

**FACULDADES INTEGRADAS
“ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”**

FACULDADE DE DIREITO DE PRESIDENTE PRUDENTE

A RESPONSABILIZAÇÃO PENAL PELO DANO PSÍQUICO

Renato Alcântara Tamamaru

PRESIDENTE PRUDENTE/SP
2005

**FACULDADES INTEGRADAS
“ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”**

FACULDADE DE DIREITO DE PRESIDENTE PRUDENTE

A RESPONSABILIZAÇÃO PENAL PELO DANO PSÍQUICO

Renato Alcântara Tamamaru

Monografia apresentada como requisito parcial de Conclusão de Curso para obtenção do Grau de Bacharel em Direito, sob orientação do Prof. Dr. José Hamilton do Amaral

PRESIDENTE PRUDENTE/SP
2005

A RESPONSABILIZAÇÃO PENAL PELO DANO PSÍQUICO

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado
como requisito parcial para obtenção do
Grau de Bacharel em Direito.

José Hamilton do Amaral
Orientador

Fabiana Junqueira Tamaoki
1º Examinador

Marivaldo Gouveia
2º Examinador

Presidente Prudente/SP, 26 de novembro de 2005.

Dedico este trabalho aos meus pais e irmãos, exemplos de força e coragem ante a vida e os desafios.

E aos meus amigos, pelo companheirismo e compreensão.

[...] O caminho da vida pode ser o da liberdade e da beleza, porém, nos extraviamos. A cobiça envenenou a alma dos homens... levantou no mundo as muralhas do ódio... e tem-nos feito marchar para a miséria e os morticínios. Criamos a época da velocidade, mas nos sentimos enclausurados dentro dela. A máquina, que produz abundância, tem nos deixado em penúria. Nossos conhecimentos fizeram-nos céticos; nossa inteligência, empedernidos e cruéis. Pensamos em demasia e sentimos bem pouco. Mais do que de inteligência, precisamos de afeição e doçura. Sem essas virtudes, a vida será de violência e tudo será perdido [...] (Charles Chaplin).

[...] Na primeira noite eles se aproximam e roubam uma flor do nosso jardim.

E não dizemos nada.

Na segunda noite, já não se escondem; pisam as flores, matam nosso cão, e não dizemos nada.

Até que um dia, o mais frágil deles entra sozinho em nossa casa, rouba-nos a luz, e, conhecendo nosso medo, arranca-nos a voz da garganta.

E já não podemos dizer nada. [...].

(Eduardo A. Costa)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me ampara e fortalece a cada dia.

Ao meu orientador Dr. José Hamilton do Amaral, que me ajudou com paciência e dedicação a desenvolver o presente trabalho.

À Dra. Fabiana e ao Dr. Marivaldo, que gentilmente aceitaram fazer parte dessa banca.

Agradeço em especial, aos amigos da Gazzetti e Pinto Advogados Associados, que estiveram ao meu lado durante essa intensa jornada.

E aos meus familiares e amigos, sem os quais esse trabalho não seria possível.

RESUMO

No presente trabalho é dado enfoque à questão do dano psíquico e sua responsabilização penal.

O delito de lesão corporal é tipificado no artigo 129 do Código Penal Brasileiro como “ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem”. Vê-se que o crime pode consistir numa ofensa à integridade física do indivíduo, e/ou em sua saúde, sob o aspecto funcional e mental.

A ofensa à chamada saúde mental da pessoa gera o chamado dano psíquico que, tal qual ocorre no abalo à saúde funcional, pode importar em conseqüências graves para a vítima.

O autor aborda a crise de valores sofrida pela sociedade atual e o quão presente se faz a violência no cotidiano das pessoas e as formas pelas quais ela se manifesta.

É explorado o conceito de dano psíquico, bem como traçados critérios a serem observados para sua avaliação.

Propõe-se uma revisão do atual posicionamento jurisprudencial e doutrinário a respeito do tema, a partir de uma concepção integral do homem, como ser bio-psico-social.

Os métodos utilizados neste trabalho de conclusão de curso foram o indutivo-dedutivo e bibliográfico.

Palavras chave: dano psíquico, lesão corporal, responsabilidade penal, saúde, dano somato-psíquico.

ABSTRACT

In the present job is given emphasis to the question of the psychological damage and its criminal responsibility.

The corporal lesion crime is typified in the article 129 of the Brazilian Criminal Code as “to offend the corporal integrity or the health of another person”. It is seen that the crime can consist in an offence to the physical integrity of the individual, and/or to his health, under the functional and mental aspect.

The offence to the mental health of a person consubstantiates in a psychological damage that, as happens in the shock to functional health, can import in serious consequences to the victim.

The author accosts the value crises suffered by the current society and how present is the violence in the every day living of the people and the ways that it manifests.

It is explored the concept of psychological damage, as well as it is plotted criteria to be observed for its evaluation.

It was proposed a review of the jurisprudential and doctrinaire current position about the theme, taking as starting point an integral conception of the man, as a bio-psycho-social being.

The methods used in this course conclusion job were the inductive-deductive and the bibliographical.

Key words: Psychological damage, corporal lesion, criminal responsibility, health, somato-psychical damage.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
CAPÍTULO I – DA LESÃO CORPORAL	
1.1 Conceito.....	10
1.2 Sujeito Ativo.....	11
1.3 Sujeito Passivo.....	11
1.4 Elementos Objetivos do Tipo.....	11
1.5 Elementos Subjetivos.....	12
1.6 Consumação e Tentativa.....	12
1.7 Lesão Corporal Leve.....	13
1.8 Lesões Qualificadas pelo resultado.....	13
1.9 Lesão Corporal Agravada.....	19
1.10 Lesão Corporal Privilegiada.....	19
1.11 Lesão Corporal Culposa.....	19
1.12 Violência Doméstica.....	20
1.13 Pena e Ação Penal.....	20
CAPÍTULO II – DA VIOLÊNCIA	
2.1 Origem da Violência.....	21
2.2 A Crise de Valores da Sociedade Atual.....	25
2.3 Etimologia.....	27
2.4 A Violência Psicológica.....	29
CAPÍTULO III – DO DANO PSÍQUICO	
3.1 O que é o Homem ?.....	35
3.2 Do Dano Psíquico.....	38
3.3 Modalidade de Dano Psíquico.....	40
3.4 Avaliação do Dano Psíquico.....	46
CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXOS.....	55

INTRODUÇÃO

A vida constitui a fonte primária de todos os outros bens jurídicos.

Depois da vida, o Direito deve assegurar a integridade do corpo no seu aspecto anatômico e funcional, determinando a punição das ações que perturbem a normalidade da estrutura física ou funcional, assim como a psíquica da pessoa.

A incolumidade do corpo humano é um bem fundamental e encontra-se abrigada no artigo 129 e parágrafos do Código Penal Brasileiro.

Referido dispositivo define o delito de lesão corporal, tipificando-o, em seu *caput* como “ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem”. Assim, o crime pode consistir em ofensa à integridade física do indivíduo e/ou em sua saúde, sob o aspecto funcional e mental.

A ofensa à chamada saúde mental da pessoa consubstancia-se num dano psíquico que, tal qual ocorre no abalo à saúde funcional, pode importar em conseqüências penosas para a vítima, atingindo-a no desempenho de suas atividades, bem como no trato social, podendo até evoluir para quadros graves, como a depressão, neuroses, fobias, etc.

Eis o objeto do presente trabalho: focar os casos de lesão psíquica advinda de agressões, especificamente as injúrias emocionais, e a necessidade de punição severa, com a responsabilização penal.

Segundo conceitua França (1998, p. 153)

[...] o dano psíquico caracteriza-se por uma deterioração das funções psíquicas, de forma súbita e inesperada, surgida após uma ação deliberada ou culposa de alguém e que traz para a vítima um prejuízo material ou moral, haja vista a limitação de suas atividades habituais ou laborativas.

Ocorre que o que se vê na prática, em nossos tribunais, é a quase absoluta inexistência de casos em que houve condenação penal por lesão psicológica, ficando estes relegados, tão-somente à esfera cível. É inegável, todavia, a gritante freqüência com que pessoas são vitimadas em sua saúde psíquica, honra subjetiva e dignidade e a gravidade das conseqüências que lhes podem advir.

Miguel Reale (1998, p.177), na obra *Filosofia do Direito*, admite, com razão, que “temos, geralmente, uma concepção muito pobre do real, entendendo que a realidade se circunscreve àquilo que tomba sob a ação dos nossos sentidos”.

Não há mais espaço, na atualidade, para a concepção limitada que se tem do ser humano em sede de direito penal. É necessário que se adote uma visão holística do homem, atentando para seus aspectos físicos e psicológicos, entendendo que a realidade não se circunscreve àquilo que se observa por um olhar superficial.

O intuito do legislador foi claro no sentido de proteger o bem estar psicológico do ser humano, ao apontar a ofensa à saúde como hipótese em que se configura o delito de lesão corporal. É o que se infere, também, com a tipificação do delito de ameaça e quanto aos crimes contra a honra.

Inicialmente é feita minuciosa análise do delito de lesão corporal, previsto no dispositivo do artigo 129 do Código Penal. São estudados o conceito do delito, seus caracteres e modalidades.

O capítulo posterior trata da violência: sua origem, seu significado, a crise de valores sofrida pela atual sociedade, a violência psicológica e as formas pelas quais se manifesta.

Finalmente, é abordado o dano psíquico, suas características, a distinção em relação ao dano moral e os critérios de avaliação.

Partindo de uma concepção integral do ser humano, como ser bio-psico-social, faz-se uma proposta de revisão do atual posicionamento jurisprudencial e doutrinário quanto à configuração do delito de lesão corporal.

Sem o intuito de esgotar o tema, dada sua amplitude e interdisciplinaridade, espera-se, com o presente trabalho dar um passo, ainda que pequeno, rumo a uma mudança de atitude dos juristas brasileiros, conscientizando-os de que à pessoa deve ser dada integral proteção, dever do Estado.

1 DA LESÃO CORPORAL

1.1 Conceito

O Código Penal, no artigo 129, “*caput*”, define como crime o fato de “ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem”. Caracteriza-se, portanto, o delito de lesão corporal com uma desordem ou alteração no funcionamento do corpo humano, seja em sua anatomia, seja no equilíbrio fisiológico ou mental.

Do dispositivo do artigo 129, verifica-se que mais adequada seria a expressão “lesão pessoal”, eis que o tipo compreende mais do que se poderia pensar: não apenas a integridade corpórea é tutelada, mas também a saúde. É o que se denota claramente da Exposição de Motivos: “todo e qualquer dano ocasionado à normalidade funcional do corpo humano, quer do ponto de vista anatômico, quer do ponto de vista fisiológico ou mental”.

Portanto, lesão é, “de um lado, a ofensa à integridade anatômica; de outro, toda perturbação do equilíbrio funcional do organismo, ou seja, da saúde física ou mental, do corpo ou do espírito”. (NORONHA, 2003, p. 69).

Nelson Hungria (1955, p. 283), assim preleciona:

Lesão corporal compreende toda e qualquer ofensa ocasionada à normalidade funcional do corpo ou organismo humano, seja do ponto de vista anatômico, seja do ponto de vista fisiológico ou psíquico. Mesmo a desintegração da saúde mental é lesão corporal, pois a inteligência, a vontade ou a memória dizem com a atividade funcional do cérebro, que é um dos mais importantes órgãos do corpo.

Ao inserir a expressão “saúde” no dispositivo, buscou o legislador proteger o equilíbrio funcional do organismo. Não é necessário um dano, propriamente, ao corpo; basta a perturbação da saúde fisiológica, que ofenda a regularidade funcional dos órgãos.

O dispositivo não se refere apenas à saúde do corpo, mas à mental também, isto é, perturbação permanente ou passageira da atividade intelectual, volitiva ou sentimental do indivíduo, ofendido, destarte, em sua normalidade psíquica.

Em suma, a lesão corporal, para o legislador brasileiro, compreende a lesão ao corpo, à saúde fisiológica e à mente.

Através do preceito do artigo 129, o estatuto penal protege a integridade física e fisiopsíquica da pessoa humana. Trata-se de bem jurídico não apenas individual, mas social também, eis que inequívoco o interesse do Estado na inviolabilidade corpórea e mental da pessoa.

1.2 Sujeito ativo

A lesão corporal é crime comum, portanto, qualquer pessoa pode praticá-lo.

1.3 Sujeito passivo

Nos termos da lei, é sujeito passivo outrem, ou seja, qualquer pessoa humana. Refere-se a lei ao homem vivo, a partir do início do parto.

Não configura o delito, como se vê, a autolesão, tampouco a “agressão” a um cadáver, que poderá caracterizar outro crime, como o de destruição de cadáver (artigo 211).

Responde também pelas lesões corporais o agente, quando a vítima se fere ao se defender da agressão ou ao fugir desta.

1.4 Elementos objetivos do tipo

Lesão corporal consiste em atingir a integridade corporal ou a saúde física ou mental de outrem, incluindo, portanto, toda a conduta que causar mal físico, fisiológico ou psíquico à vítima.

A ofensa pode consistir num dano anatômico interno ou externo. Há normalmente derramamento de sangue, interno ou externo, mas não é ele indispensável à composição do tipo penal.

Pode a ofensa, por outro lado, atingir a saúde da vítima, prejudicando-lhe o equilíbrio funcional do organismo. Isto ocorrerá na hipótese de transmissão voluntária de moléstia ou com a provocação de outros distúrbios fisiológicos, como vômitos, estados de inconsciência, insônia, etc. Inclui-se, ainda o dano mental, ou seja, o distúrbio psíquico. Uma ameaça, um susto, um golpe ou a ingestão de substâncias diversas podem produzir

paralisias, neuroses, insanidade mental, choque nervoso, estados confusionais e outras manifestações de perturbação nervosa ou psíquica.

O crime pode ser praticado por meio de violência física (socos, golpes com armas ou qualquer objeto etc.) ou moral (ameaças, provocação de sustos, terror etc.).

O crime será praticado por omissão quando o sujeito tem o dever jurídico de impedir o resultado (artigo 12, § 2º), como no caso de deixar de alimentar uma pessoa.

1.5 Elementos subjetivos

Dar-se-á a modalidade dolosa quando o agente atua com a vontade livre e consciente de produzir uma lesão, isto é, um dano ao corpo ou à saúde de outrem. É mister o *animus laedendi* ou *nocendi*, não bastando a mera voluntariedade da ação causal.

No que concerne ao elemento subjetivo é que se distingue entre a lesão corporal dolosa e a tentativa de homicídio; nesta, o agente procede com a intenção de matar, ao passo que naquela, apenas com a intenção de ferir ou causar dano à saúde.

São elementos da lesão corporal dolosa: (a) dano à integridade corporal ou saúde de outrem; (b) relação de causalidade entre a conduta do agente e esse evento lesivo; (c) *animus laedendi*.

As formas culposas estão previstas nos §§ 6º e 7º. O primeiro prevê a lesão corporal culposa simples; o segundo, a lesão corporal culposa qualificada.

É possível, também, que o delito ocorra de maneira preterdolosa, conforme previsto nas formas qualificadas dos §§ 1º, 2º e 3º do artigo 129. Nesse caso, o delito fundamental é punido a título de dolo, enquanto o resultado qualificador, a título de culpa. Em alguns casos previstos nos §§ 1º e 2º, o tipo é simplesmente qualificado pelo resultado, mas não preterintencional, uma vez que se admite dolo no tipo fundamental e no resultado qualificador.

1.6 Consumação e tentativa

Consuma-se o crime com a efetiva lesão ao corpo ou à saúde. Trata-se de delito de dano.

Diverge a doutrina quanto à possibilidade de haver punição pela tentativa do delito, argumentando aqueles que entendem ser impossível, o enquadramento na definição de vias de fato.

Trata-se, todavia, de posição minoritária, predominando o entendimento de que, por tratar-se de crime material, é perfeitamente configurável o *conatus*. A dificuldade ocorre no que tange à prova da existência do *animus nocendi* e o enquadramento nas modalidades qualificadas (grave ou gravíssima).

