram encontrados até o momento.

Em 1999, a Organização Mundial da Saúde lançou uma campanha para a prevenção do suicídio, envolvendo uma série de recursos. Como parte desta campanha, realizou um estudo multicêntrico de intervenção, destinado a grupos profissionais e sociais, que apresentam comportamento relevante para a prevenção do suicídio – profissionais da saúde,

³ WHO. **Preventing suicide:** a resource for prison officers. Mental and behavioural disorders. Department of mental health. World Health Organization. Geneva, 2000.

⁴ CRESPO DE SOUZA, C. A. **Doentes mentais em prisões e em casas de custódia e tratamento:** um grande e permanente desafio. Disponível em: <www.polmed.com.br>. Acesso em: novembro de 2005.

da mídia, da educação e do sistema penitenciário. Segundo este estudo, o manejo bem-sucedido de um indivíduo suicida depende do reconhecimento, da avaliação adequada, do início e manutenção de um tratamento apropriado. A abordagem preventiva deve estar vinculada a uma determinada cultura e a um determinado ambiente, pois é dentro deste ambiente sociocultural e físico que se dá o ato. O estudo sinaliza, ainda, que a prevenção do suicídio envolve uma série completa de atividades, abrangendo desde a provisão de melhores condições possíveis, como o tratamento de distúrbios mentais, até o controle ambiental dos fatores de risco. O estudo dos fatores de risco, associados ao comportamento suicida, mesmo sem uma etiologia definida para o suicídio, pode fornecer caminhos possíveis de intervenção.⁵

Portanto, estudos sistemáticos e objetivos, sobre as características dos internos que cometeram suicídio, são importantes para a formulação de programas preventivos e de acompanhamento dos profissionais da saúde mental e da custódia, que lidam com esta população. Algumas das futuras contribuições deste estudo são melhorar a capacidade de detectar e de lidar com o interno que oferece risco de suicídio, estabelecer métodos de prevenção e de intervenção.

⁵ WHO. **Preventing suicide:** a resource for prison officers. Mental and behavioural disorders. Department of mental health. World Health Organization. Geneva, 2000.

1 OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste estudo foi determinar o perfil dos internos que cometeram suicídio, em um hospital psiquiátrico forense do Rio Grande do Sul - Instituto Psiquiátrico Forense “Dr. Maurício Cardoso” -, no período de 1985 a 2004.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a distribuição temporal e espacial dos suicídios consumados no Instituto Psiquiátrico Forense, no período de 1985 a 2004;
- Verificar as características demográficas, clínicas e criminológicas;
- Identificar os fatores associados ao comportamento suicida;

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 SOBRE O SUICÍDIO

A palavra suicídio é conhecida desde o século XVI. As várias definições de suicídio costumam conter uma idéia central, ligada “ao ato de terminar com a própria vida”, juntamente com idéias relacionadas à motivação, à intencionalidade e à letalidade.⁶

Palavra composta do pronome latino *sui*, que significa para si, de si, e *cidium* que significa morte, que, por sua vez, é cognato do verbo latino *caedere*, que significa matar.⁷ O suicídio, para Durkheim, “[...]é toda morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo realizado pela própria vítima, que sabia e que queria este resultado com tal ato. A tentativa é o ato, assim definido, que falha em levar à morte”.⁸

No Silveira Bueno Dicionário da Língua Portuguesa, a palavra suicídio é conceituada como o ato de suicidar-se, dar morte a si mesmo, arruinar-se por culpa de si mesmo e o suicida é a pessoa que se matou.⁹

Ao definir suicídio como “morte de si mesmo”, o conceito é ampliado, segundo Cassorla, incluindo as condutas de risco que podem levar à morte. A palavra suicídio conteria, assim, vários significados e serviria para designar aspectos relacionados à motivação, à intencionalidade e à letalidade. Cassorla diz, ainda, que, em suicidologia, a intencionalidade

⁶ BOTEGA, J.N.; RAPELI, C. B. Tentativa de suicídio. In: BOTEGA, J. N. (Org.) **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2002, p. 365.

⁷ MELEIRO, A.; WANG, Y. P. Suicídio e tentativa de suicídio. In: LOUZÃ NETO, M. R. (Org.) **Psiquiatria básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 389.

⁸ DURKHEIM, D. É. **O suicídio: estudo sociológico**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982, p.16.

⁹ SILVEIRA, B. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: FTD, 2000.

refere-se à intensidade do desejo da pessoa em terminar com a própria vida, e que as conseqüências do ato, em termos de gravidade médica, indicaria a letalidade. Segundo este raciocínio, poderia ser considerado suicídio não levar a termo um tratamento médico, fumar, fazer dietas rigorosas, dirigir sob o efeito de álcool e/ou drogas, etc.¹⁰

O comportamento suicida abrange um *continuum*, que vai desde pensamentos suicidas e tentativas de suicídio, até o suicídio completo.¹¹

Feijó não encontra uma justificativa para separar suicídio de tentativa de suicídio. Para o autor, tentativa fracassada não nos permite afirmar que não havia a intenção real de morte. A sobrevivência pode ter sido causada por fatores como: ser socorrido a tempo, não ter usado meios efetivos para causar a morte e falta de habilidade psíquica e motora, para realizar o ato. Há casos em que a tentativa de suicídio configura-se como um pedido de socorro, mas, por usar um método fatal, o sujeito talvez não possa se arrepender.¹² Nessa perspectiva, o suicida não quer morrer, já que “ninguém sabe o que é a morte”. Por força de mecanismos inconscientes ele tem sim, o desejo de escapar de um sofrimento, que considera intransponível e intolerável.¹³

¹⁰ CASSORLA, R. M. S. Suicídio e autodestruição humana. In: WERLANG, B. G; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: ARTMED, 2004, p.21-33.

¹¹ MELEIRO, A.; BAHLS, Saint-Clair. O comportamento suicida. In: **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Farma editores, 2004, p. 13-36.

¹² FEIJÓ, M. **Suicídio: entre a razão e a loucura**. São Paulo: Lemos, 1998.

¹³ CASSORLA, R. M. S. **Do Suicídio: estudos brasileiros**. Campinas: Papyrus, 1991, p.22.

¹⁴ JACOBS, D. G. et al. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behavior. **Am J Psychiatry**, v.160, p.1-60, 2003.

A intencionalidade, em muitos casos, é impossível de ser comprovada. Para a Associação de Psiquiatria Americana (APA), o suicídio caracteriza-se quando acompanhado de evidências, explícitas e implícitas, de que a pessoa queria realmente morrer.¹⁴

2.1.1 Suicídio: História, Sociedade e Cultura

Abordar a questão do suicídio e das tentativas de suicídio tem sido uma tarefa difícil, em razão dos significados que tangenciam este tema. O suicídio, ao longo da história das civilizações, tem sido cercado de tabus, mitos e preconceitos das mais diversas naturezas, destacando-se os de ordem moral e religiosa. Além disso, sobre o assunto, existe uma enorme diversidade de enfoques e abordagens, propostos pelos diversos campos do saber. As definições teóricas e de suas causas se alternam, se complementam, se contradizem, permanecendo sem uma resposta definitiva e exata.¹⁵

Dependendo da cultura e do momento histórico em que o indivíduo se insere, o suicídio apresenta diversas conotações, podendo ser visto como um pecado, uma fraqueza e até uma forma de afirmar a liberdade pessoal, salvar a pátria e de evitar a vergonha. Há certas culturas que chegam a incentivar o suicídio, havendo relatos de suicídio ao longo de toda a história da humanidade. Cada uma apresenta a sua concepção, de acordo com o valor atribuído à vida e à morte.¹⁶

¹⁵DUTRA, E. Comportamentos autodestrutivos em crianças e adolescentes: orientações que podem ajudar a identificar e prevenir. In: HUTZ, C. S. (Org.) **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência**: aspectos teóricos e estratégias de intervenção. Porto alegre: Casa do Psicólogo, 2002, p.53-87.¹⁶

¹⁶MELEIRO, A.; BAHLS, Saint-Clair. O comportamento suicida. In: **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Farma editores, 2004, p.13-36.

Na Grécia Antiga, o suicídio era condenado política e juridicamente sendo que o indivíduo não podia se matar, sem o prévio consentimento da comunidade. Um exemplo deste poder do Estado foi o suicídio, por envenenamento, de Sócrates, em 399 a.C. O indivíduo que cometesse suicídio deveria ser enterrado com uma marca do seu ato. Eram recusadas as honras de sepultura regular e a mão do cadáver era amputada e enterrada à parte. Para Platão, o suicida deveria ser privado de todo o respeito e honras, já que havia cometido um ato covarde e passível de punição. Aristóteles, seu discípulo, declarava que o suicídio era um pecado e uma fraqueza contra a pátria, uma renúncia dos deveres civis.¹⁷

Em culturas do mundo ocidental primitivo, era dever do velho se matar, já que seu espírito debilitado ameaçava a solidez do grupo. Assim, “[...] ocorria uma franca indução comunitária ao suicídio, religiosamente estimulada e normativamente legitimada”.¹⁸

Em Roma, o suicídio, era proibido para escravos, soldados e criminosos, mas era aceito para os senhores. Os primeiros, por representarem uma perda econômica para os senhores e o enfraquecimento dos exércitos. Os segundos, considerados homens livres, estavam, assim, amparados pela lei. Exerciam, sobre si, o direito que sua condição social possibilitava. Os romanos admitiam e consideravam heróico o suicídio pela pátria ou o que era praticado quando a vida não fazia mais sentido. É o que ocorria nas doenças crônicas ou nas doenças mentais incapacitantes e seguidas de muito sofrimento.

O Cristianismo sempre condenou o suicídio e preconizou que a vida pertence a Deus. Dias, citando um dos mandamentos da igreja católica “não matarás”, afirma que este

¹⁷ DIAS, M. L. **Suicídio: testemunhas de adeus**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

¹⁸ KALINA, E; KOVADLOFF, S. **As cerimônias da Destruição**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983, p.50.

pressupõe outro: “não matarás a si próprio”.¹⁹ Para São Tomás de Aquino, o suicídio era o pior dos crimes. Somente Deus poderia tirar aquilo que deu ao homem – sua vida. Essa era vista como um dom divino, na Idade Média Cristã, configurando um sacrilégio o ato de se matar.

Até a Revolução Francesa, o suicídio foi reprimido. Os herdeiros não podiam receber os bens materiais, o cadáver era castigado publicamente e os suicidas eram iguados aos ladrões e assassinos. A partir daí, o suicídio assumiu um caráter quase clandestino e o gesto suicida passou a ser visto como uma transgressão, um sinal patológico.²⁰

Em determinadas sociedades, o suicídio tem um valor positivo e é muitas vezes, encorajado. Pode ser considerado como uma alternativa para determinadas circunstâncias de vida ou ser visto como um ato honroso, como uma demonstração de fidelidade, disciplina e boa índole. Na Segunda Guerra Mundial, pilotos japoneses, conhecidos como Kamikazes, eram treinados para desfecharem ataques suicidas contra objetivos inimigos.²¹

Atualmente, tem crescido o número de suicídios coletivos no Japão. Apenas no ano de 2004, vinte cidadãos japoneses entre 16 e 30 anos se suicidaram, após um pacto de morte coletivo, combinado pela Internet.²²

¹⁹ DIAS, M. L. **Suicídio**: testemunhas de adeus. São Paulo: Brasiliense, 1991, p.31.

²⁰ KALINA, E; KOVADLOFF, S. **As cerimônias da Destruição**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

²¹ GREGÓRIO, S. B. **Suicídio**. Disponível em: <<http://www.universoespirita.net/ed31/p4.html>> Acesso em: 19 outubro de 2003.

²² DUTRA, E. Comportamentos autodestrutivos em crianças e adolescentes: orientações que podem ajudar a identificar e prevenir. In: HUTZ, C. S. (Org.) **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência**: aspectos teóricos e estratégias de intervenção. Porto alegre: Casa do Psicólogo, 2002, p.53.

Nos países muçulmanos, o suicídio em nome de uma causa “santa” ou religiosa é considerado nobre. Como exemplo, podem ser citados os ataques aos Estados Unidos, em 11 de setembro de 2001, pelos seguidores do líder terrorista Osama Bin Laden.

Ainda hoje, nas sociedades ocidentais, diferentemente de outras culturas em que a morte é encarada como um dado da natureza, o suicídio constitui tema proibido, uma tentativa de negação, um verdadeiro tabu sobre a morte. O tabu reside no discurso, pois não deve ser realizado e muito menos pensado. Por isso, o ato suicida causa sentimentos de vergonha, embaraço ou culpa, sendo freqüentemente distorcido ou ocultado.²³

2.2 COMPORTAMENTO SUICIDA

2.2.1 Aspectos Sociológicos

Embora persistam grandes sanções sociais sobre o suicida, o debate sobre o mesmo deixou o terreno da criminologia, das religiões e da filosofia. Graças a Durkheim, ingressou na pauta das Ciências Sociais.

Émile Durkheim, sociólogo francês, abordou o fenômeno fundamentado em causas sociais e não individuais, e caracterizou três tipos de suicida:

- a) **O suicida egoísta:** a pessoa se mata, por perder o sentido de integração com seu grupo social, isto é, se mata para não sofrer mais.
- b) **O suicida altruísta:** é aquele que sacrifica sua vida, pelo bem do grupo.

²³DUTRA, E. Comportamentos autodestrutivos em crianças e adolescentes: orientações que podem ajudar a identificar e prevenir. In: HUTZ, C. S. (Org.) **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência:** aspectos teóricos e estratégias de intervenção. Porto alegre: Casa do Psicólogo, 2002, p.53-87.

²⁴KAPLAN, H. I; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. Emergências psiquiátricas: suicídio. In: **Compêndio de Psiquiatria.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 757.

- c) **O suicida anômico:** a pessoa que se mata, por causa dos desequilíbrios de ordem econômica e social. Estando o suicídio associado tanto à falência quanto à súbita aquisição de dinheiro.²⁴

Minayo ressalta que Durkheim relacionou o suicídio com o grau de coesão social, em diversas culturas e grupos sociais. Afirmou que, após a revolução industrial, a Família, o Estado e a Igreja deixaram de funcionar como fatores de integração social e nada foi encontrado para substituí-los. Sob o ponto de vista sociológico, o suicídio, assim como as mortes por acidentes, crimes, alcoolismo e drogadição são medidas da pressão e tensão sociais. Durkheim considerava o suicídio, primeiro, um fato social; segundo, um fato normal, porque não há sociedade conhecida sem suicídio, assim como não há sociedade sem lei e sem crime.²⁵

Kalina e Kovadloff afirmam que o suicídio é o processo em si mesmo, já que, na sociedade atual, o suicídio é o fruto de uma existência tóxica, na qual o homem se mata aos poucos, em uma vida envenenada, que o vai aniquilando. Condutas autodestrutivas, em comum acordo, promovem e perpetuam a alienação humana e a despersonalização do homem urbano contemporâneo.²⁶

Nas sociedades contemporâneas, o aumento das taxas de suicídio e homicídio, freqüentemente, está associado ao uso de álcool e de drogas ilícitas. Para Smeke, o método epidemiológico-sociológico mostra essa relação e, também, outras tais, como o aumento proporcional entre as mortes por causas externas e a distribuição geográfica da pobreza; e o

²⁵ MINAYO, M. C. de Souza. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 421-428, abr-jun, 1998.

²⁶ KALINA, E; KOVADLOFF, S. **As cerimônias da Destruição**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

aumento das mortes por acidentes com veículos a motor e a “abertura de artérias rodoviárias”. Estes dados sugerem “que o fenômeno suicídio é a parte mais dramática de um todo amalgamado por relações e práticas que constituem o processo [...] de autodestruição humana”.²⁷

O suicídio, na atualidade, já não apresenta as características de excepcionalidade que apresentava em momentos históricos anteriores. Angerami-Camon concorda com Kalina e Kovadloff, quando estes mostram que o fenômeno do suicídio é mais abrangente do que um mero ato individual e se apresenta através do projeto de vida do homem atual. Diz ainda que o suicida não busca o desaparecimento real, mas que a opção pelo suicídio é muito mais uma tentativa de livrar-se de conflitos e sofrimentos.²⁸

2.2.2 Aspectos psicopatológicos

Com relação aos estudos que relacionam doença mental e suicídio, Lejderman diz que, esta compreensão iniciou com o trabalho de Burton (1577-1640 d.C.), que interpretava o suicídio como a expressão de quadros severos de depressão. Evoluiu após a Revolução Francesa, durante o século XIX e ao longo do século XX, acompanhando o desenvolvimento da Psiquiatria Moderna.²⁹

²⁷ SMEKE, E. L. M. Debate sobre o artigo de Everardo Duarte Nunes. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p 7-34, jan-mar,1998, p.20.

²⁸ ANGERAMI – CAMON, V. A. **Suicídio**: fragmentos de psicoterapia existencial. São Paulo, 1997.

²⁹ LEJDERMAN, F. Suicídio: é preciso falar do assunto. **Revista do Centro de Estudos Luís Guedes**. Porto Alegre, out., 2002, p. 5.

Para Gliatto e Rai, os estudos têm indicado que os suicídios, em todas as faixas etárias, associam-se a transtornos psiquiátricos, principalmente, depressão, esquizofrenia e o abuso de substâncias psicoativas.³⁰

Bertolote e Fleishman após uma ampla revisão da literatura sobre casos de suicídios, nos quais foi diagnosticada uma patologia mental, encontraram em 98%, dos casos de suicídio examinados, um diagnóstico de doença mental. Os diagnósticos encontrados, em ordem decrescente foram: transtornos do humor, principalmente a depressão (30,2%); transtorno por uso de substâncias, principalmente o alcoolismo (17,6%); esquizofrenia (14,1%); transtornos da personalidade (13%); transtornos mentais orgânicos (6,3%); transtornos de ansiedade/somatoformes (4,8%); outros transtornos psicóticos (4,1%); transtornos de adaptação (2,4%) e todos os demais diagnósticos (5,5%).³¹

A gravidade da depressão bipolar aumenta o risco de o paciente cometer suicídio. “A taxa de prevalência de suicídio comparada à taxa observada na população é em geral 30 vezes maior”. Os pacientes com diagnóstico de Transtorno Bipolar raramente cometem o suicídio, durante a fase maníaca, e, sim, nas fases mistas ou na depressiva seguida da maníaca, sendo o período de “*viragem*” o mais crítico.³²

³⁰ GLIATTO, M.F.; RAI, A.K. Avaliação e tratamento de pacientes com idéias suicidas. In: **Neuropsiconews-Internet**. São Paulo, n. 35, p.10-14, 2001.

³¹ BERTOLOTE, J. M; FLEISHMANN, A. Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In: WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: ARTMED, 2004, p.35-44.

³² MATOS E SOUZA, F. G. Tratamento do transtorno bipolar – eutímia. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, vol. 32; suplemento 1, p. 63-70, 2005.

Entre os pacientes depressivos, o suicídio é apontado como uma predisposição genética. Feijó diz que, muitas vezes, o diagnóstico de depressão foi encontrado devido à própria ideação suicida, como um dos sintomas da depressão.³³

O alcoolismo tem sido amplamente citado, como preditivo do suicídio, sendo identificado em, aproximadamente, 50% dos suicídios, em diversos países. Na maioria dos estudos, o risco de suicídio e as tentativas de efetivá-lo são incrementados, quando associados ao uso de álcool e outras drogas.³⁴ Estudos de comorbidade encontraram, principalmente, a depressão associada ao alcoolismo, nos casos de suicídio.

Em um estudo caso-controle, Dumais et al compararam o nível de comportamentos impulsivos e agressivos e o predomínio de uma psicopatologia associada à presença do diagnóstico de depressão maior. Investigaram 104 sujeitos masculinos, que completaram o suicídio e este ocorreu durante um episódio de depressão maior, e 74 sujeitos vivos, masculinos e depressivos. Os autores utilizaram instrumentos estruturados de diagnóstico e a avaliação dos traços de personalidade. Concluíram que os transtornos de personalidade em que a impulsividade e a agressividade estavam elevadas, combinados com o abuso de álcool e drogas, incrementaram o risco de suicídio, nos indivíduos com depressão maior.³⁵

Feijó cita o estudo de Goldblatt e Schatzberg, onde os mesmos afirmam que os pacientes depressivos, quando em desespero e com psicose, têm mais chances de cometer o

³³ FEIJÓ, M. **Suicídio: entre a razão e a loucura**. São Paulo: Lemos, 1998.

³⁴ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Practice Guideline for assessment and treatment of patients with suicidal behaviors**. 2003. Disponível em: <<http://www.psych.org/cme>> Acesso em julho de 2004.

³⁵ DUMAIS, A.; LESAGE, M.; PHIL, M. et al. Risk factors for suicide in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. **American Journal of Psychiatry**, v.162, n. 11, p.2116-2124, nov., 2005.

suicídio, assim como os pacientes esquizofrênicos com crítica de suas perdas e próximos da alta hospitalar.³⁶

Em um estudo realizado em São Paulo, por Marchetti e colaboradores, com 38 pacientes ambulatoriais padecentes de psicose, com epilepsia associada, foi encontrada uma taxa de 39% destes pacientes com, pelo menos, uma tentativa de suicídio.³⁷

Entre 1973 e 1993, foi realizado um estudo na Espanha, com o objetivo de determinar o risco que os pacientes psiquiátricos têm de morrer por homicídio, suicídio e acidente. Durante este período, morreram 72.208 pessoas (29.702 mulheres e 42.506 homens), sendo que 25% (17.892) destes, por causas naturais (8.098 mulheres e 9.794 homens). Das mortes por causas não naturais, 181 (1%) foi por homicídio, 4.734 (26%) por acidente e 12.977 (73%) por suicídio. Estes dados nos mostram que as pessoas com transtornos mentais correm, em geral, maior risco de comportamento suicida.³⁸

Com o objetivo de estudar o risco de suicídio, em pacientes psiquiátricos hospitalizados, de acordo com o tempo de admissão, diagnóstico e o número de internações anteriores, Pin Qin e Merete Nordentoft investigaram 13.681 homens e 7.488 mulheres que se suicidaram, de janeiro de 1981 a dezembro de 1997, na Dinamarca. Chegaram à conclusão que existem dois picos de risco de suicídio, em pacientes internados em hospitais psiquiátricos: na primeira semana de admissão e na primeira semana após a alta. O risco aumenta em pacientes que permanecem no hospital menos tempo do que a média total.

³⁶ FEIJÓ, M. **Suicídio entre a razão e a loucura**. São Paulo: Lemos, 1998.

³⁷ MARCHETTI, R. L., et al. Transtornos mentais associados à epilepsia. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, vol. 32, n.3, p.170-82, 2005.

³⁸ Muertes por homicidio, suicidio y accidentes em pacientes com transtornos mentales. **Revista Panam Salud Publica**. [on line], vol. 11, n. 1, p. 23-33, jan. 2002.
Disponível em : < <http://www.scielosp.org/scielo.php>> Acesso em 19 de novembro de 2005.

Concluíram, ainda, que os pacientes com um diagnóstico de esquizofrenia e transtornos afetivos tinham o risco de suicídio diminuído drasticamente, após o tratamento. Isto não ocorreu com os pacientes com um diagnóstico ou comorbidade de abuso de substâncias.³⁹

Bertolote e Fleischmann fizeram uma revisão da literatura sobre suicídio e diagnóstico psiquiátrico, no período entre 1959 e 2001. Os resultados mostraram que 98% dos suicidas tinham um diagnóstico de doença mental. Os transtornos do humor eram o diagnóstico mais freqüente e a esquizofrenia, o segundo de maior incidência.⁴⁰

2.2.3 Aspectos Psicológicos

2.2.3.1 Abordagem Psicanalítica

A teoria psicanalítica compreende o suicídio individualmente. Examina as forças intrapsíquicas e as fantasias inconscientes, que resultam em comportamento autodestrutivo.

Freud, em 1917, observou que, nos estados melancólicos, a agressividade dirigida a um objeto de amor perdido volta-se contra o próprio sujeito. Postulou que o suicídio busca atingir, primitivamente, o objeto de amor perdido e introjetado, naqueles casos extremos em que a perda do objeto não pode ser enfrentada através do luto. Para estes, cujas escolhas são narcisistas, a experiência de perda do objeto amado é intolerável, produzindo raiva e intenção assassina. Segundo Freud, todo suicídio tem o desejo anteriormente reprimido de matar outra pessoa. No suicídio, há o deslocamento de impulsos assassinos, pois os desejos destrutivos, em relação a um objeto internalizado, são dirigidos contra o *self*. Depois do desenvolvimento

³⁹ QIN P.; NORDENTOTT M.. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalizations. **Arch Gen Psychiatry**, n. 62, p.426-432, 2005.

⁴⁰ BERTOLOTE, J. M; FLEISHMANN, A. Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In: WERLANG, B. G; BOTEAGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: ARTMED, 2004, p.35-44.

⁴¹ FREUD, S. Luto e melancolia. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução de Jayme Salomão et al. Rio de Janeiro: Imago, v. 24, XVIII, p.275-291, 1980.

do modelo estrutural, Freud redefiniu o suicídio, como a vitimização do ego por um superego sádico.⁴¹

Outra contribuição de Freud, para o estudo do suicídio, é encontrada em seu texto “Além do princípio do prazer”, em que procura explicar o conflito humano, através da luta entre Eros - “como a força que une” - e Thanatos - “expressão do ódio, impulso destruidor e as tendências negativistas”. Eros representa a pulsão de vida, e Thanatos, a pulsão de morte. O equilíbrio entre as duas pulsões é necessário, pois o predomínio da pulsão de morte pode levar ao comportamento suicida.⁴² As especulações biológicas de Freud, como uma das explicações acerca do instinto de morte, levaram-no a entender que a vida foi criada a partir da matéria inanimada e que, assim, a tendência para regressar à condição original também foi gerada.⁴³

Para Melanie Klein, o suicídio, assim como para Freud, é um ataque ao objeto mau, internalizado, mas com a finalidade de preservar o objeto bom, já que este poderia ser aniquilado pelo instinto de morte.

A fixação oral, como uma experiência precoce de perda ou frustração, representa uma regressão à fase sádica oral, provocando as agressões assassinas. Psicanalistas tradicionais entendem que não só os aspectos agressivos estariam presentes, mas também os eróticos ou libidinais. Chegaram a esta conclusão, após observar que muitos pacientes suicidas apresentavam fantasias de reunião ou união com o objeto amado internalizado.⁴⁴

⁴² FREUD, S. Além do principio do prazer. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução de Jayme Salomão et al. Rio de Janeiro: Imago, v. 24, XIV, p. 17-85, 1980.

⁴³ HEIMANN, P. Notas sobre a teoria dos instintos de vida e de morte. In: KLEIN, M. et al. **Os progressos da psicanálise**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986, p.344-365.

⁴⁴ WANG, Y. P.; RAMADAM, Z. B. A. Aspectos psicológicos do suicídio. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y.P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p. 79-96.

Karl Menninger elaborou sua teoria, baseando-se nas idéias de Freud. Sugeriu que os suicidas têm três dimensões inconscientes e inter-relacionadas: vingança/ódio; depressão/desespero; culpa/pecado. Elaborando os conceitos de Freud, concebeu o suicídio como um assassinato retroflexivo. Segundo ele, trata-se de um homicídio invertido, em consequência da cólera do paciente contra outra pessoa, que é voltada para dentro de si mesmo ou usada como desculpa para a punição. Para Menninger, o ato suicida recebe a contribuição de três desejos: o desejo de morrer, o desejo de matar e o desejo de ser morto.⁴⁵

Cassorla diz que o suicida busca não a morte, mas os substitutos desta. Estes são inconscientes e, portanto, fantasiados. Cita as fantasias inconscientes que sustentam os atos suicidas, tais como: a busca de outra vida, comprovada através de alguns ritos culturais mediados pela religião, e o reencontro e autopunição, que pode ser com Deus, com o paraíso e com pessoas que já morreram. A fantasia que estaria predominando seria a do reencontro, em um outro mundo.⁴⁶

Paiva chama de tanatismo certas formas de comportamento letal, com o predomínio do instinto de morte, que levam o indivíduo a uma destruição aguda, através do suicídio, ou crônica, pela autodestruição, com um intuito consciente ou inconsciente. Este conceito poderia englobar comportamentos como: suicídio, homicídio, tentativas de suicídio, formas de sadomasoquismo, acidentes intencionais, toxicomanias, etc.⁴⁷

O autor sustenta a hipótese psicossomática sobre a origem das idéias suicidas, nos estados depressivos. Esta entende o corpo e a mente como indissociáveis, existindo um

⁴⁵ MENNINGER, K. **Eros e Tânatos**: o homem contra si mesmo. São Paulo: IBRASA, 1970.

⁴⁶ CASSORLA, R. M. S. Suicídio e autodestruição humana. In: WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: ARTMED, 2004, p.21-33.

⁴⁷ PAIVA, L. M. **Depressão e Suicídio**. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

processo recíproco e constante, entre ambos, mantendo uma relação contínua entre consciente e inconsciente. Seguindo este pensamento e utilizando as concepções de Klein, Isaac e Segal diz que o fenômeno psicossomático do suicídio está diretamente relacionado à formação de símbolos e à fantasia inconsciente, como expressão mental do instinto. O objeto mau, internalizado, é o elemento básico das idéias suicidas:

O efeito produzido por um objeto mau internalizado depende de elementos com que este objeto esteja relacionado, assim o objeto mau poderá ser benéfico ou maléfico na dependência de suas relações com os fatores genéticos, experiências nos períodos de molde, de vivência traumática e da situação atual desencadeante.⁴⁸

2.2.3.2 Abordagem cognitiva

A abordagem cognitiva aponta o predomínio, nos suicidas, da rigidez do pensamento. Este estilo faz com que os problemas sejam identificados como sem soluções ou, devido à falta de flexibilidade do pensamento, impede a identificação de respostas alternativas. Isto, geralmente, leva à desesperança, ao desamparo e à depressão. Beck e colaboradores identificaram “uma percepção exageradamente negativa do mundo externo, de si próprios e de seu futuro” - a chamada tríade cognitiva da depressão - em pacientes que tentaram o suicídio.⁴⁹

2.2.3.3 Abordagem Humanista-Existencial

Para o existencialismo, a destrutividade, fruto da estruturação das sociedades contemporâneas, leva o homem a uma condição desesperadora. Sartre, como um dos representantes dessa corrente, diz que o homem é totalmente livre e responsável pelos seus atos, exercendo seu livre-arbítrio, quando toma uma decisão. Para tanto, precisa da liberdade de escolha e da responsabilidade pelas conseqüências de seus atos. Portanto, o ato suicida, representa a fuga de um mundo desprovido de sentido, onde viver não vale a pena. O ato de

⁴⁸ PAIVA, L. M. **Depressão e Suicídio**. Rio de Janeiro: Imago, 1982, p.127.

⁴⁹ BECK, A. T. et al. **Terapia cognitiva da depressão**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982, p. 150.

violência que o suicídio representa, para Sartre, ocorre como uma contratransferência, isto é, como uma resposta à violência do Outro.

Argerami-Camon, citando Camus, diz que, em termos estritamente filosóficos, o suicídio é um ato que questiona a existência, já que o único problema verdadeiramente sério é decidir se a vida merece ou não ser vivida.⁵⁰

Shneidman, ao agrupar as principais características psicológicas dos suicidas, incluiu a dor psicológica intolerável, a partir da qual o indivíduo sente-se encurralado, rejeitado, querendo terminar com o sofrimento atroz, pois não consegue enxergar o seu fim. O autor diz que os estudos psicanalíticos enfatizam o suicídio como uma hostilidade inconsciente, mas ressalta que, atualmente, outras emoções envolvidas, em que os sentimentos de onipotência-impotência se encontram mesclados. Assim, o sentimento de desesperança e uma atitude interna de ambivalência, querer morrer e querer ser salvo, estariam presentes.⁵¹

2.2.4 Aspectos fisiológicos

Os fatores genéticos, as doenças mentais, as doenças físicas, compõem alguns dos motivos que levam uma pessoa a atentar contra a própria vida.

O fator genético é um dos mais estudados atualmente. Os estudos de adoção holandeses sugerem uma forte predisposição genética para o suicídio, independentemente do diagnóstico. Essa suscetibilidade genética para o suicídio, contudo, tende a se expressar apenas em associação com algum fator de estresse ou algum transtorno psiquiátrico. Turecki

⁵⁰ ANGERAMI – CAMON, V. A. **Suicídio**: fragmentos de psicoterapia existencial. São Paulo, 1997.

