



Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Escola de Ciências Sociais e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

**Avaliação funcional do comportamento de homicidas com diagnóstico de esquizofrenia:  
inimputabilidade, *malingering* e o processo penal**

Renata Botelho Dutra

Orientadora: Prof. Dra. Ilma A. Goulart de Souza Britto

Goiânia, novembro de 2021



Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Departamento de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*  
Doutorado em Psicologia



**Avaliação funcional do comportamento de homicidas com diagnóstico de esquizofrenia:  
inimputabilidade, *malingering* e o processo penal**

Renata Botelho Dutra

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito para a obtenção do Título de Doutora em Psicologia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ilma A. Goulart de Souza Britto

Goiânia, novembro de 2021

D978a Dutra, Renata Botelho

Avaliação funcional do comportamento de homicidas com diagnóstico de esquizofrenia : inimputabilidade, malingering e o processo penal / Renata Botelho Dutra.

-- 2021.

190 f.; il.;

Texto em português com resumo em inglês.

Tese (doutorado) -- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Goiânia, 2021

Inclui referências, f. 158-175

1. Esquizofrenia. 2. Homicídio. 3. Psicologia comparada. 4. Direito penal. I. Britto, Ilma A. Goulart de Souza - (Ilma Aparecida Goulart de Souza). II. Joaquim, Rui Mateus. III. Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Programa de Pós-Graduação em Psicologia - 2021. IV. Título.

CDU: Ed. 2007 -- 159.9.019.4:616.895.8(043)



**PUC  
GOIÁS**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Av. Universitária, 1069 • Setor Universitário  
Caixa Postal 86 • CEP 74605-010  
Goiânia • Goiás • Brasil  
Fone: (62) 3946.1070 • Fax: (62) 3946.1070  
www.pucgoias.edu.br • prope@pucgoias.edu.br

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE TESE DE DOUTORADO NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS.**

No dia 19 de novembro de 2021, às 14h, na Sala Multiuso 1, Bl. D, Área IV, Campus I da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, **RENATA BOTELHO DUTRA**, discente do curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia (2018.1.3002.0008-2) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, expôs, em Sessão Pública de Defesa de Tese de Doutorado, o trabalho intitulado **AValiação Funcional do Comportamento de Homicidas com Diagnóstico de Esquizofrenia: Inimputabilidade, Malingering e o Processo Penal**, para Comissão de Avaliação composta pelos (as) docentes: **Dra. Ilma A. Goulart de Souza Britto** (Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Presidente da Comissão), **Dr. Rui Mateus Joaquim** (Universidade Federal de Minas Gerais, Coorientador e Membro Convidado Externo), **Dr. Alex Eduardo Gallo** (Universidade Estadual de Londrina, Membro Convidado Externo), **Dra. Roberta Maia Marcon de Moura** (Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Membro Convidado Interno), **Dra. Cláudia Luiz Lourenço** (Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Membro Convidado Interno), **Dr. Lorismário Ernesto Simonassi** (Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Membro Suplente) e **Dr. Cristiano Coelho** (Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Membro Suplente). O trabalho da Comissão de Avaliação foi conduzido pelo (a) docente Presidente que, inicialmente, após apresentar os docentes integrantes da Comissão, concedeu 45 minutos ao (a) discente candidato (a) para que este (a) expusesse o trabalho. Após a exposição, o (a) docente Presidente concedeu a palavra a cada membro convidado da Comissão para que estes arguissem o (a) discente candidato (a). Após o encerramento das arguições, a Comissão de Avaliação, reunida isoladamente, avaliou o trabalho desenvolvido e o desempenho do (a) discente candidato (a) na exposição, considerada a trajetória deste (a) no curso de doutorado. Como resultado da avaliação, a Comissão de Avaliação deliberou pela:

**Aprovação da tese**

A Comissão de Avaliação declara o(a) discente candidato(a) Doutor em Psicologia. A Comissão de Avaliação pode sugerir alterações de forma e/ou conteúdo consideradas aceitáveis, não impeditivas da aprovação do trabalho. As alterações deverão ser indicadas no Anexo ao presente documento e/ou podem constar na versão lida pelo membro da Comissão de Avaliação para a sessão de defesa da tese. Neste caso, a versão lida corrigida deverá ser entregue ao(a) discente candidato(a) no final da sessão. O(A) discente candidato(a) terá o prazo de sessenta (60) dias para os ajustes e entrega da versão final na Secretaria do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, contado a partir da data da sessão de defesa da tese.

**Reprovação da tese**

A Comissão de Avaliação determina que o trabalho apresentado não satisfaz as condições mínimas para ser considerado tese de doutorado válida à obtenção do título de Doutor em Psicologia. O(A) discente candidato(a) pode interpor recurso à decisão da Comissão de Avaliação no prazo máximo de trinta (30) dias, contado a partir da data da sessão de defesa da tese.