Na hipótese em que uma pessoa atira ácido sulfúrico ao rosto de outra que, entretanto, se esquiva, é evidente a intenção de causar uma lesão gravíssima que, por circunstâncias alheias à vontade do agente, não ocorreu.

Importa anotar que, sempre que não for possível a prova da intenção do ferimento grave ou gravíssimo, a imputação se fará pelo delito menor, em observância ao princípio *in dubio pro reo*.

1.7 Lesão corporal leve

O conceito de lesão corporal leve, prevista no *caput* do artigo 129, é tido por exclusão.

Ocorrerá quando não houverem nenhum dos resultados estabelecidos nos parágrafos 1º e 2º do dispositivo.

A pena aplicável é a de detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano.

Apresentam-se duas formas típicas:

1º) ofender a integridade física de outrem.

2º) ofender a saúde de outrem.

“Em geral, estão representadas por pequenos danos superficiais, comprometendo apenas a pele, a tela subcutânea e pequenos vasos sanguíneos. São de pouca repercussão orgânica e recuperação rápida”. (FRANÇA, 1998, P.118).

1.8 Lesões qualificadas pelo resultado

Lesões qualificadas pelo resultado são as previstas nos §§ 1º a 3º do artigo 129.

O crime de lesão corporal apresenta-se, aqui, com pena diversa da prevista no “*caput*” do dispositivo, mas não há mudança do *nomen juris*.

Tratam-se de hipóteses de agravantes especiais ou condições de maior punibilidade, e não de elementos constitutivos de crime distinto.

As lesões qualificadas pelo resultado classificam-se, segundo o texto legal, em “graves” e “seguidas de morte”.

As primeiras são as descritas nos §§ 1º e 2º do Código Penal. Observe-se que a descrição típica do §2º não tem nenhuma indicação marginal, o que não acontece com os fatos previstos no §1º, em que o legislador usa a denominação “lesão corporal de natureza grave”. Ocorre que as hipóteses do §2º sobressaem em gravidade e são mais severamente apenadas. Daí a criação, pela doutrina, da classificação das “lesões de natureza grave” em lesões corporais graves em sentido estrito (§1º) e lesões corporais gravíssimas (§2º).

1.8.1 Lesão corporal grave

As hipóteses de lesões corporais graves em sentido estrito estão relacionadas no §1º do artigo 129 do Código Penal.

Nesses casos, à vista do que dispõe o artigo 19 da Lei Penal, o agente responderá pelo resultado mais grave somente quando podia prever sua ocorrência. Assim, será punido a título de dolo em relação à figura típica fundamental (lesão corporal) e por culpa quanto ao resultado qualificador. Daí dizer-se que o delito é preterdoloso ou preterintencional, uma vez que o resultado vai além da intenção do sujeito.

Damásio Evangelista de Jesus (1999, p. 134), enfoca a possibilidade de haver dolo tanto quanto ao delito fundamental (antecedente) como em relação à qualificadora (conseqüente). Isto é possível nas hipóteses de incapacidade para ocupações habituais por mais de 30 dias, debilidade permanente de membro, sentido ou função e aceleração de parto.

Nesses casos, os resultados qualificadores podem ser punidos tanto a título de culpa quanto a título de dolo. Nas duas hipóteses, o sujeito responde por delito de lesão corporal de natureza grave.

Expõe o doutrinador que “em face da norma penal incriminadora, não há diversidade de crime. [...] Na dosagem concreta da pena, entretanto, deverá o juiz levar em

consideração a existência de dolo ou culpa no tocante à circunstância qualificadora. O resultado precedido de dolo deve ser punido mais severamente”.

A primeira qualificadora de natureza grave é a incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias.

O conceito não se limita à atividade profissional, mas a qualquer ocupação funcional habitual. Assim, podem ser sujeito passivo dessa modalidade criminosa o recém-nascido, o ancião aposentado, o estudante e o desempregado, bem como aqueles que exercem atividade econômica.

Por ocupações habituais é de se entender que abrangem a freqüência à escola, grupos sociais, passeios, alimentação, etc. Essa incapacidade não tem que ser total. Basta o comprometimento de uma ocupação habitual que incapacite a vítima, mesmo parcialmente, afastando-a, física ou psiquicamente, de suas atividades. Não se exige, portanto, incapacidade absoluta, nem uma privação econômica, bastando que a vítima fique impossibilitada de exercer suas ocupações habituais por mais de trinta dias.

Conforme ressalta Nelson Hungria (1955, p. 290), pode ser física ou psíquica a incapacidade.

Consoante dispõe o artigo 168 e parágrafos do Código de Processo Penal, a gravidade da lesão deve ser comprovada por exame complementar a ser realizado no dia seguinte ao 30º da data do fato, observada a regra do artigo 10 do Código Penal, isto é, contando-se o dia do início. A falta de exame complementar poderá ser suprida por prova testemunhal (artigo 168, §3º do Código de Processo Penal).

No inciso II do §1º, o artigo 129 refere-se à ocorrência de “perigo de vida”;

“Entende-se por perigo de vida uma probabilidade concreta e iminente de um êxito letal”. (FRANÇA, 1998, p. 139).

Não basta a idoneidade da lesão para criar a situação de perigo; é necessário que esta se tenha realmente manifestado. A lesão grave só existe, portanto, se, em um dado momento, a vida do sujeito passivo este efetivamente em perigo. Para tanto, exige-se um diagnóstico fundamentado do perito médico-legal.

Observe-se que se o agente previu como possível o resultado morte da vítima, tratar-se-á de homicídio tentado.

O inciso III trata da qualificadora da debilidade permanente de membro, sentido ou função.

Membros são partes do corpo que se prendem ao tronco. São os superiores: braço, antebraço e mão. E Inferiores: coxa, perna e pé. Sentido é a faculdade de percepção: visão, audição, olfato, paladar e tato. Função é a atuação própria de um órgão. Divide-se em respiratória, circulatória, digestiva, secretora, locomotora, reprodutora e sensitiva.

Ocorre a causa agravadora quando o membro ou sentido torna-se menos funcional em decorrência da lesão. A lei fala em debilidade, isto é, enfraquecimento, redução, diminuição etc., de capacidade que deve ser permanente ou duradoura, não, porém, perpétua.

Podem os membros ser duplos (os superiores e os inferiores), como também os órgãos (os da visão, audição, os rins, testículos, etc), e em tal caso cumpre notar se a lesão recai sobre seus componentes, sobre um deles ou sobre ambos.

No caso de órgãos duplos, a perda de um constitui debilidade permanente. A perda de ambos configura o delito descrito no §2º, III.

Aceleração de parto é a última circunstância a agravar a lesão corporal. Magalhães Noronha (2003, p. 75) esclarece que “dá-se o parto acelerado quando há expulsão do feto, que já tem capacidade de vida extra-uterina, antes do tempo em que aquela se teria verificado, não fosse o trauma psíquico ou físico que a determinou”.

É pressuposto, evidentemente, que o feto seja expulso com vida, antes do termo normal, continuando a viver fora do útero materno. Se o feto morre antes, durante ou após o parto, a lesão é gravíssima, pois resultou aborto.

1.8.2 Lesão corporal gravíssima

As lesões corporais gravíssimas estão agrupadas no parágrafo 2º do artigo 129 do Código Penal. Sua caracterização está no fato de ter a lesão resultado em incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, deformidade permanente ou aborto.

A pena cominada é de 2 (dois) a 8 (oito) anos.

Incapacidade permanente para o trabalho, conforme leciona França (1998, p. 142) “é a situação definitiva em que o indivíduo fica privado de exercer qualquer atividade lucrativa. É a invalidez total e permanente”.

Entendem, todavia, de maneira uniforme, que permanência não significa perpetuidade. Incapacidade permanente é a duradoura, longa e dilatada. Sempre que não se possa fixar o limite temporal da incapacidade, deve ser considerada permanente.

A lei se refere ao trabalho genérico, isto é, aquele exercido por todas as pessoas, independentemente de especialização. Não haverá gravidade na lesão se, por exemplo, um pianista perde a destreza em decorrência de lesão em um dos dedos, podendo substituir seus recitais por aulas etc.

Refere-se o inciso I à “enfermidade incurável”. Trata-se aqui do processo patológico que não tem cura. A incurabilidade é declarada pela ciência médica. Não é mister a certeza absoluta, basta a probabilidade séria de não haver cura.

Incurável também é a enfermidade quando a cura só é possível através de intervenção cirúrgica, à qual o ofendido não é obrigado a submeter-se. A lei tanto compreende a enfermidade do corpo como a da mente.

São exemplos de enfermidade incurável a Aids (Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida) e a hemiplegia.

O inciso III invoca a perda ou inutilização de membro, sentido ou função. É circunstância mais grave do que a do parágrafo anterior, já que este fala em debilidade e não em perda ou inutilização. Aplica-se aqui o que ficou dito a respeito de membros ou órgãos duplos.

A perda pode ocorrer por mutilação ou amputação. A primeira ocorre no momento da ação delituosa: com um machado alguém secciona o braço de outrem; a segunda apresenta-se na intervenção cirúrgica, imposta pela necessidade de salvar a vida do ofendido ou, de qualquer modo, evitar-lhe conseqüências mais funestas ou nocivas: o seccionamento cirúrgico de um braço gangrenado pela facada que o ofendido recebeu.

Na inutilização o membro permanece ligado ao corpo, mas incapaz de sua atividade própria ou função. É, de certo modo, perda ainda: não anatômica, mas funcional.

O inciso IV cuida da qualificadora da deformidade permanente.

França (1998, p. 143) conceitua deformidade como “toda alteração estética grave capaz de reduzir, mais ou menos acentuadamente, a estética individual. É a perda do aspecto habitual. O dano estético é antes de tudo um dano moral”.

A deformidade permanente que agrava a lesão corporal é não somente a que se situa no rosto da vítima. O Código Penal refere-se a tudo que desfigure uma pessoa, de forma duradoura e grave. Além de visível, a lesão estética deve ser de molde a causar impressão vexatória. Assim, não obstante a deformidade, não qualificará o delito quando não causar, aos olhos de terceiro, má impressão quanto ao aspecto estético do indivíduo.

A última qualificadora da lesão gravíssima é a produção de aborto. O agente quer apenas causar lesões corporais, mas faz com que a vítima aborte.

O elemento subjetivo-normativo da qualificadora é o preterdolo (Código Penal, artigo 19). Assim, pune-se a lesão corporal a título de dolo e o aborto a título de culpa. Na hipótese de haver dolo quanto ao aborto, o agente responderá por esse crime em concurso com o de lesões corporais.

É necessário que a gravidez seja conhecida ou manifesta. Caso contrário, estar-se-á diante de invencível erro de fato e o agente não responderá pela qualificadora.

1.8.3 Lesão corporal seguida de morte

No artigo 129, § 3º, descreve-se o chamado homicídio preterdoloso ou preterintencional, com a rubrica de lesão corporal seguida de morte: “Se resulta morte e as circunstâncias evidenciam que o agente não quis o resultado, nem assumiu o risco de produzi-lo: Pena – reclusão, de quatro a doze anos”.

Caso alguém lesione outrem para causar-lhe a morte, ou assumindo o risco de produzir esse resultado, responderá por homicídio consumado, se lograr êxito. Mas, se o agente não quis o resultado, nem assumiu seu risco, desejando apenas provocar lesões corporais, responderá, ocorrendo o evento letal, pelo delito previsto no artigo 129, §3º. É necessário, porém, que haja nexo de causalidade, ou seja, que se comprove ter a morte decorrido direta ou indiretamente da lesão. Havendo dúvida acerca do nexo causal entre o ato do agente e a morte da vítima, descaracteriza-se o ilícito, respondendo o acusado apenas pelas lesões corporais sofridas pelo ofendido.

1.9 Lesão corporal agravada

O artigo 263 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8069/900, dando nova redação ao artigo 129, §7º do Código Penal, dispõe: “Aumenta-se a pena de um terço, se ocorrer qualquer das hipóteses do artigo 121, §4º.” Assim, com relação à lesão corporal dolosa (leve ou grave) praticada contra pessoa menor de 14 anos, deve ser aumentada obrigatoriamente a pena de um terço.

1.10 Lesão corporal privilegiada

“Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço” (artigo 120, §4º).

Tal qual no homicídio, o delito de lesões corporais, em todas suas modalidades, tem formas privilegiadas, com a conseqüente redução de pena.

Permite a lei, também, a substituição da pena por outra menos grave, nos casos mencionados, desde que as lesões sejam leves, conforme se depreende do parágrafo 5º do artigo 129 do Código Penal.

1.11 Lesão corporal culposa

A lesão corporal culposa apresenta um tipo simples, descrito no §6º do artigo 129, e um tipo qualificado, descrito no §7º. Para o autor do tipo fundamental, o Código Penal impõe pena de detenção de dois meses a um ano. A sanção, porém, é aumentada de um terço se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, ou se o agente deixa de prestar imediato socorro à vítima, não procura diminuir as conseqüências do seu ato ou foge para evitar prisão em flagrante (§7º).

É irrelevante, na responsabilidade do sujeito que pratica lesão corporal culposa, que seja leve, grave ou gravíssima. Entretanto, na fixação da pena concreta, o juiz deve levar em consideração a gravidade do mal causado pelo sujeito (Código Penal, artigo 59).

1.12 Violência Doméstica

Com a promulgação da Lei nº 10.886 de 17 de junho de 2004, foram incluídos os §§ 9º e 10º ao artigo 129, prevendo aumento de pena para os casos de lesão corporal causada no ambiente doméstico, *in verbis*:

§ 9º Se a lesão for praticada contra ascendente, descendente, irmão, cônjuge ou companheiro, ou com quem conviva ou tenha convivido, ou, ainda, prevalecendo-se o agente das relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade:

Pena – detenção, de 6 (seis) meses a 1 (um) ano.

§ 10. Nos casos previstos nos §§ 1º a 3º deste artigo, se as circunstâncias são as indicadas no § 9º deste artigo, aumenta-se a pena em 1/3 (um terço).

1.13 Pena e Ação Penal

O Código Penal comina as seguintes penas para o agente do delito de lesão corporal:

1. lesão corporal leve: detenção, de três meses a um ano (art. 129, *caput*);
2. lesão corporal grave: reclusão, de um a cinco anos (§ 1º);
3. lesão corporal gravíssima: reclusão, de dois a oito anos (§2º);
4. lesão corporal seguida de morte: reclusão, de quatro a doze anos (§3º);
5. lesão corporal privilegiada: redução de um sexto a um terço das penas anteriores (§4º);
6. lesão corporal culposa simples: detenção de dois meses a um ano (§6º);
7. lesão corporal culposa qualificada: detenção, de dois meses a um ano, com aumento de um terço (§7º);

Nas lesões corporais dolosas e preterintencionais, tratando-se de vítima menor de 14 anos, a pena é agravada de um terço (§7º).

A ação penal, em regra, é pública incondicionada. Cuidando-se, entretanto, de crimes de lesão corporal dolosa leve (Código Penal, artigo 129, *caput* e §§ 4º, 5º e 7º) e culposa (artigo 129, §§ 6º e 7º), a ação penal é pública condicionada à representação (artigo 8º da Lei nº 9099/95, que instituiu os Juizados Especiais Criminais).

2 DA VIOLÊNCIA

2.1 A origem da violência

A questão do crime envolve uma série de reflexões e comentários que ultrapassam em muito o ato delituoso em si; são questões que resvalam na ética, na moral, na psicologia e na psiquiatria simultaneamente. Sempre há alguém atrelando ao criminoso, traços e características psicopatológicas ou sociológicas: porque cometeu esse crime ? Estaria perturbado psiquicamente ? Estaria encurralado socialmente ? Seria essa a única alternativa ? Ou, ao contrário, seria ele simplesmente uma pessoa maldosa ? Portadora de um caráter delituoso, etc.