⁵¹ SHNEIDMAN, 1996 apud WANG, Y. P.; RAMADAM, Z. B. A. Aspectos psicológicos do suicídio. In: MELEIRO, A; TENG, C. T; WANG, Y. P. **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p.79-96.

tem estudado jovens indivíduos do sexo masculino, que completaram suicídio. Estes são avaliados, através de estudos neuroquímicos, genéticos e psicossociais, e suas famílias são submetidas a uma autópsia psicológica⁵². Segundo o autor, “é possível que fatores genéticos atuem modulando a variabilidade ao nível do sistema serotoninérgico, o qual, por outro lado, poderia mediar a presença de traços impulsivos-agressivos e a predisposição ao suicídio”.⁵³

Gauer et al citam um estudo conduzido em 1976 por Arsberg et al. Este estudo é um dos primeiros que associou a serotonina (5-HT) à agressividade e demonstrou haver baixas concentrações do ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), principal metabólico da serotonina, no líquido cefalorraquidiano (LCR), de indivíduos com tentativas violentas de suicídio, quando comparados com não-suicidas. Quanto menor a concentração, maior a possibilidade de ocorrerem tentativas ou o suicídio, de forma violenta.⁵⁴

A relação inversa entre a concentração de 5-HIAA, no LCR, com suicídio começou a ser descrita como um traço nas depressões unipolares, mas, foi encontrada, também, nas bipolares, na esquizofrenia e nos transtornos de personalidade.⁵⁵

Alguns autores correlacionam medidas indiretas da função serotoninérgica com transtorno de humor. Encontraram uma redução do receptor 5-HT, nas plaquetas de

⁵² A autópsia psicológica vem a ser um método que tem por finalidade reconstruir a biografia da pessoa falecida, por meio de entrevistas com terceiros (cônjuge, filhos, pais, amigos, etc.) e da análise de documentos (pessoais, acadêmicos, policiais, hospitalares, etc.). Este método é usado como estratégia de avaliação, a fim de auxiliar a analisar as características psicossociais de indivíduo e revelar os motivos que, ao longo da vida, auxiliaram a estruturar o comportamento suicida. Pode mostrar as razões para morrer que estavam enraizadas no estilo de vida e na personalidade. WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. Avaliação retrospectiva (autópsia psicológica) de casos de suicídio: considerações metodológicas. **PSICO**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, v. 33, n.1 jan-jun., p. 97-112, 2002.

⁵³ TURECKI, G. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, vol. 21, out. 1999, p. 21.

⁵⁴ GAUER, G. J. C; GUILHERMANO, T. F. Fatores biológicos associados à conduta agressiva. In: GAUER, G. C. (Coord.) **Agressividade: uma leitura biopsicossocial**. Curitiba: Juruá, 2001, p.11-33.

⁵⁵ TENG, C. T; DEMETRIO, F.N. Neurobiologia do suicídio. In: MELEIRO, A; TENG, C. T; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p. 133-155.

deprimidos, com comportamento suicida, e uma redução maior ainda da 5-HT plasmática total, nos comportamentos suicidas muito violentos. “Já outros autores questionam a relação direta entre hipofunção serotoninérgica, letalidade e impulsividade nas tentativas de suicídio”.⁵⁶

Baptista salienta que muitos estudos produziram grande quantidade de conhecimentos acerca das bases neurobiológicas do comportamento suicida. Segundo ele, no entanto, a heterogeneidade das explicações demonstra que há muito ainda para ser estudado, sobre os fatores fisiopatológicos envolvidos.⁵⁷

2.3 ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS DA POPULAÇÃO EM GERAL

Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde, cerca de um milhão de pessoas se mataram, no ano de 2000, em todo o mundo, equivalendo a uma taxa geral de 14,5, para cada 100 mil habitantes. Esta taxa equivale a 49,1% de todas as mortes por “causas externas”,⁵⁸ classificadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no conjunto de mortes evitáveis. Estas, no Brasil, em 21 anos (1980-2001), foram estimadas em 1 milhão e 900 mil.⁵⁹

A previsão é que, em 2020, aproximadamente 1 milhão e 53 milhões de pessoas morrerão por suicídio no mundo. Cerca de 10 a 20 vezes este número de pessoas tentará o

⁵⁶ TENG, C. T.; DEMETRIO, F.N. Neurobiologia do suicídio. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p. 139.

⁵⁷ BAPTISTA, M. N. **Suicídio e depressão**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

⁵⁸ Causas externas de mortalidade, além do suicídio, incluem os homicídios (agressões) e os acidentes de trânsito. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Mortalidade**. Disponível em: <<http://www.ibge.org.br>> Acesso: em 30 outubro de 2005.

⁵⁹ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Mortalidade**. Disponível em: <<http://www.ibge.org.br>> Acesso: em 30 outubro de 2005.

suicídio. Isto representa um caso de morte por suicídio a cada 20 segundos e uma tentativa a cada dois segundos.⁶⁰

A cada ano, cerca de 30 mil mortes são atribuídas ao suicídio, nos Estados Unidos. Este número se refere apenas aos suicídios consumados. Estima-se que o número de tentativas de suicídio situe-se entre oito a 10 vezes esta estatística.⁶¹

A taxa mundial de suicídio cresceu de 10,1 para 16, por 100 mil habitantes, entre 1950 e 1995. Segundo o Relatório sobre a Saúde no Mundo, nos últimos 30 anos, as taxas de suicídio, nos 39 países dos quais há dados completos disponíveis, os índices de suicídio parecem ter se mantido estáveis, mas as taxas agregadas atuais ocultam significativas diferenças, quanto ao sexo, grupo etário e geografia.⁶²

A Europa concentra as maiores taxas, principalmente nos países do Leste Europeu. Na Ásia, em termos absolutos, é onde ocorre o maior número de suicídios. Na China, o suicídio, é a primeira causa de óbito na faixa etária entre 15 e 35 anos, para ambos os sexos assim como para as mulheres e a terceira para homens. Em 2003, 34.000 pessoas se mataram no Japão (25 para cada 100.000 hab.), correspondendo ao dobro daquele verificado nos Estados Unidos.⁶³

⁶⁰ WANG, P. Y; MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, J. M. Epidemiologia do suicídio. In: MELEIRO, A; TENG, C. T; WANG, P. Y. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p.97- 108.

⁶¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança**, 2001, p. 66.

⁶² MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança**, 2001, p. 66.

⁶³ BERTOLOTE, J. M; FLEISHMANN, A. Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In: WERLANG, B. G; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: ARTMED, 2004, p.35-44.

As taxas mais baixas são encontradas nos países islâmicos, bem como em algumas repúblicas da Ásia Central. Isto leva os pesquisadores a pensar que a tradição religiosa pode exercer alguma influência nas taxas de suicídio.⁶⁴

O suicídio é mais freqüente em homens. Na tentativa de suicídio, há uma inversão, ocorre mais em mulheres do que em homens. Embora o aumento da idade seja um fator de risco, os grupos de risco passam a incluir os mais jovens.

Se o registro de ocorrências de suicídio e de tentativas de suicídio, de maneira geral, é pouco fidedigno, pode-se calcular o quanto essa dificuldade aumenta, quando se trata de taxas de morte por suicídio cometido por crianças e jovens. Em 1999, foi divulgada uma pesquisa realizada por um grupo de estudos da Fiocruz. A pesquisa constatou que, entre 1979 e 1995, Porto Alegre foi a capital com o maior índice de suicídios entre jovens.⁶⁵ No Rio Grande do Sul, os índices de suicídio na faixa etária dos 15 aos 19 anos, entre 1980 e 1998, ficaram entre 8,1 e 12,2 por 100 mil habitantes.⁶⁶

Com relação ao registro das taxas de suicídio e das tentativas de suicídio, principalmente no Brasil, estas têm variado de forma significativa principalmente devido às limitações nos registros públicos, metodologias dos estudos divergentes e, até mesmo, dados contraditórios.⁶⁷

⁶⁴ WANG, Y. P.; MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, J. M. Epidemiologia do suicídio. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. SP: Segmento Farma, 2004, p. 97-108.

⁶⁵ FLORIANI, A.; VIANA, A. **Triste Record**: Porto Alegre é a cidade brasileira com maior índice de suicídio entre adolescentes. Disponível em: <<http://www.veja.com.br/250899>> Acesso em: 10 outubro de 2003.

⁶⁶ SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C.; MALAQUIAS, J.V. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.3, p. 673-683, mai-jun, 2002.

⁶⁷ BAPTISTA, M. N. **Suicídio e depressão**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

Grande parte das informações sobre as taxas e características daqueles que cometem suicídio vem de estudos feitos em hospitais gerais, sendo que pelo menos 30% dos que tentam o suicídio não chegam a ser atendidos nestes serviços. Isto ocorre porque são tratados por médicos de família ou cuidados por parentes e amigos. Outros são tratados em hospitais psiquiátricos, militares, penitenciárias ou institutos médico-legais.⁶⁸

Feijó, baseado em um estudo multicêntrico da Organização Mundial de Saúde, em 1991, sobre tentativas de suicídio, resumiu as diferenças mais marcantes entre os suicidas e os tentadores: os suicidas são mais velhos, mais freqüentemente não casados, morando sozinhos e desempregados ou aposentados. A letalidade do método é mais grave nos que tentaram o suicídio anteriormente. Os suicidas usavam medicação psicotrópica de longa data e havia alta prevalência de diagnóstico psiquiátrico, principalmente, esquizofrenia e depressão. Este grupo praticou delitos com mais freqüência, teve comportamento anti-social, abuso de álcool e drogas, tem mais história de tratamentos psiquiátricos anteriores e de procura dos serviços médicos, pouco antes do ato.⁶⁹

O Brasil encontra-se entre os países com as menores taxas de morte por suicídio, contrastando com a taxa de homicídios, que, segundo Barros e Marin-León, é cinco vezes a encontrada nos Estados Unidos. As taxas de mortes por suicídio, nas últimas duas décadas, oscilaram entre 3,5 e 4,6 óbitos por 100 mil habitantes.⁷⁰ Segundo dados da Organização

⁶⁸ KAPLAN, H.I; SADOCK, B. J. **Tratado de Psiquiatria**, v. II, Porto Alegre: Artmed, 1999.

⁶⁹ FEIJÓ, M. **Suicídio: entre a razão e a loucura**. São Paulo: Lemos, 1998.

⁷⁰ BARROS, M. B. A; MARÍN-LEÓN, L. Epidemiologia no Brasil. In: WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: ARTMED, 2004, p.45-58.

Mundial da Saúde, relatório do ano de 2000, baseado em dados de 1995, a taxa era de 8,4, por 100 mil habitantes (6,6 homens e 1,8 mulheres).⁷¹

Os estados que apresentaram taxas acima da média nacional, nos últimos anos, foram: Rio Grande do Sul – 10,0; Mato Grosso do Sul – 8,3; Santa Catarina – 8,0; Roraima – 6,8; Goiás – 6,5; Mato Grosso – 5,7; Acre – 4,8 e Distrito Federal – 4,2.⁷²

No Rio Grande do Sul, segundo os dados do Núcleo de Informações da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente, no período entre 1996 e o ano de 1998, o coeficiente de mortalidade por suicídio foi de 10,28 por 100 mil habitantes.⁷³

O trabalho mais recente com relação às taxas de suicídio no Brasil, cobrindo o período de 1980 até o ano de 2000, concluiu que ocorreu um incremento com relação à taxa total de suicídio da população brasileira, em 21%, com uma elevação de 3,3 para 4,0 mortes por 100 mil habitantes.⁷⁴

Os dados obtidos, na cidade de São Paulo, indicaram que, entre 1996 e 2000, 66% de todos os suicídios ocorreram entre indivíduos na faixa de idade que vai dos cinco aos 44 anos.

Entre os homens, a taxa de suicídio aumentou em 40%, passando de 4,6 em 1980, para 6,4 por 100 mil habitantes, no ano de 2000. Já a taxa de suicídios entre as mulheres

⁷¹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. World Health Organization - Banco de dados - **Relatórios sobre suicídios, 2000 e 2001**. Disponível em: < <http://www.who.int.word> > Acesso em : abril de 2005.

⁷² MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SAÚDE MENTAL NO SUS** – Informativo da saúde mental. Brasília, Ano IV – n. 18, (01/01/2005 – 17/05/2005), 2005.

⁷³ SECRETARIA DA SAÚDE E MEIO AMBIENTE - SSMA. **Estatística de saúde: mortalidade**. Porto Alegre: Núcleo de Informação em Saúde, 2000.

⁷⁴ MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, J. M.; WANG, Y. P. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 27, n.2, p.131-134, 2005.

diminuiu em 20%, passando de 2,0, em 1980, para 1,6 por 100 mil habitantes, no ano de 2000. Estes dados confirmam a tendência mundial para uma taxa mais elevada de suicídios, entre os homens brasileiros, numa relação de três homens para cada mulher.

Quanto à idade, embora a taxa de suicídios entre as pessoas idosas fosse estável ou declinando em países desenvolvidos, esta permaneceu a mesma ou aumentou nos países latinos, incluindo o Brasil. A taxa de suicídios em idosos é de seis a oito vezes maior que nos jovens, ainda que a idade das pessoas que cometem suicídio esteja cada vez mais baixa.⁷⁵

Os autores chamam a atenção para o fato de que as informações obtidas no Brasil, sobre o comportamento suicida, ainda são escassas, o que retarda seu estudo com profundidade. Além disso, os dados obtidos, a partir do estudo realizado, representam um avanço na determinação da magnitude do problema no país.

2.4 DOENÇA MENTAL, CRIME E LEI.

2.4.1 A loucura e o seu tempo

A lei proíbe os homens de fazer aquilo que seus instintos os inclinam [...]. Os crimes proibidos pela lei são atos que muitos homens têm uma propensão natural a cometer [...]. Os homens civilizados chegaram à conclusão de que a satisfação desses instintos naturais é prejudicial aos interesses gerais da sociedade.⁷⁶

⁷⁵ MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, J. M.; WANG, Y. P. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 27, n.2, p.131-134, 2005.

⁷⁶ FREUD, S. **Obras Completas**: vol. XII (1913 [1912-1913]). Rio de Janeiro: Imago, 1976, p.150.

Pessotti afirma que, se entendermos a loucura como a perda das capacidades racionais ou a falência do controle voluntário sobre as paixões, a história da loucura deveria começar com a história da espécie humana.⁷⁷

Os antigos atribuíam as doenças mentais à possessão do indivíduo por maus espíritos. Acreditavam serem as doenças mentais doenças do espírito ou da alma, sob a influência da feitiçaria e da bruxaria. Sendo o louco um possuído pelos maus espíritos, deveria ser alienado pelas pessoas, afastado do convívio de seus pares. Assim, os possuídos pelo demônio, também chamados energúmenos, eram levados para fora das cidades e entregues a sua própria sorte.⁷⁸

Hipócrates, médico grego (400 a.C.), contrariando o caráter sagrado, entendeu a loucura como um desarranjo da natureza orgânica do homem. Para Hipócrates, essa natureza se estendia no corpo humano, sob a forma dos quatro humores, isto é, os distúrbios mentais tinham origem em um desequilíbrio nos quatro líquidos presentes no corpo humano - o sangue (temperamento sangüíneo), a linfa (temperamento fleumático), a bile amarela (temperamento colérico) e a bile negra (temperamento melancólico).⁷⁹

Na Idade Média, a loucura sofreu muita repressão, pois era associada à possessão diabólica. Agostinho de Hipona (séc. IV) afirmou que o mal é o pecado, cometido por livre escolha dos homens. Por isso, a loucura não podia ser atribuída a uma decisão divina, mas à fraqueza dos homens e ao mau uso do livre-arbítrio. As mulheres histéricas ou psicóticas eram acusadas de estarem possuídas pelo demônio e eram queimadas como bruxas. O louco, neste

⁷⁷ PESSOTTI, I. **A loucura e sua época**. Rio de Janeiro: editora 34, 1995.

⁷⁸ PALOMBA, G. A. **Tratado de Psiquiatria Forense** – civil e penal. São Paulo: Atheneu, 2003.

⁷⁹ BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica**: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

período, passou a ser o diferente, o excluído da sociedade, como foram, em outros momentos, os leprosos. Segundo Foucault, a loucura substituiu a lepra como o novo “bode expiatório” da sociedade.⁸⁰

O pensamento filosófico racionalista imperou no período renascentista. O homem perdeu sua posição de centro do universo, através da “revolução copernicana”, o que possibilitou a sua individualização. A loucura passou a ser vista de uma forma dialética. Ela só existia, porque a razão também existia. Desta forma, o louco passou a ser visto como um indivíduo desprovido de razão, que necessitava que lhe fossem impostas regras rígidas e trabalho forçado.⁸¹

A partir da prática clínica do século XVIII, conforme o espírito Iluminista, baseado no ideário de liberdade e igualdade, as teorias da degenerência passaram a estabelecer uma ligação entre a loucura individual e a degeneração racial. Buscava-se a etiologia da doença mental, na base orgânica e nos distúrbios morais.⁸²

Foucault estudou a relação entre a loucura e a Medicina na Modernidade e, a prática do confinamento do louco em instituições. No final do século XVIII, a loucura transformou-se em doença mental, passando a pertencer ao campo da Medicina. Esta tratava-se de campo histórico caracterizado pela medicalização em que os loucos foram transformados em alienados mentais. Assim, o hospício passou a ser o lugar onde o louco podia permanecer

⁸⁰ FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000, p.8.

⁸¹ PALOMBA, G. A. **Tratado de Psiquiatria Forense** – civil e penal. São Paulo: Atheneu, 2003, p.8.

⁸² JACÓ-VILELA, A. M. Os primórdios da Psicologia Jurídica. In: **Temas de Psicologia Jurídica**. Rio de Janeiro:Relume-Dumará, 2002, p.11-18.

incompreensível, sendo também o local de produção da verdade sobre sua doença, através do discurso médico.⁸³

Para Ellenberger, citado por Roudinesco, a loucura era natural ao homem, mas só era percebida, como tal, na diversidade de suas manifestações culturais. “Ela existia desde a noite dos tempos, mas só se tornara compreensível no dia em que o homem foi capaz de apreendê-la, sob a forma de um pensamento mágico ou de um pensamento racional”.⁸⁴

As práticas médicas preventivas se configuraram institucionalmente na França, a partir do Século XIX, através da intervenção pedagógica sobre a família, a infância e a delinqüência, como prevenção ao crime e a loucura.⁸⁵

A Filosofia Moderna, a partir do embate decorrente do dualismo cartesiano, originou as concepções organicista e idealista da doença mental. A partir do Século XIX, a etiologia da doença mental passou pela ordem física e biológica e pela influência das teorias de enfoque psicológico e social, através da Psicanálise e do Marxismo. No século XX, o enfoque biopsicossocial caracterizou-se pela união das abordagens biológicas, psicológicas e sociais.⁸⁶

2.4.2 Crime e loucura

A Psicopatologia Forense é a aplicação dos conhecimentos provenientes da ação da saúde mental, em todos os casos da ordem civil, penal ou laboral, em que se torne necessária à

⁸³ FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

⁸⁴ ROUDINESCO, E. Leituras da história de loucura (1961-1986). In: ROUDINESCO, E. et al. **Foucault: leituras da história da loucura**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994, p.20.

⁸⁵ BIRMAN, J. **Enfermidade e loucura**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1980.

⁸⁶ COHEN, C; MARCOLINO, J.A.M. Noções históricas e filosóficas do conceito de saúde mental. In: COHEN, C; FERRAZ, F. C; SEGRE, M. **Saúde Mental, crime e justiça**. São Paulo: Edusp, 1996, p.13-23.

comprovação do estado mental de um indivíduo. Esta disciplina reconhece que a avaliação e a compreensão do doente mental, assim como da doença mental, nem sempre foi a mesma, mudando ao longo do tempo.⁸⁷

Para Platão (427-347 a.C.), o objeto da filosofia é representado pela idéia, pelo princípio universal de que tudo existe. O mundo das idéias seria o mundo dos conceitos, graças aos quais adquirimos a possibilidade de atingir a essência e não a aparência dos seres e das coisas. Com Platão, ficou postulado o problema da subjetividade da consciência, na aproximação da realidade. O pensador dividiu a alma em racional e irracional, concluindo que o que distingue o ser humano dos animais é a alma; portanto, os seres humanos, sendo livres para escolher, são responsáveis pelos seus atos.⁸⁸

Aristóteles, opondo-se a Platão, reconheceu a importância do conhecimento das conseqüências de uma ação, para que o ser humano tenha responsabilidade por ela. Afirmava que viemos ao mundo como uma folha em branco e que, através da experiência, adquirimos o conhecimento. Para ele, mente e corpo eram indivisíveis, como forma e matéria. O pensador afirmou que uma pessoa seria moralmente responsável se, com conhecimento das circunstâncias e, na ausência de forças externas, deliberadamente escolhesse cometer um ato específico.⁸⁹

⁸⁷ SILVA, J. A. S. **Imputabilidade Penal**. Disponível em: <<http://www.tba.com.br/pages/medidania.html>> Acesso em: 07 de julho de 2004.

⁸⁸ COHEN, C; MARCOLINO, J. A. M. Noções históricas e filosóficas do conceito de saúde mental. IN: COHEN, C; FERRAZ, F. C; SEGRE, M. **Saúde Mental Crime e Justiça**. São Paulo: EDUSP, 1996, p. 13-23.

⁸⁹ FREIRE, I. R. **Raízes da Psicologia**. São Paulo: Vozes, 2002.

“Foram os romanos que começaram a estabelecer as bases da relação entre doença mental e a justiça. Iniciaram por detalhar as várias condições mentais como a insanidade, a embriaguez [...]” que poderiam levar um indivíduo a cometer um crime. Além disso, criaram leis que definiam a capacidade do doente mental para contrair casamento, divorciar-se, dispor de seus bens, fazer testamento. Para tanto, o juiz é que julgava quem era e quem não era doente mental.⁹⁰

Na Antiga Roma, o delinqüente considerado louco tinha tratamento diferenciado do dispensado ao criminoso comum. A alienação era considerada um castigo divino e ninguém poderia ser punido duas vezes, em nome de um mesmo crime. As leis romanas previam a proteção aos chamados alienados mentais e procuravam punir a negligência e o abandono dos doentes mentais.

O Digesto de Justiniano, editado 528 d.C., protegia o doente mental e a criança. Nos códigos de Justiniano distinguiam-se: as insanidades psíquicas (furor), a demência (*dementia*), a estupidez (*moria*), os alienados em geral (*mente capti*) e os que ainda não podiam falar por si: *os infames* (até os sete anos), isentos de qualquer imputação criminal; os *impúberes* (até os 14 anos), cujo dolo era parcialmente apurado pela justiça; *menores* (até os 25 anos), com imputabilidade diminuída.⁹¹

A partir do Renascimento (séc. XV e XVI d.C.), com o despertar da formação científica, a teoria da loucura passou a ser elaborada sob a influência do organicismo e da

⁹⁰ COHEN, C; MARCOLINO, J. A. M. Noções históricas e filosóficas do conceito de saúde mental. IN: COHEN, C. FERRAZ, F. C; SEGRE, M. **Saúde Mental Crime e Justiça**. São Paulo: EDUSP, 1996, p.15.

⁹¹ SILVA, J. A. S. **Imputabilidade Penal**. Disponível em: <<http://www.tba.com.br/pages/medidania.html>> Acesso em 7de julho de 2004.

doutrina sobre as faculdades da alma ou da mente, não tratando mais as doenças mentais como possessão. Em 1507, início do período moderno da Medicina Legal, o Bispo de Bamberg decreta que, em todos os casos de morte violenta, é obrigatória a participação de peritos médicos.⁹²

Mesmo com as atribuições médicas legalizadas, no século XVIII, a visão dos legisladores recaía, apenas e tão somente, na defesa da sociedade contra o alienado mental criminoso. Isto ocorria já que se concebia a insanidade como um distúrbio do autocontrole e da identidade. Então, os doentes mentais criminosos cumpriam pena com criminosos comuns.⁹³

Na Europa, Esquirol percorreu toda a França denunciando os maus tratos aplicados aos doentes mentais e, assim, em 30 de junho de 1808, foi aberto um inquérito para apurar os abusos praticados.⁹⁴ Conseguiu sensibilizar o governo Francês, quanto à sorte dos doentes mentais criminosos e, pautados nessas conclusões, os legisladores franceses promulgaram, em 1838, a primeira Lei de proteção aos alienados.⁹⁵

Para Foucault, o período entre o final do século XIX e o início do século XX marcou o debate em torno da questão crime e loucura. O saber médico conduziu à mudança na explicação, baseada no determinismo hereditário e no neurofisiologismo.⁹⁶

⁹² DÖRNER, K. **Ciudadanos y Locos: história social de la Psiquiatria**. Madrid: Taurus, 1974.

⁹³ FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

⁹⁴ PAIM, I. 1971 apud CAIRES, M. A. **Psicologia Jurídica: implicações conceituais e aplicações práticas**. São Paulo: Vetor, 2003, p.38.

⁹⁵ Um dos resultados práticos desta lei foi a obrigatoriedade da criação de estabelecimentos, chamados de asilos, para aqueles que considerados insanos fossem protegidos pelo estado. PICCININI, W. **Psiquiatria forense no Brasil a partir das suas publicações (I)**. Disponível em: <[http:// www.pobr.med.br](http://www.pobr.med.br) > Acesso em 15 de janeiro de 2005.

⁹⁶ FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

A teoria da degeneração oferecia uma linguagem científica, para tratar a respeito do problema das tendências anti-sociais e criminosas. Na disputa entre os saberes médico e jurídico, ocorreu uma “psiquiatrização” do crime em que a verdade jurídica foi obtida pelo exame médico do criminoso.⁹⁷

A partir da segunda metade do século XIX, entretanto, a Escola Francesa passou a considerar a história pregressa e o contexto social em que o doente mental infrator estava inserido, sem deixar de considerar os traços característicos da degeneração. Buscou-se, então, reavaliar os códigos penais clássicos e promover a consolidação da Psiquiatria Forense.⁹⁸

No final do século XIX, surgiu a Escola Positivista, tendo o médico Cesare Lombroso e os juristas Enrico Ferri e Raffaele Garofalo como principais expoentes, da moderna criminologia científica. Segundo Lombroso, o criminoso deveria ser analisado como ser biológico, isto é, um indivíduo que carrega os estigmas hereditários de suas tendências criminosas.⁹⁹ Na concepção de Ferri, o Direito Penal reduzir-se-ia a apenas um capítulo da Sociologia Criminal e, para Garofalo, a pena não deveria adaptar-se à gravidade maior ou menor do delito e, sim, ao quanto o delinqüente oferece perigo.¹⁰⁰

⁹⁷ FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

⁹⁸ CARRARA, S. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 1998.

⁹⁹ Cesare Lombroso entendia a criminalidade como um fenômeno hereditário, passível de ser reconhecido pelas características físicas do indivíduo.

¹⁰⁰ CARRARA, S. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 1998.

Para a Psiquiatria Francesa, que seguia os princípios positivistas, todos os homens, à exceção dos alienados, eram suscetíveis de serem corrigidos pela punição. Para os alienados, além da assistência e do tratamento, a sociedade deveria desempenhar o papel de proteção, impedindo-os de fazer o mal. A responsabilidade penal seria resolvida, ao separar aquele indivíduo possível de ser intimidado, do alienado. O caso Pierre Rivière, jovem francês que, em 1835, matou a mãe e dois irmãos, provavelmente foi o primeiro relato do embate entre os saberes médicos e jurídicos. Para Foucault, “o principal núcleo da concorrência a que se entregaram, na época, as instâncias penal e médica é o de substituir parcialmente um modo de controle por outro”.¹⁰¹

Em 1838, na França, foi aprovada a primeira lei de proteção aos alienados. Esta impedia a violência e o abandono do doente mental, mesmo quando sob os cuidados da família.¹⁰²

A primeira instituição com a finalidade de custodiar os doentes mentais que tivessem cometido algum ato penalmente ilícito – o *Criminal Lunatic Asylum Act* – foi construída na Inglaterra, em 1860. Ela foi criada como consequência da tentativa de homicídio contra o rei Jorge III, cometida por alguém considerado como doente mental e que foi absolvido, mas internado, por motivo de segurança.¹⁰³

¹⁰¹ FOUCAULT, M. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**. Rio de Janeiro: Graal, 1977, p.260.

¹⁰² PAIM, I. 1971 apud CAIRES, M. A. **Psicologia Jurídica: implicações conceituais e aplicações práticas**. São Paulo: Vetor, 2003.

¹⁰³ PRADO, L. R. **Curso de Direito Penal Brasileiro: parte geral**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001, p.521.

A sistematização das medidas de segurança, como medida de custódia e tratamento do doente mental infrator, porém, aconteceu através de Carl Stoos, ao publicar o projeto do Código Penal Sueco e que já previa o critério de substituição da pena pela medida de segurança.

No século XX, o criminoso passou a ser analisado física e psiquicamente, ou seja, como um ser biopsicológico, necessitando de tratamento. Buscou-se, ainda, a prevenção especial, podendo-se afirmar que a Escola Positivista em muito contribuiu para o surgimento das chamadas medidas de segurança.¹⁰⁴

2.5 MEDIDA DE SEGURANÇA

Medida de Segurança é um instrumento utilizado pelo Direito Penal. É a forma legal que a Justiça encontrou, para tratar de quem comete um delito e é considerado doente mental¹⁰⁵. Conceito positivista, que justifica a pena (medida), como meio de defesa social. “Logo se trata de defender a sociedade destes seres perigosos que se apartaram ou que apresentam a potencialidade de se apartar do normal (prognóstico científico da periculosidade) havendo que ressocializá-los ou neutralizá-los”.¹⁰⁶

No Brasil, o Código Criminal do Império estabelecia o recolhimento dos loucos, que cometessem crimes, às casas de custódia que lhes eram destinadas ou, então, a entrega às suas respectivas famílias, conforme escolha do juiz, dentre a opção que mais lhe aprovesse. O mesmo instrumento legal dispunha, também, que os menores de 14 anos, que tivessem

¹⁰⁴ BRUNO, A. **Perigosidade criminal e medidas de segurança**. Rio de Janeiro: Forense, 1989.

¹⁰⁵ BITENCOURT, C. R. **Manual de Direito Penal**. Parte Geral. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

¹⁰⁶ ANDRADE, V. R. P. Do paradigma etiológico ao paradigma da reação social: mudança e permanência de paradigmas criminológicos na ciência e no senso comum. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. São Paulo, v. 6, n.14, p.277-287, 2002.

cometido crimes, com um certo discernimento, deveriam ser recolhidos às casas de correção.¹⁰⁷

O Código Republicano também apresentou a saúde mental como pressuposto para a configuração de um crime. A diferença significativa existente entre este e o código anterior foi à necessidade de fundamentação, por parte do juiz, para o caso de internação, bem como que esta deveria basear-se na periculosidade do agente e na garantia da ordem pública.¹⁰⁸

O Código Penal, de 1940, anterior à reforma de 1984, era baseado no Código Penal Italiano, de 1930 (Código Rocco). Este adotava o sistema do duplo binário, ou seja, cumprimento cumulativo da pena e da medida de segurança, tendo sido modificado pela reforma de 1984, quando se passou a adotar o sistema vicariante. Este sistema estabelece a substituição da pena pela medida de segurança, caso o condenado, a critério do julgador, ofereça periculosidade. Sendo assim, a partir desta reforma, afastou-se, no Brasil, a possibilidade de aplicação de medida de segurança, a agente imputável. Quanto às modalidades de medidas de segurança, passaram a ser tão somente internação em hospital de custódia e tratamento ambulatorial.¹⁰⁹

Segundo Jesus, há imputabilidade, quando o sujeito é capaz de compreender a ilicitude de sua conduta e de agir de acordo com este entendimento. Isto requer condições pessoais que dão, ao agente, capacidade para seja juridicamente imputada a prática de um fato punível.¹¹⁰

¹⁰⁷ RIBEIRO, B. M. **Medidas de Segurança**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1998.

¹⁰⁸ FÜHRER, M. R. E. **Tratado da Inimputabilidade no Direito Penal**. São Paulo: Malheiros Editores, 2000.

¹⁰⁹ RIBEIRO, B. M. **Medidas de Segurança**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1998.

¹¹⁰ JESUS, D. E. **Direito Penal**. São Paulo: Saraiva, 1989.

Para Bitencourt nosso Código Penal não define a imputabilidade penal, a não ser por exclusão (art. 26 “caput”)¹¹¹. A responsabilidade penal refere-se às conseqüências legais do ato praticado, ou seja, à obrigação de sofrer castigo, pelo delito cometido. Esta, por sua vez, depende da culpabilidade, que diz respeito à intenção de delinquir, e da imputabilidade, que estabelece a relação causal entre o sujeito e o ato.¹¹² O binômio imputabilidade/responsabilidade tem como alicerce a culpa moral, que poderia ser traduzida como o poder que o homem mentalmente sadio tem de escolher entre o certo e o errado.¹¹³

Portanto, a imputação requer que o agente do fato possua a capacidade de compreensão de seu ato como um ilícito e que possa agir de acordo com esse entendimento. Pressupõe, ainda, uma estrutura psicológica capaz de lhe fazer entender a ilicitude de seu ato e a possibilidade de comportar-se de acordo com esse entendimento. Do contrário, ocorrerá à exclusão da imputabilidade, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado.