A Comissão de Avaliação:	Para uso da Coordenação/Secretaria do PSSP:
 <b>Prof. Dra. Ilma A. Goulart de Souza Britto</b> Membro Presidente Pontifícia Universidade Católica de Goiás	 <b>Prof. Dr. Cristiano Coelho</b> Coordenador do Programa de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> em Psicologia Pontifícia Universidade Católica de Goiás
 <b>Prof. Dr. Rui Mateus Joaquim</b> Coorientador e Membro Convidado Externo Universidade Federal de Minas Gerais	<b>Observações</b>  1. Documento válido somente se assinado pela Coordenação e pela Secretaria do PSSP/PROPE/PUC Goiás.  2. _____  3. _____  4. _____
 <b>Prof. Dr. Alex Eduardo Gallo</b> Membro Convidado Externo Universidade Estadual de Londrina	
 <b>Prof. Dra. Roberta Maia Marcon de Moura</b> Membro Convidado Interno Pontifícia Universidade Católica de Goiás	
 <b>Prof. Dra. Cláudia Luiz Lourenço</b> Membro Convidado Interno Pontifícia Universidade Católica de Goiás	
 <b>Prof. Dr. Lorismário Ernesto Simonassi</b> Membro Suplente Pontifícia Universidade Católica de Goiás	
 <b>Prof. Dr. Cristiano Coelho</b> Membro Suplente Pontifícia Universidade Católica de Goiás	<b>Visto Secretaria:</b>   Secretaria do Programa de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> em Psicologia  DFD nº: 08/2021  Goiânia, 19/11/2021



**PUC  
GOIÁS**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Av. Universitária, 1069 • Setor Universitário  
Caixa Postal 86 • CEP 74605-010  
Goiânia • Goiás • Brasil  
Fone: (62) 3946.1070 • Fax: (62) 3946.1070  
www.pucgoias.edu.br • prope@pucgoias.edu.br

**ANEXO DA ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE TESE DE DOUTORADO NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS.**

**Discente:** RENATA BOTELHO DUTRA

**Matrícula:** 2018.1.3002.0008-2

**Título da tese:** AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO COMPORTAMENTO DE HOMICIDAS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA: INIMPUTABILIDADE, MALINGERING E O PROCESSO PENAL

**Data do exame:** 19 de novembro de 2021

**Correções; modificações; alterações; comentários; observações; pontos para reformulação etc. (Assinatura obrigatória).**

**Profa. Dra. Ilma A. Goulart de Souza Britto** (Membro Presidente) | Assinatura:

Assinale em caso afirmativo:  O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.

Observações adicionais (Opcional):

Em caso de aprovação, assinale o meio que prefere receber a versão final da Tese:

Impresso Encadernação capa dura  Meio Digital (CD/Pendrive)  Meio Digital por e-mail

**Prof. Dr. Rui Mateus Joaquim** (Membro Convocado Externo) | Assinatura:

Assinale em caso afirmativo:  O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.

Observações adicionais (Opcional):

Em caso de aprovação, assinale o meio que prefere receber a versão final da Tese:

Impresso Encadernação capa dura  Meio Digital (CD/Pendrive)  Meio Digital por e-mail

**Prof. Dr. Alex Eduardo Gallo** (Membro Convocado Externo) | Assinatura:

Assinale em caso afirmativo:  O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.

Observações adicionais (Opcional):

Em caso de aprovação, assinale o meio que prefere receber a versão final da Tese:

Impresso Encadernação capa dura  Meio Digital (CD/Pendrive)  Meio Digital por e-mail

**Profa. Dra. Roberta Maia Marcon de Moura** (Membro Convocado Interno) | Assinatura:

Assinale em caso afirmativo:  O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.

Observações adicionais (Opcional):

Em caso de aprovação, assinale o meio que prefere receber a versão final da Tese:

Impresso Encadernação capa dura  Meio Digital (CD/Pendrive)  Meio Digital por e-mail

**Profa. Dra. Cláudia Luiz Lourenço** (Membro Convocado Interno) | Assinatura:

Assinale em caso afirmativo:  O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.

Observações adicionais (Opcional):

Em caso de aprovação, assinale o meio que prefere receber a versão final da Tese:

Impresso Encadernação capa dura  Meio Digital (CD/Pendrive)  Meio Digital por e-mail

**Prof. Dr. Lorismário Ernesto Simonassi** (Membro Suplente) | Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinale em caso afirmativo:  O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.

Observações adicionais (Opcional):

**Prof. Dr. Cristiano Coelho** (Membro Suplente) | Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinale em caso afirmativo:  O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.

Observações adicionais (Opcional):

**Ciente do(a) discente:**

**RENATA BOTELHO DUTRA**  
Discente Candidata  
2018.1.3002.0008-2  
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

**Para uso da Coordenação/Secretaria do PSSP:**

Visto Secretaria:  
DFD nº: 08/2021

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
  
Secretária do Programa de  
Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia

Goiânia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021

## Dedicatória

Dedico esse trabalho à minha filha que sofreu com minha ausência nos momentos mais difíceis que a adolescência é capaz de proporcionar; à minha mãe que me ajudou a encontrar equilíbrio e equilibrou as coisas ao meu redor; ao meu pai, meu irmão, enfim, a todos que permaneceram ao meu lado convivendo apenas com uma metade de mim.

## Agradecimentos

Agradeço, inicialmente, a minha orientadora, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ilma A. Goulart de Souza Britto por todo o aprendizado que me foi proporcionado. Por ter me abraçado com entusiasmo e extrema dedicação o meu projeto mesmo eu sendo uma “forasteira”, possibilitando a realização desse sonho, desse trabalho que une a psicologia ao direito abordando o comportamento de homicidas com diagnóstico de esquizofrenia. Agradeço por essa parceria que me fez crescer, por dividir comigo seu conhecimento, sua experiência, gentileza, seu tempo e, acima de tudo, sua amizade. Você é o exemplo de dedicação, de humildade e competência que todos deveriam seguir. Obrigada por me abrir novos horizontes e possibilitar que minhas asas alcançassem novos céus! Espero que juntas tenhamos a oportunidade de ir adiante com essa pesquisa, realizar a análise do comportamento de homicidas com diagnóstico de esquizofrenia utilizando IRMf, sem que uma nova pandemia nos roube mais uma vez o tempo e oportunidade de irmos além. A você, o meu mais profundo respeito e admiração! Muito obrigada por fazer parte da minha vida!