Para investigar a origem da violência todos reconhecem seu aspecto pluridimensional, mas, para facilitar a abordagem, destacam-se três grandes tendências:

2.1.1 Tendência Biológica

Este grupo procura estudar a questão sob o enfoque bio-psicológico. Nesse prisma a violência estaria relacionada a componentes biológicos e psicológicos, estando a questão social subordinada às determinações da natureza humana. Nesse caso a violência é vista como um fenômeno de caráter universal, independente de movimentos classistas e históricos, porém, atrelada ao ser humano, em sua essência.

Thomas Hobbes (1588-1679) *apud* Cobra (2005), sugere à primeira vista que a sociedade é que, certamente, fomentaria a violência, descrevendo o meio social como um grande campo de luta competitiva entre indivíduos, grupos e nações. Por outro lado, o mesmo Hobbes conclui que a própria luta representa um fenômeno natural humano.

O homem é governado por suas paixões e tem como direito seu conquistar o que lhe apetecer. Como todos os homens seriam dotados de força igual (pois o fisicamente mais fraco pode matar o fisicamente mais forte, lançando mão deste ou daquele recurso), e como as aptidões intelectuais também se igualam, o recurso à violência se generaliza.

Para ele as leis não se originavam de um instinto humano natural, nem de um consentimento universal, mas da razão em busca dos meios de conservação da espécie.

Portanto, as leis controlariam a violência fisiologicamente presente na natureza humana (Estado Natural do Homem).

Neste enfoque a agressividade humana é entendida como parte do instinto de sobrevivência, tal como o é a forma natural de reação dos animais em certas condições e situações. Em tais circunstâncias o mecanismo instintivo da agressividade dispararia automaticamente nos animais e nos homens (como animais que nunca deixaram de sê-lo), e os leva a atacar outros da mesma espécie.

Segundo essa idéia (biologia social), os genes humanos reproduzidos de geração em geração, transmitem determinadas formas de reagir em condições ambientais adversas, de forma a garantir a sobrevivência.

Essa tendência biológica tem valor na medida em que prioriza os problemas das pessoas em detrimento dos problemas da sociedade. O conflito humano atual (sempre atual, em qualquer época histórica) seria decorrente da discrepância entre os anseios biológicos (normalmente em busca do prazer) e as possibilidades sociais (geralmente restritas à maioria das pessoas).

As pessoas seriam, segundo esse modelo, sempre incapazes de se adaptar aos ritmos e às mudanças da sociedade. Nesse caso o ser humano tenderia a ser anti-social por natureza, e seu conflito íntimo entre aquilo que quer e aquilo que pode resultaria na tendência em dominar os outros, logo, resultaria na violência.

2.1.2 Tendência Sociológica

A outra tendência (sociológica) tenta explicar a violência como fenômeno social, provocada por alguma conturbação da ordem, quer pela opressão pelos mais fortes, pela rebelião dos oprimidos, pela falência da ordem social, pela omissão do Estado. Nesse enfoque, a chamada "natureza humana" se manifestaria ao sabor das circunstâncias, surgindo a violência como consequência da miséria e da desigualdade social.

Segundo essa idéia, um baixo nível de consciência, de liberdade, de consciência de liberdade e responsabilidade acaba acarretando um sentimento de insatisfação permanente que se expressa em confrontação, oposição, alienação e condutas violentas.

Essas teorias sociológicas tendem a compreender as condutas violentas como atitudes de sobrevivência de determinadas pessoas ou grupos vitimados pelas contradições sociais. As desigualdades sociais, o contraste gritante entre os extremos sócio-econômicos, as crises de desemprego, a cegueira e insensibilidade social dos privilegiados, enfim, a desigualdade na distribuição dos prazeres que essa vida pode oferecer levariam os pobres a se rebelarem e agredirem os ricos (ou não pobres).

A violência como revolta dos *despossuídos* reflete uma explosão da fome de comida e de prazeres, o rancor pela desigualdade de privilégios diante da igualdade biológica. Nesse caso, a violência teria sua origem no exterior do sujeito sob a forma de indignação e, uma vez internalizada na consciência, explodiria em agressão contra os demais.

Ao reduzir violência social à imagem do crime e da delinqüência, a tendência sociológica encara a população pobre como criminosa em potencial. Mas essa visão é acanhada, pois não leva em conta a violência política, do Estado e da própria cultura. Fazer um aposentado viver com um salário mínimo é igualmente uma forma de violência estatal, por exemplo.

Considerando o aspecto sociológico, a violência seria naturalmente maior nas grandes metrópoles, nas aglomerações de pessoas, nas massas desempregadas, na corrupção das referências familiares e das raízes culturais.

Guardada as devidas proporções, essa violência sociológica poderia se disseminar coletivamente, predispondo um povo contra outro, uma nação contra a outra na medida em que a miséria da primeira fosse entendida como causada pela segunda.

2.1.3 Tendência Bio-psico-social

O terceiro grupo sintetiza os dois anteriores, ou seja, compatibiliza o biológico com o psicológico e com o social; trata-se do enfoque bio-psico-social. Valorizam-se adequadamente as descobertas da biologia, psicologia, genética e neurofisiologia, fundamentais que são para se compreender o aspecto sócio-filosófico do ser humano. Igualmente, valorizam-se os mecanismos que resultam na transformação do biológico pelo social, como apelo da adaptação do biológico às circunstâncias vivenciais, assim como as adequações do psiquismo às exigências existenciais.

Essa terceira tendência, bio-psico-social, não atribui à violência um caráter exclusivamente biológico, nem psicológico ou social, mas sim, uma combinação de todos com peculiaridades próprias de cada era, cultura ou circunstância.

Há uma complementação dinâmica entre o biológico, o psicológico e o social, de sorte que toda atividade humana acaba repercutindo nas relações sociais, culturais e emocionais, afetando tanto a constituição biológica, quanto a consciência humana.

O enfoque bio-psico-social não crê que a violência resulte apenas dos problemas de natureza econômica, como a pobreza, ou política, como a falência do Estado, embora entenda que essas questões sejam muito significativas. Não crê também que o aumento da violência no mundo seja exclusivamente devido ao aumento dos casos de sociopatas, psicopatas ou congêneres, embora estes estejam presentes na criminalidade. Muito menos acredita que a violência seja devido aos traumas de pais separados, frustrações e conflitos com a educação infantil ou coisas assim, embora a crise de valores passe por essa questão de desenvolvimento psicológico. O enfoque bio-psico-social avalia todos esses elementos e hoje, mais do que nunca, está corroborada a fórmula Fenótipo = genótipo + ambiente.

A biologia já nos ensinou que os genes se manifestam sob determinadas condições ambientais (físicas e sociais). Experiências demonstram que peixes com determinado gene para cor de olho, quando nascidos em um meio experimental distinto de seu meio natural, apresentam olhos de outra cor. É por isso que se diz que todos os traços, físicos ou mentais, normais ou não, são ao mesmo tempo genéticos e ambientais.

Temos, portanto, um conjunto de traços herdados que, em contato com um ambiente determinado, têm como resultado um ser específico, individual e particular. (BOCK, 2002, p.196)

Em conclusão, são múltiplas as causas da violência. Trata-se de um fenômeno multicausal e que se agrava em determinados momentos, por força da ideologia, da religião, da cultura, enfim, de determinados fatores que surgem (ou ressurgem) em determinados momentos históricos. Não se tem notícia de nenhum período da humanidade que a sociedade tivesse se livrado, por um instante, da violência. É um fenômeno natural, inerente ao ser humano.

Contudo, a cultura poderá agravá-la e, infelizmente, a cultura implantada entre nós, ocidentais, é a da guerra.

2.2 A crise de valores da sociedade atual

Diante de acontecimentos que surgem na imprensa, sobre filhos que mandam matar os pais, netos que agredem avós, pais que matam filhos e toda sorte de crimes entre parentes próximos, é razoável concluir que esse conjunto de fatos e de fenômenos denuncia uma alteração cultural ou indícios de alguma crise da civilização.

Vivemos um momento em que o tecido social parece esgarçar-se com uma rapidez cada vez maior, em que o egoísmo, a violência e a mesquinhez de espírito parecem estar fazendo banir a bondade de nossas relações com o outro. [...] Há duas posições morais que nossos tempos exigem: autocontrole e piedade. (GOLEMAN, 1995, p. 12)

A existência dos meios de comunicação de massa (televisão, cinema, jornais, fotografias, rádio, internet) constitui um dos traços mais peculiares das sociedades contemporâneas. A imprensa e a mídia, essa estrutura que nos oferece notícias em quantidade e velocidade inimagináveis, faz-nos saber desses crimes mais do que saberíamos em outras épocas.

O que parece estar acontecendo é que os comportamentos, as normas e o sentido global da vida individual e comunitária, não se inspiram em padrões éticos de valores, preferindo aluir ao sabor de critérios imediatistas, consumistas, hedonistas e pragmáticos. Num português mais direto, preferindo-se o que se pode ter agora, consumir vertiginosamente, o prazer sem conseqüências e tudo o que for mais fácil.

Há uma inegável verdade que hoje se detecta: atualmente há muito maior apelo ao consumo e ao prazer do que antes. Mas o ser humano, em si, continua sendo o mesmo, tenha tido ele que usar da espada, da caneta ou do satélite, seus propósitos, anseios e paixões continuam os mesmos.

O ser humano normal sempre foi ávido de seus direitos e o que se observa é uma grande tendência das pessoas que não têm as mesmas coisas e os mesmos prazeres que outras, desejarem ardorosamente uma equiparação. Talvez, em outras épocas, as pessoas não tivessem informação ou noção do que se pode ter na vida. Atualmente, através da mídia, o cidadão normal vê em sua televisão, no cinema ou nas revistas, tudo aquilo que poderia usufruir e a “vida lhe nega”.

A pessoa normal se frustra muito mais sabendo dessas coisas do que as ignorando e, a partir desse conhecimento, começa a querer também, começa a achar que seu DNA

não pode ser tão diferente do DNA daquele seu “semelhante” que vive nababescamente. Se princípios éticos não forem acrescidos à formação dessas pessoas desde o berço, os meios para conquistar a pretendida igualdade tornam-se eminentemente pragmáticos e aéticos.

Talvez a poção mágica que está transformando nossa sociedade seja composta de uma perigosa combinação entre a vitrine do prazer e do consumo, oferecida pela mídia, com o fascínio da liberdade plena, pretensamente virtuosa em sua essência. Talvez, também, se o slogan da Revolução Francesa tivesse sido “*Liberdade responsável, Igualdade de oportunidades e Fraternidade Tolerante*”, o mundo ocidental seria diferente.

Inculca-se na pessoa desde criança, atendendo a uma leitura deficiente e incompleta de algumas correntes psicologistas, um exercício da liberdade sem limites, deixando de lado o ensinamento de que a dignidade desta liberdade reside na responsabilidade, pois o exercício da liberdade deve ser a expressão do respeito de cada pessoa em relação a si mesma e em relação ao seu semelhante. Pois bem, primeiro a mídia apetrecha a consciência humana de tudo aquilo que é possível ter, depois, a liberdade dá rédeas soltas aos meios de tê-las. Deu no que deu.

A imediatização da vida (repetindo sempre, estimulada pela mídia) exige meios mais eficientes e rápidos para a aquisição do prazer, e a liberdade, destituída de sua contrapartida que é a responsabilidade, dá, para pessoas órfãs de princípios éticos, o aval de se poder fazer o que quiser. Nas pessoas bem formadas surge uma enorme frustração em ver que os outros fazem tudo aquilo que elas não se permitem. E essas pessoas estão órfãs de ética porque? Talvez porque interesse ao mercado de consumo que as pessoas não pensem tanto, apenas consumam...

A conquista dos objetivos hedonistas através da liberdade plena, aética, amoral e estimulada pela glorificação do sucesso, fez surgir novos poderes, fragilizando aqueles em que, tradicionalmente, se assentava a sociedade. Com isso surgem sintomas de falta de confiança no sistema judicial, porque o que é legal não significa, necessariamente, moral. Esse é, aliás, um sintoma preocupante das sociedades ocidentais, onde a ordem legal se afasta, muito frequentemente, da ordem ética. Surgem também sintomas de falta de garantias dos direitos e da dignidade, sintomas de falta de referenciais morais, perda de confiança nas instituições e nos valores.

O século passado foi muito pródigo em realizações materiais e tecnológicas. Iniciamos no “lombo do jegue” e, cem anos depois, temos o computador, o fax e o

aparelho celular. Ocorre que, no afã de produzir, produzir e produzir, o homem deixou de atentar para sua natureza humana e todas as necessidades e conseqüências inerentes à sua condição.

No mundo de hoje, é flagrante a crise que a humanidade atravessa. Crimes hediondos, suicídio, abuso de drogas são sinais alarmantes de uma sociedade emocionalmente doente. Tudo isso é reflexo de uma cultura que só apostou no intelecto, relegando ao esquecimento o lado emocional do indivíduo (...) O noticiário cotidiano nos chega carregado desse tipo de alerta sobre a desintegração da civilidade e da segurança, uma onda de impulso mesquinho que corre desenfreada. Mas o fato é que esses eventos apenas refletem, em maior escala, um arrepiante desenfreio de emoções em nossas próprias vidas e nas das pessoas que nos cercam. Ninguém está a salvo da errática maré de descontrole e de posterior arrependimento – ela invade nossas vidas de um jeito ou de outro.

A última década tem presenciado um constante bombardeamento de notícias desse gênero, que retratam o aumento da inépcia emocional, desespero e inquietação na família, nas comunidades e em nossas vidas em coletividade. Esses anos têm escrito a crônica de uma raiva e desespero crescentes, seja na calma solidão das crianças trancadas com a TV que lhes serve de babá, no sofrimento das crianças abandonadas, esquecidas ou violentadas, ou na desagradável intimidade da violência conjugal. (GOLEMAN, 1995, p. 10/11)

Neste contexto em que o “ter” torna-se mais importante que o “ser”, decorrem logicamente as diversas situações em que o sujeito deixa de considerar sua condição humana e submete a si mesmo e aos seus pares a situações desrespeitosas, degradantes e até desumanas, tudo em busca de algo que, mesmo que inconscientemente, julga ser mais importante: o “ter”, o prazer imediato, efêmero e superficial.

Após esta breve reflexão quanto ao atual contexto das relações humanas, voltemos ao tema objeto do presente capítulo: a violência.

2.3 Etimologia

“Violência” vem do latim *violentia*, que significa violência, impetuosidade, caráter violento ou bravo, força. O verbo *violare* significa tratar com violência, profanar, transgredir. Tais termos devem ser referidos a *vis*, que quer dizer força, vigor, potência, violência, emprego de força física, mas também quantidade, abundância, essência ou caráter essencial de alguma coisa.

Tem-se, em princípio, como violência, o emprego ilegal da força. A idéia de força constitui o seu núcleo central e contribui para fazê-la designar, prioritariamente, uma gama

de comportamentos e de ações físicas. A violência é, antes de tudo, uma questão de agressão e de maus-tratos. Por isso a consideramos evidente: ela deixa marcas. No entanto essa força assume qualificação de violência em função de normas definidas que variam muito. Desse ponto de vista, podem haver tantas formas de violência quantas forem as espécies de normas.

Assim, observam-se dois aspectos: um elemento de força física, identificável com seus efeitos, e um outro, mais imaterial, de transgressão, vinculado ao dano a uma ordem normativa. Como dano físico, a violência é facilmente identificável; como violação de normas, quase qualquer coisa pode ser considerada uma violência.

Tal situação gera dificuldade em definir o que seja um ato violento de maneira objetiva, afastar os juízos de valor e encontrar critérios que permitam um estudo quantitativo.

Michaud (1989, p.11) estabelece o seguinte:

Há violência quando, numa situação de interação, um ou vários atores agem de maneira direta ou indireta, maciça ou esparsa, causando danos a uma ou várias pessoas em graus variáveis, seja em sua integridade física, seja em sua integridade moral, em suas posses, ou em suas participações simbólicas e culturais.