A lei penal pressupõe, para a aplicação de uma medida de segurança, a prática de um fato previsto como crime, pelo agente, bem como a sua periculosidade. É indispensável, em primeiro lugar, que o juiz reconheça que o agente praticou um fato típico e antijurídico. Não se pode, portanto, aplicar a medida de segurança, se o fato não constituir ilícito penal ou se for apurado que o acusado agiu ao abrigo de uma excludente de antijuridicidade - tais como a

¹¹¹ **Art. 26, caput do Código Penal:** “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”. BRASIL. **Constituição Federal, Código Penal, Código de Processo Penal.** Organizador: Nylson Paim de Abreu Filho. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2005.

¹¹² BITENCOURT, C. R. **Manual de Direito Penal.** Parte Geral. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1999.

¹¹³ FÜHRER, M. R. E. **Tratado da Inimputabilidade no Direito Penal.** São Paulo: Malheiros Editores, 2000.

legítima defesa, o estado de necessidade, o exercício regular de um direito e a não obediência à ordem manifestamente ilegal de superior hierárquico.

Em segundo lugar, é preciso que o réu seja considerado perigoso, ou seja, que o mesmo venha a manifestar uma probabilidade de voltar a delinquir. Essa periculosidade é presumida quanto ao inimputável. Sendo assim, se o inimputável cometer um fato típico e ilícito, ele é presumivelmente perigoso e deverá sofrer a imposição de uma medida de segurança. A periculosidade refere-se ao futuro, ou seja, é uma probabilidade de que novo crime venha a ser cometido.¹¹⁴ A periculosidade real ou judicial é aquela que necessita ser reconhecida pelo juiz, para a aplicação de uma medida de segurança.¹¹⁵

Segundo Moura, a semi-imputabilidade não foi desenvolvida por penalistas, mas, sim, por psiquiatras, particularmente pelos psicopatologistas forenses. Nos casos de semi-imputabilidade, a culpa não é excluída, mas a pena é reduzida, pois a responsabilidade é considerada diminuída. Seus efeitos podem resultar em diminuição da pena ou a substituição por medida de segurança.¹¹⁶ Portanto, a medida de segurança somente é aplicável ao inimputável, obrigatoriamente, ou ao semi-imputável, facultativamente.¹¹⁷

¹¹⁴ BITENCOURT, C. R. **Manual de Direito Penal**. Parte Geral. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1999.

¹¹⁵ FÜHRER, M. R. E. **Tratado da Inimputabilidade no Direito Penal**. São Paulo: Malheiros Editores, 2000.

¹¹⁶ **Artigo 26, parágrafo único, do Código Penal**: “A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente em virtude de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”. BRASIL. **Constituição Federal, Código Penal, Código de Processo Penal**. Organizador: Nylson Paim de Abreu Filho. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2005.

¹¹⁷ MOURA, L. A. Imputabilidade, semi-imputabilidade e inimputabilidade. In: COHEN, C.; FERRAZ, F. C.; SEGRE, M. **Saúde mental, crime e justiça**. São Paulo: EDUSP, 1996, p.85-103.

Segundo o artigo 98 do Código Penal, na semi-imputabilidade, o juiz pode substituir a pena privativa de liberdade imposta (atenuada de um a dois terços), por medida de segurança, necessitando o condenado de tratamento.¹¹⁸

Para Führer, muitos não reconhecem como válida a admissão da categoria dos semi-imputáveis. O autor entende que tal hesitação tem fundamento, na medida em que o agente entende o caráter ilícito da conduta, ou não. Führer concorda, no entanto, em parte, com a teoria oposta, pois afirma que não se pode negar ao julgador tal possibilidade de atenuação da pena, dos chamados fronteirios.¹¹⁹

Portanto, do ponto de vista legal, ocorre uma diferenciação entre a doença mental, o desenvolvimento mental incompleto ou retardado e a perturbação da saúde mental. No primeiro caso, ocorre a inimputabilidade e, no segundo, a culpabilidade fica diminuída ou a semi-imputabilidade.¹²⁰

Conforme já exposto, em relação às espécies de medida de segurança existentes atualmente, estas se restringem a duas: a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, e a sujeição a tratamento ambulatorial.

¹¹⁸ BRASIL. **Constituição Federal, Código Penal, Código de Processo Penal**. Organizador: Nylson Paim de Abreu Filho. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2005.

¹¹⁹ FÜHRER, M. R. E. **Tratado da Inimputabilidade no Direito Penal**. São Paulo: Malheiros Editores, 2000.

¹²⁰ TRINDADE, J. **Manual de Psicologia Jurídica: para operadores do Direito**. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2004.

A primeira, também é chamada de medida detentiva, pois, na falta de hospitais de custódia e tratamento, poderá ser cumprida em estabelecimento adequado. Para Bitencourt, adequado é aquele estabelecimento dotado de características hospitalares. Ele salienta, contudo, que, no Brasil, não foram construídos estabelecimentos com estas características, mantendo-se, ainda hoje, as condições deficientes dos manicômios judiciários.¹²¹

O tratamento ambulatorial será possível, se o crime cometido for punível com pena de detenção. Se a pena aplicável for a de reclusão, o agente deverá ser submetido à medida de segurança detentiva. No caso dos cuidados médicos ocorrerem de forma ambulatorial, sem a necessidade de internação, o agente deverá comparecer ao hospital periodicamente, para o controle acerca da medicação. Neste caso, no entanto, estará em permanente integração na comunidade. A condição biopsicológica indicará a conveniência ou não de tal medida, sendo que o fato de o delito ser apenado com pena de reclusão não justifica, por si só, a substituição do regime de tratamento. Na falta de hospital de custódia para a realização do tratamento ambulatorial, este deverá realizar-se em um local com dependência médica adequada. O inimputável que cometer um delito punido com pena de detenção e o semi-imputável que necessitar de tratamento, e não tiver sua internação decretada pelo juiz, podem ser submetidos a tratamento ambulatorial.¹²²

O Brasil adota o critério misto ou biopsicológico, ou seja, o legislador não apenas discrimina as causas da inimputabilidade, mas também prevê a necessidade legal de uma delas haver estado presente e determinado a situação de incapacidade de culpabilidade.

¹²¹ BITENCOURT, C. R. **Manual de Direito Penal**: parte geral. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

¹²² BITENCOURT, C. R. **Manual de Direito Penal**: parte geral. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

Somente em relação à menoridade - disciplinada por estatuto próprio - o Direito Brasileiro adotou o critério biológico.¹²³

Para Zaffaroni, as medidas de segurança não possuem natureza propriamente penal, visto não estar presente um conteúdo punitivo. O autor enfatiza que não se pode considerar penal um tratamento médico, nem a custódia psiquiátrica. Ele entende, entretanto, que estas medidas são formalmente penais e, em razão disto, são impostas e controladas judicialmente.¹²⁴

2.6 SISTEMA PSIQUIÁTRICO FORENSE – ÁREA CRIMINAL

O panorama psiquiátrico-forense internacional e nacional, na área criminal, dependendo dos códigos penais, será afetado em sua aplicação prática. Alguns códigos não se prestam à articulação da parte médica com a parte jurídica. Outros são antigos e usam termos impróprios, “umas vezes específicos demais para falar do genérico e outras vice-versa: genéricos para caracterizar o específico, portanto inadequados”.¹²⁵

No que diz respeito à capacidade de imputação jurídica, alguns códigos, incluindo o brasileiro, entendem a inimputabilidade como a perda da capacidade de entender o caráter ilícito do fato e/ou da capacidade de determinar-se de acordo com este entendimento. Outros se enquadram nos códigos que entendem que a inimputabilidade penal somente é aplicada naqueles casos em que o sujeito não entendia que estava praticando um crime, ou não tinha consciência de que estava praticando um mal, como ocorre na Inglaterra.¹²⁶

¹²³ FÜHRER, M. R. E. **Tratado da Inimputabilidade no Direito Penal**. São Paulo: Malheiros Editores, 2000.

¹²⁴ ZAFFARONI, E. R; PERANGELI, J. H. **Manual de Direito Penal Brasileiro**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

¹²⁵ PALOMBA, G. A. **Tratado de Psiquiatria Forense – civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003, p.93.

¹²⁶ PALOMBA, G. A. **Tratado de Psiquiatria Forense - civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003.

2.6.1 Perspectiva internacional

Batista e Oliveira teceram um panorama dos sistemas e práticas forenses, em diversas regiões do mundo, descrevendo também os referenciais jurídicos adotados.¹²⁷

Na Finlândia, através da Lei de Saúde Mental (1990), os serviços de saúde mental estão conectados aos serviços de saúde em geral. A principal função dos hospitais psiquiátricos estaduais refere-se às avaliações psiquiátricas forenses. Estas instituições também se dedicam ao tratamento de pacientes que tenham sido considerados, por razões de insanidade, inocentes assim como daqueles muito perigosos ou difíceis de serem tratados em hospitais regionais.

A responsabilidade criminal pode ser dividida em três estágios: os totalmente responsáveis são aqueles que, por terem condições mentais, podem ter um julgamento normal; os com responsabilidade criminal diminuída, quando, após avaliação psiquiátrica forense, for diagnosticada uma doença mental grave ou uma deficiência mental (serão julgados, mas com a pena diminuída em 25% e não podem receber condenação perpétua); e os sem responsabilidade criminal, onde estão incluídos os psicóticos e os deficientes mentais graves (não há julgamento e são enviados para tratamento).¹²⁸

Na Suécia, os indivíduos portadores de transtornos mentais graves, constatados após perícia psiquiátrica forense, são enviados a um dos cinco hospitais que atendem esta clientela. Após uma revisão da legislação, em 1999, a corte passou a decidir se um indivíduo pode ser

¹²⁷ OLIVEIRA, C. S; BATISTA, F. Perspectivas internacionais em psiquiatria forense. In: RIGONATTI, S. P. (Coord.). **Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003, p.285-305.

¹²⁸ OLIVEIRA, C. S; BATISTA, F. Perspectivas internacionais em psiquiatria forense. In: RIGONATTI, S. P. (Coord.). **Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003, p.285-305.

liberado ou não de um hospital psiquiátrico forense. As perícias são realizadas durante o julgamento, por uma equipe composta por psiquiatra, psicólogo e assistente social. Os pacientes que apresentam um risco baixo de reincidência podem ser encaminhados para tratamento em hospitais psiquiátricos gerais.¹²⁹

Já na Dinamarca, a avaliação psiquiátrica forense é realizada por perito independente e, geralmente, está correlacionada a crimes muito graves, onde há suspeita de anormalidade psicótica ou quando o acusado é muito jovem ou muito idoso. O tratamento é realizado tanto no regime de internação como no regime ambulatorial, pelo sistema de saúde comum. Somente quando a pessoa é considerada muito perigosa será encaminhada para a unidade dinamarquesa de segurança máxima.

A base legal para a avaliação da responsabilidade por um crime, na Alemanha, é regulamentada por leis federais. A regulamentação do tratamento, durante uma medida de segurança, é definida por leis estaduais. As últimas definem os direitos dos pacientes e os poderes da equipe de tratamento. O sujeito que é julgado inocente, por razão de doença mental, será sentenciado à internação num hospital psiquiátrico forense, apenas quando o risco de reincidência for considerado alto. As medidas de segurança são cumpridas em hospitais psiquiátricos forenses ou em alas forenses, dentro de hospitais psiquiátricos gerais.¹³⁰

¹²⁹ OLIVEIRA, C. S; BATISTA, F. Perspectivas internacionais em psiquiatria forense. In: RIGONATTI, S. P. (Coord.). **Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003, p.285-305.

¹³⁰ OLIVEIRA, C. S; BATISTA, F. Perspectivas internacionais em psiquiatria forense. In: RIGONATTI, S. P. (Coord.) **Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003, p.292-305.

Com o Novo Código Penal da Polônia, em 1998, houve a abolição da pena de morte e uma tendência a sentenças menores. O novo código prevê que a idade para ser considerado penalmente responsável baixou para 17 anos, e para 15 anos, no caso de alguns crimes considerados hediondos. Na dúvida acerca da sanidade mental, a corte pede a avaliação de dois psiquiatras e, se necessário, solicita a observação do acusado, em regime de internação em hospital psiquiátrico, pelo tempo de, no máximo, seis semanas. “Os peritos avaliarão se há condições de comparecimento perante o júri, e se, ao tempo da ação, a insanidade interferiu na capacidade de reconhecimento do significado do crime ou em descontrole emocional”.¹³¹ Caso o acusado sofra de um distúrbio mental, será considerado irresponsável, do ponto de vista legal, ou terá a responsabilidade penal limitada, sendo encaminhado para prisões com programas especiais de tratamento. Se, contudo, o delito implicar em extremo prejuízo social ou se houver risco de reincidência, ele será encaminhado para internação compulsória, por período indeterminado. O hospital informará a evolução e o progresso do tratamento em, no mínimo, seis meses, sendo que o exame deverá ser realizado por dois psiquiatras e um psicólogo.¹³²

A tendência à institucionalização, na Ásia é, ainda hoje, uma forte característica, principalmente na Rússia. Somente nos casos que suscitam dúvidas significativas, acerca da saúde mental do acusado de um crime, ou que o delito trouxer qualificação para a pena de morte, será consultada uma comissão de profissionais da saúde mental. No Japão, não há nenhum tipo de medida especial para agressores doentes mentais. Os considerados culpados recebem tratamento no sistema penitenciário.

¹³¹ OLIVEIRA, C. S; BATISTA, F. Perspectivas internacionais em psiquiatria forense. In: RIGONATTI, S. P. (Coord.) **Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003, p.292-305.

¹³² OLIVEIRA, C. S; BATISTA, F. Perspectivas internacionais em psiquiatria forense. In: RIGONATTI, S. P. (Coord.) **Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003, p.292-305.

A legislação australiana vem sendo submetida a inovações desde 1995, com o Modelo de Código Penal, regulando as práticas psiquiátricas e as questões que envolvem a saúde mental e a Justiça. Foi acrescentada a incapacidade de determinação e controle da conduta e, também, a chamada “ordem dupla”, que equivaleria ao duplo binário, extinto na legislação brasileira. A proposta de estruturação do sistema psiquiátrico forense é baseada no tratamento em etapas. Este se inicia com um programa de triagem para transtornos mentais, no sistema penitenciário, prossegue com programas específicos, como a minimização do suicídio, até chegar ao atendimento realizado na comunidade. Isto ocorre através de uma rede, para seguimento, supervisão, assistência e tratamento.¹³³

A partir da formação de uma comissão de Inquérito (Relatório Mason) e através da Lei de Saúde Mental (1992), ocorreram mudanças nas diretrizes dos serviços de psiquiatria forense e no tratamento dispensado ao doente mental infrator, na Nova Zelândia. Os serviços foram regionalizados, foi criada uma unidade de segurança mínima, uma de segurança média e uma conexão com o sistema penitenciário, com o júri e com o serviço prestado pela comunidade, assim como com um serviço de interconsulta com psiquiatras generalistas. Todas as prisões têm serviços especializados para o tratamento de agressores sexuais e agressores violentos, e as unidades forenses são consideradas parte integrante da rede de saúde mental como um todo.¹³⁴

Nos Estados Unidos, existe uma grande variabilidade nas políticas adotadas para o cuidado nos casos de doença mental com envolvimento legal. No Direito Anglo-Americano, quando necessário, é realizada a verificação da capacidade do indivíduo em comparecer a um

¹³³ OLIVEIRA, C. S; BATISTA, F. Perspectivas internacionais em psiquiatria forense. In: RIGONATTI, S. P. (Coord.) **Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003, p.292-305.

¹³⁴ OLIVEIRA, C. S; BATISTA, F. Perspectivas internacionais em psiquiatria forense. In: RIGONATTI, S. P. (Coord.) **Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003, p.292-305.

tribunal, pois é necessário que o acusado possua a capacidade de entender a acusação e de colaborar com os seus representantes da defesa. Se o detento não tiver esta capacidade, é encaminhado para internação em um hospital psiquiátrico forense, e quando ela estiver restaurada, ele retorna à corte para a continuidade do processo. O confinamento não pode se dar por tempo indeterminado e, se não for possível o restabelecimento das condições mentais em tempo, o estado retira as acusações e libera o indivíduo ou o interdita para a vida civil.¹³⁵

As leis e práticas canadenses, segundo Oliveira e Batista, são menos punitivas e vingativas que as americanas. As leis civis e criminais têm base na “*Common Law*” (as decisões dos juízes abrem precedentes os quais são acumulados e, posteriormente tornam-se jurisprudência) britânica, exceto em Quebec, onde a lei civil é baseada no Código Napoleônico Francês. As autoras afirmam ainda que o Canadá se destaca por ser um dos poucos países que estende os direitos civis aos doentes mentais, de uma maneira geral. Em 1992, foi adicionada uma emenda ao Código Criminal do Canadá relacionada aos doentes mentais, considerando a possibilidade de inocência nos casos de crimes por insanidade. Esta emenda também delinea as indicações das modalidades e do tempo previstos para o tratamento e custódia, em conjunto com a rede de assistência comum.¹³⁶

Na província de Buenos Aires, o doente mental infrator deve ser tratado em instituições especiais (Código de Processo Penal – Lei nº 5.619), separados do sistema penitenciário ou por médicos particulares. Ainda há a obrigatoriedade do exame de sanidade mental, nos casos dos sentenciados que receberam uma pena maior ou igual a dez anos,

¹³⁵ OLIVEIRA, C. S; BATISTA, F. Perspectivas internacionais em psiquiatria forense. In: RIGONATTI, S. P. (Coord.) **Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003, p.292-305.

¹³⁶ OLIVEIRA, C. S; BATISTA, F. Perspectivas internacionais em psiquiatria forense. In: RIGONATTI, S. P. (Coord.) **Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003, p.292-305.

quando os mesmos apresentarem deficiência visual ou auditiva, ou tiverem idade superior a 70 anos e, ainda, em todos os casos referentes à medida de segurança.¹³⁷

2.6.2 Perspectiva nacional

Do ponto de vista jurídico-processual-penal, quando houver dúvida acerca da integridade mental de um acusado, o instituto do incidente de insanidade mental¹³⁸ poderá ser instaurado. “O juiz ordenará de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, de ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, que ele seja submetido a exame mental”.¹³⁹

As perícias de Responsabilidade Penal são solicitadas, quando houver dúvida quanto à capacidade de entendimento da ação delituosa e da determinação de um acusado. Elas têm como objetivo verificar se o sujeito que cometeu um delito é responsável, isto é, se tinha ao tempo da ação ou da omissão, a capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (artigo 26 do Código Penal).¹⁴⁰

Neste contexto, a questão da imputabilidade - estudada na área do direito penal - também é tema de interesse da Psiquiatria e da Psicologia, na medida em que a atividade de imputar é definida por Jesus, como a ação de atribuir a responsabilidade de alguma coisa a alguém. Assim, imputabilidade penal é o conjunto de condições pessoais que dão ao agente capacidade para que lhe seja juridicamente imputada a prática de um fato punível.¹⁴¹

¹³⁷ OLIVEIRA, C. S; BATISTA, F. Perspectivas internacionais em psiquiatria forense. In: RIGONATTI, S. P. (Coord.) **Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003, p.292-305.

¹³⁸ BRASIL. **Código de Processo Penal**. São Paulo: Saraiva, 2003.

¹³⁹ TRINDADE, J. **Manual de Psicologia Jurídica**: para operadores do Direito. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2002, p. 113.

¹⁴⁰ BRASIL. **Constituição Federal, Código Penal, Código de Processo Penal**. Organizador: Nylson Paim de Abreu Filho. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2005.

¹⁴¹ JESUS, D. E. **Direito Penal**. São Paulo: Saraiva, 1989.

Em Direito Penal, para que alguém seja responsável penalmente por um determinado delito, é necessário que tenha praticado o crime, que tenha tido o entendimento do caráter criminoso da ação, na época do(s) fato(s) além de ter sido livre para escolher entre praticar ou não a ação, na época do delito.¹⁴² Já em Psiquiatria e Psicologia forense atribui-se o nome de capacidade de imputação jurídica ao estado psicológico que se fundamenta no entendimento (cognição) que o indivíduo tem sobre o caráter criminoso do fato e na aptidão de determinar-se (volição), de acordo com esse entendimento. Assim, as capacidades de entendimento e de determinação dependem da razão e do livre-arbítrio, na época do crime, podendo ser totais, parciais ou nulas. Capacidade total quer dizer que o agente era, na época do delito, totalmente capaz de entender o caráter criminoso do fato e totalmente capaz de determinar-se de acordo com esse entendimento; portanto, pode lhe ser imputada uma pena. Já a capacidade parcial, indica que o agente tinha apenas condições parciais, nestes aspectos, o que lhe dá um caráter de semi-imputável. No caso da capacidade nula de imputação, o agente era totalmente incapaz de determinar-se e de entender o caráter criminoso do fato, no momento da ação ou da omissão. Isto implica na inimputabilidade.

Portanto, na perícia psiquiátrica forense de Verificação de Responsabilidade Penal, será necessário concluir sobre a capacidade de imputação jurídica do sujeito, em relação ao fato jurídico penal. Caso seja identificada, no examinando, doença mental ou perturbação da saúde mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado como aspectos que possam ter influenciado na sua capacidade para conhecer e valorizar a obrigatoriedade de respeitar as normas, de entender o caráter criminoso do fato e a capacidade de determinação espontânea

¹⁴² PALOMBA, G.A. **Psiquiatria forense**: noções básicas. São Paulo: Sugestões Literárias, 1992.

de inibir impulsos para delinquir, estas devem ser investigadas. A perícia identificará, também, se houve um nexo causal entre a patologia e o delito.¹⁴³

O exame de Dependência Toxicológica é realizado para verificar a existência de dependência química, sendo que este ocorre, também, na fase processual. O tema é disciplinado pela Lei nº 6.368, de 1976, Capítulo III, que, no seu artigo 19, trata da exclusão da culpabilidade por inimizabilidade. A embriaguez, pelo uso de álcool ou outras substâncias psicoativas não exclui a imputabilidade penal. No entanto, há duas exceções relacionadas à responsabilidade penal, com relação ao uso de álcool: a embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, em que, ao tempo da ação ou da omissão, o sujeito não tinha preservada a capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (inteiramente incapaz); e a embriaguez proveniente de caso fortuito (ingestão acidental), ou força maior (ingestão por coação), se essa diminuir a capacidade de entendimento e de determinação do sujeito. Na primeira hipótese, haveria a isenção da pena pela inteira incapacidade de entendimento e determinação, e na segunda hipótese, a redução facultativa da pena. O sujeito poderá receber uma medida de segurança para tratamento, caso o delito cometido tenha nexo-causal com a sua dependência ou embriaguez. Nesse caso, a incapacidade intelectual ou volitiva do sujeito, em relação ao delito, deverá estar presente e ser consequência de sua dependência, ou decorrente do efeito de uma substância tóxica. A lei prevê, ainda, a redução da pena, se esta incapacidade for parcial (semi-imputável).¹⁴⁴

¹⁴³ FONTANA-ROSA, J. C. A perícia psiquiátrica. In: COHEN, C; FERRAZ, S, F. C.; SEGRE, M. **Saúde mental, crime e justiça**. São Paulo: EDUSP, 1996, p.171-186.

¹⁴⁴ CHALUB, M. Perícias de responsabilidade penal e dependência química. In: TABORDA, J.G.V.; CHALUB, M.; ABDALLA-FILHO, E. **Psiquiatria forense**. Porto Alegre: ARTMED, 2004, p. 130-151.

A Avaliação de Verificação de Cessação de Periculosidade já não ocorre mais na fase processual. Essa dar-se-á durante a execução da medida de segurança, detentiva ou restritiva. É um exame realizado ao final de cada ano de cumprimento da medida de segurança, tendo por finalidade verificar se persiste o grau de periculosidade.

O exame de Superveniência de Doença Mental (SDM) é uma avaliação realizada, tanto no réu que aguarda julgamento, quanto em presos condenados, durante o cumprimento da pena, e que, no decorrer desta, venham a apresentar sinais e sintomas psiquiátricos.

O exame de SDM pode ocorrer após o delito, quando houver dúvida acerca da sanidade mental do acusado. Nesse caso, o processo é suspenso para a realização de perícia médica e “o juiz poderá ordenar a internação do acusado em manicômio judiciário ou em outro estabelecimento adequado”.¹⁴⁵

Quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, deve o condenado primeiramente ser transferido para o hospital psiquiátrico, a fim de receber tratamento ou realizar exames periciais. No caso de serem transitórias a doença ou a perturbação, controlada a crise, o condenado retorna ao presídio de origem. Por outro lado, se ocorrerem novas descompensações, o exame de SDM poderá ser solicitado, e, havendo indicação médica, o juiz poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança-(art. 183 da Lei de Execução Penal - LEP).¹⁴⁶

¹⁴⁵ BRASIL. **Constituição Federal, Código Penal, Código de Processo Penal**. Organizador: Nylson Paim de Abreu Filho. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2005.

¹⁴⁶ CARDOSO, R. G.; BLANK, P.; TABORDA, J.G.V. Exame de superveniência de doença mental. In: TABORDA, J.G.V.; CHALUB, M.; ABDALLA-FILHO, E. **Psiquiatria forense**. Porto Alegre: ARTMED, 2004, p. 153-160.

O prazo de duração das medidas de segurança é indeterminado. A ampliação vigora, enquanto a perícia médica não constatar a cessação da periculosidade (Art. 97, parágrafo 1º).¹⁴⁷ Tal exame deve ser realizado, após um prazo mínimo de um a três anos (Art. 97 parágrafos 1º e 2º).¹⁴⁸ No caso de conversão de tratamento ambulatorial em internação, o prazo mínimo será de um ano (art. 184 LEP).¹⁴⁹

A chamada periculosidade presumida, do doente mental infrator, refere-se ao futuro, ou seja, falta-lhe a culpabilidade e a responsabilidade, mas há uma probabilidade presumida de que novos crimes venham a ser cometidos, devido a sua patologia mental.¹⁵⁰

Em relação à indeterminação das medidas de segurança, Jacintho Godoy, em 1925, já apontava para o que ele chamava de “*omissão do Código*”.¹⁵¹ Em um estudo recente acerca da indeterminação legal das medidas de segurança, Coelho aduz:

A indeterminação legal das medidas de segurança acaba violando preceitos fundamentais de um Estado que se diz de Direito, permitindo que uma pessoa que não goza de suas faculdades mentais plenas possa ficar reclusa perpetuamente.¹⁵²

Comprovada a cessação da periculosidade do internado ou do submetido a tratamento ambulatorial, o juiz poderá determinar a desinternação ou a liberação. Estas ficam condicionadas às normas do livramento condicional, pelo prazo de um ano. Neste caso, o

¹⁴⁷ BRASIL. **Constituição Federal, Código Penal, Código de Processo Penal**. Organizador: Nylson Paim de Abreu Filho. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2005.

¹⁴⁸ BRASIL. **Constituição Federal, Código Penal, Código de Processo Penal**. Organizador: Nylson Paim de Abreu Filho. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2005.

¹⁴⁹ BRASIL. **Lei de Execução Penal nº 7.210** de 11 de julho de 1984. Organizada por Juarez Oliveira. São Paulo: Saraiva, 1995.

¹⁵⁰ COHEN C. Medida de segurança. In: COHEN, C.; FERRAZ, F. C.; SEGRE, M. **Saúde Mental, crime e justiça**. São Paulo: EDUSP, 1996, p. 77-83.

¹⁵¹ GODOY, J. **Psiquiatria no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Globo, 1955, p.71.

¹⁵² COELHO, D. R. **A indeterminação legal das medidas de segurança frente às garantias constitucionais**. Porto Alegre: PUCRS, 2005. Monografia de conclusão do Curso de Direito. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2005, p. 98.

perito, através do exame psiquiátrico forense, fornece elementos para a “prerrogativa de livre convencimento” do juiz. Este sempre toma a decisão final do caso, determinando, ou não, a internação, bem como o tempo mínimo de duração e a alta dos pacientes.¹⁵³

2.7 MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS

2.7.1 Aspectos sociais

O início do século XX é marcado pela proliferação de hospícios, prisões, e, posteriormente, por essa terceira modalidade de instituição total, os manicômios judiciários.

Para Goffmann, a instituição total:

[...] pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada [...]. A instituição total é um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal; aí reside seu especial interesse sociológico.[...]. Em nossa sociedade, são estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer do eu.¹⁵⁴

Devido às características acima citadas, não resta a menor dúvida de que o ingresso em uma instituição total provoca a institucionalização dos internos. Esses chegam à instituição com uma “cultura aparente”, conforme denomina Goffman, derivada de um mundo da família, a qual, pouco a pouco, é substituída pela cultura da instituição. Por essa razão, se eles ficarem muito tempo internados, pode ocorrer, o que o autor chama de “desculturamento”, isto é, o indivíduo fica destreinado, para enfrentar alguns aspectos de sua vida diária.¹⁵⁵

¹⁵³ BITENCOURT, C. R. **Manual de Direito Penal**: parte geral. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

¹⁵⁴ GOFFMANN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1992, pg. 11 e 22.

¹⁵⁵ GOFFMANN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1992, p.23.

Ao entrar em uma instituição total, como o manicômio, o internado é imediatamente despido de suas concepções, amparadas no mundo doméstico em que vivia. O seu “eu” é sistematicamente mortificado por uma série de processos, relativamente padronizados. Marin diz que as instituições totais – as prisões, manicômios, reformatórios - estruturam-se na violência. Trata-se de uma violência silenciosa, que a autora chama de “violência branca”. Seus “clientes” perdem seu nome, a roupa, o contato com o mundo, com a família, não havendo espaço para o sujeito desejante. Marin discute e analisa a relação entre instituição e violência e como o infrator é depositário da violência que a sociedade procurou excluir, a chamada violência negada. Entende que a instituição não proporciona a oportunidade de o sujeito organizar-se, já que fecha os olhos para o consumo e o tráfico de drogas, não permite a denúncia dos maus tratos e daquilo que lhe falta, para que possa buscar soluções segundo os princípios definidos pela ordem social. “A instituição acaba, dessa forma, por produzir outra violência: abandoná-los aos seus próprios impulsos”.¹⁵⁶

2.7.2 Situação atual brasileira

Como discutido anteriormente, o Código Penal refere-se ao hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, como instituição que deveria substituir os antigos manicômios judiciários, previstos pela legislação de 1940. Ocorre, no entanto, que praticamente não existem tais estabelecimentos, o que faz com que o judiciário continue utilizando os manicômios.¹⁵⁷ Segundo Bitencourt, este é um dos motivos da ineficácia quase geral das medidas de segurança no sistema brasileiro, uma vez que o indivíduo não é, de fato, submetido a tratamento.¹⁵⁸

¹⁵⁶ MARIN, I. S.K. **Violências**. São Paulo: Escuta- Fapesp, 2002,p.79.

¹⁵⁷ Art. 99 do Código Penal. “O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento”. BRASIL. **Constituição Federal, Código Penal, Código de Processo Penal**. Organizador: Nylson Paim de Abreu Filho. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2005.

¹⁵⁸ BITENCOURT, C. R. **Manual de Direito Penal**: parte geral. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

No Brasil, o primeiro manicômio judiciário surgiu na década de 1920, no Rio de Janeiro, com o nome de “Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho”. O segundo foi instalado no Rio Grande do Sul, em 1924. Neste mesmo ano foi inaugurado o manicômio judiciário de Minas Gerais.¹⁵⁹

Jacinto Godoy, primeiro diretor médico do manicômio judiciário gaúcho, em seu discurso inaugural discorreu sobre o funcionamento da Psiquiatria e das internações, na primeira década do século XX. Salientou que, após o clamor de Esquirol, pela consagração dos direitos humanos aos doentes mentais, estes ainda se encontravam misturados aos criminosos e doentes mentais perigosos, lembrando que poucos escapavam à ação da justiça como irresponsáveis. Cita três sistemas de internação, como características da época: o pavilhão-asilo, anexo às prisões, adotado na Alemanha; o pavilhão-prisão, anexo aos asilos; e o asilo-especial, adotado pela Inglaterra.¹⁶⁰

O número cada vez maior de doentes mentais criminosos foi um motivo de preocupação, já que, no ano de 1926, no Hospital do Juquery, encontravam-se 165 pacientes nestas condições. O professor de Medicina Legal, Alcântara Machado, propôs, em 1927, um projeto de lei, criando o manicômio judiciário do Estado de São Paulo, hoje denominado “Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima”.¹⁶¹ Este foi inaugurado em 1934 ao lado do Hospital Central do Juquery e recebeu 150 pacientes homens.¹⁶²

¹⁵⁹ RIGONATTI, S. P; BARROS, E. L. Notas sobre a história da psiquiatria forense, da antiguidade ao começo do século XX. In: RIGONATTI, S. P. (Coord.) **Temas em Psiquiatria forense e psicologia jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003, p.17-22.

¹⁶⁰ GODOY, J. **Psiquiatria no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Globo, 1955.