Agradeço ao professor Dr. Rui Mateus Joaquim, por ter aceitado o convite de coorientação e ter compartilhado seu conhecimento, fazendo a ponte entre a psicologia forense e análise do comportamento. Te conhecer foi um enorme prazer! Espero que além de pesquisas e trabalho, eu possa um dia descobrir em mim algum talento musical e, quem sabe, fazermos uma dupla (que não seja sertaneja...).

À minha filha que apesar da minha presença inconstante, vibra com cada conquista minha, me impulsionando a alçar novos voos! Obrigada por ser a luz, a felicidade, a razão da minha luta por dias melhores, a razão dos meus sorrisos, do meu orgulho, de toda a minha vida! Obrigada por todo o amor que recebo de você! Te louvo!

À minha mãe que sempre me incentivou e buscou trazer amorosamente ordem e equilíbrio a tudo a minha volta quando o caos se fazia presente. Obrigada por seu amor infinito! Te amo infinitamente também!

Ao meu pai, meu irmão, meus familiares e meu namorado que, cada um a seu jeito, buscou me apoiar, incentivar, auxiliar em todas as minhas escolhas! Amo vocês!

Agradeço também aos meus participantes e seus familiares que se dispuseram a compartilhar suas dores, sua vergonha, seus arrependimentos e suas dificuldades! Obrigada pela disponibilidade em contribuir para a realização desta pesquisa!

Agradeço aos doutores Haroldo Caetano e Danni Sales pelas valiosas dicas, bem como a toda equipe do PAILI e aos peritos da Junta Médica do Estado de Goiás que me acolheram e abriram as portas para que eu pudesse realizar essa pesquisa, adentrando num universo desconhecido e fascinante apesar de lidar com a dor do outro. O suporte que vocês me deram foi fundamental!

Aos professores doutores Roberta Maia Marcon, Cláudia Luiz Lourenço, Alex Eduardo Gallo, Lorismário Ernesto Simonassi e Cristiano Coelho por terem gentilmente aceito compor a minha banca e, certamente, contribuir com seus saberes proporcionando-me aprendizado e possibilidades de melhoras no texto.

À Martha que com sua presteza, alegria e competência me ajudou do começo ao fim com matrículas e formulários e, acima de tudo, adoçava nossas bocas e corações com seus brigadeiros inesquecíveis!

Aos meus professores Miguel e Geraldo Batista de Siqueira, Pedro Sérgio dos Santos, Adegmar José Ferreira entre outros que despertaram em mim o amor pelo Direito Penal e Processual Penal, compartilhando seus saberes de forma técnica e humana.



Ao Dr. Paolo Borghi, que gentilmente compartilhou informações acerca dos REMS e da execução das medidas de segurança aplicadas em seu país – Itália – possibilitando uma análise comparativa entre as legislações italianas e brasileiras, bem como nos conduziu a constatações de que os problemas envolvendo a execução das medidas de segurança, em todos os seus aspectos, extrapolam as fronteiras brasileiras.

Agradeço também e, acima de tudo, à Deus, que me permite seguir vivendo, aprendendo e amando a cada novo amanhecer!

É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade.

Nise da Silveira

## Resumo

O objetivo principal desse estudo foi analisar funcionalmente o comportamento de homicidas com diagnóstico de esquizofrenia que cometeram crimes de homicídio e se encontravam em cumprimento de medidas de segurança nas modalidades de internação ou tratamento ambulatorial. Para essa finalidade priorizou-se identificar o controle exercido pelos eventos antecedentes e consequentes sobre os comportamentos de alucinar dos participantes. De modo mais específico, o responder sob o controle de estímulo discriminativo ou pela operação motivadora. Para tanto, partiu-se da avaliação funcional indireta, o que envolveu entrevistas com participantes e familiares, avaliação funcional direta, que consistiu em registrar suas reações em diferentes momentos de suas rotinas e a análise funcional experimental com quatro condições principais: *atenção, demanda, sozinho e controle* e três subcondições (condição de atenção). Os resultados demonstraram que os comportamentos de alucinar foram mais frequentes nas subcondições de atenção do que nas demais condições. Buscou-se, ainda elucidar questões decorrentes a partir dos dados encontrados e suas implicações sobre a inimputabilidade, fundamentos legais e práticos na tentativa de ampliar os debates e criar possibilidades de questões futuras como, por exemplo, a fragilidade das perícias e o *malingering* abordados no estudo complementar. Os resultados foram discutidos em termos dos dados da avaliação funcional e análise funcional, bem com um exame de fundamentos práticos, inclusive colocando questões para o direito, a psicologia, a psiquiatria e a justiça.

Palavras-Chave: Avaliação funcional. Esquizofrenia. Inimputabilidade. *Malingering*. Medidas de Segurança.

## Abstract

The main objective of this study was to functionally analyze the behavior of murderer diagnosed with schizophrenia and were following safety measures in terms of hospitalization or outpatient treatment. For this purpose, priority was given to identifying the control exercised by antecedent and consequent events on the participants' behavior. More specifically, responding under the control of a discriminative stimulus or by the motivating operation. To do so, we started with indirect functional assessment, which involved interviews with participants and family members, direct functional assessment, which consisted of recording their reactions at different times in their routines, and experimental functional analysis with four main conditions: attention, demand, alone and control. The attention condition was subdivided into three subconditions. The results showed that hallucinating behaviors were more frequent in subconditions of attention than in other conditions. It was also sought to consider issues arising from the data found and their implications on non-imputability, legal and practical foundations to broaden the debates and create possibilities for future issues such as, for example, the fragility of expertise and malingering addressed in the complementary study. The results were discussed in terms of functional assessment and functional analysis data, as well as an examination of practical foundations, including posing questions for law, psychology, psychiatry, and justice.