A definição acima dá conta de vários fatos:

a) A violência nem sempre se traduz no embate entre dois adversários. A miséria institucionalizada, a desigualdade e o terrorismo são atos violentos em que interagem múltiplos sujeitos.

b) São diversas as modalidades de produção da violência, segundo os instrumentos em causa. Os progressos tecnológicos e sociais se orientaram no sentido de uma violência produzida indiretamente por meios cada vez mais “limpos”.

c) O *timing*, isto é, a distribuição temporal da violência. Esta pode ser ministrada de uma vez (maciça) ou gradualmente, até insensivelmente (distribuída). Pode-se matar, deixar morrer de fome ou favorecer condições de subnutrição. Pode-se fazer desaparecer um adversário ou afastá-lo progressivamente da vida social e política através de uma série

de proibições profissionais e administrativas. Exsurge aqui a distinção entre estados e atos de violência.

d) Diferentes tipos de danos podem ser impostos: danos físicos, danos psíquicos e morais, danos aos bens, danos aos próximos ou aos laços culturais. Os prejuízos materiais e físicos são considerados mais importantes, nem que seja porque são visíveis, mas as perseguições morais e psicológicas, a intimidação reiterada, os danos sacrílegos às crenças e aos costumes também podem ser graves. No fundo, a questão é saber quais são os contornos exatos da pessoa humana e nada garante que esta se limite apenas à individualidade física.

2.4 A Violência Psicológica

Helena é mãe de quatro filhos, tem 46 anos e está casada com Carlos desde os 20. A família do marido é predominantemente católica. Recentemente Helena optou por batizar-se em uma igreja evangélica, a contra-gosto de seu marido. A opção por mudar de religião transformou sua vida em um inferno. Carlos a reprova, agride moralmente e humilha. Noutro dia, inclusive, ameaçou entrar com o carro na igreja para tirá-la de lá. Ela criou coragem e deu entrada na ação de separação judicial.

Em acórdão proferido pela 5ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (ROHC 15.224 AL) são relatados os seguintes fatos: Eduardo e Vera, pais do menor Yan estão separados judicialmente, sendo a guarda do menor foi conferida a Eduardo que, atualmente, vive em união estável com Patrícia. Na noite do dia 05 de agosto de 2002, a casa onde mora Yan foi invadida pela mãe. O garoto presenciou uma série de agressões físicas e verbais perpetradas por Vera contra Patrícia. Os fatos deram base à propositura de ação judicial por calúnia, difamação e lesões corporais dos quais Patrícia fora vítima.

A edição de 31 de outubro de 2001 da Revista Veja (p. 102) traz o caso de Philippe Rouchou que, aos 35 anos, era gerente comercial de uma grande companhia européia com sede em São Paulo. Conforme consta, num processo de fusão, a empresa foi incorporada a outro grupo e, na troca de comando, Rouchou ficou subordinado a um chefe recém-chegado. O que poderia ser um fato normal na vida de qualquer assalariado transformou sua rotina numa tortura. O novo superior o proibiu de falar em reuniões e, depois de algum tempo, passou a não mais lhe dirigir a palavra. Ao mesmo tempo, foi reduzindo sua área de

atuação. Progressivamente acuado, Rouchou mergulhou num sofrimento com reflexos físicos: insônia, enxaqueca, dores na coluna, emagrecimento. Acabou demitido.

Os relatos acima envolvem uma forma bastante recorrente de violência e que, apesar de trazer conseqüências inequivocamente danosas às suas vítimas, não recebem a atenção devida. Trata-se da violência psicológica.

Não há uma forma específica pela qual se manifesta a violência psicológica. Trata-se de um conjunto heterogêneo de comportamentos, em todos os quais se produz uma forma de agressão psicológica e conseqüente prejuízo à vítima.

Várias são as formas em que pode se apresentar e não há dúvida de que se manifesta nos mais diversos meios, seja no trabalho ou no ambiente doméstico e até nas escolas.

Essa violência, qualquer que seja sua intensidade, está presente nos bairros sofisticados e nas favelas, nos bairros de classe média e nos pardieiros, nos campos de futebol da várzea ou no estádio do Morumbi. Ela se estende do centro à periferia da cidade e seus longos braços a tudo e a todos envolvem, criando o que se poderia chamar ironicamente de uma democracia na violência. (ODALIA, 2004, p. 09).

A ameaça se distingue da agressão, mas é uma forma de agressão psicológica. Entra no campo da conduta criminal, visto que se encontra apenas por lei, conforme previsão do artigo 147 do Código Penal.

A ameaça é um anúncio da violência física. Pior, muitas vezes, que a violência física propriamente. Isto porque permanece suspensa sobre a cabeça da vítima, que não sabe que classe de violência vai receber, gerando a sensação de insegurança e ansiedade.

A violência física produz um traumatismo, uma lesão ou outro dano e o produz imediatamente. A violência psicológica vai ou não acompanhada de violência física e pode se prolongar no tempo, criando o chamado estado de violência. É um dano que se vai acentuando e consolidando no tempo. Quanto mais tempo persista, maior e mais sólido será o dano.

Há também as situações em que a violência manifesta-se por um ato isolado. Nesta categoria incluem-se todas as ações que produzam um trauma a vítima e não ocorram de forma reiterada. É o caso, v.g., daquele que provoca um susto à vítima, com a falsa comunicação da morte de um ente querido ou que simule uma situação de perigo.

Por outro lado às situações em que a violência não se constitui em um ato isolado, mas numa situação perene. Para que o estado de violência ou maltrato psicológico se produza é preciso tempo. Tempo no qual o agente assedie, maltrate ou manipule sua vítima e chegue a lhe produzir a lesão psicológica. Essa lesão, seja qual for sua manifestação, é devida ao desgaste provocada pela violência, maltrato, perseguição ou manipulação, que deixa a vítima incapacitada para defender-se.

A violência psicológica tem mil faces. Algumas são óbvias, outras, praticamente impossíveis de determinar como tais. Mas todas as formas de maltrato e perseguição psicológica deixam sua seqüela. Analisemos, agora, as principais categorias de violência psicológica, classificadas de acordo com estudo da psicóloga espanhola Ana Martos Rúbio.

2.4.1 O maltrato psicológico

O maltrato psicológico apresentada duas formas: o maltrato passivo e o maltrato ativo.

O maltrato passivo é a falta de atenção sobre a vítima, quando esta depende do agressor, como sucede com crianças, anciãos e os incapacitados ou qualquer situação de dependência da vítima em relação ao agressor.

Há uma forma importante de maltrato passivo, que é o abandono emocional. Anciãos, menores ou incapacitados abandonados por suas famílias em instituições que cuidam deles, mas que jamais recebem uma visita, um telefonema ou carinho.

São vítimas de abandono emocional as crianças que não recebem afeto ou atenção de seus pais, as crianças que não têm espaço nas vidas dos adultos e cujas expressões emocionais de alegria ou dor não recebem resposta.

O maltrato ativo é um trato degradante continuado que ataca a dignidade da pessoa.

Nesta categoria enquadram-se diversas formas de violência doméstica, que é um problema universal e que atinge milhares de pessoas, em grande número de vezes, de forma silenciosa e dissimuladamente.

Os maus tratos emocionais são mais difíceis de detectar, porque a vítima muitas vezes não chega a tomar consciência de que o são. Outras vezes toma consciência, mas não se atreve ou não pode defender-se e não chega a comunicar sua situação ou a pedir ajuda.

A vítima desse tipo de violência geralmente tem pouca auto-estima e se encontra atada na relação com quem agride, seja por dependência emocional ou material.

O agressor geralmente acusa a vítima de ser responsável pela agressão, a qual acaba sofrendo uma grande culpa e vergonha.

Essa violência pode se manifestar com uma atitude no sentido de fazer o outro se sentir inferior, dependente, culpado ou omissor. “É um dos tipos de agressão dissimulada mais terríveis. A mais virulenta atitude com esse objetivo é quando o agressor faz tudo corretamente, impecavelmente certinho, não com o propósito de ensinar, mas para mostrar ao outro o tamanho de sua incompetência. O agressor com esse perfil tem prazer quando o outro se sente inferiorizado, diminuído e incompetente. Normalmente é o tipo de agressão dissimulada pelo pai em relação aos filhos, quando esses não estão saindo exatamente do jeito idealizado ou do marido em relação às esposas”.¹

As ameaças de agressão física (ou de morte), bem como as crises de quebra de utensílios, mobílias e documentos pessoais também são consideradas violência emocional, pois não houve agressão física direta. Quanto o (a) cônjuge é impedido(a) de sair de casa, ficando trancado (a) em casa também se constitui em violência psicológica, na categoria de maltrato, assim como os casos de controle excessivo (e ilógico) dos gastos da casa impedindo atitudes corriqueiras, como por exemplo, o uso do telefone.

“Outra forma em que ocorre o maltrato é através das agressões verbais. Em decorrência de sua menor força física e da expectativa da sociedade em relação à violência masculina, a mulher tende a se especializar na violência verbal mas, de fato, esse tipo de violência não é monopólio das mulheres”.¹

A violência verbal existe até na ausência de palavra, ou seja, até em pessoas que permanecem em silêncio. A agressor, vendo um argumento ou comentário que é esperado, se cala, emudece e, evidentemente, esse silêncio machuca mais do que se tivesse falado algo.

2.4.2 A perseguição psicológica

É uma forma de violência que se exerce sobre uma pessoa, com uma estratégia, uma metodologia e um objetivo, para conseguir o derrubamento e a destruição moral da vítima. Perseguir psicologicamente a uma pessoa é persegui-la com críticas, ameaças,

¹ Ballone GJ, Ortolani IV. Violência Doméstica. PsiqWeb. Internet. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em: 14 jul. 2005.

injúrias, calúnias e ações que cerquem sua atividade, de forma que socavem sua segurança, sua auto-afirmação e sua auto-estima e introduza em sua mente mal-estar, preocupação, angústia, insegurança, dúvida e culpa.

Para se poder falar em perseguição, é necessário continuidade e uma estratégia de violência psicológica voltados a fazer com que a vítima caia em um estado de desespero, mal-estar, desorientação e depressão, para que abandone o exercício de um direito. Há que se destacar que uma das estratégias do perseguidor é fazer com que a vítima se sinta culpada da situação e que assim acreditem todas as possíveis testemunhas.

A segunda condição imprescindível para que se verifique a perseguição moral é a cumplicidade implícita e o consentimento do resto do grupo, que, ou bem colaboram ou são testemunhas silenciosas da injustiça, mas calam por temor a represálias, por satisfação íntima ou simplesmente por egoísmo.

Em muitas ocasiões, a vítima não tem consciência de sua condição e nem sequer é capaz de verbalizar o que acontece. Somente percebe a sensação desagradável, insuficiente para ela como para qualificar o caso de perseguição.

A perseguição psicológica tem duas formas, conforme a relação vítima-agente:

Perseguição vertical. O perseguidor está em uma posição de poder superior à de sua vítima, podendo ser poder social, econômico, laboral, hierárquico, etc. Trata-se de uma situação em que o perseguidor é superior ao perseguido, como um chefe, um patrão, um professor, um tenente do exército, etc.

Perseguição horizontal. O perseguidor está na mesma posição de poder que sua vítima e se trata de perseguição entre iguais. É uma situação em que o perseguidor se vale de sua força física ou moral para hostilizar a uma pessoa de seu mesmo nível hierárquico ou social, com a colaboração do ambiente, como um vizinho, um colega de classe ou de trabalho, etc.

A perseguição escolar se diferencia da perseguição no trabalho, pelo seguinte:

A perseguição escolar consiste em intimidar um companheiro de classe. É uma forma de perseguição entre iguais. O colega intimida e atemoriza à luz do dia, fazendo alarde ostentoso de sua força, seu poder ou sua pretensa autoridade. Seu objetivo é esse, demonstrar que pode mais que ninguém e que pode destruir a quem lhe aborrecer ou a quem quer que seja. A vítima pode ser qualquer um, geralmente alguém fraco.

A perseguição laboral consiste em desgastar a vítima para que se autoelimine. É possível falar, nestes casos em assédio moral. Trata-se de uma forma de perseguição vertical, de cima para baixo. O agressor atua com maior maldade e é mais ardiloso que o colega, porque se move na sombra, com dissimulação e com o objetivo de eliminar a uma vítima que não é qualquer um, mas alguém escolhido com atenção, porque atrapalha seus planos, lhe faz sombra ou, de alguma maneira, perturba seus afazeres.

São dramáticos os casos de pessoas que vivem sob um verdadeiro regime de tirania no ambiente de trabalho. No âmbito cível já são vários os julgados com condenação ao pagamento de indenização por dano moral. Coação, humilhação e constrangimento são situações comuns que muitas vezes nem são percebidas pelas vítimas como um ato de violência. Trata-se, todavia, de inequívoco ataque à dignidade, à integridade moral e à saúde da pessoa.

2.4.3 A manipulação mental

Esta forma de violência supõe a ignorância do valor da vítima como ser humano, no que concerne à sua liberdade, a sua autonomia, ao seu direito de tomar decisões próprias sobre sua vida e seus valores.

Na manipulação se dá uma relação assimétrica entre duas ou mais pessoas. É assimétrica porque uma dá e outra recebe, uma ganha e outra perde. As táticas de manipulação incluem ameaças e críticas, que geram medo, culpa ou vergonha com o intuito de mobilizar a vítima na direção em que deseja o manipulador.

Destaca-se, nesta modalidade, a relação de dependência, seja afetiva ou intelectual da vítima em relação ao agressor.

Analisada a origem do dano, cabe agora perquirir sobre as conseqüências daí advindas. Passemos à análise do dano psíquico.

3 DO DANO PSÍQUICO

3.1 O que é o homem ?

Várias respostas podem ser dadas a esta pergunta, expressando diferentes pontos de vista. A que nos interessa no presente trabalho e que fundamenta nosso entendimento é a trazida pela Organização Mundial de Saúde: o homem é um ser bio-psico-social.

O dualismo mente-corpo foi superado e, modernamente, o ser humano é estudado unitariamente, abordando-se os aspectos biológico, psíquico e social (e suas interações).

De Plácido e Silva (2002, p. 398) traz também definição bastante pertinente e interessante, qual seja: “indivíduo da espécie humana, dotado de corpo orgânico e alma racional imortal, capaz de aperfeiçoar as suas faculdades por estudo e observação, ou ensino”.

Sob o aspecto biológico, o indivíduo é formado pelo conjunto das células, dos tecidos e dos órgãos em composição de sistemas e aparelhos. Assim é constituído o corpo físico de cada indivíduo, no qual em equilibrado e indissolúvel desempenho de funções características mantém a Vida Somática ou Física e a Vida Psíquica.

Todo esse conjunto extraordinariamente constituído é a Personalidade, é o Indivíduo.

A personalidade considerada em sentido estrito, isto é, sob o ponto de vista psicológico, abrange a totalidade do ser psíquico-individual e se constitui, além da inteligência, por várias funções como a afetividade, o temperamento, a vontade e o sistema de valores de uma pessoa.

O sistema de valores do indivíduo forma-se a partir do potencial afetivo em interação com a educação recebida, em uma cultura dada, em um determinado momento histórico. O sistema de valores é de suma importância, pois é o que determinará as escolhas na vida, tais como profissão, estilo de vida, interesses, etc. Assim, uma pessoa pragmática, orientada para o imediatismo, os bens materiais, terá postura, estilo de vida, interesses diferentes de um líder religioso, com valores predominantes que transcendem os materiais e, por isso, ditos espirituais.