¹⁶¹ GODOY, J. **Psiquiatria no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Globo, 1955.

¹⁶² GODOY, J. **Psiquiatria no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Globo, 1955.

Atualmente, conforme Menezes, com base nos dados do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça, existem 28 instituições psiquiátrico-forenses. Destas, três não podem ser consideradas hospitais de custódia e tratamento, e sim delegacias de polícia, onde os doentes mentais infratores ficam detidos. A região Sudeste é a que tem o maior número de hospitais de custódia e tratamento, em um número de 12 casas e 1625 internos. O Rio de Janeiro possui sete hospitais de custódia e tratamento e 614 pacientes internados. A região Sul possui três, um para cada estado, e 1070 internos. A região Norte tem o registro de dois estabelecimentos e 40 pacientes internados. A região Nordeste tem oito casas e 1211 internos. Os estados do Piauí e do Maranhão não possuem hospitais de custódia e tratamento, assim como não há nenhum na região Centro-Oeste. Nestes, são utilizadas cadeias públicas para os doentes mentais infratores.¹⁶³

Um estudo realizado no manicômio judiciário do Rio Grande do Sul procurou analisar o processo de dupla exclusão social, que a população doente mental e infratora sofre. Para Margareth Christoff, a população doente mental infratora se assemelha à população doente do hospital psiquiátrico. O modelo institucional penitenciário, é que faz com que ela se aproxime da população carcerária. As diretrizes políticas do sistema penitenciário estabelecem uma tensão entre o modelo médico e o modelo de tratamento carcerário, configurando a dupla exclusão social, através de “dois discursos e duas práticas”. Verificou, ainda, que o discurso jurídico sobrepuja-se ao discurso médico: “É sob esse campo de conflito que se exercem as práticas de reclusão e controle e, quando possível, tratamento do infrator doente mental [...]”.¹⁶⁴

¹⁶³ MENEZES, R. **Esquizofrenia e liberdade**. Porto Alegre: armazém digital, 2005.

¹⁶⁴ CHRISTOFF, M. U. **A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul**: o Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001, p.98.

A partir da década de 1960, os profissionais da área da saúde mental passaram a buscar transformações, melhorias, sendo uma delas o entendimento de que o hospital psiquiátrico se tornara uma instituição ultrapassada, e até mesmo prejudicial aos doentes mentais nela internados. Entenderam que a internação prolongada causa grandes danos aos indivíduos já doentes, como o hospitalismo e a perda da iniciativa, causada pela inatividade forçada.

Quando da apresentação do projeto de lei, de autoria do deputado Paulo Delgado, sobre a Reforma Psiquiátrica, em 1989, a Associação Brasileira de Psiquiatria posicionou-se a favor do projeto já que esse correspondia, em linhas gerais, aos seus anseios, apenas criticando a proposição de extinção progressiva dos manicômios, se este termo estivesse ali como sinônimo de hospital psiquiátrico. O que a Associação Brasileira de Psiquiatria defendia era a garantia, aos pacientes, do direito de ser alvo de atenção profissional de qualidade e neste sentido, que a maioria dos hospitais psiquiátricos mereceria ser fechado, porque não passava de depósitos desumanos de pacientes e intensificadores de doença. A Associação não considera desinstitucionalização o mesmo que desospitalização e desassistência. A desinstitucionalização é entendida como “o processo de reforma (o cuidado) e a desospitalização, como o mal indesejável que a acompanha (o descuido)”. Conforme entendimento da Associação, quanto aos manicômios e as instituições de caráter asilar, mais por condições sociais do que propriamente nosológicas, necessitariam permanecer institucionalizados.¹⁶⁵

¹⁶⁵ FRANÇA, J.M.F; JORGE, M.R. A ABP e a Reforma Psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.23 n.1, p. 3-6, 2001.

A estratégia da periculosidade cristaliza uma prática psiquiátrica que vem sendo questionada no campo mesmo da Psiquiatria no que refere a internações prolongadas, a falta de atividades dos pacientes, ao afastamento do convívio social. Isto resulta, muitas vezes, em cronificação e abandono familiar, inviabilizando o retorno à sociedade.¹⁶⁶

A publicação da Portaria nº 628, em abril de 2002, formulada pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, reconhece a população confinada em presídios e manicômios judiciários como clientela sob responsabilidade também da área da saúde. Esta portaria representou um ato fundamental para a organização interministerial de um Seminário Nacional, que ocorreu naquele mesmo ano, em Brasília, reunindo representantes dos manicômios judiciários de todo o Brasil, membros do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde. Houve um entendimento de que a integração e comunicação, entre as duas áreas, deve ser o primeiro esforço, em benefício do paciente.¹⁶⁷

As mudanças no modelo assistencial brasileiro, relacionadas à reforma psiquiátrica, têm sido caracterizadas pela redução no número de leitos e pela precariedade de recursos assistenciais. Segundo Lúcia Barbosa, não basta apenas não internar o doente mental e fechar o hospital psiquiátrico, mas garantir que políticas públicas promovam os cuidados que o paciente psiquiátrico necessita.¹⁶⁸ O movimento da reforma psiquiátrica também propõe revisões nos princípios da periculosidade do infrator doente mental, bem como mudanças em

¹⁶⁶ PERES TOURINHO, M.F; NEURY-FILHO, A; LIMA JUNIOR, A.S. A estratégia de periculosidade: psiquiatria e justiça penal em um hospital de custódia e tratamento. **Psychiatry On-line** – Current Issues (3) 08, 1998.

¹⁶⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e o Manicômio Judiciário**. Relatório Final do Seminário para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Brasília, 2002.

¹⁶⁸ BARBOSA, L. H. Psicologia clínica na saúde mental: uma crítica à reforma psiquiátrica. **Ciência e Cognição**, volume 3, p.63-65, 2004.

sua forma de tratamento. Entretanto, esse não prevê o atendimento do infrator doente mental, fato que reforça o abandono social do mesmo.¹⁶⁹

2.8 O INSTITUTO PSIQUIÁTRICO FORENSE MAURÍCIO CARDOSO

O Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso é um hospital público, psiquiátrico e de custódia, vinculado à Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE), que é um órgão da Secretaria da Justiça e da Segurança. Distingue-se de outras instituições psiquiátricas, pelas suas atividades básicas e pelo seu tipo de população. É o único no Estado responsável pela realização de perícias oficiais da área criminal - entre elas, a de Responsabilidade Penal. Abriga doentes mentais que tenham cometido um delito e que, após perícia médico-psiquiátrica, tenham recebido medida de segurança, decretada pelo juiz. Realiza, ainda, exames de dependência a drogas e presta atendimento psiquiátrico à rede penitenciária. Nesse caso, os réus que aguardam julgamento ou os condenados, durante o cumprimento da pena, são encaminhados ao Instituto, para exame ou tratamento de urgência. Isto ocorre quando, no decorrer da reclusão, apresentam sintomatologia psiquiátrica grave.

Em 15 de agosto de 1924, o Decreto nº 3.356, assinado pelo então Governador Borges de Medeiros regulou a Assistência aos Alienados no Rio Grande do Sul. No dia 04 de abril de 1925, através do Decreto nº 3.454, foi criado o Manicômio Judiciário, instalando-se em um pavilhão do Hospício São Pedro sendo subordinado à Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior. No dia Quatro de outubro de 1925 foi inaugurado o Manicômio Judiciário com as seguintes finalidades: realizar perícias psiquiátricas, para

¹⁶⁹ CHRISTOFF, M. U. **A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul:** o Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.

avaliar se pessoas que praticaram crimes fizeram-no por ação de doença mental; assistir ao doente mental que praticou ilícito por ação da enfermidade mental e tratar o preso que, no cumprimento de sua pena, adoeceram mentalmente.¹⁷⁰

Iniciou seu funcionamento com 13 doentes. Entre eles havia indiciados, suspeitos de alienação mental; réus absolvidos, por terem cometido o delito devido à doença mental; e os condenados da Casa de Correção, que apresentassem perturbação mental, para tratamento especializado.¹⁷¹

Em 1937, o Manicômio Judiciário passou a subordinação da Chefatura de Polícia, como uma secção de Presídios e Anexos da mesma repartição, estando, portanto, desligado da Assistência a Alienados. O mesmo foi separado do Hospital São Pedro, mas construído em um terreno pertencente a este. Jacintho Godoy salientou, na época, a sua preocupação com a transferência para a área prisional, pois esta tirou a feição de hospital judiciário e equiparou o manicômio “a qualquer presídio de jurisdição policial, transformando o doente mental na condição de recluso”.¹⁷²

Pelo decreto nº 16.424, de 24 de janeiro de 1964, a instituição passou a denominar-se Instituto Psiquiátrico Forense, recebendo novo regimento interno, que determinou que a direção fosse médica. Em 14 de dezembro de 1964, já com o nome de seu patrono Dr. Maurício Cardoso, o manicômio foi subordinado à Secretaria de Interior e Justiça. Com a

¹⁷⁰ GODOY, J. **Psiquiatria no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Globo, 1955.

¹⁷¹ GODOY, J. **Psiquiatria no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Globo, 1955.

¹⁷² GODOY, J. **Psiquiatria no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Globo, 1955, p.78.

criação da Superintendência dos Serviços Penitenciários, o instituto passou a ser integrante do Departamento de Estabelecimentos Penais.

Um a portaria do Secretário da Justiça, em 1977, deu uma nova organização estrutural e funcional para a instituição. Segundo Menezes, foi feita, pela primeira vez, uma referência ao regime de alta progressiva, como modalidade de atendimento.¹⁷³

Menezes chama a atenção para o fato que, na década de 1980 o Instituto gozava de grande prestígio e importância, no contexto da Psiquiatria do Rio Grande do Sul, mas que na década de 1990, devido à situação de abandono, por parte das autoridades da área da segurança, o corpo clínico da instituição iniciou um movimento pela melhoria das condições de atendimento. Foram apontadas, na época, muitas carências, tais como: a falta de medicamentos, de material de higiene e limpeza, de manutenção dos prédios e de funcionários.¹⁷⁴

Crespo de Souza e Menezes enfatizam que o isolamento do instituto e das prisões, em relação ao sistema de saúde, para a realização de avaliações e tratamento resultou no incremento de doenças e no estresse ambiental, além de aumentar os custos operacionais.¹⁷⁵

¹⁷³ **Alta Progressiva** - Benefício concedido pelo Juiz, para os internos em medida de segurança. Propicia ao paciente permanecer por períodos preestabelecidos fora da instituição. Constitui um estágio intermediário entre a internação e a desinternação, em que o interno pode ter saídas gradativas do hospital, acompanhado ou até mesmo sozinho.

¹⁷⁴ MENEZES, R. **Esquizofrenia e liberdade**. Porto Alegre: Armazém Digital, 2005.

¹⁷⁵ CRESPO DE SOUZA, C. A. **Doentes mentais em prisões e em casas de custódia e tratamento**: um grande e permanente desafio. Disponível em :<<http://www.polmed.com.br>> Acesso em novembro de 2005.

MENEZES, R. **Esquizofrenia e liberdade**. Porto Alegre: Armazém Digital, 2005.

Geograficamente, o Instituto Psiquiátrico Forense localiza-se em um terreno próximo ao Hospital Psiquiátrico São Pedro, sendo dividido em oito unidades de tratamento. Possui um prédio administrativo, onde se desenvolve o trabalho das direções e as atividades administrativas. As unidades terapêuticas dividem-se em Unidade de Admissão e Triagem (UAT), Unidades Terapêuticas, abertas e masculinas, chamadas de A,B,C e D; Unidade Terapêutica E, feminina; as unidades fechadas, também masculinas, chamadas Unidade de Cuidados Intensivos F (UTF); e a Unidade de Dependência Química (UTG). As unidades abertas abrigam pacientes em condições mentais para circularem pela instituição e, até mesmo, terem saídas autorizadas, quando em alta progressiva. As unidades fechadas abrigam os internos, que apresentam alguma intercorrência e/ou a agudização de sua doença mental, a fim de receberem tratamento intensivo.

- **Unidade de Admissão e Triagem (UAT):** é uma unidade fechada, isto é, o pátio é interno, e os pacientes não podem circular no pátio do Instituto. Todos os pacientes que ingressam na Instituição - presos, presos provisórios ou com internação compulsória - que vêm do interior ou da capital, para submeterem-se a exame, perícia, psicodiagnóstico ou tratamento de doença mental, permanecem nesta unidade.

- **Unidade Terapêutica A (UTA):** Unidade aberta masculina.
- **Unidade Terapêutica B (UTB):** Unidade aberta masculina.
- **Unidade Terapêutica C (UTC):** Unidade aberta masculina.
- **Unidade Terapêutica D (UTD):** Unidade aberta masculina.

- **Unidade Terapêutica E (UTE):** Unidade semi-aberta feminina. Algumas pacientes que possuem capacidade de se cuidarem têm acesso ao pátio do Instituto; outras, somente ao pátio interno da unidade.

- **Unidade Terapêutica F (UTF):** Unidade fechada. Diferencia-se das outras unidades, por ser de Cuidados Intensivos e Especiais. Trata-se de unidade masculina, que abriga, também, aqueles pacientes que recentemente, ingressaram no Instituto, transferidos da Unidade de Triagem. Acolhe ainda, aqueles pacientes que, estando em uma unidade aberta, apresentam agudização do quadro psicopatológico. Estes são transferidos para esta unidade, a fim de receberem cuidados médicos especiais.

- **Unidade Terapêutica G (UTG):** Unidade de Tratamento de Dependentes Químicos, fechada e com população masculina. Assim como na UTF, esta unidade, atende, também, os pacientes que já se encontram na unidade aberta e apresentam alguma intercorrência, relacionada à dependência química.

O primeiro levantamento das características demográficas, clínicas e judiciais dos pacientes internados no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, entre o ano de 1999 e o ano de 2001, foi realizado pelo psiquiatra forense Ruben Menezes. Neste período, estavam internados 618 pacientes, sendo 552 homens e 66 mulheres – proporção de uma mulher para cada dez homens. Destes pacientes, 73% eram solteiros; 19,6%, casados, 5,2%, separados; e 1,3%, viúvos.¹⁷⁶

¹⁷⁶ MENEZES, R. **Esquizofrenia e liberdade**. Porto Alegre: Armazém Digital, 2005.

Com relação ao perfil dos delitos praticados, os crimes sexuais foram tipicamente relacionados à população masculina, e o filicídio mostrou-se como um delito característico da população feminina. A faixa de idade em que mais aconteceram os delitos foi dos 20 aos 30 anos. A média de idade na época do delito cometido foi de 31,2 anos.

Quanto à origem étnica e demográfica, a maior parte da população era de cor branca e natural do interior do Estado. As cidades de maiores índices de procedência eram as seguintes: Porto Alegre, Pelotas, Santa Maria, Bagé, Rio Grande, Caxias do Sul, Ijuí, Gravataí, Novo Hamburgo, Sapucaia do sul, Viamão e outros.

O nível de escolaridade mostrou-se muito baixo, predominando o primeiro grau incompleto, o que, hoje, equivale ao Ensino Fundamental incompleto, com uma grande proporção de indivíduos analfabetos.¹⁷⁷

O dado de escolaridade, segundo Menezes, mostra-se concordante com a situação ocupacional dos pacientes. Há uma predominância de funções assalariadas, uma alta frequência de trabalhadores com um baixo nível de qualificação, sem atividade declarada ou aposentados por invalidez.¹⁷⁸

A maioria dos pacientes apresentou delitos muito graves, com uma proporção de 34% de homicídios, predominando, assim, os crimes contra a pessoa (74%). As lesões corporais responderam por 26% dos casos, seguidos dos crimes sexuais (9%), ameaças (8%), roubo/furto (8%), tentativa de homicídio (8%) e outros (4%). O perfil da vítima apontou para uma grande proporção, envolvendo familiares de primeiro grau (mãe, pai, irmãos e filhos).

¹⁷⁷ MENEZES, R. **Esquizofrenia e liberdade**. Porto Alegre: Armazém Digital, 2005.

¹⁷⁸ MENEZES, R. **Esquizofrenia e liberdade**. Porto Alegre: Armazém Digital, 2005.

Quanto ao diagnóstico, exarado pelos médicos psiquiatras forenses, o quadro clínico mais freqüente foi à esquizofrenia (60%), sendo o subtipo paranóide o mais encontrado (51%). Entre os pacientes esquizofrênicos que apresentavam comorbidades, os diagnósticos de abuso de substâncias psicoativas foram os mais encontrados (43,3%), seguidos pela deficiência mental (31,3%).

Grande parte dos pacientes foi internada em instituições psiquiátricas anteriormente. A maioria, em Porto Alegre, no Hospital Psiquiátrico São Pedro. No interior, o hospital de Pelotas foi o mais apontado.

O período de internação, em muitos casos, excedeu os 20 anos de duração. O tempo médio de internação encontrado foi de 7,12 anos. O autor salienta que este tempo inclui o período em que os pacientes permanecem em alta progressiva – portanto, em suas comunidades - e não no hospital.¹⁷⁹

2.9 PESQUISAS SOBRE O SUICÍDIO EM AMBIENTES DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO

O sistema penitenciário mundial tem se preocupado com o suicídio nas prisões. O comportamento suicida é apontado como um problema muito sério, já que a taxa de mortes entre os reclusos parece ser mais elevada do que na população em geral. A prevenção do suicídio, em ambientes prisionais, vem crescendo e uma das razões para esse interesse é o fato de o Estado ser visto como responsável pelo bem-estar daqueles que remeteu à prisão.¹⁸⁰ No Brasil, estudos descritivos específicos sobre suicídio no sistema penitenciário e,

¹⁷⁹ MENEZES, R. **Esquizofrenia e liberdade**. Porto Alegre: Armazém Digital, 2005.

¹⁸⁰ LLOYD, C. **Suicide and self-injury in prison**: a literature review. Home Office Research and Planning Unit Report. London: Her Majesty's Stationery, 1990. Disponível em: <<http://www.csc-scc.ca/>> Acesso em junho de 2005.

principalmente, nos manicômios judiciários - objeto deste estudo - não foram encontrados, até o presente momento.

A investigação da relação entre doença mental e violência auto e heteroagressiva mostra-se controversa. Para alguns autores,¹⁸¹ há indicadores de que pessoas mentalmente doentes apresentam um risco elevado de cometer atos violentos. Outros entendem que estes estudos não apresentam qualidade metodológica, para fazer tal afirmação.¹⁸² Menezes diz que devemos ficar atentos a um importante fator, relacionado às pesquisas que vinculam doença mental e comportamento violento. Trata-se da diferença existente, nos níveis de desenvolvimento econômico, social e cultural, entre os países de onde as pesquisas são feitas - pois a maioria foi produzida em países desenvolvidos.¹⁸³

Cox et al chamam a atenção para o fato de que as cadeias e as delegacias de polícia¹⁸⁴ funcionam como a porta de ingresso para o sistema penitenciário e, também, são as instituições mais negligenciadas pela sociedade. Recebem uma população de alto risco para comportamento suicida, como homens, jovens, portadores de transtornos psicóticos,

¹⁸¹ DITTON, P. Mental Health and treatment of inmates and probationers. **Bureau of Justice Statistics – Special Report**. July, 1999.

Muertes por homicidio, suicidio y accidentes em pacientes com transtornos mentales. **Revista Panam Salud Publica**. [on line]. vol. 11, nº 1, p. 23-33, jan., 2002. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em 19 de novembro de 2005.

¹⁸² LLOYD, C. **Suicide and self-injury in prison: a literature review**. Home Office Research and Planning Unit Report. London: Her Majesty's Stationery, 1990.

Disponível em : <<http://www.csc-scc.ca/>>. Acesso em: junho de 2005.

¹⁸³ MENEZES, R. **Homicídio e esquizofrenia: estudo de fatores associados**. Porto Alegre: UFRGS, 2001. Dissertação, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.

¹⁸⁴ Nas cadeias e nas delegacias de polícia, encontram-se os presos provisórios, sem sentença definida. Essas têm o objetivo de custodiar aqueles que supostamente tenham cometido um crime, para que fiquem à disposição da autoridade judicial, durante a ação penal. BRASIL. **Administração Penitenciária: uma abordagem de Direitos Humanos**. International Centre for Prison Studies. Tradução de Paulo Liégio. Ministério da Justiça, Brasília, 2002.

depressivos e muitos indivíduos que estavam sob a influência de alguma droga quando presos.¹⁸⁵

Os estudos referentes à população em geral mostram que os fatores sociais, relacionados com o comportamento suicida - como ter passado por diferentes tipos de privações – são, também, medidas da desvantagem social e da exclusão social.¹⁸⁶ Esses fatores são encontrados, mais freqüentemente, nas populações encarceradas do que na população em geral; portanto, as taxas de suicídios nas prisões tendem a ser relativamente maior do que fora delas. Assim, embora a prisão seja uma forma de punição, pelo crime cometido, elas agem, igualmente, como um filtro para problemas sociais e abrigam grupos que apresentam altos graus de privação, configurando a exclusão social final.¹⁸⁷

Um dos fatores apontados como causa para o número crescente de suicídios no ambiente penitenciário, é o alto índice de doenças mentais, verificado na população encarcerada. Como explicação para esse fato, tem sido referido o início do processo de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, com a conseqüente criminalização da doença mental.¹⁸⁸

¹⁸⁵ COX, J.F. et al. A model for crisis intervention services within local jails. **International Journal of Law & Psychiatry**, v.11, n.4, 1990.

¹⁸⁶ BEATO, C. C. Suicídio e a teoria social. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y.P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p.61-78.

MELEIRO, A.; TENG, C. T. Fatores de risco de suicídio. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p.109-131.

¹⁸⁷ JENKINS, R. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. Cambridge University Press. **Psychological Medicine**, v.35, p.257-269, 2005.

¹⁸⁸ LANDSBERG, G.; MORSCHAUSER, P. Issues in the prevention and detection of suicide potential in correctional facilities. In: RICHARD, R. **Principles and practice of forensic psychiatry**. Second Edition. London: ARNOLD, 2005, pg. 513-517.

ARBOLEDA-FLÓREZ, J. Integration initiatives for forensic services. **World Psychiatry**, v.3, n.2, p.179-183, 2003.

Em 1997, o *Department of Health commissioned the Office for National Statistics* (NOS) Londres, realizou uma pesquisa, em grande escala, sobre a prevalência de doenças mentais nas prisões da Inglaterra e País de Gales. O resultado deste estudo confirmou índices elevados de transtornos mentais, nesta população. Entre os detidos, sem uma sentença ainda definida, 63% preenchem critérios para alguma patologia mental, 38% apresentaram sintomatologia indicativa de abuso de substâncias e 11% algum transtorno de personalidade.¹⁸⁹

O Departamento de Justiça dos Estados Unidos, no ano de 1998, contabilizou um número em torno de 283.800 presos portadores de uma doença mental. Destes, 16% encontravam-se em uma prisão estadual e 7% nas prisões federais. Este mesmo estudo verificou que 25% do total de presos em cadeias¹⁹⁰ recebem tratamento para problemas emocionais ou mentais, e 10% dos homens e 15% das mulheres relataram terem recebido, ao menos uma noite, atendimento psiquiátrico. Nesse mesmo estudo, foi encontrado um percentual de 10-15% dos reclusos, como portadores de uma doença mental severa; 59% destes, estavam sob a influência de álcool ou de drogas, no momento do delito; e 30% dos homens e 78% das mulheres, doentes mentais, relataram uma história de abuso físico ou sexual.¹⁹¹

¹⁸⁹ JENKINS, R. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. Cambridge University Press. **Psychological Medicine**, v.35, p.257–269, 2005.

¹⁹⁰ Diferentes termos são usados, nos Estados Unidos, para denotar os lugares de detenção. Aqueles que mantêm pessoas que aguardam julgamento ou foram condenadas a penas curtas são chamados de “cadeias” e os estabelecimentos que mantêm presidiários condenados, de “instituições de recuperação”. As pessoas detidas em cadeias ou em delegacias de polícia, geralmente, ficam aprisionadas por pouco tempo. As prisões são gerenciadas pelo Estado e pelas jurisdições Federais, e os detentos ficam um tempo maior, pois já receberam uma condenação. BRASIL. **Administração Penitenciária: uma abordagem de Direitos Humanos**. International Centre for Prison Studies. Tradução de Paulo Liégio. Ministério da Justiça, Brasília, 2002.

¹⁹¹ DITTON, P., 1999 apud LANDSBERG, G.; MORSCHAUSER. Issues in the prevention and detection of suicide potential in correctional facilities. In: ROSNER, R. **Principles and practice of forensic psychiatry**. Second Edition, London: ARNOLD, 2005, p.513 – 517.

A alta prevalência de transtornos mentais encontrada no ambiente penitenciário, segundo relatório do sistema penitenciário da Flórida, teve como causas o estresse pós-traumático, a superlotação, as condições restritivas da prisão e a prática do confinamento em celas isoladas. O relatório registra, ainda, a pouca compreensão, acerca dos sinais e sintomas indicativos de uma patologia mental, pelos funcionários responsáveis pela custódia. Estes, ao não reconhecerem, entre os prisioneiros, os que apresentam uma patologia mental, podem incrementar o sofrimento, tratando os comportamentos disruptivos como um problema disciplinar.¹⁹²

Um estudo sobre mulheres presas, não portadoras de patologia mental, ao ingressar na prisão, revisou as condições de saúde, após um longo período em que elas ficaram em celas isoladas. Os dados encontrados mostraram que elas apresentaram sintomas de claustrofobia, reação crônica de raiva, depressão severa, sintomas alucinatorios, perda do apetite, distúrbios visuais e palpitações, após o isolamento.¹⁹³

Embora os homens sejam apontados como a maioria que comete o suicídio nas prisões, as mulheres, na custódia, também apresentam um risco elevado. Segundo a Organização Mundial de Saúde, as mulheres presas tentam o suicídio cinco vezes mais do que a população feminina em geral e duas vezes mais que os homens presos.¹⁹⁴

¹⁹² GREEN, C. et al. **A study of 133 suicides among Canadian Federal Prisoners:** prison violence and self injury. v. 4, n.3, 1992. Disponível em:< <http://www.csc-scc.ca/crd/forum/e043/3043i.htm>> Acesso em: junho de 2005.

¹⁹³ GREEN, C. et al. **A study of 133 suicides among Canadian Federal Prisoners:** prison violence and self injury. v. 4, n.3, 1992. Disponível em:< <http://www.csc-scc.ca/crd/forum/e043/3043i.htm>> Acesso em: junho de 2005.

¹⁹⁴ WHO. **Preventing suicide:** a resource for prison officers. Mental and behavioural disorders. Department of mental health. World Health Organization. Geneva, 2000.

No Departamento de Justiça Criminal do Texas, entre 1996 e 1997, ocorreram 25 suicídios completos. Destes, 60% das vítimas tiveram um diagnóstico de doença mental. Entre os apenados que cometeram suicídio, 76% receberam este diagnóstico durante o período de cárcere. Os diagnósticos encontrados foram: transtornos do humor (64%); transtornos psicóticos (44%); transtornos de personalidade (56%). A maioria destes diagnósticos esteve associada à história de uso abusivo de álcool e de drogas, sendo que muitos dos suicidas, tinham um estressor crônico e/ou agudo, problemas de relacionamento, história familiar de suicídio, sentença condenatória transitada em julgado e/ou doença clínica.¹⁹⁵

Além da alta incidência de doença mental, no ambiente penitenciário, a vulnerabilidade em que se encontram as populações confinadas é um dos fatores que elevam o risco de suicídio. A combinação do sentimento de desesperança, da história pessoal, da situação vivenciada e a incapacidade para gerar soluções para seus problemas estão presentes e são alguns aspectos que predisõem as altas taxas de comportamento suicida, em ambientes prisionais.¹⁹⁶

As diferentes modalidades de prisão implicam em diferentes comportamentos externalizados. Os sujeitos condenados, que têm conhecimento sobre a sua situação jurídica, tendem a se adaptarem melhor ao sistema penitenciário. Já a situação de insegurança, gerada quando o recluso está esperando uma decisão, acerca de sua situação jurídica, muitas vezes, suscita o aparecimento de sintomas psiquiátricos ou serve de estressor, para uma patologia mental já existente. Quanto ao comportamento suicida nas penitenciárias, onde se encontram

¹⁹⁵ FELTHOUS, A. R. et al. **Factors in prison suicide: one year study in Texas.** [Resumo]. Disponível em: <<http://www.scielo.medline>>. Acesso em: 20 outubro de 2003.

¹⁹⁶ LIEBLING, A. Suicides in young prisoners: a summary. **Death Stud**, v.17n. 5, p.381-389, 1993.

prisioneiros já sentenciados, a taxa média de suicídio apontada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é de três vezes a taxa da população em geral. Já nos ambientes prisionais que abrigam detentos por um curto prazo, a taxa de suicídio é dez vezes maior do que a da população em geral.¹⁹⁷

A OMS, a partir dos estudos realizados nas diferentes modalidades de prisão, indica perfis diferenciados, dos indivíduos que cometeram suicídio e se encontravam detidos em cadeias ou delegacias, dos réus recentemente presos e dos presos condenados. Os primeiros geralmente são homens, jovens, com idade entre 20 e 25 anos, solteiros, usuários de drogas e/ou de álcool. Cometeram delitos menores, geralmente relacionados ao uso de drogas e/ou álcool. Nestes casos, o suicídio ocorreu nas primeiras 24 horas, após serem detidos e, freqüentemente, nos primeiros dias de prisão. Os últimos geralmente são homens, com idade em torno dos 30 aos 35 anos. São responsáveis por crimes violentos e o suicídio ocorreu num período entre quatro a cinco de prisão. O suicídio pode ser precipitado por conflitos com outros detentos, com os funcionários, com a família, ou, ainda, pela negativa dos benefícios legais a que têm direito.¹⁹⁸

A importância da intoxicação por álcool e drogas, como um fator de risco para comportamento suicida nas prisões, foi enfatizada por Hayes, em um estudo nacional, nas prisões norte-americanas. Este estudo indicou que 60% das pessoas que cometeram suicídio estavam sob a influência do álcool, das drogas ou de ambos, no momento do ato suicida.¹⁹⁹

¹⁹⁷ WHO. **Preventing suicide:** a resource for prison officers. Mental and behavioural disorders. Department of mental health. World Health Organization. Geneva, 2000.

¹⁹⁸ WHO. **Preventing suicide:** a resource for prison officers. Mental and behavioural disorders. Department of mental health. World Health Organization. Geneva, 2000.

¹⁹⁹ HAYES, L. M.; ROWAN, J. R. **National study of jail suicides:** seven years later. Disponível em: <<http://www.nicic.org>> Acesso em: outubro 2004.

Com relação às altas taxas de suicídio consumado, no ambiente prisional, um estudo realizado na Carolina do Sul indicou que a taxa de suicídios, nas cadeias e nas prisões, foi de aproximadamente nove vezes a da população em geral. Nas delegacias de polícia, onde se encontravam presos provisórios, foi de 250 vezes.²⁰⁰

Marcus e Alcabes descrevem as principais características da população encarcerada, que cometeu suicídio, na cidade de Nova York, entre 1980 e 1988. Dizem que mais da metade dos suicídios consumados – que, no caso, foi em número de 48 - ocorreu no primeiro mês de prisão. A taxa encontrada nos centros de detenção foi de nove vezes a da população. Em 62% dos casos de suicídio consumado, havia a história de tentativas anteriores, e os suicidas tinham comunicado sua intenção de morrer. Do total, 50% dos suicídios ocorreram entre os três dias anteriores ou posteriores ao comparecimento a uma audiência ou ao recebimento de uma decisão judicial. Mais de 90% dos suicídios ocorreram por enforcamento e em momentos em que os detentos se encontravam sozinhos na cela.²⁰¹

Já nas prisões da cidade de Buenos Aires, a taxa anual de suicídios, durante os anos de 2000 a 2001 e uma parte de 2002, comparada com as taxas da população geral do país foi de 13 vezes. Segundo os dados deste estudo, para este mesmo período, a taxa de suicídios nas prisões, foi de 14 vezes a taxa verificada na população da Província de Buenos Aires.²⁰²

O perfil dos criminosos suicidas, de acordo com o Relatório Anual do Sistema Penitenciário da Flórida, no ano de 1995, foi o de um homem, branco, jovem, idade em torno

²⁰⁰ HAYES, L. M.; ROWAN, J. R. **National study of jail suicides: seven years later.** Disponível em: <<http://www.nicic.org>> Acesso em: outubro 2004.

²⁰¹ MARCUS, P.; ALCABES, P. Characteristics of suicides by inmates in an urban jail. **Hosp Community Psychiatry**, v. 44, n. 3, p. 256-261, 1993.