**Key words:** Functional assessment. Schizophrenia. Inimputability. Malingering. Security Measures.

## Lista de Figuras

<b>Figura 1:</b> Ocorrência de FA e FI emitidos por P1 nas condições durante a aplicação .....	95
<b>Figura 2:</b> Ocorrência de FA e FI emitidos por P1 nas condições durante a replicação .....	95
<b>Figura 3:</b> Ocorrência de FA e FI emitidos por P2 nas condições durante a aplicação .....	96
<b>Figura 4:</b> Ocorrência de FA e FI emitidos por P2 nas condições durante a replicação .....	97
<b>Figura 5:</b> Ocorrência de FA e FI emitidos por P3 nas condições durante a aplicação .....	97
<b>Figura 6:</b> Ocorrência de FA e FI emitidos por P3 nas condições durante a replicação .....	98
<b>Figura 7:</b> Ocorrência de FA e FI emitidos por P4 nas condições durante a aplicação .....	99
<b>Figura 8:</b> Ocorrência de FA e FI emitidos por P4 nas condições durante a replicação .....	99
<b>Figura 9:</b> Percentual diagnóstico observado nos casos de execução de MS no PAILI .....	100
<b>Figura 10:</b> Organograma de funcionamento do PAILI.....	147
<b>Figura 11:</b> Tipos de crimes cometidos por inimputáveis no período de 2009 a 2019 .....	148
<b>Figura 12:</b> Comparativo de crimes de homicídio tentado e consumado de 2009 a 2019 ....	149
<b>Figura 13:</b> Comparativo dos principais diagnósticos relacionados aos homicídios no período de 2009 a 2019 .....	149
<b>Figura 14:</b> Comparativo do número de homicídios no período de 2009 a 2019 .....	150

## Lista de Tabelas

Tabela 1: Dados da carga horária dispendida na observação indireta por participante .....	65
Tabela 2: Dados da avaliação direta de P1 .....	66
Tabela 3: Dados da avaliação direta de P2 .....	68
Tabela 4: Dados da avaliação direta de P3 .....	69
Tabela 5: Dados da avaliação direta de P4 .....	71
Tabela 6: Condições experimentais controladas pelo delineamento de múltiplos elementos .	76
Tabela 7: Relatos acerca de ouvir vozes fornecidos por P1.....	78
Tabela 8: Dados da entrevista e de familiares de P2 .....	79
Tabela 9: Dados da entrevista e de familiares de P3 .....	79
Tabela 10: Dados da entrevista de P4.....	80
Tabela 11: Registros dos relatos dos participantes no momento do crime .....	81
Tabela 12: Considerações e justificativas dos familiares em relação aos delitos dos participantes .....	83
Tabela 13: Registros cursivos dos relatos dos profissionais que atuaram diretamente com os participantes .....	84
Tabela 14: Relatos dos profissionais da Saúde e do PAILI sobre laudos e atendimentos a loucos infratores.....	85
Tabela 15: Medicamentos diários prescritos para P1 nos anos de 2013 a 2017 .....	86
Tabela 16: Medicamentos diários prescritos para P1 desde dezembro de 2019 até o final da coleta de dados .....	88
Tabela 17: Medicamentos diários prescritos para P2 nos anos de 2019 a 2021 .....	88
Tabela 18: Medicamentos diários prescritos para P3 nos anos de 2019 a 2021 .....	88
Tabela 19: Medicamentos diários prescritos para P4 nos anos de 2019 a 2021 .....	89
Tabela 20: Registros dos relatos de um promotor de justiça que atuou no júri de esquizofrênicos.....	89
Tabela 21: Registros dos relatos de um advogado que atuou no júri de esquizofrênicos.....	90
Tabela 22: Frequência e percentual de FA e FI emitidos por P1 em diferentes ambientes.....	91
Tabela 23: Frequência e percentual de FA e FI emitidos por P2 em diferentes ambientes.....	91
Tabela 24: Frequência e percentual de FA e FI emitidos por P3 em diferentes ambientes.....	92
Tabela 25: Frequência e percentual de FA e FI emitidos por P4 em diferentes ambientes.....	93
Tabela 26: Similaridades e disparidades nos crimes de P1, P2, P3 e P4 .....	94

## Lista de Abreviações

ADT	- Teste Psicológico Inventário de administração do tempo
AO	- Operação Abolidora
APA	- American Psychiatry Association
APR	- Análise Preliminar de Risco
ART(s)	- Artigo(s)
AVC	- Acidente vascular cerebral
CAPS	- Centro de Assistência Psicossocial
CID	- Classificação Internacional de Doenças
CNVs	- Copy Number Variants
CP	- Código Penal
CPP	- Código de Processo Penal
CT	- Comunidade Terapêutica
DNA	- Sigla do inglês que se refere ao ácido desoxirribonucleico
DSM	- Manual de Diagnóstico e Estatística das Transtornos Mentais
ECA	- Epidemiologic Catchment Area
ECT	- Eletroconvulsoterapia
EMPAP	- Exame Multidisciplinar e Pericial de Avaliação Psicossocial
EVCP	- Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade
GWAS	- Genome Wide Association Studies
HC	- Habeas Corpus
HCR-20	- Historical, Clinical and Risk Management Violence Risk Assessment Scheme
IRMf	- Imagem de ressonância magnética funcional
IRMfe	- Imagem de ressonância magnética funcional relacionada a evento
LEP	- Lei de Execução Penal
LSD	- Dietilamida do ácido lisérgico
MCMI-III	- Millon Clinical Multiaxial Inventory
MMPI II	- Minnesota Multiphasic Personality Inventory
MS	- Medida de Segurança
NCPC	- Novo Código de Processo Civil
OE	- Operação Estabelecadora
OM	- Operação Motivadora