O conceito de personalidade diz respeito à modalidade do relacionamento do sujeito com o objeto. Os critérios de avaliação destas relações objectuais normalmente são estabelecidos pelo conjunto normativo de um sistema cultural. Argüir a personalidade deve ser uma atitude que primeiramente, leva em conta a circunstância cultural, temporal e até existencial na qual o indivíduo está inserido.²

Um outro elemento da personalidade é a afetividade. Esta é uma atividade psíquica básica, é a vida emocional do ser humano. Os afetos podem ser produzidos a partir de um estímulo externo, do meio físico ou social, isto é, fora do indivíduo, bem como do interior do indivíduo. A eles se atribui significado com tonalidade afetiva: agradável ou desagradável.

Existem dois afetos que constituem a vida afetiva: o amor e o ódio. Estão sempre presentes na vida psíquica – de modo mais ou menos integrado –, associados aos pensamentos, às fantasias, aos sonhos e se expressam de diferentes modos na conduta de cada um. (BOCK, 2002, p.192).

Qualquer que seja, um fato ou acontecimento introduzido em nossa consciência, receberá sempre uma maquiagem pessoal oferecida por nossa afetividade, dando a ele um significado muito pessoal. Portanto, os fatos de nossa vida, sejam presentes, passados ou perspectivas futuras, serão sempre coloridos pela afetividade. Para entendermos a reação do indivíduo é necessário, então, entender a reação (vivencial) normal. Os fatos e acontecimentos apreendidos por nossa consciência e coloridos por nossa afetividade serão chamados de vivências. Portanto, essas vivências terão sempre caráter individual e particular em cada um de nós, de acordo com as particularidades de nossos traços afetivos. Os fatos podem ser os mesmos para várias pessoas. As vivências desses fatos, porém, serão sempre diferentes. Tais vivências são sempre capazes de determinar uma resposta emocional na pessoa sob a forma de sentimento e aos sentimentos produzidos pelas vivências podemos chamar reações vivenciais.

Devido à complexidade do ser humano, nem sempre uma ação determina uma reação previsível e pré-estabelecida. Cada pessoa pode manifestar uma sensibilidade bastante individual aos fatos vividos, portanto a valorização de sua vida será sempre concordante com sua sensibilidade afetiva. Como a afetividade é um atributo da personalidade, então os fatos e seus valores dependerão sempre da personalidade de cada

² Ballone, GJ. Neuroses. Psiqweb. Internet. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>. Acesso em 30 ago. 2005.

um, mais do que os fatos em si. Cada um reage exclusivamente à sua maneira diante da realidade dos fatos.

Vê-se, portanto, que o conteúdo da afetividade são as emoções e os sentimentos.

As emoções são estados afetivos intensos e complexos, decorrentes de alterações fisiológicas que acontecem como resposta a algum evento. Normalmente as emoções acompanham-se de reações neurovegetativas (motoras, secretoras, vasomotoras, etc.). São uma reação mista, ao mesmo tempo orgânica e psíquica. É importante notar que não há um padrão específico de alteração fisiológica para cada emoção vivenciada, pois a emoção é designada pelo conteúdo da consciência que originou a alteração fisiológica.

As emoções são expressões afetivas acompanhadas de reações intensas e breves do organismo, em resposta a um acontecimento inesperado ou, às vezes, a um acontecimento muito aguardado. Nas emoções é possível observar uma relação entre os afetos e a organização corporal, ou seja, as reações orgânicas, as modificações que ocorrem no organismo, como distúrbios gastrintestinais, cardiorrespiratórios, sudorese, tremor, taquicardia. Todas essas reações são importantes descargas de tensão do organismo emocionado, pois as emoções são momentos de tensão em um organismo, e as reações orgânicas são descargas emocionais. (BOCK, 2002, p. 194)

O sentimento é a reação, positiva ou negativa, a alguma experiência, seja ela uma representação subjetiva interna ou um estímulo externo. São estados do “eu” e não podem ser controlados pela vontade. O sentimento é uma reação predominantemente psíquica, podendo ser visto como uma experiência subjetiva da emoção (por exemplo, ansiedade, amor, alegria, insegurança, etc.).

“Os sentimentos diferem das emoções por serem mais duradouros, menos ‘explosivos’ e por não virem acompanhados de reações orgânicas intensas” (BOCK, 2002, p. 198).

Um afeto é constituído por ondas de emoções no qual há exacerbação súbita da emoção como resposta a algum evento. Ele pode ser conceituado a partir de metáforas ou descrição da vivência. Por exemplo, a insegurança corresponde à vivência da incerteza; o medo é o afeto correspondente à vivência da ameaça.

Vontade é a função psíquica consciente que se situa sobre os impulsos. Na vontade existe o livre-arbítrio, os atos ocorrem com representação consciente do fim, do conhecimento dos fins e das conseqüências.

Saúde – segundo a Organização Mundial de Saúde – é o completo estado de bem estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doença.

A correta concepção do homem e do conceito de saúde permite uma análise integral do sujeito, abrangendo seus aspectos físicos e psicológicos. Conseqüentemente, torna-se factível constatar a ocorrência de lesão psíquica.

3.2. Dano Psíquico

A lesão ou dano psíquico é mais difícil de demonstrar que a lesão física, pois as marcas que ficam no psiquismo nem sempre são visíveis. Entretanto, o maltrato psicológico, por sutil e disfarçado que seja, sempre deixa seqüelas. Existem casos em que a agressão é tão sutil e sofisticada que parece quase impossível detectá-la. Mas deixa marcas indeléveis no organismo da vítima, em seu corpo ou em seu psiquismo, porque o corpo e o psiquismo interatuam e formar uma unidade psicossomática, conforme estudado.

Carlos Alberto Bittar (1994, p. 13) define como dano “qualquer lesão experimentada pela vítima em seu complexo de bens jurídicos, materiais ou morais”. Prossegue o doutrinador esclarecendo que “induz à responsabilidade, a demonstração de que o resultado lesivo proveio de atuação do lesante e como seu efeito ou conseqüência”.

Extrai-se, daí, que a existência de um dano pressupõe:

- a) a existência de uma pessoa;
- b) a existência de um prejuízo;
- c) da existência de umnexo causal entre o acontecimento e o resultado;
- d) bens vitais, propriedade, patrimônio.

O dano psíquico surge como conseqüência de um evento traumático que produz sobre o psiquismo de uma determinada pessoa uma perturbação, distúrbio, disfunção, transtorno ou diminuição de tal dimensão vital.

Segundo França³, “o dano psíquico caracteriza-se por uma deterioração das funções psíquicas, de forma súbita e inesperada, surgida após uma ação deliberada ou culposa de alguém e que traz para a vítima um prejuízo material ou moral, face a limitação de suas atividade habituais ou laborativas”.

³ França, Genival Veloso de. Avaliação e valoração médico-legal do dano psíquico. Jurifran Página Jurídica. Internet. Disponível em: <<http://orbita.starmedia.com/~jurifran>>. Acesso em 12 abr. 2005

Por definição, o Dano Psíquico seria “uma Doença Psíquica nova na biografia de uma pessoa, relacionada causalmente com um evento traumático (acidente, doença, delito), que tenha resultado em um prejuízo das aptidões psíquicas prévias e que tenha caráter irreversível ou, ao menos durante longo tempo”.

O Dano Psíquico é uma expressão com conotação psicológica, psicopatológica e jurídica. A avaliação e a valoração do Dano Psíquico é objeto da psiquiatria forense.

Pode haver, entretanto, uma contundente discrepância entre o enfoque forense e médico, o primeiro pretendendo estabelecer critérios mais ou menos objetivos (e rígidos) para esse diagnóstico, já que implicaria em indenizações, penas e punições, e o segundo, o enfoque médico, mais preocupado com a qualidade de vida, com o sofrimento e com o conforto emocional das pessoas.

Se a questão fosse só aferir quem sofre algum prejuízo emocional depois de um evento traumático, a partir do qual o seu bem-estar, a qualidade de sua vida jamais voltou a ser a mesma, a psiquiatria não teria dificuldade nenhuma. O problema está em constatar esse fato e transformá-lo em uma proposta com objetivos de se estabelecer sua gravidade e verificar que tipo de pena é aplicável no sentido de punir e reprimir novos eventos. Evidentemente, se alguém tem que pagar por esse dano, há que se estabelecer critérios para tal, até para que hajam subsídios para a defesa.

3.2.1 Dano Moral e Dano Psíquico

Há que se ter em mente a distinção havida entre o Dano Moral e o Dano Psíquico.

O Dano Moral não costuma ser objeto de avaliação da psiquiatria ou psicopatologia, exceto se concorreu para que se desenvolvesse o Dano Psíquico. Desse modo, o perito não opina sobre a existência e/ou a intensidade do Dano Moral, mas pode auxiliar o juiz sobre a existência do Dano Psíquico como causa ou consequência do Dano Moral.

Entende-se que é dano moral todo sofrimento ou dor que se padece, independentemente de qualquer repercussão de ordem patrimonial. Por dano psíquico entende-se a lesão às faculdades mentais – parcial ou global – de uma pessoa.

Por “sofrimento” remetemo-nos a uma dimensão de perturbação psicofísica, em um sujeito que se coloca entre a enfermidade e o pleno gozo da saúde, porém, que não

implica conformação patológica alguma, no indivíduo que o padece. Ao contrário, o dano psíquico implica conformação de patologia.

Bittar (1994, p. 41), ao dispor sobre a extensão jurídica dos danos morais, preceitua:

Qualificam-se os danos morais em razão da esfera da subjetividade, ou do plano valorativo da pessoa na sociedade, em que repercute o fato violador, havendo-se, portanto, como tais aqueles que atingem os aspectos mais íntimos da personalidade humana (o da intimidade e da consideração pessoal), ou da própria valoração da pessoa no meio em que vive e atua (o da reputação ou da consideração social).

Conclui-se, desta forma, que considera-se dano moral quando há violação de algum dos direitos inerentes à personalidade. Os elementos que podem configurá-lo são o dano à intimidade, o dano estético, o dano psíquico, o dano biológico (vida), e o dano à vida social, tais como a dignidade, a honra, a honestidade, o nome, a imagem, e a liberdade. Não há critérios objetivos para sua avaliação: cabe ao juiz arbitrar uma compensação pecuniária pela dor.

3.3 Modalidades de Dano Psíquico

Dentre as diversas modalidades de transtornos psicológicos que podem advir de um trauma destacam-se os chamados transtornos de ansiedade, assim denominados em virtude de seu principal sintoma, os transtornos do humor e os transtornos de ajustamento.

“A ansiedade pode ser definida como um mal estar físico e psíquico caracterizado por temor difuso, sentimento de insegurança, desgraça iminente” (LIMA, 1971, p. 32).

É comum termos momentos de nervosismo ou preocupação. Mas quando esses sentimentos se tornam muito frequentes pode haver algo errado. Há vários tipos de distúrbios de ansiedade, e usualmente incluem medo excessivo, pânico e temor que atrapalham na realização das tarefas do dia a dia.

O indivíduo que apresente uma reação inadequada extrema, ou de longa duração a um determinado acontecimento, pode estar sofrendo de algum distúrbio de ansiedade. Os mais comuns são:

- fobia específica
- fobia social

- transtorno de ansiedade generalizada
- transtorno de estresse pós-traumático
- transtorno obsessivo-compulsivo
- transtorno de pânico

Pode também ser desencadeados por um evento traumático os transtornos de humor, dentre os quais destaca-se a depressão – alhures referida com o “mal do século” - doença que se caracteriza, como referido, por afetar o estado de humor da pessoa, deixando com um predomínio anormal de tristeza.

A característica essencial de um Transtorno de Ajustamento é o desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais graves em virtude de um ou mais estressores. Caracteriza-se por um acentuado sofrimento, que excede o que seria esperado, dada a natureza do estressor, ou por um prejuízo significativo no funcionamento social ou profissional.

Analisemos as principais espécies de transtornos mentais referidas:

3.3.1 Fobia específica

A fobia específica é um medo irracional e excessivo que provoca a evitação consciente de um objeto ou de uma determinada situação, tal como, medo de voar, de altura, de animais, de tomar uma injeção ou ver sangue. As manobras para evitar a situação temida, o medo antecipatório da situação ou a ansiedade extrema causada pela exposição interferem na rotina normal do indivíduo, no seu trabalho ou em seus relacionamentos sociais, causando importantes limitações na vida da pessoa.

Esta modalidade de distúrbio apresenta como sintoma o medo acentuado e persistente, irracional ou excessivo, de um objeto ou situação fóbica. A exposição ao estímulo fóbico (objeto ou situação) provoca uma resposta imediata de ansiedade. A ansiedade é caracterizada por sudorese, batimentos rápidos do coração, tremor das mãos, falta de ar e sensação de “frio” na barriga.

3.3.2 Fobia Social

É um medo excessivo de humilhação ou embaraço em vários contextos sociais, como falar, comer, escrever, praticar atividades físicas e esportivas em público, assim

como urinar em toailete público ou falar ou aproximar-se de um parceiro em um encontro romântico. O resultado disso é uma importante limitação na vida da pessoa pela evitação dessas situações ou atividades sociais temidas. Também podem ocorrer prejuízos na vida profissional e afetiva do indivíduo.

A pessoa com fobia social sente medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho quando é exposta a pessoas estranhas. Pode haver temor por acabar agindo de forma humilhante e embaraçosa para si próprio.

A exposição à situação social temida causa ansiedade. Ansiedade é caracterizada por sudorese, batimentos rápidos do coração, tremor das mãos, falta de ar, sensação de "frio" na barriga. O indivíduo reconhece que o medo é irracional ou excessivo. As situações sociais e de desempenho temidas são evitadas ou suportadas com intensa ansiedade e sofrimento.

3.3.3 Transtorno de Ansiedade Generalizada

O transtorno de ansiedade generalizada é uma preocupação exagerada que pode abranger diversos eventos ou atividades da vida da pessoa. Pode vir acompanhado por uma variedade de sintomas como irritabilidade, tensões musculares, perturbações no sono, entre outros. Costuma causar um comprometimento significativo no funcionamento social ou ocupacional da pessoa, podendo gerar um acentuado sofrimento.

A pessoa pode sentir tremores, inquietação, dor de cabeça, falta de ar, suor em excesso, palpitações, problemas gastro-intestinais, irritabilidade e facilidade em alterar-se. Esses sintomas podem ocorrer na maioria dos dias por pelo menos seis meses. É muito difícil controlar a preocupação, o que pode gerar um esgotamento na saúde física e mental do indivíduo.

Como os sintomas podem ser os mais diversos e vários aspectos podem estar comprometidos, o trabalho inicial do médico está em excluir outras doenças que possam ter sintomas semelhantes ao transtorno de ansiedade generalizada. Para tanto, alguns exames clínicos podem ser necessários, sendo que mais importante do que isso é o relato detalhado de informações do paciente.

3.3.4 Transtorno de Estresse Pós-traumático

O transtorno de estresse pós-traumático acontece quando se vivencia um trauma emocional de grande magnitude e engloba as seguintes características:

- reviver o trauma através de pensamentos e sonhos;
- evitar persistentemente coisas que lembrem o trauma;
- enorme excitação persistente.

A pessoa tem recordações com muita aflição, incluindo imagens ou pensamentos do trauma vivenciado. Sonhos amedrontadores também podem ocorrer e o indivíduo pode agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente. Um grande sofrimento psicológico se desenvolve quando surgem lembranças de algum aspecto do trauma. Há uma intensa necessidade de se evitar sentimentos, pensamentos, conversas, pessoas ou lugares que ativem recordações do trauma. Também pode ocorrer uma incapacidade de se recordar algum aspecto importante do trauma, uma dificuldade em conciliar e manter o sono, irritabilidade ou surtos de raiva e baixa concentração.

Em crianças pequenas podem ocorrer jogos repetitivos com expressão de temas ou aspectos do trauma, sonhos amedrontadores sem um conteúdo identificável e encenação específica do trauma.