²⁰² FOLINO, J. O.; MARCHIANO, S. E.; WILDE, A. S. Suicidios en convictos bonaerenses. **Revista Argentina de Psiquiatria**, vol. XIV, p. 286-291, 2003.

dos 30 anos, sem história criminal prévia e que cometeu um delito contra a pessoa. Um terço dos suicidas teve sentenças de menos de cinco anos. Naqueles casos em que a sentença recebida foi superior a 25 anos, o suicídio ocorreu entre um e dois anos, após a prisão. A maioria (89%) usou o enforcamento como método. O autor cita um outro estudo, em Maryland, que encontrou o perfil de um homem preto, um pouco mais velho, em torno dos 34 anos, preso em uma unidade de segurança máxima e com um tempo médio de 43 meses de prisão. Nas pesquisas citadas, os suicídios ocorreram entre a meia noite e o amanhecer.²⁰³

Blaauw, Kerkhof e Hayes fizeram uma comparação entre as pesquisas realizadas nas prisões da Alemanha e dos Estados Unidos, acerca dos fatores criminais e psiquiátricos envolvidos no suicídio dessas populações. O perfil encontrado foi o de um homem, solteiro, idade em torno de 40 anos, com uma história de doença mental, abusador de drogas e/ou álcool, preso pela primeira vez e que cometeu um crime violento.²⁰⁴

Lindsay Hayes, perito forense e diretor de pesquisa da (*National Center on Institutions & Alternatives*) NCIA, órgão que estuda e trabalha com a prevenção do suicídio em ambientes de custódia, realizou um estudo sobre o suicídio consumado, nas prisões federais dos Estados Unidos. Algumas explicações para as altas taxas de suicídio, nesta população, foram listadas, tais como: recente uso de álcool e/ou o uso excessivo de drogas; perda de recursos sociais, econômicos e familiares estabilizadores; excessiva culpa ou vergonha do delito alegado; doença mental atual; doença física grave ou terminal; tentativas anteriores de suicídio e a proximidade de um estressor, como causa da ruptura emocional.²⁰⁵

²⁰³ LESTER, D. et al. Suicide behind bars: prediction and prevention. Pennsylvania: **The Charles Press, Publishers**, Inc., p.1-14, 1993.

²⁰⁴ BLAAUW, E.; KERKHOF, A. J.; HAYES, L. M. Demographic criminal and psychiatric factors related to inmate suicide. **Suicide Life Threat Behavior**, v.35, n.1, p.63-75, Feb., 2005.

²⁰⁵ HAYES, L. M.; ROWAN, J. R. **National study of jail suicides: seven years later**. Disponível em: <<http://www.nicic.org>> Acesso em: outubro 2004.

Hayes entende que as conseqüências psicológicas pela separação da família e de outras fontes de sustentação social, a ansiedade pela situação de estar privado de sua liberdade, o desespero pelo desconhecimento do futuro e as condições precárias das prisões são alguns dos indicadores relacionados à grande vulnerabilidade. Isto se verifica, principalmente, entre os jovens, que se encontram reclusos. Estes fatores podem, também, ser condições desencadeadoras de doenças mentais e de comportamento suicida.²⁰⁶

Um outro problema mencionado diz respeito ao sub-relato dos casos de suicídios, em ambientes prisionais. A vergonha, a humilhação, o medo da perda dos benefícios conquistados pelo detento, e o estigma são algumas das razões indicadas para o sub-relato do comportamento suicida nas prisões.²⁰⁷

Uma análise preliminar dos suicídios ocorridos nas prisões australianas, no período de 1980 a 1998, realizado pelo *Australian Institute of Criminology*, examinou a incidência de mortes e de suicídio nesta população. Concluiu que o suicídio foi a principal causa de morte nas instituições penitenciárias da Austrália, sendo responsável por 46,6% de todas as mortes na prisão. O principal método empregado pelos suicidas foi o enforcamento (90%). Quanto ao gênero, 96,5% eram homens, solteiros e que não tinham filhos. A idade média encontrada foi de 29 anos, sendo que 48%, dos suicidas, eram detentos sem sentença condenatória. A maioria dos suicidas, cerca de 85%, era composta de presos que, como punição, estavam sozinhos em sua cela. Foi verificado, ainda, o uso recente de álcool ou drogas, o diagnóstico de uma doença mental e/ou doença física terminal ou crônica e a presença de tentativas

²⁰⁶ HAYES, L. M.; ROWAN, J. R. **National study of jail suicides: seven years later.** Disponível em: <<http://www.nicic.org>> Acesso em: outubro 2004.

²⁰⁷ HAYES, L. M.; ROWAN, J. R. **National study of jail suicides: seven years later.** Disponível em: <<http://www.nicic.org>> Acesso em: outubro 2004.

suicidas anteriores. Quanto aos aspectos jurídicos, 20%, dos casos de suicídio, foram sentenciados pelo crime de homicídio, seguido do crime de assalto (14,8%).²⁰⁸

A associação entre comportamento suicida e comportamento violento, no estudo de Green et al, nas prisões canadenses, apresentou controvérsias em relação à maioria das pesquisas já realizadas. Os autores verificaram uma moderada incidência na relação entre os crimes cometidos com violência e o comportamento suicida. Do total de suicídios, 38% de seus autores tinham cometido o delito há pouco tempo e não eram relacionados a crimes sexuais. Somente um indivíduo era réu primário, e um quarto dos suicídios ocorreu 90 dias após o sujeito ter recebido uma sentença.²⁰⁹

Em um outro estudo, abrangendo o período de 1983 a 1992, nas penitenciárias canadenses, além da prevalência dos crimes contra a pessoa e dos crimes sexuais, foi encontrado um risco elevado para comportamento suicida, entre aqueles indivíduos que cometeram os chamados “crimes do colarinho branco”.²¹⁰

Nas prisões e hospitais psiquiátricos forenses, do serviço penitenciário da província de Buenos Aires, em um período de dois anos e meio (janeiro de 2000 a julho de 2002), ocorreram 29 suicídios. Destes, 93,1% dos suicidas eram homens e 6,9% eram mulheres com uma idade média de 27,8 anos (dp de 7,75). Quanto ao delito, 20% dos suicidas tinham

²⁰⁸ AUSTRALIAN INSTITUTE OF CRIMINOLOGY. DALTON, V. **Suicide in prison 1980 to 1998**: National Overview, nº126 – trends & issues in crime and criminal justice. August, 1999.

²⁰⁹ GREEN, C. et al. **A study of 133 suicides among Canadian Federal Prisoners**: prison violence and self injury, v.4, n. 3, 1992. Disponível em: <<http://www.csc-sec.ca/crd/forum/e043/3043i.htm>.> Acesso em: junho de 2005.

²¹⁰ THE CORRECCIONAL SERVICE OF CANADÁ, 1996-97: **Retrospective Report on inmate suicides**. Centre for Suicide Prevention, Canadá. Disponível em: <<http://www.suicideinfo.ca>.> Acesso em: junho de 2005.

cometido crimes contra pessoas; 3,4%, crimes sexuais; 54,9%, contra o patrimônio; e, em 20,6%, não constava o delito. Os autores encontraram poucos dados sobre a conduta dos suicidas, no sistema penal, assim como sobre os dados relacionados à história jurídica (progressão de regime, audiências etc.), no período que antecedeu ao suicídio. O estudo baseou-se nos suicídios consumados, e estes ocorreram, em 60% dos casos, nos três primeiros meses de ingresso no sistema penitenciário.²¹¹

No âmbito psiquiátrico forense, a relação entre tentativas de suicídio, fatores de vulnerabilidade e comportamento violento foi investigada por Stalenheim, na Suécia. O autor considerou tentativas de suicídio, crimes violentos e os fatores que elevariam a vulnerabilidade para comportamento suicida, através de instrumentos psicométricos e entrevista clínica. A impulsividade e a agressividade elevadas, como traço característico nos suicidas, e uma baixa socialização foram encontradas, independente de uma história de crimes violentos ou não. Não foi significativo o relacionamento, entre tentativas de suicídio e comportamento criminal violento. Entre, entre os avaliados que cometeram crimes violentos, contudo, havia uma diferença altamente significativa para os que tentaram o suicídio e os que não apresentaram esse comportamento. Os resultados apontaram um diagnóstico mais severo de personalidade - como o Transtorno Borderline de personalidade - naqueles que tentaram o suicídio do que em outros pacientes violentos.²¹²

²¹¹ FOLINO, J. O.; MARCHIANO, S. E.; WILDE, A. S. Suicídios en convictos bonaerenses. **Revista Argentina de Psiquiatria**, vol. XIV, p. 286-29, 2003.

²¹² STALENHEIM, E. G. Relationships between attempted suicide, temperamental vulnerability and violent criminality in a Swedish forensic psychiatric population. **Euer Psychiatry**, v. 16, n. 7, p. 386-394, Nov., 2001.

Um outro estudo norte-americano, realizado por Apter et al, buscou identificar as variáveis que poderiam estar relacionadas com o risco de suicídio, em pacientes psiquiátricos de um hospital geral, sem uma história de comportamento violento, e em pacientes psiquiátricos forenses, com uma história de comportamento violento. Após o uso de instrumentos psicométricos de avaliação, o estudo concluiu que os dois grupos apresentaram padrões similares de ansiedade, de falta de controle dos impulsos, de desconfiança e de rebeldia. Os pacientes psiquiátricos forenses, porém, não apresentaram uma prevalência de transtornos afetivos, nem uma correlação significativa entre tristeza e risco de comportamento suicida. Essas foram encontradas nos pacientes psiquiátricos considerados não violentos.²¹³

Johnson et al entendem que, entre os pacientes psiquiátricos forenses, que apresentam comportamento suicida, a violência do ato é fruto da impulsividade e da agressividade dirigida a si mesmos e aos outros. Os autores referem o uso de um método suicida mais violento do que o utilizado pela população em geral. Enfatizam o comportamento anti-social, pouco colaborador e provocativo, destes pacientes, como uma das causas para o afastamento da família e da equipe de atendimento.²¹⁴

2.10 OS ASPECTOS LEGAIS DO COMPORTAMENTO SUICIDA

Ao examinar a violência do homem contra si mesmo, assim como as conseqüências desse ato no âmbito jurídico, Corrêa, Souza e Cataldo Neto fizeram um breve histórico de como os ordenamentos jurídicos visualizavam a problemática em torno do suicídio. Analisaram o instituto, desde a Grécia, onde o mesmo era uma afronta ao Estado; passaram pelo Direito Romano, em que os herdeiros do suicida eram punidos com o confisco dos bens

²¹³ APTER, A. et al. Correlates of risk of suicide in violent and nonviolent psychiatric patients. **Am J Psychiatry**, v. 51, n. 9, p.1316-23, Sept., 1994.

²¹⁴ JOHNSON, C. et al. Suicide among forensic psychiatric patients. **Med Sci Law**, v. 33, n.2, p.137-143, 1993.

(e os soldados, com a morte ou com a desonra da expulsão), e pelo Direito Canônico, em que o suicídio é equiparado ao homicídio.²¹⁵

Esses autores mencionam que o suicídio deixou de ser crime, a partir do movimento iluminista, sob a influência da obra *Dos Delitos e das Penas*, de Beccaria. Segundo a concepção deste autor, o suicida não poderia ser submetido a qualquer penalidade, no tocante ao seu corpo, nem em relação a sua família, já que, no primeiro caso, estar-se-ia punindo “uma estátua” e, no segundo, essa punição poderia ser considerada um ato odioso e despótico.²¹⁶

No Brasil, com o Código Imperial, passou-se a punir o auxílio²¹⁷ ao suicídio com pena de prisão, mas, somente em 1890, com o segundo Código Penal Brasileiro, a indução²¹⁸ ao suicídio também começou a ser punível.

Ramirez afirma que a destruição de uma vida por outrem configura o delito de homicídio. Quando a própria pessoa põe fim a sua vida, no entanto, essa comete suicídio. Portanto, deve-se salientar que o suicídio não é homicídio, não constituindo um injusto penal.²¹⁹

²¹⁵ CORRÊA, R. C.; SOUZA, A. R. R.; CATALDO NETO, A. O suicídio à luz do Direito. In: GAUER, G. J. C.; MACHADO, D. S. **Filhos & vítimas do tempo da violência**. Curitiba: Juruá, 2003, p. 167-193.

²¹⁶ CORRÊA, R. C.; SOUZA, A. R. R.; CATALDO NETO, A. O suicídio à luz do Direito. In: GAUER, G. J. C.; MACHADO, D. S. **Filhos & vítimas do tempo da violência**. Curitiba: Juruá, 2003, p.167-193.

²¹⁷ Art. 196 do Código Imperial: “ajudar alguém a suicidar-se, ou fornecer-lhe meios para esse fim com conhecimento de causa”, FRAGOSO, 1988 apud CORRÊA, R. C.; SOUZA, A. R. R.; CATALDO NETO, A. O suicídio à luz do Direito. In: GAUER, G. J. C.; MACHADO, D. S. **Filhos & vítimas do tempo da violência**. Curitiba: Juruá, 2003, p. 167-193.

²¹⁸ Art. 229 do CP de 1890: “Induzir ou ajudar alguém a suicidar-se ou para esse fim fornecer-lhe meios, com conhecimento de causa.” FRAGOSO, 1988 apud CORRÊA, R. C.; SOUZA, A. R. R.; CATALDO NETO, A. O suicídio à luz do Direito. In: GAUER, G. J. C.; MACHADO, D. S. **Filhos & vítimas do tempo da violência**. Curitiba: Juruá, 2003, p.168.

²¹⁹ RAMIREZ, I. B. **Manual de Derecho Penal**: parte especial. Barcelona: Ariel, 1991.

A vida em sociedade exige a observância de um complexo de normas disciplinares que estabeleçam regras indispensáveis ao convívio dos indivíduos. Aos atos do homem, praticados segundo o Direito, dá-se o nome de atos lícitos, sendo considerados atos ilícitos os que infringem preceito jurídico.²²⁰

Segundo o Código Penal Brasileiro atual, o suicídio não é definido como conduta delituosa. Por atingir um bem indisponível (a vida) e não ser o exercício de nenhum direito subjetivo, todavia, o mesmo configura-se como um fato ilícito, tanto que a lei permite a coação para impedi-lo, conforme o artigo 146, § 3º, inciso II.²²¹

Embora o suicídio, como já afirmado, não seja uma conduta típica, no artigo 122 define-se o crime de induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio (estes sim, considerados condutas típicas, e não o ato de suicidar-se). O auxílio pode ser conceituado como a participação material. O induzimento é a criação do desejo na mente da vítima fazendo surgir a vontade suicida. A instigação, por sua vez, é entendida como o reforço, o estímulo a uma vontade pré-existente de cometer suicídio.²²²

Bruno diz que, para haver a configuração do auxílio ao suicídio, o sujeito deve atuar materialmente, mas o ato de matar-se deve ser, obrigatoriamente, realizado pela vítima.²²³

Correa, Souza e Cataldo Neto, citando Manzini, dizem que, no crime de participação, são necessários o dolo genérico e o dolo específico. O dolo é a vontade livre e consciente de

²²⁰ BRUNO, A. **Direito Penal**: parte especial: crimes contra a pessoa. Rio de Janeiro: Forense, 1966.

²²¹ MIRABETE, J. F. **Manual de Direito Penal**: parte especial – artigos 121 a 234 do Código Penal. São Paulo: Atlas, 2002.

²²² MIRABETE, J. F. **Manual de Direito Penal**: parte especial – artigos 121 a 234 do Código Penal. São Paulo: Atlas, 2002.

²²³ BRUNO, A. **Direito Penal**: parte especial: crimes contra a pessoa. Rio de Janeiro: Forense, 1966.

instigar, induzir ou auxiliar outra pessoa a suicidar-se, com a intenção de que o ato se efetive. No dolo genérico, existe a vontade consciente de praticar o fato previsto na lei, enquanto que, no dolo específico, há o desejo que o sujeito passivo se suicide.²²⁴

Mirabete entende que o dolo específico inexistente, já que, em sua opinião, quem quer induzir, instigar ou auxiliar o suicida automaticamente também tem a vontade de que ele obtenha o resultado a que se propõe. Em relação ao dolo eventual, no entanto, acredita que não há nenhum óbice a sua ocorrência.²²⁵

No crime de participação em suicídio, não há forma culposa, uma vez que o legislador, no artigo 122 do Código Penal, não faz qualquer referência à culpa. Poder-se-ia cogitar, no entanto, a respeito da configuração do delito de homicídio culposo, nas manifestações de evidente imprudência ou negligência.²²⁶

Quando o suicida é inimputável, ou menor sem compreensão, não ocorrerá o delito citado, diante da capacidade nula da vítima. Configurar-se-á, dessa forma, homicídio, já que, no caso, o suicida é um mero instrumento do agente.²²⁷

²²⁴ CORRÊA, R. C.; SOUZA, A. R. R.; CATALDO NETO, A. O suicídio à luz do Direito. In: GAUER, G. J. C.; MACHADO, D. S. **Filhos & vítimas do tempo da violência**. Curitiba: Juruá, 2003, p.167-193.

²²⁵ MIRABETE, J. F. **Manual de Direito Penal: parte especial – artigos 121 a 234 do Código Penal**. São Paulo: Atlas, 2002.

²²⁶ MIRABETE, J. F. **Manual de Direito Penal: parte especial – artigos 121 a 234 do Código Penal**. São Paulo: Atlas, 2002.

²²⁷ MIRABETE, J. F. **Manual de Direito Penal: parte especial – artigos 121 a 234 do Código Penal**. São Paulo: Atlas, 2002.

2.10.1 Responsabilidade do Estado no tocante ao suicídio

O Estado é responsável em relação àqueles que tem sob custódia. A Constituição Federal, em seu artigo 37, § 6º, faz referência aos princípios constitucionais que a Administração Pública de qualquer um dos poderes deverá obedecer. São eles: da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade e da eficiência. A responsabilidade civil do Estado é objetiva, impondo-lhe deveres e responsabilidades. Portanto, os prestadores de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável, nos casos de dolo ou culpa. O artigo 43 do Código Civil Brasileiro, em consonância com o texto constitucional, também apregoa a responsabilidade civil das pessoas jurídicas de direito público em relação aos atos de seus agentes que, nessa qualidade, causem danos a terceiros.²²⁸

Segundo acórdão do Supremo Tribunal Federal (Resp 602102/ RS), a responsabilidade civil que se imputa ao Estado por ato danoso de seus prepostos é objetiva. Enfatiza tal acórdão que a teoria objetiva só será afastada por duas razões: por motivo de força maior ou na existência de culpa exclusiva da vítima, já que, nesse caso, estaria afastado o nexo de causalidade.²²⁹ Diz ainda que o Estado tem a obrigação de prestar um serviço adequado àquele que se encontra sob a sua guarda – com base no art. 15 do Código Civil Brasileiro de 1916.²³⁰

²²⁸ BRASIL. **Constituição Federal, Código Civil, Código de Processo Civil**. Organizador: Nylson Paim de Abreu Filho, 6ª edição. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2005.

²²⁹ **Revista eletrônica de Jurisprudência**. Disponível em: <<http://www.stj.gov/SCON/jurisprudencia>> Acesso em: novembro de 2005.

²³⁰ BRASIL. **Constituição Federal, Código Civil, Código de Processo Civil**. Organizador: Nylson Paim de Abreu Filho, 6ª edição. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2005.

Os profissionais a quem incumbe o dever de cuidado previsto no artigo 13, § 2º²³¹, alínea “a”, do Código Penal, responderão pelo próprio resultado danoso nos casos em que a lei lhes impõe o dever de ação (esses são garantidores do bem jurídico tutelado pela norma penal). Configura-se, assim, o chamado crime comissivo por omissão, o qual surge quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado.

Com relação ao dever de regresso, em se tratando de ato omissivo, o mesmo acórdão diz que prevalece na jurisprudência a teoria subjetiva do ato omissivo, devendo ficar comprovada a existência de culpa “lato sensu” do agente para a acolhida da ação de regresso. Esse entendimento encontra-se consubstanciado no artigo 186 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe: “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar prejuízo a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”.²³²

²³¹ Segundo o artigo 13, § 2º, do Código Penal, o dever de agir incumbe a quem: “(a) tinha por lei obrigação de cuidado, proteção ou vigilância; b) de outra forma, assumiu a responsabilidade de impedir o resultado; c) com seu comportamento anterior criou o risco da ocorrência do resultado”. BRASIL. **Constituição Federal, Código Penal, Código de Processo Penal**. Organizador: Nylson Paim de Abreu Filho. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2005.

²³² BRASIL. **Constituição Federal, Código Civil, Código de Processo Civil**. Organizador: Nylson Paim de Abreu Filho, 6ª edição. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2005.

3 METODOLOGIA

3.1 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi autorizado pelo Dr. Rogério G. Cardoso, Diretor Geral do Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso e apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Ofício nº 686/05-CEP (ANEXO A), sendo autorizado em 04 de agosto de 2005.

3.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O estudo retrospectivo teve como objetivo investigar as características demográficas, clínicas e criminológicas dos internos que cometeram suicídio, no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, no período de 1985 a 2004. Em um primeiro momento, buscou-se, através dos registros dos internos aqueles casos em que ocorreu um óbito e que constavam nos documentos como “morte por suicídio”. Em um segundo momento, a análise dos registros, clínicos e administrativos, permitiu a identificação das características demográficas, clínicas e criminológicas dos casos comprovados de suicídio. Com essa finalidade, foi elaborado um protocolo de pesquisa (ANEXO B) para a coleta dos dados referentes as variáveis demográficas, clínicas, criminológicas e os fatores associados (local, data, horário, tentativas anteriores, meio utilizado). Os dados para o preenchimento do formulário de pesquisa foram obtidos diretamente das papeletas administrativas e clínicas.

3.3 POPULAÇÃO

No período de vinte anos, foram registradas 197 mortes, no Instituto, sendo que a população em estudo foi representada por 20 internos, que cometeram suicídio comprovado, no período de janeiro de 1985 a dezembro de 2004. Do total de mortes, sete prontuários, com suspeita de suicídio, foram excluídos do estudo, por falta de dados específicos sobre as circunstâncias em que as mortes ocorreram. Os sujeitos dessa pesquisa constavam como

internos na instituição, por determinação judicial e em decorrência de qualquer um dos motivos previstos em lei. Estas situações costumam ocorrer, quando é decretada uma medida de segurança, quando o preso, já condenado; ou o réu, sem condenação, são internados no Instituto. Neste sentido, os primeiros receberam medida de segurança e encontravam-se em custódia e tratamento. No segundo caso, os presos foram internados com a finalidade de submeterem-se a tratamento e avaliação psiquiátrica.

3.4 LOCAL

O estudo foi realizado no Instituto Psiquiátrico Forense “Dr. Maurício Cardoso”, situado em Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul.

3.5 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados, pela autora, através de um instrumento específico, diretamente dos prontuários administrativos e clínicos, arquivados no Instituto Psiquiátrico Forense. O primeiro é composto pelas documentações jurídicas, administrativas e cópias periciais. O segundo encontra-se na unidade em que o sujeito estava internado. Neste último são registrados os procedimentos médicos e terapêuticos. Foram utilizados, ainda, outros documentos, tais como: processo crime, laudos periciais e sindicâncias, na busca de esclarecimentos. Isto ocorreu, principalmente, naqueles casos onde havia poucos dados registrados a respeito das circunstâncias da morte e/ou das variáveis investigadas.

3.6 INSTRUMENTO

O protocolo utilizado e preenchido pela pesquisadora contemplou as seguintes variáveis: gênero, idade, situação conjugal, naturalidade, profissão, filhos, cor, grau de instrução, situação jurídica, delito, diagnóstico, sintomatologia imediatamente anterior ao suicídio, método empregado no suicídio, data, hora e local do suicídio, história de tentativas

anteriores, história familiar de suicídio, relações familiares e se deixou cartas ou bilhetes, comunicando a sua decisão de morrer.

3.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados através de Estatística Descritiva, com a utilização do programa estatístico SPSS. De uma maneira geral, foram construídas distribuições de frequência simples, para todas as variáveis apuradas. Em alguns casos, para uma melhor apresentação dos resultados, esses foram colocados em gráficos. Também foram realizados cruzamentos, com o objetivo de verificar a existência de associações entre diversas variáveis e a existência ou não de medida de segurança.

Para as variáveis quantitativas “número de tentativas de suicídio anteriores”, “idade na morte” e “tempo de internação”, foram calculadas as medidas descritivas, com destaque para a média, mediana, moda, desvio padrão, valores mínimos e máximos observados, para cada variável.

Não foram feitos testes estatísticos de hipóteses, por estarem sendo estudados todos os casos de suicídio ocorridos no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, no período de interesse. Os dados analisados constituem, portanto, toda a população alvo do estudo, e não uma amostra.

4 RESULTADOS

A pesquisa encontrou, entre janeiro de 1985 a dezembro de 2004, a ocorrência de 20 casos de suicídios consumados. Foram considerados todos aqueles casos em que os sujeitos se encontravam em avaliação, em tratamento e/ou em custódia do Estado, no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, e que morreram por suicídio, independente de este ter ocorrido dentro ou fora da instituição (fuga ou saída autorizada). Algumas variáveis foram cruzadas, com o objetivo de verificar a existência ou não de medida de segurança.

4.1 VARIÁVEIS CRIMINOLÓGICAS

4.1.1 Situação jurídica

Conforme é observado na tabela 1, com relação à situação jurídica, no momento da morte, a maioria dos casos (70%) foi de sujeitos que se encontravam cumprindo medida de segurança. Destes, em 45% dos casos, o suicídio ocorreu nas dependências da instituição: 10% estavam usufruindo o benefício da alta progressiva - isto é, viviam na comunidade e apresentavam-se periodicamente - e 15% haviam fugido da instituição, na ocasião de suas mortes. Do total de suicídios consumados, 25% foram de indivíduos detidos preventivamente e que, portanto, não tinham uma condenação e 5% encontravam-se presos e foram encaminhados para tratamento e avaliação psiquiátrica - exame de Superveniência de Doença Mental. Do total de casos, 70% eram réus primários (Tabela 2).

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO A SITUAÇÃO JURÍDICA NA MORTE

Situação Jurídica na morte	N	%	% Acumulado
Medida de Segurança, sem alta progressiva	5	25,0	25,0
Medida de Segurança, com alta progressiva, internado	4	20,0	45,0
Medida de Segurança, com alta progressiva, em casa	2	10,0	55,0
Medida de Segurança, em fuga	3	15,0	70,0
Prisão Preventiva (em avaliação)	4	20,0	90,0
Internação Provisória (sem sentença)	1	5,0	95,0
Preso (SDM)	1	5,0	100,0
Total	20	100,0	

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO A EXISTÊNCIA DE DELITOS ANTERIORES

Delitos anteriores	N	%
NÃO	14	70,0
SIM	6	30,0
Total	20	100,0

4.1.2 Delito

A figura 1 aponta o predomínio dos crimes contra a pessoa (homicídio, tentativa de homicídio e lesões corporais), em 80% dos casos. Em segundo lugar (20%), aparecem os delitos relativos aos crimes sexuais (estupro e atentado violento ao pudor). O delito contra a propriedade (incêndio) e o delito de tráfico, foram identificados em 5% dos casos, cada um. Em alguns casos, ocorreram mais de um delito. O crime contra a pessoa predominou, nos internos sob medida de segurança (92,9 %), conforme tabela 3.

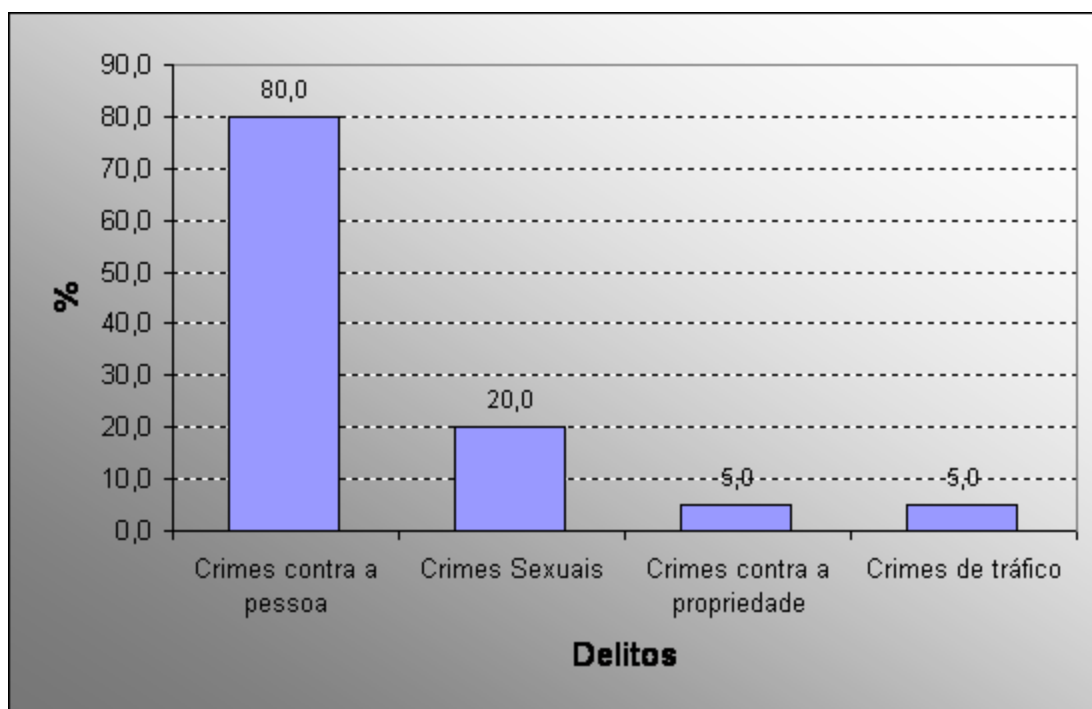


Figura 1 – Distribuição dos casos de suicídio, conforme o delito

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO OS DELITOS COMETIDOS, EM RELAÇÃO À EXISTÊNCIA OU NÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA

Delitos	Medida de Segurança					
	Não		Sim		Total	
	n	% de casos	n	% de casos	N	% de casos
Crimes contra a pessoa	3	50,0	13	92,9	16	80,0
Crimes Sexuais	3	50,0	1	7,1	4	20,0
Crimes contra a propriedade	0	0,0	1	7,1	1	5,0
Crimes de tráfico	1	16,7	0	0,0	1	5,0
Total de Casos	6	116,7	14	107,1	20	110,0

Nota: Os totais das colunas “% de casos” ultrapassam 100%, por haver casos com mais de um delito (múltipla resposta).

4.2 DISTRIBUIÇÃO TEMPORAL E ESPACIAL

4.2.1 Ano

A figura 2 mostra a distribuição dos casos de suicídio, segundo o ano de sua ocorrência. Esses foram distribuídos por períodos de quatro anos, a partir de 1985, até o ano de 2004. No primeiro período, ocorreram 20% do total de mortes. Já nos dois períodos subseqüentes, isto é, de 1990 a 1994 e de 1995 a 1999, a taxa manteve-se em 25%, e no último período, a taxa foi de 30%, com seis suicídios consumados. Um dado que chama atenção, na tabela 4, é referente aos suicídios que ocorreram no último período, isto é, entre o ano de 2000 a 2004, em que 83,3% dos casos foram de internos, sem medida de segurança.

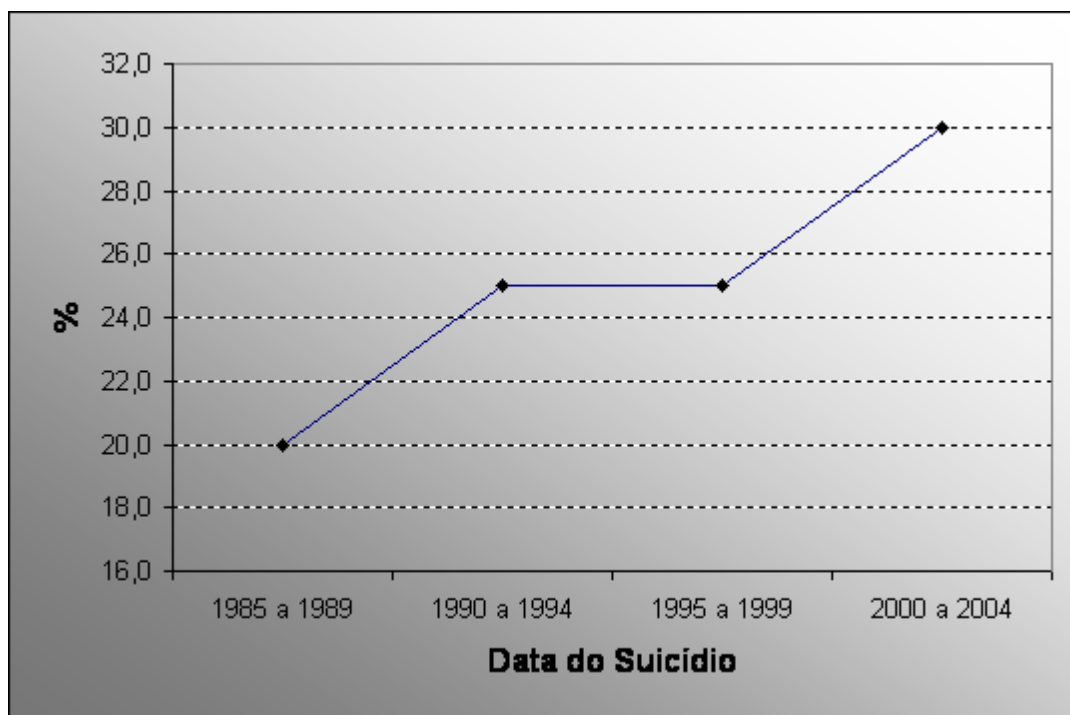


Figura 2 – Distribuição dos casos de suicídio, segundo o ano da morte

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO O ANO DA MORTE, EM RELAÇÃO À EXISTÊNCIA OU NÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA

Ano do Suicídio	Medida de Segurança					
	Não		Sim		Total	
	n	%	N	%	N	%
1985 a 1989	0	0,0	4	28,6	4	20,0
1990 a 1994	1	16,7	4	28,6	5	25,0
1995 a 1999	0	0,0	5	35,7	5	25,0
2000 a 2004	5	83,3	1	7,1	6	30,0
Total	6	100,0	14	100,0	20	100,0

4.2.2 Local

Durante o período estudado, 25% dos casos de suicídio ocorreram no pátio da instituição, e a mesma quantidade, na unidade de admissão e triagem. Os outros 50% ocorreram nos seguintes locais: 15% na unidade de agudos (UTF); 5% na Unidade de Dependência Química (UTG); 10%, quando em alta progressiva, em casa; 15% em fuga; 5% em uma das unidades abertas (figura 3).