PAILI	- Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
PCL-R	- Psychopathy Checklist Revised
PET	- Tomografia por emissão de pósitrons
PMK	- Psicodiagnóstico miocinético
R-CRAS	- Escalas de avaliação de responsabilidade criminal de Rogers
RM	- Ressonância Magnética
Rx	- Raio X
S <sup>D</sup>	- Estímulo discriminativo
SNPs	- Polimorfismos de nucleotídeos únicos
SPECT	- Tomografia por emissão de fóton único
STF	- Supremo Tribunal Federal
STJ	- Superior Tribunal de Justiça
TAP	- Teste de Aptidão Psicológica
THC	- Tetrahydrocannabinol
TJDFT	- Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios
TOC	- Transtorno obsessivo compulsivo
WAIS	- Escala Wechsler de inteligência para adultos
WISC	- Escala Wechsler de inteligência para crianças



## Sumário

AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO COMPORTAMENTO DE HOMICIDAS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA: INIMPUTABILIDADE, <i>MALINGERING</i> E O PROCESSO PENAL .....	16
<i>Delimitações e critérios diagnósticos para a esquizofrenia</i> .....	19
<i>O conceito de doença mental no código penal e a imputabilidade</i> .....	24
<i>Fundamentos teóricos e a hipótese de base biológica para a esquizofrenia</i> .....	32
<i>A análise do comportamento e o diagnóstico de esquizofrenia</i> .....	45
<i>Avaliação funcional para o estudo de comportamentos esquizofrênicos</i> .....	49
<i>Operações motivadoras e o comportamento esquizofrênico</i> .....	52
<i>Problema de pesquisa e objetivos do presente estudo</i> .....	55
MÉTODO .....	57
<i>Participantes</i> .....	57
<i>Ambientes e Materiais</i> .....	62
<i>Procedimento</i> .....	63
<i>I-Avaliação funcional indireta por meio de entrevista</i> .....	63
<i>II- Avaliação funcional por observação direta</i> .....	65
<i>III-Análise funcional experimental</i> .....	72
1. <i>Condição de atenção:</i> .....	74
1.1 <i>Atenção, ouvir-vozes</i> .....	74
1.2 <i>Atenção, inversão</i> .....	75
1.3 <i>Atenção, fixar-olhos</i> .....	75
2. <i>Condição de demanda</i> .....	75
3. <i>Condição de sozinho</i> .....	75

4. <i>Condição de controle</i> .....	75
<i>Análise dos dados</i> .....	76
<i>Cálculo do índice de concordância</i> .....	77
RESULTADOS.....	78
DISCUSSÃO .....	101
<i>MALINGERING E ESQUIZOFRENIA: UM ESTUDO COMPLEMENTAR COM BASE NA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO</i> .....	123
<i>Perícias em saúde mental no âmbito penal</i> .....	128
<i>Avaliação indireta e a fragilidade das perícias psiquiátricas</i> .....	134
<i>Inimputabilidade e as medidas de segurança</i> .....	139
<i>O PAILI e a execução das medidas de segurança no estado de Goiás</i> .....	146
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	150
REFERÊNCIAS.....	156
Anexo 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	173
Anexo 2. IMAGENS CEREBRAIS .....	178
Anexo 3: ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....	179
Anexo 4: FOLHA DE REGISTRO DE COMPORTAMENTOS .....	180
Anexo 5: IMAGEM PUBLICITÁRIA .....	181
Anexo 6: LISTA DE PERÍCIAS PSICOLÓGICAS REALIZADAS NA JUNTA MÉDICA DO ESTADO DE GOIÁS.....	182
Anexo 7: FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAME COMPLEMENTAR PSICODIAGNÓSTICO .....	183
Anexo 8: PRINTS DA REDE SOCIAL FACEBOOK DE P4 .....	184
Anexo 9: FORMULÁRIO EMPAP .....	185

## AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO COMPORTAMENTO DE HOMICIDAS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA: INIMPUTABILIDADE, MALINGERING E O PROCESSO PENAL

### *Considerações iniciais*

O presente trabalho é fruto de inúmeras inquietações que surgiram ao longo dos anos da docência e da advocacia. Desde a época da graduação e, influenciada por maravilhosos mestres que tive, fui acometida de uma enorme paixão pelo Direito Penal que se revelou mais tarde o amor da minha vida. Não é difícil amar ou odiar essa disciplina uma vez que se encontra inserida no nosso dia a dia tal qual o sangue que corre em nossas veias. A curiosidade e o fascínio que o crime desperta também é proporcional à sua aversão e, não rara a decepção quando, muitas vezes, se descobre uma prática avessa às teorias.

Talvez o mais inquietante não seja o crime em si, mas o comportamento de quem o praticou, a crueldade, a destreza, o desprezo pelo seu semelhante. Igualmente inquietante são as emoções experimentadas enquanto vítimas ou plateia, alimentando-se o desejo de justiça e, por que não dizer, muitas vezes a sede de vingança. Não menos aflitivo são os sentimentos e dores dos familiares. Não é fácil lidar com isso na advocacia e, aí entra a Psicologia, que metaforicamente, roubou a outra metade do meu coração ansioso por compreender os comportamentos e iludido em desvendar a alma humana. Do mesmo modo é tarefa árdua aceitar que de alguma forma podemos nos colocar em posição de fomentadores ou beneficiários indiretos do crime (Marx, 2014; Dos Santos, 2004), contudo, é mais fácil bater no peito e tecer discursos sobre o livre-arbítrio.