O transtorno de estresse pós-traumático pode se desenvolver algum tempo após o trauma. O intervalo pode ser breve como uma semana, ou longo como trinta anos. Os sintomas podem variar ao longo do tempo e se intensificar durante períodos de estresse. As crianças e os idosos têm mais possibilidade de desenvolver estresse pós-traumático do que as pessoas na meia idade. Por exemplo, cerca de 80% das crianças que sofrem uma queimadura extensa mostra sintomas de transtorno de estresse pós-traumático um a dois anos após o ferimento. Em vista disso, cabe ao médico uma ampla investigação em relação aos sintomas do paciente para um correto diagnóstico.

3.3.5 Transtorno Obsessivo-Compulsivo

É uma doença em que o indivíduo apresenta obsessões e compulsões, ou seja, sofre de idéias e/ou comportamentos que podem parecer absurdas ou ridículas para a própria pessoa e para os outros e mesmo assim são incontroláveis, repetitivas e persistentes. A pessoa é dominada por pensamentos desagradáveis de natureza sexual, agressiva entre

outros que são difíceis de se afastar de sua mente, parecem sem sentido e são aliviados temporariamente por determinados comportamentos.

As obsessões não são meras preocupações excessivas com problemas da vida real.

Compulsão é um comportamento consciente e repetitivo, como contar, verificar ou evitar um pensamento que serve para anular uma obsessão. Acomete 2 a 3% da população geral. A idade média de início costuma ser por volta dos 20 anos e acomete tanto homens como mulheres. Depressão Maior e Fobia Social podem acometer os pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo ao longo da vida.

Freqüentemente as pessoas acometidas por este transtorno escondem de amigos e familiares essas idéias e comportamentos, tanto por vergonha quanto por terem noção do absurdo das exigências auto-impostas. Muitas vezes desconhecem que esses problemas fazem parte de um quadro psiquiátrico tratável e cada vez mais responsivo à medicamentos específicos e à psicoterapia. As obsessões tendem a aumentar a ansiedade da pessoa ao passo que a execução de compulsões a reduz. Porém, se uma pessoa resiste a realização de uma compulsão ou é impedida de fazê-la surge intensa ansiedade. A pessoa percebe que a obsessão é irracional e a reconhece como um produto de sua mente, experimentando tanto a obsessão quanto a compulsão como algo fora de seu controle e desejo, o que causa muito sofrimento. Pode ser um problema incapacitante porque as obsessões podem consumir tempo (muitas horas do dia) e interferirem significativamente na rotina normal do indivíduo, no seu trabalho, em atividades sociais ou relacionamentos com amigos e familiares.

3.3.6 Transtorno de Pânico

O Transtorno de Pânico se caracteriza pela ocorrência espontânea de ataques de pânico. Os ataques de pânico duram quase sempre menos de uma hora com intensa ansiedade ou medo, junto com sintomas como palpitações, respiração ofegante e até mesmo medo de morrer. A pessoa pode ter múltiplos ataques durante um único dia até, apenas, alguns ataques durante um ano. Estes ataques podem ocorrer acompanhados por agorafobia, que é o medo de estar sozinho em locais públicos, especialmente, locais de onde uma rápida saída seria difícil em caso de ocorrer um ataque de pânico.

O primeiro ataque de pânico muitas vezes é completamente espontâneo, embora os ataques de pânico, em geral, ocorram após excitação, esforço físico, atividade sexual ou trauma emocional. O ataque frequentemente começa com um período de 10 minutos de sintomas que aumentam rapidamente. Pode se sentir extremo medo e uma sensação de morte e catástrofe iminente. As pessoas, em geral, são incapazes de indicar a fonte de seus medos. Pode haver dificuldade de concentração, confusão, aceleração do coração, palpitações, falta de ar, dificuldade para falar e um enorme medo de morrer. O ataque dura de 20 a 30 minutos, raramente mais de uma hora.

3.3.7 Depressão

A depressão é uma doença que afeta o bem estar físico e psíquico do indivíduo. Altera o estado de ânimo do indivíduo, diminuindo a disposição para atividades, e a forma de pensar, gerando pessimismo, sentimentos de culpa e ruína. Afeta o sono, levando à insônia, e pode haver diminuição do apetite. Pode levar a um desejo de isolamento em relação à família, amigos e colegas de trabalho. Pode, muitas vezes, gerar aumento de ansiedade e diminuição de interesse e prazer para realizarmos diferentes atividades.

Um transtorno depressivo não é a mesma coisa que um estado passageiro de tristeza. O depressivo percebe a vida de uma forma muito negativa, diferente do habitual.

Existe uma série de fatores que podem desencadear a enfermidade. Há indícios de que o componente genético pode influenciar no surgimento da doença, bem como a personalidade do indivíduo e também fatores neuroquímicos. Eventos vitais significativos como lutos, doenças crônicas, relacionamentos conflituos, dificuldades financeiras, eventos traumáticos ou qualquer mudança significativa no modo de viver podem levar a um episódio depressivo.

Atualmente o diagnóstico de depressão não envolve necessariamente a presença de uma determinada causa, mas sim a intensidade do sofrimento. É a chamada depressão maior, que se manifesta pela presença, intensidade, frequência e duração de sintomas físicos e psíquicos do quadro. São eles: humor deprimido, perda do interesse e prazer pelas coisas, perda de peso, insônia, fadiga, sentimentos de culpa e ruína, dificuldade de concentração, idéias de morte, ansiedade e agitação.

3.3.8 Transtornos de Ajustamento

O Transtorno de Ajustamento é cogitado quando existe uma angústia ou perturbação emocional interferindo com o funcionamento e desempenho sociais, a qual tenha surgido como consequência aos esforços adaptativos a uma mudança significativa na vida da pessoa. A característica essencial de um Transtorno de Ajustamento é o desenvolvimento de um quadro psico-emocional significativo em resposta a um ou mais estressores psicossociais identificáveis. No Transtorno de Ajustamento os sintomas desenvolvem-se, normalmente, dentro de um período de três meses após o início do estressor ou estressores.

A reação vivencial no transtorno de ajustamento é caracterizada por um acentuado sofrimento, o qual excede o que seria estatisticamente esperado pela natureza do estressor e resulta em prejuízo significativo no funcionamento social ou profissional. Os sintomas principais são: humor deprimido, ansiedade, preocupação, sentimentos de incapacidade em adaptar-se, sensação de perspectivas sombrias do futuro, dificuldade no desempenho da rotina diária.

Conforme aponta a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), os transtornos de ajustamento podem se manifestar das seguintes formas: com humor deprimido; com ansiedade; misto de ansiedade e depressão; com perturbação da conduta; com perturbação mista das emoções e conduta; e inespecificado.

3.4 A Avaliação do Dano Psíquico

Cabe à psiquiatria forense caracterizar de forma clara a gravidade e a espécie do dano psíquico, ou seja, detectar a quantidade do dano e que tipo de transtorno psíquico dele decorreu.

Deve-se estabelecer o corpo de delito, entendendo-se como tal o conjunto das manifestações sensíveis deixadas pela ação delituosa.

Nos casos de avaliação do dano psíquico consequente a traumatismos físicos, é necessário precisar com clareza o tipo de lesão e/ou a área e função comprometidas que acabaram levando a pessoa a apresentar um dano psíquico.

“É sabido que toda agressão traumática sobre um indivíduo, além do dano físico traz consigo inevitavelmente um dano psíquico, o qual pode-se até admitir que é relativo às

dimensões quantitativas e qualitativas das perdas estruturais e funcionais.(FRANÇA, 1998, p. 122)

No caso de lesão física que comprometeu estruturas cerebrais, estas devem ser bastante explicitadas, bem como outras lesões que tenham como conseqüência um dano psíquico por quaisquer mecanismos emocionais e/ou neurológicos envolvidos.

Torna-se mais complexa a avaliação médica quando se trata do Dano Psíquico decorrente de injúria emocional, modalidade esta que se constitui no objeto do presente trabalho.

O primeiro passo é caracterizar de forma clara a quantificação e a qualificação do dano psíquico, utilizando-se um procedimento onde se empreguem os meios clínico-psiquiátricos convencionais, os exames subsidiários necessários e disponíveis e se considerem todas as partes constitutivas do laudo pericial.

Embora não seja tarefa fácil, o ideal seria a uniformização de uma semiologia, isto é, um padrão de sinais e sintomas, capaz de atender aos diversos interesses periciais.

O exame clínico de avaliação do dano psíquico deve se iniciar por uma entrevista cuidadosa e demorada, onde se valorizem todas as informações referentes aos antecedentes hereditários e patológicos do paciente, as causas que motivaram suas queixas e os sintomas conseqüentes da agressão. Em seguida utilizar-se dos meios semiológicos pertinentes e dos meios complementares, como testes psicométricos, o eletroencefalograma, os Raios X e os exames analíticos de laboratório.

Num segundo momento deve-se estabelecer o nexos causal. Esta talvez seja a parte mais delicada e complexa da questão, principalmente quando se procura relacionar com uma entidade anterior ou com uma simulação do examinado. Há de ficar bem caracterizada a relação de causa e efeito. Por isso se constitui essa fase no elemento primordial da questão da caracterização e da responsabilização do dano psíquico.

Esta relação entre o dano traumático e as seqüelas psíquicas é um pressuposto imprescindível de ser avaliado e, por isso, não pode deixar de ser um ponto primordial da perícia. Trata-se de elemento da exclusiva competência médico-legal.

Para tanto, é necessário que se tenha um diagnóstico certo da lesão inicial, que ela seja decorrente do traumatismo, que não exista anteriormente a lesão ou suas conseqüências, que as manifestações psíquicas atuais tenham relação estreita com a ofensa

física ou moral recebida, que haja relação de temporalidade, isto é, que haja uma coerência de prazo entre a lesão e as seqüelas, que haja uma lógica anátomo-clínica e que se tenha um diagnóstico atual.

Outro fator, não menos complexo, é o da avaliação da existência de dano anterior ou do estado anterior da vítima.

A existência de um dano físico ou de um estado patológico anterior não se constitui numa tarefa complicada. Difícil é estabelecer com precisão se o examinado antes da agressão traumática ou moral era ou não portador de transtornos psíquicos, principalmente quando estes não foram diagnosticados ou tratados.

O perito deve se valer de uma anamnese perfeita e cuidadosa, da informação dos familiares e do relatório de profissionais que tenham porventura cuidado do paciente. Ter em conta também que, mesmo existindo anteriormente um quadro de transtorno mental, para considerá-lo como importante na avaliação e na reparação, basta que se prove ter havido agravamento do processo.

Todavia, se não há nenhuma dessas evidências sobre o estado anterior do examinado, estamos diante de uma situação mais complicada, restando tão-só o exame clínico acurado que seja capaz de demonstrar com clareza que a sintomatologia psíquica apresentada ou o seu agravamento é decorrente da agressão recebida.

A perícia deve ater-se, também, ao enquadramento no dispositivo legal que prevê o delito de lesão corporal.

Constatada a existência do quadro patológico como decorrência da agressão perpetrada, não resta dúvida quanto à tipicidade da conduta. É de se ver que as modalidades de dano psíquico, aventadas no presente trabalho, encontram-se devidamente reconhecidas pelas classificações internacionais de doenças (CID.10 e DSM.IV) (vide anexo).

Há que se observar, outrossim, as hipóteses dos parágrafos do artigo 129. Para a caracterização do dano psíquico, conforme leciona França, é necessário que se responda às seguintes situações:

- 1. Se do dano resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta (30) dias.**

- 2. Se do dano resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função.**
- 3. Se do dano resultou aceleração de parto.**
- 4. Se do dano resultou incapacidade permanente para o trabalho.**
- 5. Se do dano resultou uma enfermidade incurável.**
- 6. Se do dano resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função.**
- 7. Se do dano resultou deformidade permanente.**
- 8. Se do dano resultou deformidade permanente.**

Para a interpretação das hipóteses acima elencadas reportamo-nos ao capítulo 1º, que traz análise minuciosa do dispositivo do artigo 129 do Código Penal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ante todo o exposto, conclui-se ser imperiosa a responsabilização penal pelos danos à saúde advindos de violência psicológica, com enquadramento no artigo 129 do Código Penal, que trata do delito de lesão corporal.

Faz-se necessária uma nova atitude dos profissionais do direito diante desta questão, com uma interpretação adequada da lei. Deve-se evoluir a interpretação restritiva da norma e não olvidar sua finalidade, o resultado por ela pretendido, para que não se criem situações de injustiça.

Não cabe ao profissional do direito o papel de seguidor da letra fria da lei. A função do juiz é aplicá-la ao caso concreto, mas é possível decidir com uma visão mais ampla do que o texto apresenta. Basta olhar para o direito como um sistema jurídico e atentar para os valores que carecem de tutela. A lei é uma das fontes do direito, mas deve ser interpretada em função de um valor maior, que é a justiça. O que faz a grandeza do advogado, do promotor ou do juiz é a luta pela paz social e o respeito aos cidadãos.

A saúde psíquica do indivíduo é condição fundamental para sua regular sobrevivência, desempenho de suas atividades e convívio social e diz respeito à dignidade da pessoa humana, princípio fundamental de nosso ordenamento jurídico (artigo 1º, III da Constituição). Dada a importância do bem jurídico tutelado é forçosa, por mais esta razão, a tutela do Direito Penal, no sentido de coibir a prática de condutas que o ofendam.

Não há no mundo valor que supere ao da pessoa humana. Conforme leciona Montoro, “a pessoa humana é o valor-fonte de todos os direitos. É ela a razão de ser e o fim de todas as normas jurídicas. As exigências fundamentais de sua natureza, como o direito à vida, à liberdade responsável, à convivência social, à família, aos bens, etc. constituem direitos subjetivos no plano da justiça, comutativa, distributiva ou social”.

O princípio da dignidade humana deve estar acima de qualquer questão jurídica. É preciso respeitar os valores não materiais, os valores espirituais, as ideologias, as concepções. Deve ser respeitado o homem como um todo.

O princípio da dignidade humana deve estar acima de qualquer questão jurídica. É preciso respeitar os valores não materiais, os valores espirituais, as ideologias, as concepções. Deve ser respeitado o homem como um todo.

A luta pela justiça é fundamental, é a busca da consagração da dignidade humana, que se opõe ao formalismo jurídico.

É também consagrado pela nossa Carta Magna o direito à vida (artigo 5º, *caput*), que abrange o direito à integridade física. Este consiste na faculdade de conservar íntegras, completas, perfeitas, as substâncias corpóreas (física) e psíquica (psiquismo) da pessoa, sem qualquer diminuição que possa comprometer o seu normal desenvolvimento.

Como observa Bittar, o bem jurídico visado é a incolumidade física e intelectual; preservam-se a higidez física e a lucidez mental da pessoa, combatendo-se qualquer dano ao seu corpo ou a sua mente.

A integridade psíquica, mental ou moral constitui-se, desde logo, em colocar em perigo o equilíbrio psíquico ou a saúde mental de alguém. Este aspecto considera-se também essencial, como o anterior, porque coloca em perigo o desenvolvimento da sociedade.

O posicionamento exposto no presente trabalho apresenta, também, absoluta consonância com o conceito de crime trazido pela doutrina, bem como com os princípios do Direito Penal.

Crime é um fato típico, antijurídico e culpável. Em outras palavras, “[...] a ação humana, para ser criminosa, há de corresponder objetivamente à conduta descrita pela lei, contrariando a ordem jurídica e incorrendo seu autor no juízo de censura ou reprovação social” (NORONHA, 2001;97)

Diz-se típica a conduta humana descrita em lei e correspondente ao crime. É inquestionável a tipicidade da conduta daquele que impinge a outrem um dano psíquico, mediante um ato de violência psicológica. Conforme amplamente exposto, tal situação enquadra-se no artigo 129 do Código Penal.

Vislumbra-se, por conseguinte, a perfeita harmonia com o princípio da legalidade (também dito princípio da reserva legal), bem como com o princípio da anterioridade da lei, ambos insculpidos no inciso XXXIX do artigo 5º da Constituição Federal e no artigo 1º do Código Penal, que preceituam que “não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal”.