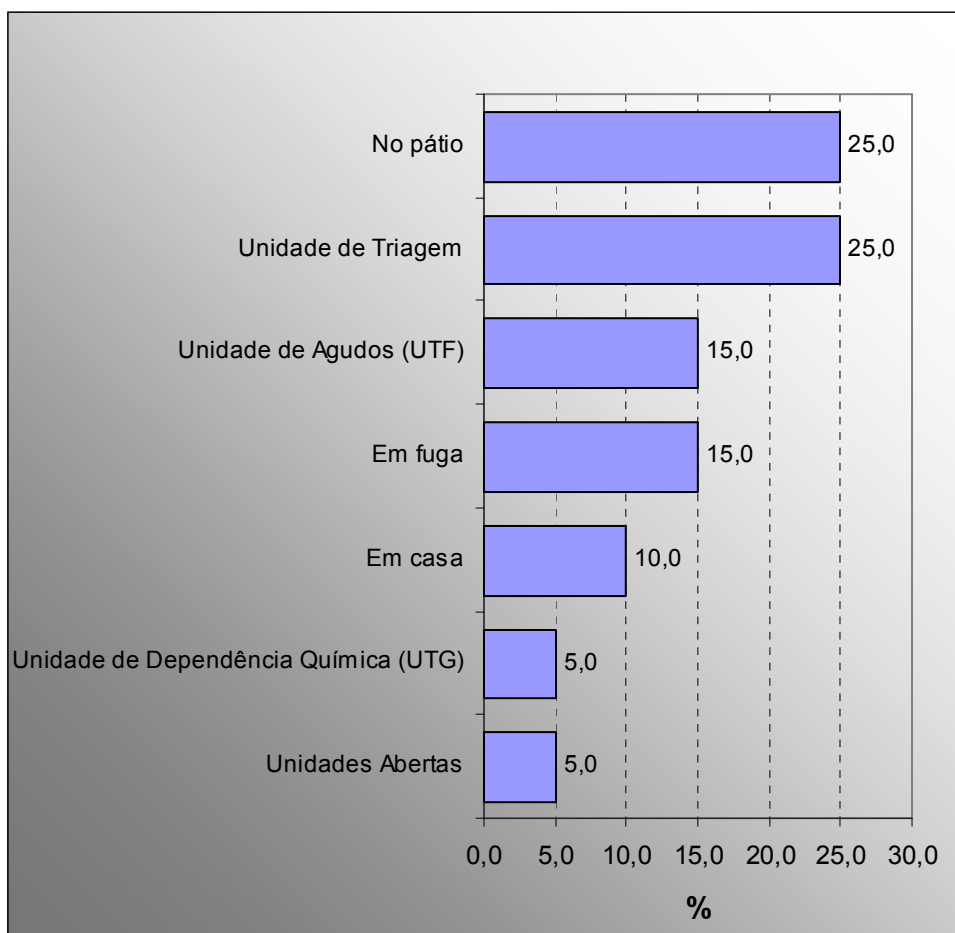


Figura 3 – Distribuição dos casos de suicídio, segundo o local do suicídio

Os dados da tabela 5 mostram que a maioria dos sujeitos sem medida de segurança (83, %) cometeu o suicídio na unidade de admissão e triagem. Em 40% do total de mortes por suicídio, a ocorrência foi verificada quando os sujeitos se encontravam isolados, em uma cela.

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO O LOCAL DO SUICÍDIO, EM RELAÇÃO À EXISTÊNCIA OU NÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA

Local do suicídio	Medida de Segurança				Total	
	Não		Sim			
	N	%	n	%	N	%
No pátio	0	0,0	5	35,7	5	25,0
Unidade de Triagem	5	83,3	0	0,0	5	25,0
Unidade de Agudos (UTF)	0	0,0	3	21,4	3	15,0
Em fuga	0	0,0	3	21,4	3	15,0
Em casa	0	0,0	2	14,3	2	10,0
Unidade de Dependência Química (UTG)	1	16,7	0	0,0	1	5,0
Unidades Abertas	0	0,0	1	7,1	1	5,0
Total	6	100,0	14	100,0	20	100,0

4.2.3 Horário

Em 25% dos casos não foi possível obter os dados sobre o horário em que as mortes ocorreram, conforme a figura 4. Nas ocorrências em que esse dado foi registrado verificou-se que, a madrugada foi o horário em que houve o maior número de suicídios (45%), seguida do turno da tarde (20%) e do período da manhã, com 10% dos casos.

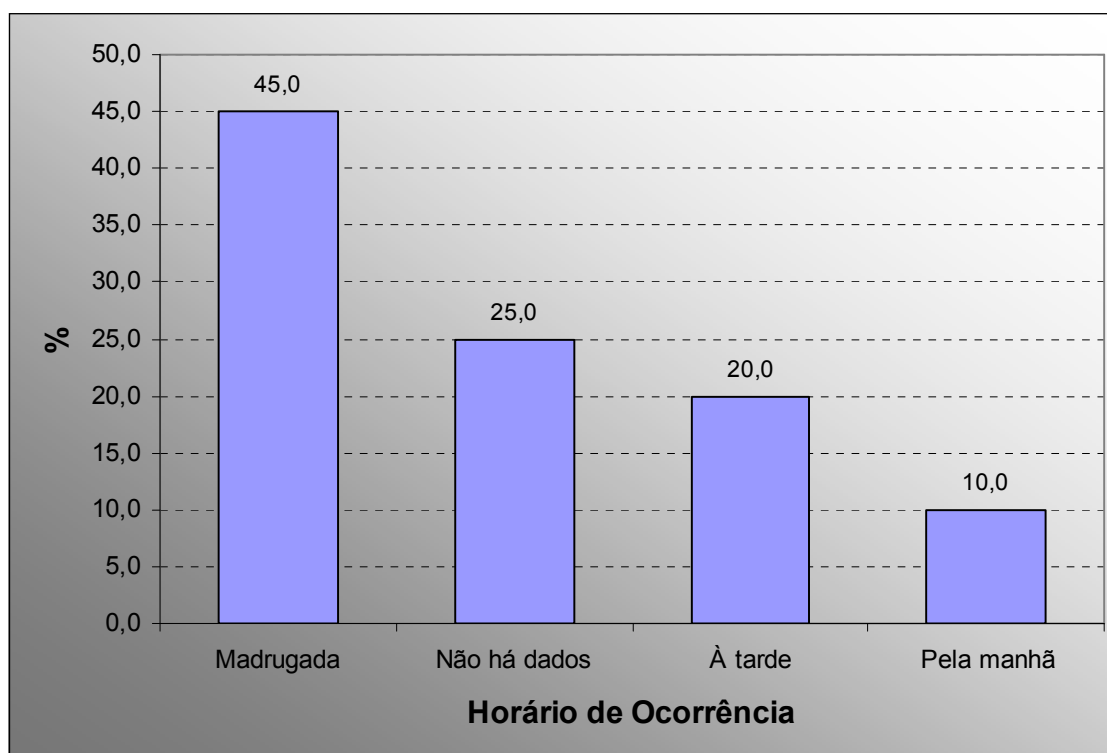


Figura 4 - Distribuição dos suicídios, segundo o horário de ocorrência

Ao comparar os dados encontrados, entre aqueles internos com medida de segurança e os internos sem medida de segurança, percebe-se que a madrugada foi o horário de maior ocorrência de suicídios, entre os internos sem medida de segurança (66,7%). Entre os internos, com medida de segurança, não pudemos contar com esse dado em 35,7% dos casos, pois não havia o registro do horário da morte, nos documentos consultados (tabela 6).

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO O HORÁRIO DE OCORRÊNCIA, EM RELAÇÃO À EXISTÊNCIA OU NÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA

Horário do suicídio	Medida de Segurança					
	Não		Sim		Total	
	n	%	N	%	N	%
Madrugada	4	66,7	5	35,7	9	45,0
Pela manhã	2	33,3	0	0,0	2	10,0
À tarde	0	0,0	4	28,6	4	20,0
Não há dados	0	0,0	5	35,7	5	25,0
Total	6	100,0	14	100,0	20	100,0

4.2.4 Tempo de internação

Do total dos casos de suicídio considerados válidos para este estudo, 35% ocorreram no primeiro ano de internação, sendo que 25% foram registrados entre o primeiro e trigésimo dia, a partir da internação. Oito casos (40%) ocorreram no período entre um a nove anos de internação. O tempo médio entre a internação e o suicídio foi de 6,98 anos (desvio padrão de 6,753). O mínimo de tempo internado foi de horas e o máximo de 22 anos. Salienta-se que este período inclui o tempo em que alguns dos sujeitos se encontravam em medida de segurança, usufruindo o benefício da alta progressiva - o que implica em períodos na comunidade (Tabela 7, quadro 1).

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO O TEMPO DE INTERNAÇÃO NO IPF

Tempo de IPF	N	%	% Acumulado
Menos de um mês	5	25,0	25,0
Um mês a menos de um ano	2	10,0	35,0
Um a nove anos	8	40,0	75,0
10 a 22 anos	5	25,0	100,0
Total	20	100,0	

QUADRO 1 – MEDIDAS DESCRITIVAS DO TEMPO DE INTERNAÇÃO (EM ANOS)

Média	6,98
Mediana	7,08
Moda	0
Desvio Padrão	6,753
Mínimo	,00
Máximo	22,00

Conforme a tabela 8, em 83,3% dos casos de internos sem medida de segurança, este encontrava-se a menos de um mês na instituição. Com relação aos internos, com medida de segurança, em 57,1% dos casos, o suicídio ocorreu entre um a nove anos após a internação e, em 35,7%, entre 10 a 22 anos. O tempo médio, nesses casos, foi de 9,94 anos (desvio padrão de 5,928).

TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO O TEMPO DE INTERNAÇÃO NO IPF, EM RELAÇÃO À EXISTÊNCIA OU NÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA

Tempo de IPF	Medida de Segurança					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	N	%
Menos de um mês	5	83,3	0	0,0	5	25,0
Um mês a menos de um ano	1	16,7	1	7,1	2	10,0
Um a nove anos	0	0,0	8	57,1	8	40,0
10 a 22 anos	0	0,0	5	35,7	5	25,0
Total	6	100,0	14	100,0	20	100,0

QUADRO 2 – MEDIDAS DESCRITIVAS DO TEMPO DE INTERNAÇÃO (EM ANOS), SEGUNDO A EXISTÊNCIA OU NÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA

Medida de Segurança	Tempo de IPF (anos)					
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Não	0,06	0	0	0,094	0	0
Sim	9,94	9	1	5,928	1	22

4.3 TAXAS

Pode-se verificar, através da tabela 9, que, a taxa relativa de suicídios no Instituto Psiquiátrico Forense, oscilou entre 16,4 vezes a taxa de suicídios ocorridos no Rio Grande do Sul, no ano de 1998, e 49,6 vezes, no ano de 1994. Significa dizer, por exemplo, que em 1990 a taxa do IPF (224,22 suicídios por 100 mil internos) foi 28,7 vezes a taxa do RS (7,81 suicídios por 100 mil habitantes). A taxa média deste período (1990 a 2001) foi de 20,72.

Este dado foi verificado nos anos em que ocorreram suicídios na instituição e que pudemos contar com as taxas de suicídio para o Estado. Nos anos de 1991, 1995 e 1996 não houve suicídios na instituição.

TABELA 9 – TAXA DE SUICÍDIOS POR ANO NO RIO GRANDE DO SUL, Nº DE SUICÍDIOS, Nº DE INTERNOS E TAXA DE SUICÍDIOS POR ANO NO IPF

ANO	RS		IPF	
	Tx. (por 100.000 hab)*	Nº de suicídios	Nº de internos	Tx. (por 100.000 internos)
1990	7,81	1	446	224,22
1991	8,68	0	400	0
1992	8,88	1	409	244,50
1993	7,97	1	452	221,24
1994	8,80	2	458	436,68
1995	9,98	0	525	0
1996	9,86	0	527	0
1997	10,09	1	520	192,31
1998	11,02	1	554	180,51
1999	10,96	3	618	485,44
2000	10,03	1	544	183,82
2001	10,04	1	586	170,65
2002	9,83	1	N/C	-

*Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.²³³

Do total de mortes ocorridas no IPF, entre 1985 e 2004 (197 mortes), 10,1% foram por suicídio e 89,9% por outras causas (tabela 10). O item “outras causas de morte” não pode ser investigado devido às limitações encontradas para classificá-las, pois as anotações disponíveis em relação às mortes e suas causas, nas papeletas clínicas e administrativas, eram, na maioria das vezes, pouco esclarecedoras.

²³³ MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Base de dados de mortalidade**, Brasil, 2004. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 26 de novembro de 2005.

TABELA 10 – NÚMERO DE MORTES OCORRIDAS NO IPF, DE ACORDO COM O ANO E A CAUSA DA MORTE

ANO DA MORTE	CAUSAS				TOTAL	
	SUICÍDIO		OUTRAS CAUSAS		N	%
	N	%	N	%		
1985 a 1989	4	9,5	38	90,5	42	100,0
1990 a 1994	5	9,8	46	90,2	51	100,0
1995 a 1999	5	10,6	42	89,4	47	100,0
2000 a 2004	6	10,5	51	89,5	57	100,0
TOTAL	20	10,1	177	89,9	197	100,0

4.4 VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

4.4.1 Gênero

Quanto ao gênero, 90% dos suicidas eram do sexo masculino e 10% do sexo feminino (figura 5).

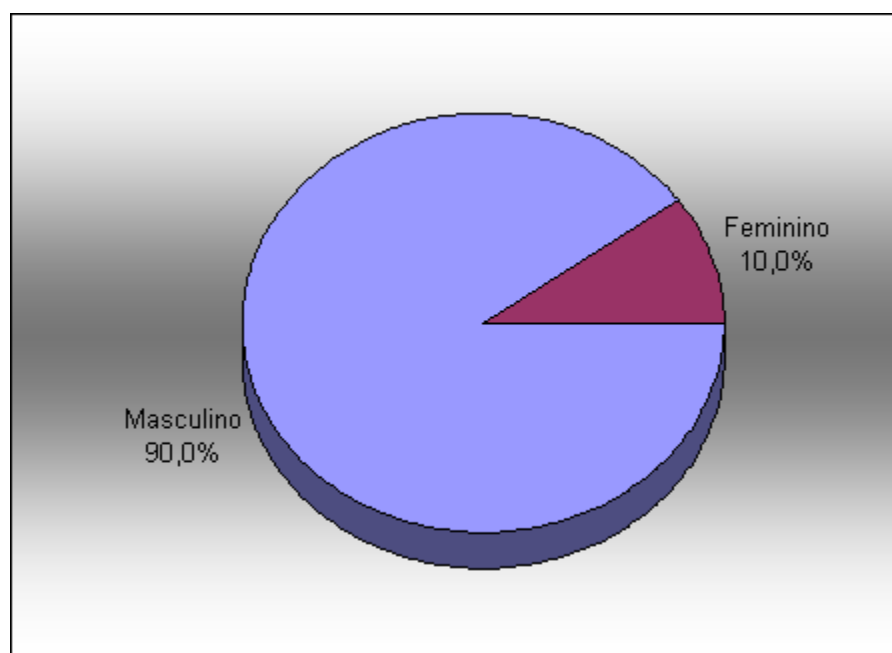


Figura 5. Distribuição dos casos de suicídio, segundo o gênero

Entre os internos com medida de segurança e sem medida de segurança, também prevaleceu o sexo masculino (tabela 11).

TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO O GÊNERO, EM RELAÇÃO À EXISTÊNCIA OU NÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA

Gênero	Medida de Segurança					
	Não		Sim		Total	
	n	%	N	%	n	%
Masculino	5	83,3	13	92,9	18	90,0
Feminino	1	16,7	1	7,1	2	10,0
Total	6	100,0	14	100,0	20	100,0

4.4.2 Idade

Com relação à idade em que os sujeitos cometeram suicídio, mais da metade eram jovens, com idade entre 20 e 39 anos (55%), sendo que 30% encontravam-se entre 20 e 29 anos. A idade média encontrada foi de 38,25 anos (desvio padrão de 13,022), conforme a tabela 12 e o quadro 3.

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO A IDADE NA MORTE

Idade na morte	n	%	% Acumulado
20 a 29 anos	6	30,0	30,0
30 a 39 anos	5	25,0	55,0
40 a 49 anos	5	25,0	80,0
50 a 64 anos	4	20,0	100,0
Total	20	100,0	

QUADRO 3 – MEDIDAS DESCRITIVAS DA IDADE NA MORTE

Média	38,25
Mediana	36
Moda	32
Desvio-Padrão	13,022
Mínimo	20
Máximo	64

Entre os suicidas com média de idade de 42,71 anos (desvio padrão de 12,406), à época da morte, encontram-se os internos com medida de segurança (Tabela 13). A média de idade dos internos sem medida de segurança foi de 27,83 anos (desvio padrão de 7,627), conforme o quadro 4.

TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO A IDADE NA MORTE, EM RELAÇÃO À EXISTÊNCIA OU NÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA

Idade na morte	Medida de Segurança					
	Não		Sim		Total	
	n	%	N	%	n	%
20 a 29 anos	4	66,7	2	14,3	6	30,0
30 a 39 anos	1	16,7	4	28,6	5	25,0
40 a 49 anos	1	16,7	4	28,6	5	25,0
50 a 64 anos	0	0,0	4	28,6	4	20,0
Total	6	100,0	14	100,0	20	100,0

QUADRO 4 – MEDIDAS DESCRITIVAS DA IDADE NA MORTE, SEGUNDO A EXISTÊNCIA OU NÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA

Medida de Segurança	Idade na morte					
	Média	Mediana	Moda	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Não	27,83	26	20	7,627	20	41
Sim	42,71	44	32	12,406	24	64

4.4.3 Cor

Dos vinte casos de suicídios consumados, ocorridos no Instituto Psiquiátrico Forense, 90% eram de indivíduos considerados da cor branca, 5% de pretos e 5% de mulatos, conforme as tabelas 14 e 15.

TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO A COR

Cor	n	%	% Acumulado
Branco	18	90,0	90,0
Preto	1	5,0	95,0
Mulatos	1	5,0	100,0
Total	20	100,0	

TABELA 15 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO A COR, EM RELAÇÃO À EXISTÊNCIA OU NÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA

Cor	Medida de Segurança					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Branco	5	83,3	13	92,9	18	90,0
Preto	1	16,7	0	0,0	1	5,0
Misto	0	0,0	1	7,1	1	5,0
Total	6	100,0	14	100,0	20	100,0

4.4.4 Estado Civil

Com relação ao estado civil, 70% dos internos, que cometeram suicídio, eram solteiros, 20% eram casados e 10% foram classificados como separados, no momento de ingresso na instituição (figura 6). Este dado se mantém entre os com e sem medida de segurança, conforme tabela 16.

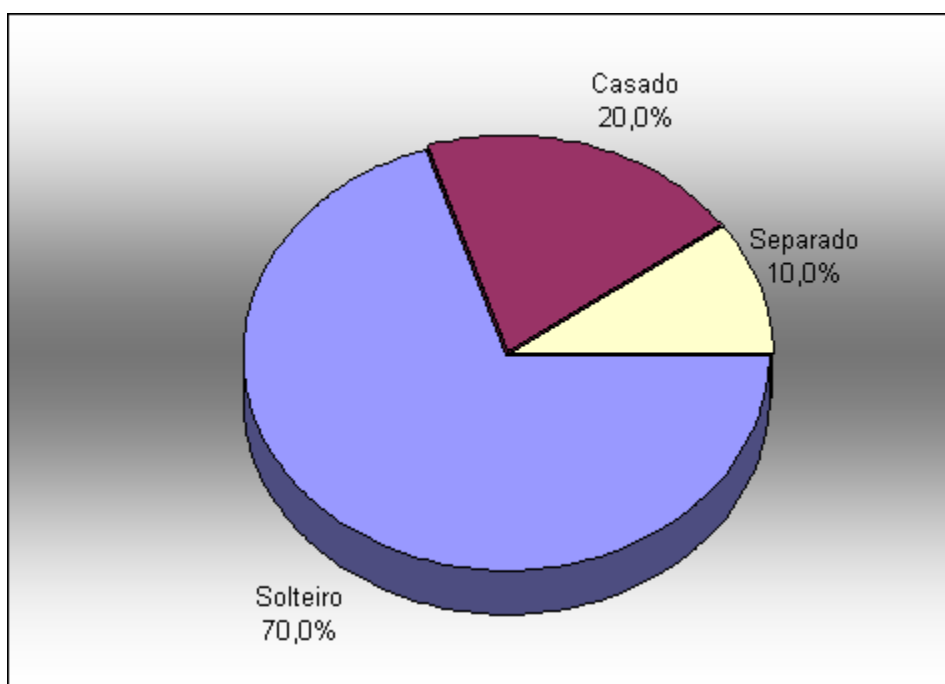


Figura 6. Distribuição dos casos de suicídio, segundo o estado civil

TABELA 16 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO O ESTADO CIVIL, EM RELAÇÃO À EXISTÊNCIA OU NÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA

Estado Civil	Medida de Segurança				Total	
	Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%
Solteiro	5	83,3	9	64,3	14	70,0
Casado	1	16,7	3	21,4	4	20,0
Separado	0	0,0	2	14,3	2	10,0
Total	6	100,0	14	100,0	20	100,0

4.4.5 Filhos

Com relação à existência ou não de filhos, a maioria (60%) não tinha filhos, conforme a tabela 17 e a tabela 18.

TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO A EXISTÊNCIA DE FILHOS

Tem filhos?	N	%
Não	12	60,0
Sim	8	40,0
Total	20	100,0

TABELA 18 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO A EXISTÊNCIA DE FILHOS, EM RELAÇÃO À EXISTÊNCIA OU NÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA

Tem filhos?	Medida de Segurança					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	2	33,3	6	42,9	8	40,0
Não	4	66,7	8	57,1	12	60,0
Total	6	100,0	14	100,0	20	100,0

4.4.6 Naturalidade

A tabela 19 mostra que, em 85% dos casos de suicídios consumados, os sujeitos eram naturais de municípios do interior do Estado do Rio Grande do Sul e 15% eram naturais de Porto Alegre.

TABELA 19 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO A NATURALIDADE

Naturalidade	N	%
Interior do RS	17	85,0
Porto Alegre	3	15,0
Total	20	100,0

A alta percentagem de sujeitos do interior do Estado também é verificada, quando se comparam internos com e sem medida de segurança. (Tabela 20).

TABELA 20 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO A NATURALIDADE, EM RELAÇÃO À EXISTÊNCIA OU NÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA

Naturalidade	Medida de Segurança				Total	
	Não		Sim		n	%
	n	%	n	%		
Porto Alegre	1	16,7	2	14,3	3	15,0
Interior do RS	5	83,3	12	85,7	17	85,0
Total	6	100,0	14	100,0	20	100,0

4.4.7 Profissão

Com relação à ocupação, observa-se uma distribuição onde o baixo nível de qualificação prevalece. Em 25% dos casos, os indivíduos não tinham uma profissão definida; 20% tinham uma ocupação ligada ao meio rural; 10% eram jornaleiros e de serviços gerais; e 10%, de profissões ligadas ao lar. Um dado verificado é com relação aos aposentados (15%), pois, em todos os casos, a aposentaria foi efetivada pela condição de doente mental (Tabela 21 e tabela 22).

TABELA 21 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO A PROFISSÃO

Profissão	n	%	% Acumulado
Sem profissão	5	25,0	25,0
Agricultor	4	20,0	45,0
Aposentado	3	15,0	60,0
Jornaleiro	2	10,0	70,0
Serviços Gerais	2	10,0	80,0
Doméstica	1	5,0	85,0
Metalúrgico	1	5,0	90,0
Do lar	1	5,0	95,0
Auxiliar de Escritório	1	5,0	100,0
Total	20	100,0	

TABELA 22 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO A PROFISSÃO, EM RELAÇÃO À EXISTÊNCIA OU NÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA

Profissão	Medida de Segurança					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sem profissão	3	50,0	2	14,3	5	25,0
Agricultor	0	0,0	4	28,6	4	20,0
Aposentado	0	0,0	3	21,4	3	15,0
Serviços Gerais	1	16,7	1	7,1	2	10,0
Jornaleiro	1	16,7	1	7,1	2	10,0
Auxiliar de Escritório	0	0,0	1	7,1	1	5,0
Do lar	1	16,7	0	0,0	1	5,0
Metalúrgico	0	0,0	1	7,1	1	5,0
Doméstica	0	0,0	1	7,1	1	5,0
Total	6	100,0	14	100,0	20	100,0

4.4.8 Grau de instrução

A figura 7 aponta para um nível baixo de escolaridade, visto que 36,8% dos sujeitos eram analfabetos e 47,4% tinham, como grau de instrução, o Ensino Fundamental. Ressaltando que nestes dados, estão incluídos muitos casos em que os sujeitos sabiam apenas escrever o seu nome e, sendo assim, não foram considerados analfabetos, para fins de registro na instituição. O Ensino Médio foi representado por 15,8% dos casos. Não havia nenhum sujeito com educação superior (níveis já atualizados pela nomenclatura atual).

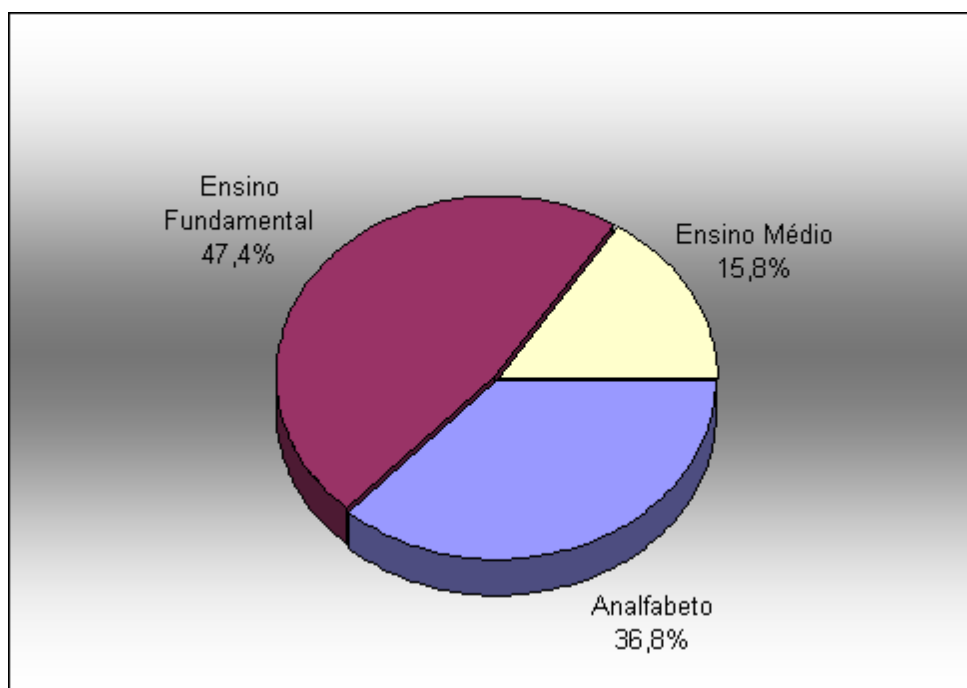


Figura 7 – Distribuição dos casos de suicídio, segundo o nível de escolaridade

4.5 VARIÁVEIS CLÍNICAS

4.5.1 Diagnóstico

Os diagnósticos exarados referem-se, na maioria dos casos, às épocas em que os delitos foram cometidos. Os mesmos encontravam-se registrados nos laudos médicos legais, anexados ao processo ou nas papeletas clínicas. Os sujeitos deste estudo receberam, ao todo,

28 diagnósticos, sendo que alguns receberam mais de um diagnóstico, conforme a tabela 23. Encontravam-se em avaliação, 20% dos casos pesquisados.

O diagnóstico mais freqüente foi a Esquizofrenia, encontrada em 55% dos casos. Desta, o subtipo paranóide esteve presente em 40% dos casos. O diagnóstico de Transtorno de Personalidade Paranóide foi exarado em 15% dos casos. Os Transtornos Mentais e de Comportamento, decorrentes do uso de álcool, estavam representados em 10% do total. Convém ressaltar que a dependência ao álcool e/ou drogas, como uma patologia secundária ao diagnóstico principal, foi relatada em 50% dos casos. Os diagnósticos de Retardo Mental Moderado e a Epilepsia estiveram representados, cada um, em 10% dos casos. Os Transtornos Afetivos e a Depressão foram representados, como diagnóstico principal, em 5,0% dos casos.

A tabela 24 nos mostra que os diagnósticos de Esquizofrenia (78,5%), de Transtorno da Personalidade Paranóide (21,4%), de Epilepsia (14,3%), de Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool (14,3%), de Sadomasoquismo (7,1%) e de Depressão (7,1%) foram os que prevaleceram, entre aqueles internos com medida de segurança. Já o diagnóstico de Transtorno da Personalidade Anti-Social (16,7%) e o de Transtorno Afetivo Bipolar (16,7) encontravam-se representados entre os internos sem medida de segurança. Conforme os documentos consultados, aqueles internos em avaliação - que correspondem a 30% do total de casos - eram internos sem medida de segurança. Estes apresentavam, em sua maioria, sintomatologia depressiva, com idéias persecutórias, comportamento agressivo e impulsivo, e sentimentos de desesperança e intolerância.

TABELA 23 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO O DIAGNÓSTICO

Diagnóstico	Respostas		% de casos
	N	%	
Esquizofrenia Paranóide	8	28,6	40,0
Em avaliação	4	14,3	20,0
Transtorno de Personalidade Paranóide	3	10,7	15,0
Esquizofrenia	3	10,7	15,0
Retardo Mental Moderado	2	7,1	10,0
Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de Álcool	2	7,1	10,0
Epilepsia	2	7,1	10,0
Depressão	1	3,6	5,0
Transtorno Afetivo Bipolar	1	3,6	5,0
Transtorno Anti- Social de Personalidade	1	3,6	5,0
Sadomasoquismo	1	3,6	5,0
Total	28	100,0	140,0

Nota: O total da coluna “% de casos” ultrapassa 100%, por haver casos com mais de um diagnóstico (múltipla resposta).

TABELA 24 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO O DIAGNÓSTICO, EM RELAÇÃO À EXISTÊNCIA OU NÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA

Diagnóstico	Medida de Segurança					
	Não		Sim		Total	
	n	% de casos	N	% de casos	N	% de casos
Esquizofrenia Paranóide	0	0,0	8	57,1	8	40,0
Em avaliação	4	66,7	0	0,0	4	20,0
Transtorno de Personalidade Paranóide	0	0,0	3	21,4	3	15,0
Esquizofrenia	0	0,0	3	21,4	3	15,0
Epilepsia	0	0,0	2	14,3	2	10,0
Retardo Mental Moderado	1	16,7	1	7,1	2	10,0
Transt. mentais e de comp. decorrentes do uso de álcool	0	0,0	2	14,3	2	10,0
Sadomasoquismo	0	0,0	1	7,1	1	5,0
Transtorno Anti Social de Personalidade	1	16,7	0	0,0	1	5,0
Depressão	0	0,0	1	7,1	1	5,0
Transtorno Afetivo Bipolar	1	16,7	0	0,0	1	5,0
Total de casos	6	116,8	14	149,8	20	140,0

Nota: Os totais das colunas “% de casos” ultrapassam 100%, por haver casos com mais de um diagnóstico (múltipla resposta).