Lourenço (2016) ao abordar o crime questionando o determinismo ou livre-arbítrio sob a ótica da análise do comportamento nos leva a reflexões profundas e constatações claras. Embora tenhamos a capacidade de escolha e isso nos remeta a uma ideia de liberdade, nos encontramos presos a contingências ambientais e condicionamentos prévios. Não queremos,

portanto, justificar comportamentos criminosos e nem mesmo advogar numa causa cega objetivando eximir a responsabilidade daqueles que um dia ceifaram a vida de seu semelhante.

Após anos de inquietações, decidi que era hora de ir além. Era chegada a hora de fazer meu tão sonhado doutorado unindo disciplinas independentes, mas que se comunicam e se complementam – a Análise do Comportamento e o Direito. A presente tese talvez chegue ao final com mais inquietações do que agora se inicia, mas na certeza de que a partir daqui novos caminhos irão surgir vislumbrando um horizonte efetivamente justo ao tratar daqueles que se encontram presos dentro e fora da pele.

Eysenck e Keane (2017, p. 554) afirmam que “há muita pesquisa dissociada da realidade cotidiana. Fatores emocionais e motivacionais com frequência influenciam nossos julgamentos no mundo real, mas poucas vezes foram estudados em laboratório até recentemente”. Assim, ao discorrer sobre a heurística da disponibilidade<sup>1</sup>, heurística do afeto<sup>2</sup> e a falácia da conjunção<sup>3</sup>, demonstram como as pessoas, ignorando a linha de base, incorrem em erros no julgamento. Tal fato pode ser observado quando a esquizofrenia é associada à perigosidade do indivíduo.

Inicialmente, neste estudo, pretende-se tratar do modelo explicativo da análise do comportamento para investigar o comportamento homicida de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. Para tanto, inicia-se com as delimitações e os critérios diagnósticos daquilo que é classificado como característicos de psicose ou esquizofrenia, cujos sintomas primários incluem delírios, alucinações e discurso ou comportamento desorganizado; abordar o conceito de doença mental no código penal brasileiro, para em seguida focar nos estudos que investigaram as hipóteses de base biológica para a esquizofrenia. Ato contínuo, será tratada a

---

<sup>1</sup> Afirma que as frequências de eventos podem ser estimadas de forma acurada pela facilidade subjetiva com que são resgatadas (Eysenck & Keane, 2017, p. 552).

<sup>2</sup> Uso de reações emocionais para influenciar julgamentos ou decisões rápidas (Eysenck & Keane, 2017, p. 552).

<sup>3</sup> Suposição errônea de que a probabilidade de uma conjunção de dois eventos é maior do que a probabilidade de um deles (Eysenck & Keane, 2017, p. 549).

análise do comportamento e o diagnóstico psiquiátrico, cujas postulações pressupõem mecanismos causais biológicos, visão que contrapõe a ideia de que as causas da esquizofrenia teriam natureza diferente do próprio comportamento e que estariam numa dimensão mental. Também serão descritos o processo de avaliação funcional e a análise funcional experimental para medidas objetivas de comportamentos-alvo, independentemente de suas topografias, além do conceito de operação motivadora como eventos relevantes para emissões de comportamentos.

Em segundo lugar, propõe-se um estudo complementar, onde sugere-se avaliar o comportamento esquizofrênico enquanto excludente de culpabilidade à luz das teorias da associação diferencial e do tempo do crime, incluindo-se o *malingering* na elaboração de laudos psiquiátricos que darão o devido suporte aos membros do judiciário para a aplicação da medida justa ao infrator. Objetiva-se resguardar o direito legal dos que são inimputáveis, contudo, buscar-se-á trazer elementos capazes de fomentar discussões a fim de coibir a prática do uso da tese da inimputabilidade por doença mental como mera escusa absolutória. Contudo, a partir da análise dos processos, dos laudos psiquiátricos e da avaliação funcional poderão surgir questionamentos acerca da responsabilização penal de homicidas com diagnósticos de transtornos psiquiátricos enquanto sujeitos de direitos e deveres, sugerindo-se para tal a tese a semi-imputabilidade com aplicação de pena reduzida em razão da condição *sui generis* conforme propõem Queiroz (2016) e Carvalho (2020).

#### *Delimitações e critérios diagnósticos para a esquizofrenia*

O espectro da esquizofrenia, definido pela Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2014) como transtorno psicótico está descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-5. Dentre as características essenciais deste transtorno estão sintomas como delírios, alucinações, discurso e comportamentos desorganizados, além de

expressão emocional diminuída, avolia, alogia e falta de sociabilidade. O DSM-5 informa que o termo transtorno envolve perturbações nas regulações comportamentais de um indivíduo que refletem disfunções associadas a sofrimento ou incapacidade em atividades importantes, como as sociais e as profissionais. Os critérios para o diagnóstico de esquizofrenia são realizados quando a pessoa apresenta dois ou mais sintomas, um dos quais deve ser delírios, alucinações ou falas desorganizadas por um período de um mês (APA, 2014).