A antijuridicidade do fato diz respeito à sua contrariedade ao direito e é de apreciação objetiva, verificando-se, por exclusões, isto é, pela consideração das causas que

a excluem. Será antijurídico um fato definido na lei penal, sempre que não houver causa justificativa, também estabelecida em lei, como se dá com o artigo 23 do Código que estabelece que não há crime quando a prática do fato se dá (I) em estado de necessidade, (II) em legítima defesa, (III) em estrito cumprimento de dever legal ou no exercício regular de direito.

Um outro elemento do delito é a culpabilidade. “O resultado lesivo ao direito, oriundo da ação do sujeito ativo, há de ser-lhe atribuído a título de culpa, em sentido amplo, isto é dolo ou culpa” (NORONHA, 2001:103).

Vê-se, portanto, estarem presentes todos os elementos configuradores do crime, na conduta daquele que causa a outrem um dano psíquico.

Do exposto, verifica-se a perfeita harmonia do entendimento aqui exposto com os princípios que regem o Direito Penal, destacando-se o princípio da legalidade, o da anterioridade da lei penal, o princípio da intervenção mínima, o da fragmentariedade, da ofensividade e o princípio da culpabilidade.

Diante de tudo o que foi estudado, conclui-se ser medida de rigor a adoção de uma nova postura de nossos juristas, no sentido de admitir o dano psíquico como configurador de ofensa à saúde, com o enquadramento no dispositivo do artigo 129 “*caput*” e parágrafos do Código Penal, como meio de coibir a prática de condutas que ofendam este aspecto de fundamental importância do ser humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALLONE GJ, Ortolani IV. Violência Doméstica. PsiqWeb. Internet. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em: 14 jul. 2005.

BALLONE GJ, Ortolani IV. Neuroses. Psiqweb. Internet. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em 30 ago. 2005.

BITTAR, Carlos Alberto. *Os Direitos da Personalidade*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1ª ed., 1989, p. 70-71.

_____. *Reparação Civil por Danos Morais*. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1994.

BOCK, Ana Mercês Bahia et al. *Psicologías. Uma introdução ao Estudo de Psicologia*. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

BRASIL, *Lei nº 9.099 de 26-09-1995: Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências*. Constituição Federal, Código Penal e Código de Processo Penal. Coleção RT Mini-Códigos. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

_____. *Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei nº 8.069 de 13-07-1999*. Constituição Federal, Código Penal e Código de Processo Penal. Coleção RT Mini-Códigos. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

_____. *Exposição de Motivos do Código Penal: Lei nº 7.209 de 11-07-1984*. Constituição Federal, Código Penal e Código de Processo Penal. Coleção RT Mini-Códigos. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

CHAPLIN. Charles. *O grande ditador*. Disponível em <<http://geocities.yahoo.com.br/d10g0/>>. Acesso em: 20 de out. de 2005.

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE. 10ª REVISÃO – CID 10. Tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996.

COSTA, Eduardo Alves da. *No Caminho com Maiakovski*. Jornal da Poesia, 2005. Disponível em: <<http://www.secrel.com.br/jpoesia/autoria1.html>>. Acesso em: 10 out. 2005.

FRANÇA, Genival Veloso de. *Medicina Legal*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

_____. Avaliação e valoração médico-legal do dano psíquico. Jurifran Página Jurídica. Internet. Disponível em: <<http://orbita.starmed.com/~jurifran>>. Acesso em 12 abr. 2005

GOLEMAN, Daniel. *Inteligência Emocional: A teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. Tradução Marcos Santarrita. 22.ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

- HUNGRIA, Nelson. *Comentários ao Código Penal*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1955.
- JESUS, Damásio Evangelista de. *Direito Penal*. 18 ed. São Paulo: Saraiva, 1999.
- LIMA, Leonardo Pereira cord. *Dicionário de Psicologia Prática*. 3. ed. São Paulo: Honor Editorial, 1971.
- MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS – DSM IVTM. American Psychiatric Association. Tradução Dayse Batista. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- MICHAUD, Yves. *A Violência*. Tradução L. Garcia. São Paulo: Ática, 1989
- MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Manual de Direito Penal*. São Paulo: Atlas. 2003.
- MONTORO, André Franco. *Introdução à Ciência do Direito*. 24^a ed., São Paulo: RT, 1997, p. 442.
- NORONHA, E. Magalhães. *Direito Penal*. 22. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.
- ODALIA, Nilo. *O que é Violência*. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- REALE, Miguel. *Filosofia do Direito*. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 1998.
- RÚBIO, Ana Martos. *Cómo detectar la violencia psicológica*. Mobbing-Opinion.com. Buenos Aires: out. 2003. Disponível em:
<http://mobbingopinion.bpweb.net/artman/publish/printer_682.shtml>. Acesso em: 19 set. 2005.
- SILVA, De Plácido e. *Vocabulário Jurídico*. Rio de Janeiro: Forense, 2002.
- VEJA. *Cale a Boca, Incompetente*. São Paulo: Ed. Abril, ano 34. n° 43, out. 2001.

Código Penal - Artigo 129

Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:

Pena - detenção, de três meses a um ano.

Lesão corporal de natureza grave

§ 1º Se resulta:

I - Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias;

II - perigo de vida;

III - debilidade permanente de membro, sentido ou função;

IV - aceleração de parto:

Pena - reclusão, de um a cinco anos.

§ 2º Se resulta:

I - Incapacidade permanente para o trabalho;

II - enfermidade incurável;

III - perda ou inutilização do membro, sentido ou função;

IV - deformidade permanente;

V - aborto:

Pena - reclusão, de dois a oito anos.

Lesão corporal seguida de morte

§ 3º Se resulta morte e as circunstâncias evidenciam que o agente não quis o resultado, nem assumiu o risco de produzi-lo:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos.

Diminuição de pena

§ 4º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

Substituição da pena

§ 5º O juiz, não sendo graves as lesões, pode ainda substituir a pena de detenção pela de multa, de duzentos mil réis a dois contos de réis:

I - se ocorre qualquer das hipóteses do parágrafo anterior;

II - se as lesões são recíprocas.

Lesão corporal culposa

§ 6º Se a lesão é culposa:

Pena - detenção, de dois meses a um ano.

Aumento de pena

§ 7º - Aumenta-se a pena de um terço, se ocorrer qualquer das hipóteses do art. 121, § 4º.

§ 8º - Aplica-se à lesão culposa o disposto no § 5º do art. 121.

Violência Doméstica

§ 9º Se a lesão for praticada contra ascendente, descendente, irmão, cônjuge ou companheiro, ou com quem conviva ou tenha convivido, ou, ainda, prevalecendo-se o agente das relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade:

Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 1 (um) ano.

§ 10. Nos casos previstos nos §§ 1º a 3º deste artigo, se as circunstâncias são as indicadas no § 9º deste artigo, aumenta-se a pena em 1/3 (um terço).

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças

[...]

Transtornos do Humor [Afetivos] (F30-F39)

Transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elação. A alteração do humor em geral se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, e a maioria dos outros sintomas são quer secundários a estas alterações do humor e da atividade, quer facilmente compreensíveis no contexto dessas alterações. A maioria desses transtornos tende a ser recorrente e a ocorrência dos episódios individuais pode frequentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes.

F30 – Episódio maníaco

Todas as subdivisões dessa categoria se aplicam exclusivamente a um episódio isolado. Um episódio hipomaníaco ou maníaco em indivíduo que já tenha apresentado um ou mais episódios afetivos prévios (depressivo, hipomaníaco, maníaco ou misto) deve conduzir a um diagnóstico de transtorno afetivo bipolar (F31.-).

Inclui: transtorno bipolar, episódio maníaco isolado.

F30 – Hipomania

Transtorno caracterizado pela presença de uma elevação ligeira mas persistente do humor, da energia e da atividade, associada em geral a um sentimento intenso de bem-estar e de eficácia física e psíquica. Existe frequentemente um aumento da sociabilidade, do desejo de falar, da familiaridade e da energia sexual, e uma redução da necessidade de sono; estes sintomas não são, entretanto tão graves a ponto de entravar o funcionamento profissional ou levar a uma rejeição social. A euforia e a sociabilidade são por vezes substituídas por irritabilidade, atitude pretensiosa ou comportamento grosseiro. As perturbações do humor e do comportamento não são acompanhadas de alucinações ou de idéias delirantes.

F30.1 – Mania sem sintomas psicóticos

Presença de uma elevação do humor desproporcional à situação do sujeito, podendo variar de uma jovialidade descuidada a uma agitação praticamente incontrolável. Essa elevação se acompanha de um aumento de energia, levando à hiperatividade, ao desejo de falar e à redução da necessidade de sono. A atenção não pode ser mantida e existe freqüentemente uma grande distração. O indivíduo apresenta freqüentemente um aumento da auto-estima com idéias de grandeza e superestima de suas capacidades. A perda das inibições sociais pode levar a condutas imprudentes, irrazoáveis, inapropriadas ou deslocadas.

F30.2 – Mania com sintomas psicóticos

Presença, além do quadro clínico descrito em F30.1, de idéias delirantes (em geral de grandeza) ou de alucinações (em geral do tipo voz que fala diretamente ao sujeito) ou de agitação, de atividade motora excessiva e de fuga de idéias de tal gravidade que o sujeito se torna incompreensível ou inacessível a toda comunicação normal.

Estupor maníaco

Mania com sintomas psicóticos:

- congruentes com o humor
- incongruentes com o humor.

F30.8 – Outros episódios maníacos

F30.9 – Episódio maníaco, não especificado.

Mania SOE

F31 – Transtorno afetivo bipolar

Transtorno caracterizado por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados, sendo que esse distúrbio consiste, em algumas ocasiões, na elevação do humor e no aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e, em outras, no rebaixamento do humor e na redução da energia e da atividade (depressão). Os pacientes que sofrem somente episódios repetidos de hipomania ou mania são classificados como bipolares.

Inclui:

- doença maníaco-depressiva
- psicose maníaco-depressiva

- reação maníaco-depressiva

Exclui:

- ciclotimia (F34.0)

- transtorno bipolar, episódio maníaco isolado (F30.-)

F31.0 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaníaco

Episódio atual correspondente à descrição de uma hipomania, tendo ocorrido no passado ao menos um outro episódio afetivo (hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto)

F31.1 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos

Episódio atual maníaco correspondente à descrição de um episódio maníaco sem sintomas psicóticos (F31.1), tendo ocorrido no passado ao menos um outro episódio afetivo (hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto)

F31.2 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual com sintomas psicóticos

Episódio atual correspondente à descrição de um episódio maníaco com sintomas psicóticos (F30.2), tendo ocorrido no passado ao menos um outro episódio afetivo (hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto).

F31.3 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado

Episódio atual correspondente à descrição de um episódio depressivo leve ou moderado (F32.0 ou F32.1), tendo ocorrido no passado ao menos um episódio afetivo hipomaníaco, maníaco ou misto bem comprovado.

F31.4 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual grave sem sintomas psicóticos

Episódio atual correspondente à descrição de um episódio depressivo fgrave sem sintomas psicóticos (F32.2), tendo ocorrido no passado ao menos um episódio afetivo hipomaníaco, maníaco ou misto bem documentado.

F31.5 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos

Episódio atual correspondente à descrição de um episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.2), tendo ocorrido no passado ao menos um episódio afetivo hipomaníaco, maníaco ou misto bem comprovado.

F31 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto

Ocorrência, no passado, de ao menos um episódio afetivo maníaco, hipomaníaco ou misto bem documentado e episódio atual caracterizado pela presença simultânea de sintomas maníacos e depressivos ou por uma alternância rápida de sintomas maníacos e depressivos.

Exclui: episódio afetivo misto isolado (F38.0).

F31.7 – Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão

Ocorrência, no passado, de ao menos um episódio afetivo maníaco, hipomaníaco ou misto muito bem comprovado, e de ao menos um outro episódio afetivo (hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto), mas sem nenhuma perturbação significativa do humor, nem atualmente nem no curso dos últimos meses. As remissões sob tratamento profilático devem ser classificadas aqui.

F31.8 – Outros transtornos afetivos bipolares

Episódios maníacos recidivantes SOE

Transtorno bipolar II

F31.9 – Transtorno afetivo bipolar, não especificado

F32 – Episódios depressivos

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral a fadiga acentuada, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas de sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e/ou indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode acompanhar-se de sintomas ditos

“somáticos” – por exemplo, perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora acentuada, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

Inclui: episódios isolados de uma depressão:

- psicogênica
- reativa
- reação depressiva

Exclui: quando associados com transtornos de conduta em F91.- (F92.0)

Transtornos (de):

- adaptação (F43.2)
- depressivo recorrente (F33.-)

F32.0 – Episódio depressivo leve

Geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente usualmente sofre com a presença desses sintomas, mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades.

F32.1 – Episódio depressivo moderado

Geralmente estão presentes quatro ou mais sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina.

F32.2 – Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos

Episódio depressivo no qual vários dos sintomas são acentuados e angustiantes, tipicamente a perda da auto-estima e idéias de desvalia ou culpa. As idéias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas “somáticos”.

Depressão (episódio único sem sintomas psicóticos):

- agitada
- maior
- vital

F32.2 – Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos

Episódio depressivo correspondente à descrição de um episódio depressivo grave (F32.2), mas acompanhado de alucinações, idéias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de tal gravidade que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo.

Episódios isolados de:

- depressão:

- maior com sintomas psicóticos

- psicótica

- psicose depressiva:

- psicogênica

- reativa

F32.0 – Outros episódios depressivos

Depressão atípica

Episódios isolados de uma depressão “mascarada” SOE

F32.0 – Episódio depressivo não especificado

Depressão SOE

Transtorno depressivo SOE

F33 – Transtorno depressivo recorrente

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (F32.-) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno depressivo recorrente (F33.2 e F33.3) apresentam numerosos pontos comuns com os conceitos anteriores de depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração

variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode jamais ser completamente descartado em um paciente com transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo de transtorno afetivo bipolar (F31.-).

Inclui: episódios recorrentes de uma depressão:

- psicogênica
- reativa
- reação depressiva

transtorno depressivo sazonal

Exclui: episódios depressivos recorrentes breves (F38.1)

F33.0 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual leve, tal como descrito em F32.0, na ausência de qualquer antecedente de mania.

F33.1 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual de moderada gravidade, tal como descrito em F32.1, na ausência de qualquer antecedente de mania.

F33.2 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, sem sintomas psicóticos, tal como descrito em F32.2, na ausência de qualquer antecedente de mania.

Depressão (sem sintomas psicóticos):

- endógena
- maior recorrente
- vital recorrente

Psicose maníaco-depressiva, forma depressiva sem sintomas psicóticos

F33,3 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, com sintomas psicóticos, tal como descrito em F32.3, na ausência de qualquer antecedente de mania.

Depressão endógena com sintomas psicóticos

Episódio recorrente grave (de):

- depressão:

- maior com sintomas psicóticos

- psicótica

- psicose depressiva:

- psicogênica

- reativa

Psicose maníaco-depressiva, forma depressiva, com sintomas psicóticos.

F33.4 – Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão

O paciente teve no passado dois ou mais transtornos depressivos como descrito acima (F33.0-F33.3), mas não apresenta atualmente nenhum sintoma depressivo e isso há vários meses.

F33.8 – Outros transtornos depressivos recorrentes

F33.9 – Transtorno depressivo recorrente sem especificação

Depressão unipolar SOE

F34 – Transtornos de humor [afetivos] persistentes

Transtornos de humor persistentes e habitualmente flutuantes, nos quais os episódios individuais não são suficientemente graves para justificar um diagnóstico de episódio maníaco ou de episódio depressivo leve. Todavia, como persistem por anos e, por vezes, durante a maior parte da vida adulta do paciente, provocam sofrimentos e incapacidades consideráveis. Em certos casos, episódios maníacos ou depressivos recorrentes ou isolados podem se superpor a um transtorno afetivo persistente.