4.5.2 Tentativas anteriores

Em 45% de todos os casos pesquisados, não constavam dados sobre a ocorrência ou não de tentativas anteriores de suicídio. A figura 8 mostra que, em 50% dos casos restantes, houve a ocorrência de tentativas anteriores de suicídio e, em 5%, os sujeitos não haviam tentado o suicídio. Quanto ao número de tentativas anteriores, metade (50%) havia tentado uma vez; 30% tinham duas tentativas; 10%, três tentativas; e 10%, mais de três tentativas anteriores ao suicídio, conforme a tabela 25. A tabela 26 indica que os sujeitos com um maior número de tentativas de suicídio encontravam-se entre os internos sem medida de segurança.

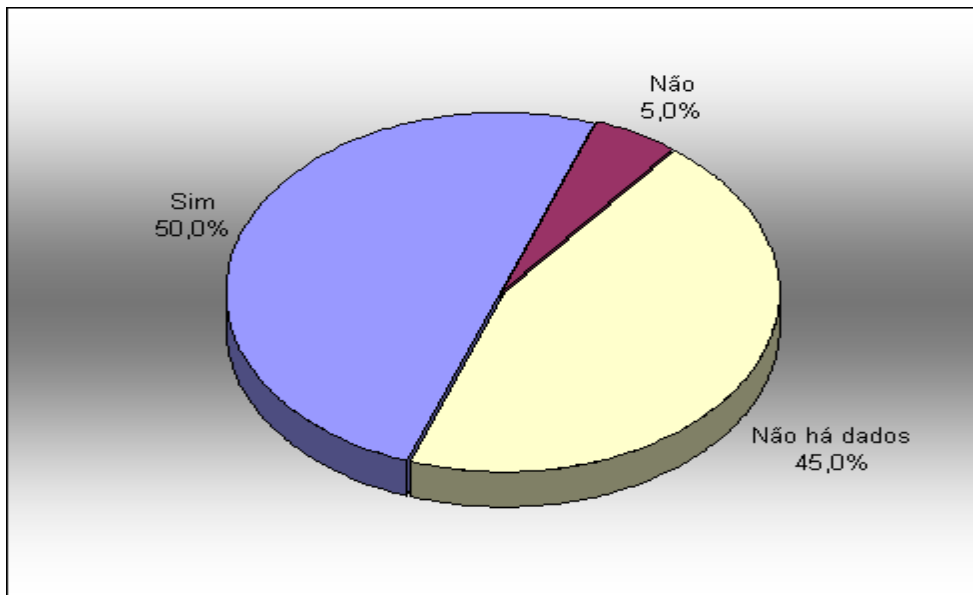


Figura 8- Distribuição dos casos de suicídio, segundo a ocorrência de tentativas anteriores

TABELA 25 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO O NÚMERO DE TENTATIVAS ANTERIORES

Nº de tentativas anteriores	N	%	% Válido	% Acumulado
1	5	25,0	50,0	50,0
2	3	15,0	30,0	80,0
3	1	5,0	10,0	90,0
Várias	1	5,0	10,0	100,0
Total Válido	10	50,0	100	
Não se aplica	10	50,0		
Total Geral	20	100,0		

TABELA 26 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO A EXISTÊNCIA OU NÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA E O NÚMERO DE TENTATIVAS SUICIDAS ANTERIORES

Nº de tentativas anteriores	Medida de Segurança					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
1	2	50,0	3	50,0	5	50,0
2	0	0,0	3	50,0	3	30,0
3	1	25,0	0	0,0	1	10,0
Várias	1	25,0	0	0,0	1	10,0
Total	4	100,0	6	100,0	10	100,0

4.6 FATORES ASSOCIADOS

4.6.1 Meio empregado

Quanto ao meio empregado, em 75% dos casos a morte ocorreu por enforcamento. Em 10%, a opção adotada foi jogar-se de altura. Os casos de afogamento, automutilação e ingestão de medicamentos, representam 5% do total de suicídios, conforme a figura 9. Quando comparamos os casos de internos com e sem medida de segurança, o enforcamento ainda foi o meio mais empregado. (Tabela 27). Os sujeitos que cometeram o suicídio fora da instituição utilizaram o enforcamento e a prática de jogar-se de altura, como meios de tirar a própria vida.

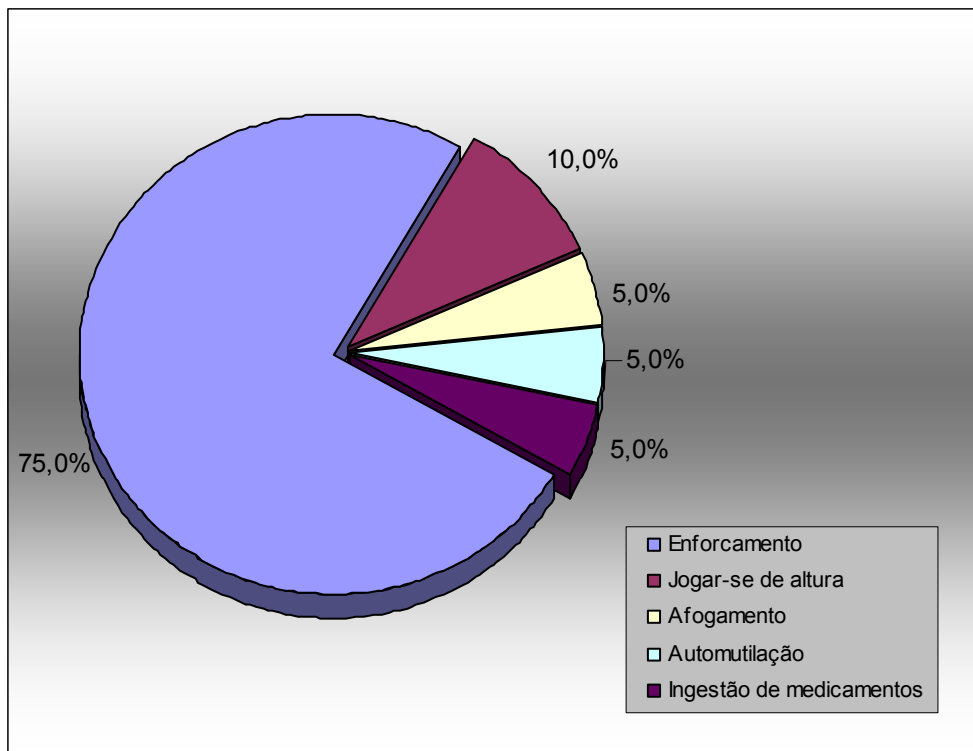


Figura 9 – Distribuição dos casos de suicídio, segundo o meio empregado

TABELA 27 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO O MEIO EMPREGADO, EM RELAÇÃO À EXISTÊNCIA OU NÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA.

Meio Empregado	Medida de Segurança					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Enforcamento	5	83,3	10	71,4	15	75,0
Jogar-se de altura	0	0,0	2	14,3	2	10,0
Ingestão de medicamentos	0	0,0	1	7,1	1	5,0
Automutilação	1	16,7	0	0,0	1	5,0
Afogamento	0	0,0	1	7,1	1	5,0
Total	6	100,0	14	100,0	20	100,0

4.6.2 História familiar de suicídio

Com relação à presença ou não de comportamento suicida familiar, esse dado não foi encontrado, nos documentos consultados, em nenhum dos casos pesquisados.

4.6.3 Fatores psicossociais

Quanto à sustentação social e familiar, percebeu-se o afastamento da família, pelos registros, principalmente nos casos em que o interno era paciente do instituto. Os sentimentos observados, pouco tempo antes do suicídio se consumar, na maioria dos casos, e que foram relatados pela equipe de atendimento, foram os de rejeição, tristeza, desesperança e a falta de perspectivas futuras.²³⁴ Em dois casos, o interno explicou os motivos do suicídio, através de um bilhete e de uma carta aos familiares. Em uma delas, o interno expressou idéias de reencontro com o familiar que havia matado. Outro deixou um bilhete, culpando a família pela sua morte.

4.7 ASPECTOS LEGAIS

Todos os casos de suicídio, considerados válidos para o estudo, estavam arquivados. Não constavam dados referentes a uma possível investigação em curso. Em todos os casos desta pesquisa, havia o registro de que o exame de autópsia tinha sido realizado; porém, em 80% dos documentos consultados, o referido exame não estava anexado ao processo. Naqueles casos em que constava o exame de autópsia (20%), foi realizada uma investigação sobre drogas no sangue ou nas vísceras. Em dois casos, o resultado foi negativo e, em dois, foi positivo para a presença de álcool - Tabela 28. A certidão de óbito encontrava-se arquivada apenas em quatro casos (20%).

²³⁴ Anotações retiradas dos prontuários clínicos de alguns dos casos deste estudo: família afastada; sente-se rejeitado pelos familiares; agressivo; idéias paranóides e comportamento violento; família afastada, agitação e sentimentos de culpa; idéias paranóides e comunicou a intenção de morrer, logo após negativa de alta progressiva; deprimido, relata muita tristeza, por não receber visitas; comunicou a intenção de morrer, família ausente; violento e impulsivo, disse aos familiares que precisava ser castigado, matou-se perto da casa da vítima.

TABELA 28 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO, SEGUNDO A OCORRÊNCIA DE INVESTIGAÇÃO DE DROGAS

Investigação de Drogas?	N	%
Sim	4	20,0
Não há dados	16	80,0
Total	20	100,0

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Buscamos identificar, neste estudo, as variáveis e os fatores envolvidos no suicídio de internos no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. Entendemos que uma futura abordagem preventiva requer estudos objetivos, sobre as características da população que cometeu suicídio e em que condições este ocorreu. Até o momento, não foram encontrados estudos brasileiros específicos sobre o suicídio nesta população.

As pesquisas sobre suicídio, em ambientes de reclusão, apresentam características peculiares e algumas limitações. Lloyd refere que, em alguns dos estudos realizados, foram incluídos, em uma mesma pesquisa, casos de suicídio e de tentativas de suicídio. Os estudos foram baseados em populações de réus primários, sem uma sentença condenatória; e outros, ainda, foram feitos com presos já condenados. Além disso, estas pesquisas se referem a diferentes culturas, o que nos leva a dificuldades de comparações.²³⁵ Sendo assim, os dados encontrados, no presente estudo, foram discutidos, em parte, com base nos estudos realizados em ambientes de custódia internacionais e, também, no trabalho de Menezes, referente às características dos pacientes em tratamento, no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso.²³⁶

Os dados encontrados dizem respeito à população internada que cometeu suicídio, no manicômio judiciário, no período de 1985 a 2004. O Instituto Psiquiátrico Forense, além de ser um órgão oficial de perícias médico-legais, na área criminal, tem, como objetivos, a

²³⁵ LLOYD, C. **Suicide and self-injury in prison**: a literature review. Home Office Research and Planning Unit Report. London: Her Majesty's Stationery, 1990. Disponível em :< <http://www.csc-scc.ca/>> Acesso em: junho de 2005.

²³⁶ MENEZES, R. **Esquizofrenia e Liberdade**. Porto Alegre: Armazém digital, 2005.

custódia e o tratamento de doentes mentais que receberam uma medida de segurança, bem como o atendimento à população do Sistema Penitenciário, que venha a necessitar de cuidados e de tratamento psiquiátrico. No sentido de evitar o viés relativo à identificação da população, no que diz respeito à situação jurídica e à natureza do local, foram realizados cruzamentos entre as variáveis pesquisadas e a situação jurídica dos internos suicidas. Esses tiveram o objetivo de verificar a existência de associações entre as variáveis clínicas, criminológicas e demográficas, e a situação de medida de segurança. Portanto, examinamos dois grupos de internos: aqueles que tinham uma medida de segurança decretada judicialmente e aqueles provenientes do sistema penitenciário e que cometeram suicídio no Instituto.

Ocorreram 20 casos de suicídios, entre o ano de 1985 a 2004. Destes, 70% eram pacientes internados em medida de segurança, 25% eram réus, sem uma sentença transitada em julgado, e 5% eram presos, já condenados.

Taxas elevadas de mortes por suicídio no ambiente penitenciário são referidas pela Organização Mundial de Saúde.²³⁷ Estas, nos estudos realizados em diversos ambientes penitenciários, oscilaram entre três e 10 vezes às da população geral, dos países pesquisados.²³⁸ A taxa média de suicídios, no Instituto, entre o ano de 1990 a 2001, período em que dispúnhamos das taxas para o Estado do Rio Grande do Sul, foi de 20,72 vezes a taxa média de suicídios, por 100 mil habitantes no Estado, nesse mesmo período. Comparações entre as taxas, entretanto, como já referido, apresentam limitações metodológicas, por não

²³⁷ WHO. **Preventing suicide:** a resource for prison officers. Mental and behavioural disorders. Department of mental health. World Health Organization. Geneva, 2000.

²³⁸ WHO. **Preventing suicide:** a resource for prison officers. Mental and behavioural disorders. Department of mental health. World Health Organization. Geneva, 2000.

serem taxas padronizadas.²³⁹ A taxa média de suicídios, em relação ao total de mortes na instituição, no período de 1985 a 2004, foi de 10,1%. Essa taxa difere, por exemplo, daquela encontrada nas prisões australianas, que foi de 46,6% de suicídios, em relação ao total de mortes no ambiente penitenciário. Com relação a esse dado, devemos levar em conta o fato de que muitos fatores podem influenciar as taxas de suicídio de maneiras diferentes, dependendo do sistema correcional, da população de internos, das circunstâncias locais e culturais e do acesso à saúde básica e à saúde mental.²⁴⁰

O número de suicídios, entre os anos de 1985 e 2004, na população estudada, tendeu a aumentar. Este aumento ocorreu, principalmente, em 1999, ano em que ocorreram três suicídios na instituição. Isto pode ser explicado pelo aumento no número de internos nesse mesmo ano. A superlotação é apontada como um dos fatores que influenciam na elevação do número de suicídios, pois os cuidados dispensados aos internos tendem a diminuir, com o aumento da população reclusa, já que o número de funcionários, geralmente, permanece o mesmo.²⁴¹

O suicídio, nos últimos quatro anos pesquisados, foi quase que exclusivamente realizado pelos internos sem medida de segurança (83,3%). Estes casos ocorreram por enforcamento, na unidade de admissão e triagem, no momento em que os internos se

²³⁹ FOLINO, J. O.; MARCHIANO, S. E.; WILDE, A. S. Suicídios en convictos bonaerenses. **Revista Argentina de Psiquiatria**, vol. XIV, p. 286-291, 2003.

²⁴⁰ WHO. **Preventing suicide**: a resource for prison officers. Mental and behavioural disorders. Department of mental health. World Health Organization. Geneva, 2000.

²⁴¹ GREEN, C. et al. **A study of 133 suicides among Canadian Federal Prisoners**: prison violence and self injury, v. 4, n.3, 1992. Disponível em: <<http://www.csc-scc.ca/crd/forum/e043/3043i.htm>> Acesso em: junho de 2005.

encontravam sozinhos em uma cela e no período da madrugada. Devemos relacionar esse dado com as características dessa unidade, já que esses internos, sem medida de segurança (30% do total de casos), são indivíduos encaminhados pelo sistema penitenciário ou pela justiça. Portanto, essa unidade é um local da instituição vulnerável para comportamento suicida, pois recebe um grande número de reclusos com a finalidade de se submeterem a tratamento e exame de superveniência de doença mental.

A alta incidência de doenças mentais, na população encarcerada, é referida por Marcus e Alcabes.²⁴² Os autores encontraram, no sistema penitenciário norte-americano, um percentual de 52% dos suicidas, com um transtorno psiquiátrico maior, e 46%, com uma história anterior de tratamento psiquiátrico.

Os reclusos do referido estudo cometeram suicídio predominantemente por enforcamento, e quando estavam sozinhos nas celas. Os autores dizem que, muitos desses internos, são isolados em uma cela, por apresentarem um alto risco de agressão aos outros internos, à equipe de atendimento e a si mesmos. Folino, Marchiano e Wilde chamam a atenção para o lugar em que ocorre a maioria dos suicídios, isto é, a cela, já que essa é o recinto em que há uma menor supervisão. É, por conseguinte, o local mais propício para alguém atentar contra a própria vida. Esses autores salientam a importância da observação freqüente e do cuidado redobrado, por parte dos profissionais penitenciários, nesses casos.²⁴³

Como já referido, os internos, com uma medida de segurança decretada - população principal do Instituto Psiquiátrico Forense – constituem o grupo em que ocorreu o maior

²⁴²MARCUS, P.; ALCABES, P. Characteristics of suicides by inmates in an urban jail. **Hosp Community Psychiatry**, v. 44, n.3, p. 256-26, 1993.

²⁴³FOLINO, J. O.; MARCHIANO, S. E.; WILDE, A. S. Suicidios en convictos bonaerenses. **Revista Argentina de Psiquiatria**, vol. XIV, p. 286-291, 2003.

número de casos de suicídio. A maioria dos suicídios aconteceu no pátio da instituição (35%), local de ocorrência seguido da unidade de agudos (21,4%), ou em situações de fuga (21,4%). Os suicidas usaram, como método predominante, o de enforcamento (75%), fato que demonstra a forte intencionalidade e a alta agressividade do ato²⁴⁴, e os horários de maior incidência foram os da madrugada. O horário entre as 24 horas e o amanhecer também foi apontado como o de maior incidência de suicídios, na literatura consultada.²⁴⁵ A menor vigilância e o número ainda mais reduzido de funcionários concorrem para este achado.

Outro dado relevante, em relação ao presente estudo, é o fato de que a maioria dos internos, com medida de segurança, não estava usufruindo o benefício da alta progressiva. Podemos inferir que este, em muitos casos, poderia se constituir num fator de proteção. O regime da alta progressiva, porém, tende a ser lento, ou até pode sofrer retrocessos, dependendo das condições psíquicas apresentadas pelo interno, pela ausência ou afastamento da família e, principalmente, em decorrência da falta de uma estrutura externa adequada, de apoio dos serviços públicos de saúde mental.

As pesquisas indicam que o suicídio tem aumentado, na população em geral, bem como naquelas populações incluídas como de risco elevado, pela Organização Mundial de Saúde.²⁴⁶ Estão incluídos, nesta categoria, os suicídios cometidos por reclusos doentes mentais. Bartol citou estudos realizados no Canadá e nos Estados Unidos, em que o aparecimento ou o desencadeamento dos distúrbios emocionais ou de doenças mentais foi

²⁴⁴ GREEN, C. et al. **A study of 133 suicides among Canadian Federal Prisoners:** prison violence and self injury.v.4, n.3, 1992. Disponível em:<<http://www.csc-scc.ca/crd/forum/e043/3043i.htm>> Acesso em: junho de 2005.

²⁴⁵ LESTER, D. et al. **Suicide behind bars:** prediction and prevention. Pennsylvania: The **Charles Press, Publishers**, Inc., p. 1-14, 1993.

²⁴⁶ WHO. **Preventing suicide:** a resource for prison officers. Mental and behavioural disorders. Department of mental health. World Health Organization. Geneva, 2000.

encontrado, como uma forma de reação ao encarceramento.²⁴⁷ Os referidos estudos chegaram à conclusão de que a população encarcerada tem aumentado, de forma inversamente proporcional aos cuidados mínimos necessários com relação à superlotação e em relação àqueles que asseguram o direito à assistência e à saúde dos internos.

Green et al, ao pesquisarem as variáveis criminológicas e os suicídios cometidos por réus primários, nas prisões canadenses, verificaram, em relação aos delitos praticados, que, em primeiro lugar, estavam os crimes contra a pessoa e, em seguida, os crimes sexuais.²⁴⁸ Já naqueles estudos em que a maioria dos sujeitos encontrava-se cumprindo pena em uma penitenciária, o delito de maior incidência foi o relativo aos crimes contra a propriedade.²⁴⁹ Nossa investigação demonstra que tanto o grupo de internos, com medida de segurança, quanto o de internos sem medida de segurança, cometeram crimes contra a pessoa (homicídio, tentativa de homicídio, lesões corporais), em 80% dos casos pesquisados. Em 55% destes casos, o crime cometido foi o homicídio. Podemos inferir, juntamente com Johnson et al, que a violência do ato criminoso e a violência que configura o ato suicida, na população internada, é fruto da alta impulsividade e agressividade dirigida aos outros e a si mesmos.²⁵⁰

A vulnerabilidade pelo ingresso em uma instituição de custódia desempenha um importante papel, no comportamento suicida, principalmente, devido à situação de insegurança do recluso acerca da sua situação jurídica.²⁵¹ Segundo o estudo de Folino,

²⁴⁷ BARTOL, C. R. **Criminal Behavior** – A Psychosocial Approach. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1991. Disponível em: <<http://www.csc-scc.ca/crd/forum/e043/3043i.htm>> Acesso em: junho de 2005.

²⁴⁸ GREEN, C. et al. **A study of 133 suicides among Canadian Federal Prisoners: prison violence and self injury.**v.4, n.3, 1992.

Disponível em:<<http://www.csc-scc.ca/crd/forum/e043/3043i.htm>> Acesso em: junho de 2005.

²⁴⁹ FOLINO, J. O.; MARCHIANO, S. E.; WILDE, A. S. Suicídios en convictos bonaerenses. **Revista Argentina de Psiquiatria**, vol. XIV, p. 286-291, 2003.

²⁵⁰ JOHNSON, C. et al. Suicide among forensic psychiatric patients. **Med Sci Law**, v. 33, n.2, p.137-143, 1993.

²⁵¹ WHO. **Preventing suicide: a resource for prison officers.** Mental and behavioural disorders. Department of mental health. World Health Organization. Geneva, 2000.

Marchiano e Wilde, nas penitenciárias da província de Buenos Aires, 60% dos reclusos, cometeram o suicídio nos três primeiros meses de ingresso.²⁵² No Instituto Psiquiátrico Forense gaúcho, os suicídios ocorreram, em 35% dos casos, no primeiro ano de internação e, em 25% dos casos, entre o primeiro e o trigésimo dia. O tempo médio encontrado foi 6,98 anos, com um desvio padrão de 6,753. O tempo mínimo foi de menos de 24 horas e o máximo de 22 anos. Quando examinamos a distribuição dos casos, segundo a existência de medida de segurança e o tempo de internação, o período menor, menos de um mês na instituição (83,3%), foi representado pelos internos sem medida de segurança. Já o grupo dos internos com medida de segurança teve um período de internação que oscilou entre um e 22 anos. Em 57,1% dos casos, este grupo ficou internado, em média, 9,94 anos, com um desvio padrão de 5,928 anos. A literatura refere internações prolongadas, nos Hospitais de Custódia e Tratamento. Portanto, esse dado poderia estar relacionado ao perfil dos pacientes em tratamento no Instituto e, também, relacionado ao fato de que esses internos já tinham a sua situação jurídica definida. Segundo a Organização Mundial da Saúde, os sujeitos que já foram condenados, que têm conhecimento sobre a sua situação jurídica e o tempo em que deverão ficar custodiados, tendem a adaptar-se melhor ao sistema de reclusão. Menezes encontrou, entre a população do Instituto Psiquiátrico Forense, um tempo médio de internação de 7,12 anos, com um desvio padrão de 6,99 anos. O autor citado refere, ainda, que o tempo prolongado de internação é uma distorção na função do Instituto. Este tende a ser maior, mesmo naqueles casos em que há uma resposta positiva ao tratamento e em que a periculosidade está extinta ou reduzida. Este fato estaria relacionado à dificuldade dos familiares e da sociedade em geral em aceitar o doente mental infrator.²⁵³

²⁵² FOLINO, J. O.; MARCHIANO, S. E.; WILDE, A. S. Suicídios en convictos bonaerenses. **Revista Argentina de Psiquiatria**, vol. XIV, p. 286-291, 2003.

²⁵³ MENEZES, R. **Esquizofrenia e Liberdade**. Porto Alegre: Armazém digital, 2005.

As pesquisas sobre fatores de risco, para comportamento suicida, têm apontado uma correlação elevada entre o suicídio e a presença de algum transtorno psiquiátrico, na população reclusa em geral.²⁵⁴ Em se tratando de pacientes psiquiátricos forenses, portanto, internos com transtornos mentais, o risco tende a ser maior. Stalenheim encontrou, principalmente, o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline, nos casos de suicídio no ambiente psiquiátrico forense.²⁵⁵ A distribuição dos diagnósticos psiquiátricos, na atual pesquisa, aponta para a existência de patologias graves, bem como a presença do uso abusivo de álcool e/ou drogas. A maioria dos internos recebeu o diagnóstico de esquizofrenia (55%), sendo que 40% desses casos correspondeu ao subtipo paranóide. Apesar de o diagnóstico de transtornos mentais pelo uso de álcool ter sido verificado em 10% dos casos, a dependência ao álcool e/ou drogas foi relatada, como decorrente da patologia principal, em 50% dos casos (n=10). Esse dado vem reforçar a importância da intoxicação por álcool ou drogas, como um fator que pode aumentar ou precipitar o risco de comportamento suicida.

Entre os estudos realizados nos diversos ambientes penitenciários revisados neste trabalho, poucos foram realizados, especificamente, em um hospital psiquiátrico forense. Nas penitenciárias do Texas, os suicidas receberam, em primeiro lugar, os diagnósticos relativos aos Transtornos de Humor (64%), seguidos dos Transtornos de Personalidade (56%) e dos Transtornos Psicóticos (44%).²⁵⁶ No ambiente psiquiátrico forense, Apter et al dizem que os pacientes não apresentam uma prevalência de transtornos afetivos, nem uma correlação

²⁵⁴ WHO. **Preventing suicide:** a resource for prison officers. Mental and behavioural disorders. Department of mental health. World Health Organization. Geneva, 2000

²⁵⁵ STALENHEIM, E. G. Relationships between attempted suicide, temperamental vulnerability and violent criminality in a Swedish forensic psychiatric population. **Eur Psychiatry**, v.16, n.7, p.386-394, nov. 2001.

²⁵⁶ FELTHOUS, A. R. et al. **Factors in prison suicide:** one year study in Texas. [Resumo]. Disponível em: <<http://www.scielo.medline>> Acesso em 20 de outubro de 2003.

significativa entre tristeza e risco de comportamento suicida. Estas patologias são encontradas entre os pacientes psiquiátricos em geral, que cometeram o suicídio.²⁵⁷

O levantamento acerca da ocorrência de tentativas anteriores de suicídio foi relatado, pela equipe de atendimento, em 55% do total de casos pesquisados. Os resultados indicam uma alta incidência de tentativas anteriores de suicídio, chegando a ocorrer, em 10% dos casos, mais de três tentativas. Alguns destes sujeitos verbalizaram sua intenção de morte e dois deles (10%) deixaram uma carta, explicando o porquê de seu ato. Meleiro e Teng dizem que os sobreviventes de uma tentativa de suicídio apresentam um risco elevado de repetir este comportamento e completarem o suicídio.²⁵⁸ No estudo de Folino, Marchiano e Wilde, 21% dos reclusos, que cometeram suicídio nas penitenciárias da província de Buenos Aires, haviam anunciado sua intenção de morte e 17% deixaram uma carta explicativa. Segundo os autores, as cartas ou os bilhetes explicativos não possibilitam medidas preventivas, mas as verbalizações oferecerem a oportunidade de agir preventivamente e deveriam ser sempre um indicador de risco. Eles dizem, também, que é importante que os internos e os profissionais em contato com o detento ou com aquele sujeito privado de sua liberdade estejam atentos à importância desta informação e instruídos sobre como agir.²⁵⁹

²⁵⁷ APTER, A. et al. Correlates of risk of suicide in violent and nonviolent psychiatric patients. **Am J Psychiatry**, v. 51, n. 9, p.1316-23, Sept., 1994.

²⁵⁸MELEIRO, A.; TENG, C. T. Fatores de risco de suicídio. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p.125.

²⁵⁹ FOLINO, J. O.; MARCHIANO, S. E.; WILDE, A. S. Suicídios en convictos bonaerenses. **Revista Argentina de Psiquiatria**, vol. XIV, p.286-291, 2003.

Quanto ao gênero, os suicídios, na atual pesquisa, foram masculinos, em sua maioria (90%). Os estudos norte-americanos²⁶⁰ e australianos²⁶¹ apontam a população masculina como mais vulnerável para o suicídio, nos ambientes de custódia. Os estudos epidemiológicos em geral, também indicam o alto índice de suicídios entre os homens.²⁶² No Brasil, a ocorrência de suicídio é de duas a três vezes mais freqüente em homens do que em mulheres.²⁶³ Os homens também utilizam meios mais violentos para as tentativas ou para concretização dos atos suicidas.²⁶⁴ A violência da tentativa pode resultar na morte, independente do desejo de morrer. Podemos citar, como exemplo, no atual estudo, uma tentativa de suicídio realizada por um dos sujeitos. Este se automutilou, ao enfiar um caco de vidro, em forma de estilete, no peito. Quando socorrido, ficou desesperado com a possibilidade de morrer, fato que realmente veio a acontecer.

A Organização Mundial de Saúde, em seu estudo multicêntrico de intervenção para ambientes prisionais, concluiu que as mulheres, mesmo pouco representadas, têm um risco

²⁶⁰ MARCUS, P.; ALCABES, P. Characteristics of suicides by inmates in an urban jail. **Hosp Community Psychiatry**, v. 44, n. 3, p. 256-261, 1993.

²⁶¹ AUSTRALIAN INSTITUTE OF CRIMINOLOGY. DALTON, V. **Suicide in prison 1980 to 1998**: National Overview, nº126 – trends & issues in crime and criminal justice. August, 1999.

²⁶² MELEIRO, A.; TENG, C. T. Fatores de risco de suicídio. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p.100-131.

MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, J. M.; WANG, Y. P. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 27, n.2, p.131-134, 2005.

²⁶³ MELEIRO, A.; TENG, C. T. Fatores de risco de suicídio. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p.100-131.

²⁶⁴ MELEIRO, A.; TENG, C. T. Fatores de risco de suicídio. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p.114.

elevado para o suicídio. As presas tentam cinco vezes mais o suicídio do que a população feminina em geral, e duas vezes mais que do que os homens presos.²⁶⁵

Com relação à cor, verificou-se a maior frequência de indivíduos da cor branca. Essa constatação é corroborada pela literatura, que descreve o perfil étnico dos internos no manicômio judiciário da Bahia e dos internos do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. Este se assemelha ao perfil da população geral e contraria o perfil encontrado nos presídios, em que prevalece indivíduos da cor negra.²⁶⁶ Segundo Menezes, “a predominância de negros no sistema prisional ‘normal’ parece indicar que uma condição sócio-econômica desfavorável está associada à criminalidade dos ditos ‘normais’”.²⁶⁷ Rachel Jenkins afirma que a prisão, além de ser uma forma de punição, pelo crime cometido, nos Estados Unidos, abriga grupos que apresentam altos graus de privação, como os negros e os imigrantes, configurando a exclusão social final.²⁶⁸

A idade média, encontrada no momento do suicídio, foi a de 38,25 anos, com um desvio padrão de 13,02. A idade mínima, verificada entre aqueles que cometeram o suicídio, foi de 20 anos e a máxima de 64 anos. A distribuição dos casos de suicídio, segundo a idade na morte, em relação à existência ou não de medida de segurança, indicou um aumento na

²⁶⁵WHO. **Preventing suicide:** a resource for prison officers. Mental and behavioural disorders. Department of mental health. World Health Organization. Geneva, 2000.

²⁶⁶ MENEZES, R. **Homicídio e esquizofrenia:** estudo de fatores associados. Porto Alegre: UFRGS, 2001. Dissertação, Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.

CHRISTOFF, M. U. **A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul:** o Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.

PERES, M.F.T; NEURY-FILHO, A.; LIMA-JUNIOR, A.S. A estratégia da periculosidade: psiquiatria e justiça penal em um hospital de custódia e tratamento. **Psychiatry On-line Brazil** – Current Issues (3):08, 1998.

²⁶⁷ MENEZES, R. **Esquizofrenia e Liberdade.** Porto Alegre: Armazém digital, 2005, p.102.