No DSM-5 pode ser encontrado que os sintomas psicóticos são heterogêneos e a gravidade “pode prever aspectos importantes da doença, como o grau de déficits cognitivos ou neurobiológicos” (APA, 2014, p. 89), além de diferenças em regiões cerebrais, como na conectividade da substância branca, no volume da substância cinzenta, nos córtices pré-frontal e temporal revelados por pesquisas de imagens cerebrais. Por sua vez, a revisão da quarta edição da APA (APA, 2002, p. 303) esclarece que o termo psicótico recebeu diferentes definições, nenhuma conquistando aceitação universal, sendo que o termo está restrito a delírios e alucinações proeminentes, “com alucinações ocorrendo na ausência de *insight* para sua natureza patológica”. Quanto à complexidade e à cronicidade da esquizofrenia eram apontados cinco subtipos: paranoide, catatônico, desorganizado ou hebefrênica, indiferenciado e residual (APA, 2002). Contudo, no DSM-5 os subtipos foram retirados (Araújo & Lotufo-Neto, 2014; Britto, 2017).

Da perspectiva conceitual psiquiátrica, encontra-se no DSM-5 que “a esquizofrenia é uma síndrome clínica heterogênea” que envolve disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, “mas nenhum sintoma é patognomônico do transtorno” (APA, 2014, p. 100). “Hostilidade e agressão podem estar associadas a esquizofrenia, embora agressão espontânea ou aleatória não seja comum” (APA, 2014, p. 101). “Não perceber a doença costuma ser um sintoma da própria esquizofrenia (...) comparável à falta de percepção de déficits neurológicos após dano cerebral” (APA, 2014, p. 101). Para a esquizofrenia, “atualmente não existem

exames laboratoriais ou radiológicos” (APA, 2014, p. 101). Em relação aos fatores genéticos e fisiológicos, estes são determinantes de risco e prognóstico para a esquizofrenia, “embora a maioria dos indivíduos com o diagnóstico do transtorno não tenha história familiar de psicose” (APA, 2014, p. 103).

Ainda que haja alegações ao termo doença para a esquizofrenia, Sturmey (1996) argumenta que a Medicina se baseia num modelo funcional com referência a um padrão usualmente empregado para estabelecimento de causalidade, diagnóstico e tratamento de enfermidades. O diagnóstico de meningite submeter-se-ia à seguinte classificação: 1) Etiologia: infecção bacteriana das meninges; 2) Sintomas: febre alta, vômitos, coma etc.; 3) Tratamento: antibióticos. Esse modelo simples tem ampla aceitação dentro da Medicina por permitir o correto diagnóstico do processo da doença e predizer um tratamento efetivo (Sturmey, 1996). Britto (2009) esclarece que, ao estender esse modelo para a avaliação da esquizofrenia, os resultados têm falhado em apresentar uma resposta satisfatória, pois se baseiam em: 1) Etiologia: desconhecida; apela-se para múltiplas causas; 2) Sintomas: categorias comportamentais como delirar, alucinar, comportar-se de modo desorganizado etc.; 3) Tratamento: recorre-se aos neurolépticos, eletroconvulsoterapia<sup>4</sup> (ECT), psicocirurgias etc.

Quanto aos determinantes de fatores genéticos, Thompson (2007) afirma que genes não podem causar comportamentos, pois produzem proteínas que são componentes de disposições de nível superior que podem, eventualmente, influenciar, mas não causar comportamentos. O conceito de disposição genética deve ser analisado como um parâmetro de probabilidade condicional de um repertório comportamental (Mechner, 2008; Ryle, 1949). O termo repertório comportamental refere-se para ocorrências de qualquer comportamento do

---

<sup>4</sup> A eletroconvulsoterapia (ECT) é um procedimento que utiliza uma corrente elétrica a fim de produzir uma convulsão generalizada. A ECT é feita sob anestesia geral e tem uso em diversas condições psiquiátricas. Num estudo de revisão de literatura, a maioria dos autores indicam que a ECT é recomendada para pacientes esquizofrênicos devido sua eficácia superior aos medicamentos comuns, obtendo-se resultados mais céleres, uma vez que estimula de maneira direta as sinapses nervosas (Cardoso et al., 2021).

indivíduo, dadas as contingências ambientais (Britto, 2021). Skinner (1956, 1974) defende que o comportamento existe quando está sendo executado e essa execução depende de estruturas biológicas. Ao mesmo tempo, um evento psicótico/mental, isto é, um evento não físico, não pode causar um evento comportamental, ou seja, um evento físico (Thompson, 2007; Ryle, 1949). Assim, assevera Skinner ao afirmar que “nenhuma explicação sobre o que acontece dentro do corpo humano, por mais completa que seja, explicará as origens do comportamento humano. O que acontece dentro do corpo não é um início” (1989, p. 40).

Ressalta-se que estudar reações esquizofrênicas impõe desafios àqueles que lidam com tais complexidades, pois termos como delírios, alucinações ou discurso desorganizado se referem, antes de tudo, a comportamentos. Delirar ou alucinar é comportar-se. Comportamentos verbais ou não verbais que devem ser operacionalizados em termos de vocalizações bizarras, atípicas (Wilder et al., 2001; DeLeon et al., 2003; Sturmey et al., 2007; Sturmey et al., 2020; Froján-Parga et al., 2019), ou inapropriadas (Britto et al., 2010; Bueno & Britto, 2013; Marcon & Britto, 2015a, 2015b, 2015c; De Souza & Britto, 2017), dentre outros. Além do que, o diagnóstico de esquizofrenia é de natureza mentalista e depende de relatos do fenômeno, seja convicções delirantes ou alucinações sensoriais (Wilder et al., 2020).