F34.0 – Ciclotimia

Instabilidade persistente do humor que comporta numerosos períodos de depressão ou de leve euforia, nenhum deles suficientemente grave ou prolongado para responder aos critérios de um transtorno afetivo bipolar (F31.-) ou de um transtorno depressivo recorrente (F33.-). O transtorno se encontra freqüentemente em familiares de pacientes que apresentam um transtorno afetivo bipolar. Algumas pessoas ciclotímicas apresentarão elas próprias, ulteriormente, um transtorno afetivo bipolar.

Personalidade:

- ciclóide
- ciclotímica

Transtorno afetivo da personalidade

F34.1 – Distímia

Rebaixamento crônico do humor, que persiste ao menos por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente ou na qual os episódios individuais são muito curtos para responder aos critérios de transtorno depressivo recorrente grave, moderado ou leve (F33.-).

Depressão:

- ansiosa persistente
- neurótica

Neurose depressiva

Personalidade depressiva

Exclui: depressão ansiosa (leve ou não-persistente) (F41.2)

F34.8 – Outros transtornos do humor [afetivos] persistentes**F.34.9 – Transtorno do humor [afetivo] persistente não especificado****F38 – Outros transtornos do humor [afetivos]**

Quaisquer outros transtornos de humor que não justificam classificação em F30-F34 por não apresentarem gravidade ou duração suficientes.

F38.0 – Outros transtornos do humor [afetivos] isolados

Episódio afetivo misto

F38.1 – Outros transtornos do humor [afetivos] recorrentes

Episódio depressivo recorrente breve

F38.8 – Outros transtornos especificados do humor [afetivos]

F39 – Transtorno do humor [afetivo] não especificado

Psicose afetiva SOE

Transtornos neuróticos, Transtornos relacionados com o “Stress” e Transtornos Somatoformes (F40-F48)

Exclui: quando associado aos transtornos de conduta classificados em F91.- (F92.8)

F40 – Transtornos fóbicos-ansiosos

Grupo de transtornos nos quais uma ansiedade é desencadeada exclusiva ou essencialmente por situações nitidamente determinadas que não apresentam atualmente nenhum perigo real. Estas situações são, por esse motivo, evitadas ou suportadas com temor. As preocupações do sujeito podem estar centradas em sintomas individuais tais como palpitações ou uma impressão de desmaio, e freqüentemente se associam ao medo de morrer, perda do autocontrole ou de ficar louco. A simples evocação de uma situação fóbica desencadeia em geral ansiedade antecipatória. A ansiedade fóbica freqüentemente se associa a uma depressão. Para determinar se convém fazer dois diagnósticos (ansiedade fóbica e episódio depressivo) ou um só (ansiedade fóbica ou episódio depressivo), é preciso levar em conta a ordem de ocorrência dos transtornos e as medidas terapêuticas que são consideradas no momento do exame.

F40.0 – Agorafobia

Grupo relativamente bem definido de fobias relativas ao medo de deixar seu domicílio, medo de lojas, de multidões e de locais públicos, ou medo de viajar sozinho em trem, ônibus ou avião. A presença de um transtorno de pânico é freqüente no curso dos episódios atuais ou anteriores de agorafobia. Entre as

características associadas, acham-se freqüentemente sintomas depressivos ou obsessivos, assim como fobias sociais. As condutas de evitação comumente são proeminentes na sintomatologia e certos agorafóbicos manifestam pouca ansiedade dado que chegam a evitar as situações geradoras de fobia.

Agorafobia sem antecedentes de transtorno de pânico

Transtorno de pânico com agorafobia

F40.1 – Fobias sociais

Medo de ficar exposto à observação atenta de outrem e que leva a evitar situações sociais. As fobias sociais graves se acompanham habitualmente de perda da auto-estima e de medo de ser criticado. As fobias sociais podem se manifestar por rubor, tremor das mãos, náuseas ou desejo urgente de urinar, sendo que o paciente por vezes está convencido de que uma ou outra destas manifestações secundárias constitui seu problema primário. Os sintomas podem evoluir para um ataque de pânico.

Antropofobia

Neurose social

F40.2 – Fobias específicas (isoladas)

Fobias limitadas a situações altamente específicas, tais como a proximidade de determinados animais, locais elevados, trovões, escuridão, viagens de avião, espaços fechados, utilização de banheiros públicos, ingestão de determinados alimentos, cuidados odontológicos, visão de sangue ou ferimentos. Ainda que a situação desencadeante seja inofensiva, o contato com ela pode desencadear um estado de pânico como na agorafobia ou fobia social.

Acrofobia

Claustrofobia

Fobia(s) (de):

- animais

- simples

Exclui:

dismorfobia (não-delirante) (F45.2)

nosofobia (F45.2)

F40.8 – Outros transtornos fóbico-ansiosos

F40.9 – Transtorno fóbico-ansioso, não especificado

Estado fóbico SOE

Fobia SOE

F41 – Outros transtornos ansiosos

Transtornos caracterizados essencialmente pela presença de manifestações ansiosas que não são desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma situação determinada. Podem se acompanhar de sintomas depressivos ou obsessivos, assim como de certas manifestações que traduzem uma ansiedade fóbica, desde que estas manifestações sejam, contudo, claramente secundárias ou pouco graves.

F41.0 – Transtorno de pânico [ansiedade paroxística episódica]

A característica essencial deste transtorno são os ataques recorrentes de ansiedade grave (ataques de pânico), que não ocorrem exclusivamente numa situação ou em circunstâncias determinadas, mas são de fato imprevisíveis. Como em outros transtornos ansiosos, os sintomas essenciais comportam a ocorrência de irrealidade (despersonalização ou desrealização). Existe, além disso, freqüentemente um medo secundário de morrer, de perder o autocontrole ou de ficar louco. Não se deve fazer um diagnóstico principal de transtorno de pânico quando o sujeito apresenta um transtorno depressivo no momento da ocorrência de um ataque de pânico, uma vez que os ataques de pânico são provavelmente secundários à depressão neste caso.

Ataque de pânico

Estado de pânico

Síndrome de pânico

F41.1 – Ansiedade generalizada

Ansiedade generalizada e persistente que não ocorre exclusivamente, nem mesmo de modo preferencial, numa situação determinada (a ansiedade é “flutuante”). Os sintomas essenciais são variáveis, mas compreendem nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto gástrico. Medos de que o paciente ou um de seus próximos irá brevemente ficar doente ou sofrer um acidente são freqüentemente expressos.

Estado ansioso

Neurose ansiosa

Reação de angústia

Exclui: neurastenia (F48.0)

F41.2 – Transtorno misto ansioso e depressivo

Esta categoria deve ser utilizada quando o sujeito apresenta ao mesmo tempo sintomas ansiosos e sintomas depressivos, sem predominância nítida de uns ou de outros, e sem que a intensidade de uns ou de outros seja suficiente para justificar um diagnóstico isolado. Quando os sintomas depressivos estão presentes simultaneamente com uma intensidade suficiente para justificar diagnósticos isolados, os dois diagnósticos devem ser anotados e não se faz um diagnóstico de transtorno misto ansioso e depressivo.

Depressão ansiosa (leve ou persistente)

F41.3 – Outros transtornos ansiosos mistos

Sintomas ansiosos mistos se acompanham de características de outros transtornos citados em F42-F48. Nenhum tipo de sintoma é suficientemente grave para justificar diagnósticos isolados.

F41.8 – Outros transtornos ansiosos especificados

Histeria de angústia

F41.9 – Transtorno ansioso, não especificado

Ansiedade SOE

F42 – Transtorno obsessivo-compulsivo

Transtorno caracterizado essencialmente por idéias obsessivas ou por comportamentos compulsivos recorrentes. As idéias obsessivas são pensamentos, representações ou impulsos que se intrometem na consciência do sujeito de modo repetitivo e estereotipado. Em geral, elas perturbam muito o sujeito, o qual tenta freqüentemente resistir-lhes, mas sem sucesso. O sujeito reconhece, entretanto, que se trata de seus próprios pensamentos, mas estranhos à sua vontade e em geral desprazerosos. Os comportamentos e os rituais compulsivos são atividades estereotipadas repetitivas. O sujeito não retira nenhum prazer direto da realização

destes atos, os quais, por outro lado, não levam à realização de tarefas úteis por si mesmas. O comportamento compulsivo tem por finalidade prevenir algum evento objetivamente improvável, frequentemente implicando dano infligido ao sujeito ou causado por ele, que ele (a) teme que possa ocorrer. O sujeito reconhece habitualmente o absurdo e a inutilidade de seu comportamento e faz esforços repetidos para resistir-lhes. O transtorno se acompanha quase sempre de ansiedade. Esta ansiedade se agrava quando o sujeito tenta resistir à sua atividade compulsiva.

Inclui: neurose

- anascástica

- obsessivo compulsiva

Exclui: personalidade (transtorno da) obsessivo-compulsiva (F60.5)

F42.0 – Com predominância de idéias ou de rumações obsessivas

Pode tratar-se de pensamentos, imagens mentais ou impulsos para agir, quase sempre angustiantes para o sujeito. Às vezes trata-se de hesitações intermináveis entre várias opções, que se acompanham frequentemente de incapacidade de tomar decisões banais mas necessárias à vida cotidiana. Existe uma relação particularmente estreita entre as rumações obsessivas e a depressão, e deve-se somente preferir um diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo quando as rumações surgem ou persistem na ausência de uma síndrome depressiva.

F42.1 – Com predominância de comportamentos compulsivos (rituais obsessivos)

A maioria dos atos compulsivos está ligada à limpeza (particularmente lavar as mãos), verificações repetidas para evitar a ocorrência de uma situação que poderia se tornar perigosa, ou um desejo excessivo de ordem. Sob este comportamento manifesto, existe usualmente o medo de perigo ao ou causado pelo sujeito, e a atividade ritual constitui um meio ineficaz ou simbólico de evitar este perigo.

F42.2 – Forma mista, com idéias obsessivas e comportamentos compulsivos

F42.8 – Outros transtornos obsessivos-compulsivos

F42.9 – Transtorno obsessivo-compulsivo, não especificado

F43 – Reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação

Esta categoria difere das outras na medida em que sua definição não repousa exclusivamente na sintomatologia e evolução, mas igualmente na existência de um ou outro dos dois fatores causais seguintes: um acontecimento particularmente estressante desencadeia uma reação de “stress” aguda, ou uma alteração particularmente marcante na vida do sujeito, que comportam conseqüências desagradáveis e duradouras e levam a um transtorno de adaptação. Embora fatores de “stress” psicossociais (“life events”) relativamente pouco graves possam precipitar a ocorrência de um grande número de transtornos classificados em outra parte neste capítulo, ou influenciar-lhes o quadro clínico, nem sempre é possível atribuir-lhes um papel etiológico, tanto mais que é necessário levar em conta fatores de vulnerabilidade, freqüentemente idiossincráticos, próprios de cada indivíduo; em outros termos, estes fatores não são nem necessários nem suficientes para explicar a ocorrência e a natureza do transtorno observado. Em contrapartida, para os transtornos reunidos aqui sob F43, admite-se que sua ocorrência seja sempre a conseqüência direta de um “stress” agudo importante ou de um traumatismo persistente. O acontecimento estressante ou as circunstâncias penosas persistentes constituem o fator causal primário e essencial, na ausência do qual o transtorno não teria ocorrido. Os transtornos reunidos neste capítulo podem assim ser considerados como respostas inadaptadas a um “stress” grave ou persistente, na medida em que eles interferem com mecanismos adaptativos eficazes e entram assim o funcionamento social.

F43.0 – Reação aguda ao “stress”

Transtorno transitório que ocorre em indivíduo que não apresenta nenhum outro transtorno mental manifesto, em seguida a um “stress” físico e/ou psíquico excepcional, e que desaparece habitualmente em algumas horas ou em alguns dias. A ocorrência e a gravidade de uma reação aguda ao “stress” são influenciadas por fatores de vulnerabilidade individuais e pela capacidade do sujeito de fazer face ao traumatismo. A sintomatologia é tipicamente mista e variável, e comporta de início um estado de aturdimento caracterizado por um certo estreitamento do campo da consciência e dificuldades de manter a atenção ou de integrar estímulos, bem como desorientação. Este estado pode ser seguido, ou por um distanciamento do ambiente

(podendo tomar a forma de um estupor dissociativo –ver F44.2), ou por uma agitação com hiperatividade (reação de fuga). O transtorno se acompanha freqüentemente de sintomas neurovegetativos de uma ansiedade de pânico (taquicardia, transpiração, ondas de calor). Os sintomas se manifestam habitualmente nos minutos que se seguem à ocorrência do estímulo ou do acontecimento estressante e desaparecem no espaço de dois a três dias (freqüentemente em algumas horas). Pode haver uma amnésia parcial ou completa (F44.0) do episódio. Quando os sintomas persistem, convém considerar uma alteração do diagnóstico (e do tratamento).

Choque psíquico

Estado de crise

Fadiga de combate

Reação aguda (à) (ao):

- crise

- “stress”

F43.1 – Estado de “stress” pós-traumático

Este transtorno constitui uma resposta retardada ou protraída a uma situação ou evento estressante (de curta ou longa duração), de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, e que provocaria sintomas evidentes de perturbação na maioria dos indivíduos. Fatores predisponentes, tais como certos traços de personalidade (por exemplo, compulsiva, astênica) ou antecedentes do tipo neurótico podem diminuir o limiar para a ocorrência da síndrome ou agravar sua evolução; tais fatores, contudo, não são necessários ou suficientes para explicar a ocorrência da síndrome. Os sintomas típicos incluem a revivescência repetida do evento traumático sob a forma de lembranças invasivas (“flashbacks”), de sonhos ou de pesadelos; ocorrem num contexto durável de “anestesia psíquica” e de embotamento emocional, de retraimento com relação aos outros, insensibilidade ao ambiente, anedonia; e de evitação de atividades ou de situações que possam despertar a lembrança do traumatismo. Os sintomas precedentes se acompanham habitualmente de uma hiperatividade neurovegetativa, com hipervigilância, estado de alerta e insônia, associados freqüentemente a uma ansiedade, depressão ou ideação suicida. O período que separa a ocorrência do traumatismo do transtorno pode variar de algumas semanas a alguns meses. A evolução é flutuante, mas se faz

para a cura na maioria dos casos. Em uma pequena proporção de casos, o transtorno pode apresentar uma evolução crônica numerosos anos e levar a uma alteração duradoura na personalidade (F62.0).

Neurose traumática

F43.2 – Transtornos de adaptação

Estado de sofrimento e de perturbação emocional subjetivos, que entram usualmente o funcionamento e o desempenho sociais. Ocorrendo no curso de um período de adaptação a uma mudança existencial importante ou a um acontecimento estressante. O fator de “stress” pode afetar a integridade do ambiente social do sujeito (luto, experiências de separação) ou seu sistema global de suporte social e de valor social (imigração, estado de refugiado); ou ser ainda representado por uma etapa da vida ou por uma crise do desenvolvimento (escolarização, nascimento de um filho, fracasso em atingir um objetivo pessoal importante, aposentadoria). A predisposição e a vulnerabilidade individuais desempenham um papel importante na ocorrência e na sintomatologia de um transtorno de adaptação; admite-se, contudo, que o transtorno não teria ocorrido na ausência do fator de “stress” considerado. As manifestações, variáveis, compreendem: humor depressivo, ansiedade, inquietude (ou uma combinação dos precedentes), sentimento de incapacidade de enfrentar, fazer projetos ou continuar na situação atual, assim como certa alteração do desempenho cotidiano. Transtornos de conduta podem estar associados, em particular nos adolescentes. A característica essencial deste transtorno pode consistir em uma relação depressiva ou outra perturbação das emoções e das condutas, de curta ou longa duração.

Choque cultural

Hospitalismo da criança

Reação de luto

Exclui: transtorno ligado à angústia de separação na infância (F93.0)

F43.8 – Outras reações ao “stress” grave

F43.9 – Reação não especificada a um “stress” grave

[...]