²⁶⁸ JENKINS, R. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. Cambridge University Press. **Psychological Medicine**, v.35, p.257–269, 2005.

média de idade dos internos em medida de segurança. Estes tinham, no momento da morte, uma idade média de 42,71 anos, com um desvio padrão de 12,406. Os internos sem medida de segurança eram bem mais jovens. A idade média destes sujeitos era de 27,83 anos, com um desvio padrão de 7,627. Este último dado encontra concordância nos achados de Folino, Marchiano e Wilde, os quais constataram uma idade média de 27,8 anos na população reclusa da província de Buenos Aires que cometeu suicídio no ambiente penitenciário.²⁶⁹

No tocante ao estado civil e à presença ou não de filhos, a maioria dos internos suicidas foi classificada como solteiro e sem filhos. O elevado percentual de indivíduos classificados como solteiros, quando do ingresso na instituição, pode não corresponder à verdadeira situação conjugal dos mesmos. Estes, mesmo tendo um companheiro(a), podem ter sido classificados como solteiros(as). A presença de filhos é apontada, pela literatura, como um fator de proteção, em relação ao comportamento suicida. O senso de responsabilidade, despertado com a presença de crianças, pode ser “uma razão de viver”.²⁷⁰ O suicídio entre os reclusos solteiros e sem filhos também é largamente discutido, nas pesquisas consultadas sobre suicídios, em ambientes de custódia, pelas características que apresentam e a vulnerabilidade em que se encontram. Geralmente são indivíduos jovens, com patologias mentais graves, com uma tendência ao isolamento e a conseqüente dificuldade de relacionamento em geral.²⁷¹

Johnson et al. afirmam que os internos, em instituições psiquiátricas forenses, apresentam padrões similares de ansiedade, de falta de controle dos impulsos, de desconfiança

²⁶⁹ FOLINO, J. O.; MARCHIANO, S. E.; WILDE, A. S. Suicídios en convictos bonaerenses. **Revista Argentina de Psiquiatria**, vol. XIV, p. 286-291, 2003.

²⁷⁰ MELEIRO, A.; TENG, C. T. Fatores de risco de suicídio. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p.127.

²⁷¹ WHO. **Preventing suicide: a resource for prison officers**. Mental and behavioural disorders. Department of mental health. World Health Organization. Geneva, 2000.

e de rebeldia, em relação àqueles pacientes internados em hospitais psiquiátricos em geral.²⁷² Os pacientes psiquiátricos forenses, porém, ainda apresentam características anti-sociais, conduta provocativa e pouco colaboradora, dificultando o adequado apoio social e profissional.²⁷³

A influência de fatores relativos ao meio familiar e social, no comportamento violento, tem sido enfatizada por muitos teóricos. Jozef diz que o ambiente familiar desviante leva ao enfraquecimento dos laços familiares e à conseqüente crise de valores, com posterior comportamento violento, em pacientes psiquiátricos internados.²⁷⁴ Segundo Beato, alguns fatores sociais, como ter passado por privações de todos os tipos, são também medidas da desvantagem e da exclusão social, por que passam muitos jovens.²⁷⁵ A maioria dos suicidas, nos ambientes penitenciários, possui histórias de muitas privações. São jovens sem uma profissão definida, com uma baixa escolaridade, os quais apresentam muitas dificuldades de relacionamento e uma incapacidade para encontrar soluções para seus problemas.²⁷⁶ Esse achado mostra-se concordante com a maioria dos casos analisados no presente estudo, pois a maioria dos internos possuía um nível muito baixo de escolaridade e uma baixa qualificação profissional.

Quanto às profissões declaradas na internação, conforme a tabela 20, a maioria dos suicidas não tinha uma ocupação definida (25%); 20% eram agricultores, e 15% aposentados.

²⁷² JOHNSON, C. et al. Suicide among forensic psychiatric patients. **Med Sci Law**, v. 33, n.2, p.137-143, 1993.

²⁷³ LIEBLING, A. Suicides in young prisoners: a summary. **Death Stud**, v.17n. 5, p.381-389, 1993.

JOHNSON, C. et al. Suicide among forensic psychiatric patients. **Med Sci Law**, v. 33, n.2, p.137-143, 1993.

²⁷⁴ JOZEF, F. **Homicídio e doença mental**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2000.

²⁷⁵ BEATO, C. C. Suicídio e a teoria social. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y.P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p.61-78.

²⁷⁶ LIEBLING, A. Suicides in young prisoners: a summary. **Death Stud**, v.17n. 5, p.381-389, 1993.

Com relação aos casos em que foi referida a aposentadoria, essa se deu por doença mental. Este fato era esperado, por se tratar, na maioria dos casos, de doentes mentais.

Os dados psicossociais levantados, neste trabalho, sugerem que a maioria, daqueles que cometeram o suicídio encontrava-se afastada de seus familiares ou mantinha relações conflitantes com os mesmos. Muitos dos internos, que cometeram suicídio no Instituto, apresentavam um comportamento agressivo, sentimentos de tristeza, de rejeição, de desesperança e de culpa, principalmente em relação à família. O afastamento da família pode se dar tanto pelo distanciamento físico como afetivo. O primeiro é um dado de realidade, pois o instituto é a única instituição de custódia e tratamento do Estado e recebe indivíduos oriundos, na maioria das vezes, de cidades e presídios do interior do Estado. Neste estudo, 85% dos sujeitos que cometeram suicídio, no Instituto, eram originários do interior do Estado. O apoio, a presença da família e um bom relacionamento entre os seus membros são fatores protetores que podem ajudar a reduzir a vulnerabilidade em que os reclusos se encontram.

Apesar das limitações desta pesquisa, entre elas a falta de um grupo adequado com o qual pudéssemos comparar os dados encontrados, os resultados demonstram que estar preso é um fator de risco importante para comportamento suicida, mas estar custodiado e ter uma patologia mental elevam, ainda mais, este risco. Indicam, ainda, a necessidade da planificação de medidas preventivas, que levem em conta as características específicas dessa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os ambientes penitenciários e de custódia e tratamento detêm aqueles indivíduos que romperam com os códigos produzidos e impostos pela sociedade. Para muitos desses indivíduos, ter infringido a lei é somente uma parte da situação de violência, de negligência, da falta de condições educacionais, sociais, culturais e de saúde que sempre vivenciaram. Sem ter o intuito de reduzir o problema do suicídio, nessa população, muitas vezes, ele corresponde à exclusão social final.

Esta pesquisa identificou as características dos internos que cometeram suicídio, no Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso. Os suicídios, na instituição, corresponderam a 10,1% do total de mortes ocorridas entre 1985 e 2004. Entre os anos de 1990 a 2001, a taxa média de suicídios encontrada foi de 20,72 vezes a taxa média de suicídios ocorridos no Estado do Rio Grande do Sul.

A investigação permitiu-nos identificar as principais características demográficas, clínicas e criminológicas dos internos, que cometeram suicídio, no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, entre 1985 e 2004. Os resultados evidenciaram dois subgrupos e dois momentos de maior risco para o suicídio. O primeiro sub-grupo é formado pelos pacientes em custódia e tratamento que cometeram o suicídio. A maioria recebeu um

diagnóstico de esquizofrenia paranóide e, encontrava-se, no momento do suicídio, internado em média, há 9,9 anos. Eram sujeitos com uma média de idade de 42,7 anos. O segundo sub-grupo, parcela menor daqueles internos que cometeram suicídio, incluiu os internos encaminhados para exame de superveniência de doença mental, no Instituto Psiquiátrico Forense. A maioria era réu primário, mais jovem, tendo em média 27,8 anos, no momento da morte. Apresentavam sinais e sintomas de uma patologia mental grave e de um sofrimento psíquico intenso.

As características comuns encontradas apontaram para o perfil de um homem, branco, solteiro, sem filhos, do interior do Estado, com uma baixa qualificação profissional e pouca escolaridade. Os fatores psicossociais de risco, na maioria dos casos, foram: a) no aspecto clínico, a presença de um transtorno mental grave e o uso abusivo de drogas e/ou álcool; b) baixa sustentação social e familiar; c) tentativas anteriores de suicídio e d) alta impulsividade e agressividade. Os suicidas cometeram, em sua maioria, crimes violentos e usaram uma forma violenta de terminar com as suas próprias vidas. A maioria desses foi acusada de ter praticado crimes contra a vida, principalmente o homicídio, e morreram pelo enforcamento, durante o período da madrugada.

A revisão dos estudos, acerca do suicídio na população em geral e na população reclusa, afirma a sua multifatorialidade e a sua complexidade. De um modo geral, alguns fatores encontrados, no atual estudo, e que a literatura especializada considera como importantes fatores de risco para o comportamento suicida, incluem: as tentativas prévias de suicídio, os elevados traços impulsivos e agressivos de personalidade e o sentimento de desesperança. Estes, quando associados às características sócio-demográficas, tais como: homem, jovem, solteiro, com uma baixa qualificação educacional e profissional, isolado

socialmente, com sérios problemas legais, portador de uma grave patologia mental, abusador de drogas e/ou álcool, nos dão a grande dimensão do problema.

A alta taxa de suicídios em ambientes de custódia é uma preocupação, principalmente nos Estados Unidos e no Canadá. Nestes países, programas de prevenção e de intervenção para comportamento suicida já existem, desde a década de 1980. Segundo a Organização Mundial de Saúde, os programas preventivos devem incluir o treinamento e o acompanhamento daqueles funcionários que lidam diretamente com essa clientela, desde a equipe de saúde mental até a equipe de segurança.

No Brasil, o desgaste emocional dos funcionários que lidam com essa população requer a compreensão e a consideração de todos os envolvidos no atendimento aos custodiados. Estes profissionais realizam um esforço muito grande, tanto pessoal quanto profissional, pelo fato de atuarem em uma área de extrema violência. O suicídio, além de ocasionar a perda de uma vida, suscita diferentes sentimentos e formas de reação, nas pessoas envolvidas. Os outros internos, a família e os profissionais, envolvidos com o suicida, podem abominar o ato, apresentar sentimentos de perplexidade, de raiva, de culpa, de impotência, de frustração ou, mesmo, devido a uma identificação contratransferencial, incentivar o ato. Em hospitais psiquiátricos, que geralmente contam com melhores condições materiais e de atendimento, do que aquelas verificadas em uma instituição forense, mesmo com todo o cuidado dispensado, alguns pacientes cometem o suicídio, enquanto estão sob cuidados da equipe de saúde mental.

Entendemos que um programa de treinamento, dos profissionais envolvidos, nos cuidados dessa clientela, pode melhorar a detecção do risco suicida e do tratamento dos

internos. Procurar aumentar e/ou reforçar os fatores protetores também pode ser uma forma de tentar diminuir a ocorrência de suicídios na Instituição. Neste sentido, seria importante a redução do acesso aos meios de suicídio e a correta identificação, por parte dos funcionários, dos internos com risco elevado para comportamento suicida.

As intervenções de prevenção no âmbito de custódia e tratamento devem estar baseadas nas características do grupo a que se destina. Este tende a mudar, assim como, também, muda a dinâmica institucional. Sugerimos que novas pesquisas científicas possam ser direcionadas à identificação daqueles internos que tentaram o suicídio, na instituição, e que não se suicidaram, com a finalidade de melhor detectar, instalar e reforçar os fatores protetores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Practice Guideline for assessment and treatment of patients with suicidal behaviors**. 2003. Disponível em: <<http://www.psych.org/cme>> Acesso em julho de 2004.

ANDRADE, V. R. P. Do paradigma etiológico ao paradigma da reação social: mudança e permanência de paradigmas criminológicos na ciência e no senso comum. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. São Paulo, v. 6, n.14, p.277-287, 2002.

ANGERAMI – CAMON, V. A. **Suicídio**: fragmentos de psicoterapia existencial. São Paulo, 1997.

APTER, A.; KOTLERM, M.; SEVY, S.; PLUTCHIK, R.; BROWN, S. L.; FOSTER, H.; HILLBRAND, M.; KORN, M. L.; VAAN PRAAG, H. M. Correlates of risk of suicide in violent and nonviolent psychiatric patients. **Am J Psychiatry**, v. 51, n. 9, p.1316-23, Sept., 1994.

ARBOLEDA-FLÓREZ, J. Integration initiatives for forensic services. **World Psychiatry**, v.3, n.2, p.179-183, 2003.

AUSTRALIAN INSTITUTE OF CRIMINOLOGY. DALTON, V. **Suicide in prison 1980 to 1998**: National Overview, nº126 – trends & issues in crime and criminal justice. August, 1999.

BAPTISTA, M. N. **Suicídio e depressão**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

BARBOSA, L. H. Psicologia clínica na saúde mental: uma crítica à reforma psiquiátrica. **Ciência e Cognição**, volume 3, p.63-65, 2004.

BARROS, M. B. A.; MARÍN-LEÓN, L. Epidemiologia no Brasil. In: WERLANG, B. G.; BOTEAGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: ARTMED, 2004, p.45-58.

BARTOL, C. R. **Criminal Behavior** – A Psychosocial Approach. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1991. Disponível em: <<http://www.csc-scc.ca/crd/forum/e043/3043i.htm>> Acesso em: junho de 2005.

BEATO, C. C. Suicídio e a teoria social. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y.P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p.61-78.

BECK, A. T.; RUSCH, A. J.; SHAW, B.F.; EMERY, G. **Terapia cognitiva da depressão**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

BERTOLETE, J. M. O suicídio e sua prevenção. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004, 193-205.

BERTOLETE, J. M.; FLEISHMANN, A. Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In: WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: ARTMED, 2004, p. 35-44.

BIRMAN, J. **Enfermidade e loucura**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1980.

BITENCOURT, C. R. **Manual de Direito Penal**. Parte Geral. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1999.

BLAAUW, E.; KERKHOF, A. J.; HAYES, L. M. Demographic criminal and psychiatric factors related to inmate suicide. **Suicide Life Threat Behavior**, v.35, n.1, p.63-75, Feb., 2005.

BOTEGA, N.; RAPELI, C. B. Tentativa de suicídio. In: BOTEGA, J. N. (Org.) **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2002, p.365-377.

BRASIL. **Administração Penitenciária: uma abordagem de Direitos Humanos**. International Centre for Prison Studies. Tradução de Paulo Liégio. Ministério da Justiça, Brasília, 2002.

BRASIL. **Constituição Federal, Código Civil, Código de Processo Civil**. Organizador: Nylson Paim de Abreu Filho, 6ª edição. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2005.

BRASIL. **Constituição Federal, Código Penal, Código de Processo Penal**. Organizador: Nylson Paim de Abreu Filho. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2005.

BRASIL. **Lei de Execução Penal nº 7.210** de 11 de julho de 1984. Organizada por Juarez Oliveira. São Paulo: Saraiva, 1995.

BRUNO, A. **Perigosidade criminal e medidas de segurança**. Rio de Janeiro: Forense, 1989.

BRUNO, A. **Direito Penal**: parte especial: crimes contra a pessoa. Rio de Janeiro: Forense, 1966.

CAIRES, M. A. **Psicologia Jurídica**: implicações conceituais e aplicações práticas. São Paulo: Vetor, 2003.

CARDOSO, R. G.; BLANK, P.; TABORDA, J.G.V. Exame de superveniência de doença mental. In: TABORDA, J.G.V.; CHALUB, M.; ABDALLA-FILHO, E. **Psiquiatria forense**. Porto Alegre: ARTMED, 2004, p.153-160.

CARRARA, S. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 1998.

CASSORLA, R. M. S. Suicídio e autodestruição humana. In: WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: ARTMED, 2004, p. 21-33.

CASSORLA, R. M. S. **Do Suicídio**: estudos brasileiros. Campinas: Papyrus, 1991.

CHALUB, M. Perícias de responsabilidade penal e dependência química. In: TABORDA, J.G.V.; CHALUB, M.; ABDALLA-FILHO, E. **Psiquiatria forense**. Porto Alegre: ARTMED, 2004, p.130-151.

COELHO, D. R. **A indeterminação legal das medidas de segurança frente às garantias constitucionais**. Porto Alegre: PUCRS, 2005. Monografia de conclusão do Curso de Direito. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2005.

COHEN, C.; MARCOLINO, J.A.M. Noções históricas e filosóficas do conceito de saúde mental. In: COHEN, C.; FERRAZ, F. C.; SEGRE, M. **Saúde Mental, crime e justiça**. São Paulo: Edusp, 1996, p.13-23.

COHEN C. Medida de segurança. In: COHEN, C.; FERRAZ, F. C.; SEGRE, M. **Saúde Mental, crime e justiça**. São Paulo: EDUSP, 1996, p.77-83.

CORRÊA, R. C.; SOUZA, A. R. R.; CATALDO NETO, A. O suicídio à luz do Direito. In: GAUER, G. J. C.; MACHADO, D. S. **Filhos & vítimas do tempo da violência**. Curitiba: Juruá, 2003, p. 167-193.

CHRISTOFF, M. U. **A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul**: o Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.

COX, J.F. et al. A model for crisis intervention services within local jails. **International Journal of Law & Psychiatry**, v.11, n.4, p. 391-407, 1990.

CRESPO DE SOUZA, C. A. **Doentes mentais em prisões e em casas de custódia e tratamento**: um grande e permanente desafio. Disponível em: <<http://www.polmed.com.br>> Acesso em novembro de 2005.

DIAS, M. L. **Suicídio**: testemunhas de adeus. São Paulo: Brasiliense, 1991.

DITTON, P. Mental Health and treatment of inmates and probationers. **Bureau of Justice Statistics – Special Report**. July, 1999.

DÖRNER, K. **Ciudadanos y Locos**: história social de la Psiquiatria. Madrid: Taurus, 1974.

DUMAIS, A.; LESAGE, M.; PHIL, M. et al. Risk factors for suicide in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. **American Journal of Psychiatry**, v.162, n. 11, p.2116-2124, nov., 2005.

DURKHEIM, D. É. **O Suicídio**: um estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

DUTRA, E. Comportamentos autodestrutivos em crianças e adolescentes: orientações que podem ajudar a identificar e prevenir. In: HUTZ, C. S. (Org.) **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência**: aspectos teóricos e estratégias de intervenção. Porto alegre: Casa do Psicólogo, 2002, p. 53-87.

FEIJÓ, M. **Suicídio**: entre a razão e a loucura. São Paulo: Lemos, 1998.

FELTHOUS, A. R. et al. **Factors in prison suicide**: one year study in Texas. [Resumo]. Disponível em: < <http://www.scielo.medline>>. Acesso em: 20 de outubro de 2003.

FLORIANI, A.; VIANA, A. **Triste Record**: Porto Alegre é a cidade brasileira com maior índice de suicídio entre adolescentes. Disponível em: <<http://www.veja.com.br/250899>> Acesso em: 10 outubro de 2003.

FOLINO, J. O.; MARCHIANO, S. E.; WILDE, A. S. Suicídios en convictos bonaerenses. **Revista Argentina de Psiquiatria**, vol. XIV, p. 286-291, 2003.

FONTANA-ROSA, J. C. A perícia psiquiátrica. In: COHEN, C.; FERRAZ, S, F. C.; SEGRE, M. **Saúde mental, crime e justiça**. São Paulo: EDUSP, 1996, p.171-186.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FOUCAULT, M. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

FRANÇA, J.M.F.; JORGE, M.R. A ABP e a Reforma Psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.23 n.1, p. 3-6, 2001.

FREIRE, I. R. **Raízes da Psicologia**. São Paulo: Vozes, 2002.

FREUD, S. **Obras Completas**: vol. XII (1913 [1912-1913]). Rio de Janeiro: Imago, 1976.

FREUD, S. Luto e melancolia. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução de Jayme Salomão et al. Rio de Janeiro: Imago, v. 24, XVIII, p.275- 291, 1980.

FREUD, S. Além do princípio do prazer. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução de Jayme Salomão et al. Rio de Janeiro: Imago, v. 24, XIV, p. 17-85, 1980.

FÜHRER, M. R. E. **Tratado da Inimputabilidade no Direito Penal**. São Paulo: Malheiros Editores, 2000.

GAUER, G. J. C.; GUILHERMANO, T. F. Fatores biológicos associados à conduta agressiva. In: GAUER, G. C. (Coord.) **Agressividade: uma leitura biopsicossocial**. Curitiba: Juruá, 2001, p. 11-33.

GLIATTO, M.F.; RAI, A.K. Avaliação e tratamento de pacientes com idéias suicidas. In: **Neuropsiconews- Internet**. São Paulo, n. 35, p.10-14, 2001.

GODOY, J. **Psiquiatria no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Globo, 1955.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1992.

GREEN, C. et al. **A study of 133 suicides among Canadian Federal Prisoners: prison violence and self injury**, v. 4, n.3, 1992.

Disponível em:< <http://www.csc-scc.ca/crd/forum/e043/3043i.htm>> Acesso em: junho de 2005.

GREGÓRIO, S. B. **Suicídio**. Disponível em: <<http://www.universoespirita.net/ed31/p4.html>> Acesso em: 19 outubro de 2003.

HAYES, L. M.; ROWAN, J. R. **National study of jail suicides: seven years later**. Disponível em: <<http://www.nicic.org>> Acesso em: outubro 2004.

HEIMANN, P. Notas sobre a teoria dos instintos de vida e de morte. In: KLEIN, M. et al. **Os progressos da psicanálise**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986, p.344-365.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Mortalidade**. Disponível em: <<http://www.ibge.org.br>> Acesso: em 30 outubro de 2005.

JACÓ-VILELA, A. M. Os primórdios da Psicologia Jurídica. In: **Temas de Psicologia Jurídica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002, p.11-18.

JACOBS, D. G.;BALDESSARINE, R.J.;CONWELL, FAWCET, J. A.; HORTON, L.Y.; MELTZER, H. PFEFFER, C. R.; SIMON, R. I. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behavior. **Am J Psychiatry**, v. 160, p.1-60, 2003.

JENKINS, R. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. Cambridge University Press. **Psychological Medicine**, v.35, p.257-269, 2005.

JESUS, D. E. **Direito Penal**. São Paulo: Saraiva, 1989.

JOHNSON, C.; SMITH, J.; CROWE, C.; DONOVAN, M. Suicide among forensic psychiatric patients. **Med Sci Law**, v. 33, n.2, p.137-143, 1993.

JOZEF, F. **Homicídio e doença mental**.Rio de Janeiro: Editora Forense, 2000.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S. **As cerimônias da Destruição**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Tratado de Psiquiatria**, v. II, Porto Alegre: Artmed, 1999.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. Emergências psiquiátricas: suicídio. In: **Compêndio de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LANDSBERG, G.; MORSCHAUSER, P. Issues in the prevention and detection of suicide potential in correctional facilities. In: RICHARD, R. **Principles and practice of forensic psychiatry**. Second Edition. London: ARNOLD, 2005, p.513-517.

LEJDERMAN, F. Suicídio: é preciso falar do assunto. **Revista do Centro de Estudos Luís Guedes**. Porto Alegre, out. 2002.

LESTER, D. et al. Suicide behind bars: prediction and prevention. Pennsylvania: **The Charles Press, Publishers, Inc.**, p.1-14, 1993.

LIEBLING, A. Suicides in young prisoners: a summary. **Death Stud**, v.17, n.5, p.381-389, 1993.

LLOYD, C. **Suicide and self-injury in prison**: a literature review. Home Office Research and Planning Unit Report. London: Her Majesty's Stationery, 1990.
Disponível em: <<http://www.csc-scc.ca/>> Acesso em junho de 2005.

MARCUS, P.; ALCABES, P. Characteristics of suicides by inmates in an urban jail. **Hosp Community Psychiatry**, v. 44, n. 3, p. 256-261, 1993.

MARCHETTI, R. L.; CASTRO, A. P. W.; KURCGANT. Transtornos mentais associados à epilepsia. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, vol. 32, n.3, p.170-82, 2005.

MARIN, I. S.K. **Violências**. São Paulo: Escuta-Fapesp, 2002.

MATOS E SOUZA, F. G. Tratamento do transtorno bipolar – eutímia. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, vol. 32; suplemento 1, p. 63-70, 2005.

MELEIRO, A.; BAHLS, Saint-Clair. O comportamento suicida. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p.13-36.

MELEIRO, A.; TENG, C. T. Fatores de risco de suicídio. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p.109-131.

MELEIRO, A.; WANG, Y. P. Suicídio e tentativa de suicídio. In: LOUZÃ NETO, M. R. (Org.) **Psiquiatria básica**. Porto alegre: Artes Médicas, 1995.

MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, J. M.; WANG, Y. P. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 27, n.2, p.131-134, 2005.

MENEZES, R. **Homicídio e esquizofrenia**: estudo de fatores associados. Porto Alegre: UFRGS, 2001. Dissertação, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.

MENEZES, R. **Esquizofrenia e liberdade**. Porto Alegre: armazém digital, 2005.

MENNINGER, K. **Eros e Tântatos**: o homem contra si mesmo. São Paulo: IBRASA, 1970.

MINAYO, M. C. de Souza. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 421-428, abr-jun ,1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo**: saúde mental: nova concepção, nova esperança, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e o Manicômio Judiciário**. Relatório Final do Seminário para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Brasília, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Base de dados de mortalidade**, Brasil, 2004. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br>.> Acesso em: 26 de novembro de 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SAÚDE MENTAL NO SUS** – Informativo da saúde mental. Brasília, Ano IV – n. 18, (01/01/2005 – 17/05/2005), 2005.

MIRABETE, J. F. **Manual de Direito Penal**: parte especial – artigos 121 a 234 do Código Penal. São Paulo: Atlas, 2002.

MOURA, L. A. Imputabilidade, semi-imputabilidade e inimputabilidade. In: COHEN, C.; FERRAZ, F. C.; SEGRE, M. **Saúde mental, crime e justiça**. São Paulo: EDUSP, 1996, p.85-103.

Muertes por homicidio, suicidio y accidentes em pacientes com transtornos mentales. **Revista Panam Salud Publica**. [on line], vol. 11, n. 1, p. 23-33, jan., 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>> Acesso em 19 de novembro de 2005

OLIVEIRA, C. S.; BATISTA, F. Perspectivas internacionais em psiquiatria forense. In: RIGONATTI, S. P. (Coord.). **Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003, p.285-305.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. World Health Organization - Banco de dados - **Relatórios sobre suicídios, 2000 e 2001**. Disponível em: < <http://www.who.int.word>> Acesso em : abril de 2005.

PAIVA, L. M. **Depressão e Suicídio**. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

PALOMBA, G.A. **Psiquiatria Forense: noções básicas**. São Paulo: Sugestões Literárias, 1992.

PALOMBA, G. A. **Tratado de Psiquiatria Forense – civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003.

PERES TOURINHO, M.F.; NEURY-FILHO, A.; LIMA JUNIOR, A.S. A estratégia de periculosidade: psiquiatria e justiça penal em um hospital de custódia e tratamento. **Psychiatry On-line – Current Issues** (3) 08, 1998.

PESSOTTI, I. **A loucura e sua época**. Rio de Janeiro: editora 34, 1995.

PICCININI, W. **Psiquiatria forense no Brasil a partir das suas publicações** (I). Disponível em: <<http://www.pobr.med.br>> Acesso em 15 de janeiro de 2005.

PRADO, L. R. **Curso de Direito Penal Brasileiro: parte geral**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

QIN P.; NORDENTOTT M.. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalizations. **Arch Gen Psychiatry**, n. 62, p.426-432, 2005.

RAMIREZ, I. B. **Manual de Derecho Penal: parte especial**. Barcelona: Ariel, 1991.

Revista eletrônica de Jurisprudência. Disponível em: <<http://www.stj.gov/jurisprudencia>> Acesso em: novembro de 2005.

RIBEIRO, B. M. **Medidas de Segurança**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1998.

RIGONATTI, S. P.; BARROS, E. L. Notas sobre a história da psiquiatria forense, da antiguidade ao começo do século XX. In: RIGONATTI, S. P. (Coord.) **Temas em Psiquiatria forense e psicologia jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003, p.17-22.

ROUDINESCO, E. Leituras da história de loucura (1961-1986). In: ROUDINESCO, E. et al. **Foucault: leituras da história da loucura**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

SECRETARIA DA SAÚDE E MEIO AMBIENTE - SSMA. **Estatística de saúde: mortalidade**. Porto Alegre: Núcleo de Informação em Saúde, 2000.

SILVA, J. A. S. **Imputabilidade Penal**. Disponível em: <<http://www.tba.com.br/medidania>> Acesso em: 07 de julho de 2004.

SILVEIRA, B. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. Edição revista e atualizada. São Paulo: FTD, 2000.

SMEKE, E. L. M. Debate sobre o artigo de Everardo Duarte Nunes. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p 7-34, jan-mar, 1998.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C.; MALAQUIAS, J.V. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. **Cadernos de Saúde Pública**. v.18, n.3, p.673-683, mai-jun, 2002.

STALENHEIM, E. G. Relationships between attempted suicide, temperamental vulnerability and violent criminality in a Swedish forensic psychiatric population. **Euer Psychiatry**, v. 16, n. 7, p. 386-394, nov., 2001.

TENG, C. T.; DEMETRIO, F.N. Neurobiologia do suicídio. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p. 133-155.

THE CORRECCIONAL SERVICE OF CANADÁ, 1996-97: **Retrospective Report on inmate suicides**. Centre for Suicide Prevention, Canadá. Disponível em: <<http://www.suicideinfo.ca>.> Acesso em: junho de 2005.

TRINDADE, J. **Manual de Psicologia Jurídica: para operadores do Direito**. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2004.

TURECKI, G. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, vol. 21, out. 1999.

WANG, P. Y.; MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, J. M. Epidemiologia do suicídio. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, P. Y. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p. 97-108.

WANG, Y. P.; RAMADAM, Z. B. A. Aspectos psicológicos do suicídio. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p. 79-96.

WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. Avaliação retrospectiva (autópsia psicológica) de casos de suicídio: considerações metodológicas. **PSICO**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, v. 33, n.1, jan-jun, p. 97-112, 2002.

WHO. **Preventing suicide: a resource for prison officers**. Mental and behavioural disorders. Department of mental health. World Health Organization. Geneva, 2000.

ZAFFARONI, E. R.; PERANGELI, J. H. **Manual de Direito Penal Brasileiro**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - OFÍCIO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL.



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício nº 686/05-CEP

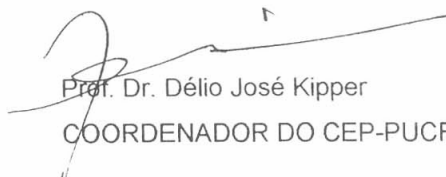
Porto Alegre, 02 de agosto de 2005.

Senhor(a) Pesquisador(a):

Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: "Suicídio em um Hospital de custódia e tratamento".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Atenciosamente



Prof. Dr. Délio José Kipper
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Mest Elizabete Rodrigues Coelho
N/Universidade

ANEXO B - PROTOCOLO DE PESQUISA.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CRIMINAIS
INSTITUTO PSIQUIÁTRICO FORENSE “MAURÍCIO CARDOSO”
PROTOCOLO DE PESQUISA**

Seção I – Dados demográficos

- | | |
|--|----------------|
| 1. Nome: | 1. _____ |
| 2. Gênero:(1) masculino (2) feminino | 2. _____ |
| 3. Data de nascimento: | 3. ___/___/___ |
| 4. Cor:(1) branco (2) preto (3) misto (4) outras | 4. _____ |
| 5. Estado Civil:.....(1) solteiro (2) casado (3) separado (4) viúvo | 5. _____ |
| 6. Filhos.....(1) sim (2) não | 6. _____ |
| 7. Naturalidade: (1) POA (2) Interior (3) Outros Estados | 7. _____ |
| 8. Grau de Instrução: (1) Analfabeto (2) Até o Ensino Fundamental (3) Até o Nível Médio (4) Até o Nível Superior | 8. _____ |
| 9. Profissão:..... | 9. _____ |

Seção II – Dados criminológicos

DELITO: Descrição sumária do(s) delito(s) de entrada:
(em ordem decrescente de gravidade)

Delitos	Código	Data
A.10. _____	_____	10. _____
B.11. _____	_____	11. _____
C.12. _____	_____	12. _____
D.13. _____	_____	13. _____
14. Data da baixa no IPF:		14. ___/___/___
15. Houve algum período anterior? (1) sim (2) não		15. _____
Dados sobre internação (ões), prisões anterior (es): _____		

16. Situação jurídica na morte: (1) MS sem AP; (2) MSA; (3) Preso (SDM); (4) MS/AP intern. no IPF/I; (5) MS/AP em casa (6) internação preventiva em avaliação (7) Fuga 16. _____

Seção III – Dados Clínicos

DIAGNÓSTICO (S)	Códigos/CID,DSM)
17. A. _____	17. _____
18. B. _____	18. _____
19. C. _____	19. _____

20. História Familiar de Suicídio: (1)sim (2)não (3) não há dados 20. _____

21. Tentativas suicidas anteriores: (1)sim (2)não (3) não há dados 21. _____

22. Quantas: _____	22. _____
23. Data do Suicídio: _____	23. ___/___/___
24. Idade na morte: _____	24. _____
25. Local na Instituição: _____	25. _____
26. Hora: _____	26. _____
27. Outros dados: (relações familiares; deixou bilhetes ou cartas; comunicou sua intenção suicida etc.).....	27. _____
.....	
.....	
28. Meio empregado: _____	28. _____
29. Tempo total de IPF (da baixa até morte): _____anos....m...d.	29. _____
30. Houve necropsia: (1) sim (2) não.(3) não há dados.....	30. _____
31. Dados compatíveis com suicídio: (1) sim (não) (3) não há dados	31. _____
32. Investigação de drogas? (1) sim (2) não (3) não há dados	32. _____
Conclusões: _____	

33. Investigação em andamento (1) sim (2) não (3) não há dados	33. -----
34. Outros dados _____.	34. -----