A análise do comportamento trata das variáveis que influenciam as ações dos organismos, com o uso dos rigorosos métodos experimentais e empíricos próprios das ciências naturais, desde a sua inserção no campo da ciência (Britto & Marcon, 2021; Mecher, 2008). O comportamento é potencialmente observável, independente se ocorre fora ou dentro da pele, pois as pessoas estão envolvidas com o comportamento, seja o próprio ou o de terceiros; sempre se está na presença de organismos que se comportam (Skinner, 1953/1970). Em outros termos, refere-se a atividades de músculos esqueléticos, aquelas envolvidas no andar ou no falar, falar de modo não audível (e.g., pensar) ou falar frases bizarras (e.g., delirar) ou falar que



“ouve”, “vê” ou “sente” na ausência de estímulos (e.g., alucinar) e não demonstrar emoções (Britto, 2004a, 2017; Marcon & Britto, 2015c).

Dada a importância em distinguir questões empíricas das questões conceituais, pretende-se abordar no presente estudo várias indagações relacionadas à esquizofrenia a partir de suas características definidoras, considerando seus respectivos desafios. Para essa finalidade, priorizou-se o uso de métodos descritivo e experimental dentro da abordagem funcional para estudar a inimizabilidade aplicada a indivíduos que emitem comportamentos esquizofrênicos em cumprimento de medidas de segurança, com os rigores da ciência análise do comportamento. Neste sentido, menor relevância foi concedida ao uso de terminologia da abordagem estrutural, cujo foco se dá em estruturas internas inferidas que não são diretamente observáveis e nem estão disponíveis para medição ou verificação independente (Sturmeijer et al., 2020). Bennett e Hacker (2003) sugerem que, ao lidar com problemas empíricos sem a devida clareza conceitual, está-se sujeito a questões mal concebidas e investigações mal conduzidas. A complexidade destas questões soma-se quando se pretende tratar da imimizabilidade penal aplicada a indivíduos esquizofrênicos que cumprem medidas de segurança.

Conforme exposto, os fenômenos descritos no DSM-5 como sintomas característicos de esquizofrenia envolvendo disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, são comportamentos. E para explicar o comportamento do esquizofrênico inferem-se entidades subjacentes e inobserváveis como causa (Britto, 2004a, 2004b, 2005, 2009, 2012, 2017; Wilder et al., 2001). O presente trabalho requer atenção e cuidados, bem como enseja provocações consideráveis em seus pormenores. Skinner (1970) alerta que “comportamento humano é um objeto de estudo pelo menos tão difícil quanto a química dos materiais orgânicos ou a estrutura do átomo” (p. 32). Essas considerações justificam os desafios em tentar compreender o

comportamento de homicidas com o diagnóstico de esquizofrenia com a probidade rigorosa que a ciência determina.

Ao focar esta problemática, acredita-se que é imprescindível conhecer as contingências que controlam as manifestações comportamentais de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia no contexto de uma ciência do comportamento para, em seguida, abordar as questões relativas ao crime e inimputabilidade de esquizofrênicos em cumprimento de medidas de segurança. Argumentar-se-ia que este seria um campo de investigação interdisciplinar envolvendo questões em áreas da Psicologia, Psiquiatria, Direito e Justiça. Neste sentido, pretendeu-se levantar também questões como o *malingering* no processo penal a partir das práticas dos profissionais envolvidos que atuam nestas áreas.

Considera-se que o comportamento criminoso é tema de curiosidade geral, e o do esquizofrênico, em específico, é um fenômeno que chama atenção da comunidade acadêmica que se dedica ao estudo do comportamento humano mais complexo. Desse modo, buscar-se-á avaliar funcionalmente o comportamento de esquizofrênicos que se encontram em cumprimento de medidas de segurança nas modalidades de internação ou tratamento ambulatorial objetivando analisar estas questões a partir de seus fundamentos legais e práticos ampliando os debates existentes e criando possibilidades de debates futuros que envolvem o exame criminológico, os laudos periciais, o *malingering*, a inimputabilidade e as decisões judiciais.

Todavia, importante esclarecer possíveis equívocos sobre as pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia serem vistas popularmente como perigosas e violentas, pois “a maioria das pessoas com esquizofrenia não é agressiva (APA, 2014, p. 101). Barlow & Durand (2016) afirmam que embora tais pessoas possam ser mais passíveis de cometer atos de violência do que a população em geral, é mais comum notar a violência vinda de pessoas com o diagnóstico de personalidade antissocial ou pessoas com problemas de abuso de substâncias.

### *O conceito de doença mental no código penal e a imputabilidade*

Desde a década de 1950 encontram-se nos manuais psiquiátricos os critérios diagnósticos para transtornos mentais, por envolver problemas psicológicos de pessoas, associados a sofrimento ou prejuízos no funcionamento pessoal e uma resposta que não é típica ou culturalmente esperada (Barlow & Durant, 2016). Atualmente, o DSM-5 e a CID-10<sup>5</sup> propõe aos clínicos que trabalham com os transtornos mentais, novas diretrizes para orientá-los a identificar os sintomas mais proeminentes que devem ser avaliados, o que aumentaria a validade do diagnóstico (Britto, 2017). No entanto, D. Rosenhan, com os parâmetros estabelecidos pelo método experimental, questionou a validade do diagnóstico de esquizofrenia, estudo este amplamente divulgado em vários países.

Rosenhan (1973) solicitou a oito pessoas (quatro psicólogos, um psiquiatra, um pediatra, um pintor e uma dona de casa) que se apresentassem em hospitais psiquiátricos localizados em cinco estados com a queixa de “ouvir vozes”. Indagados sobre as vozes, as pessoas responderam que elas não eram claras, mas se referiam a algo vazio “*empty*”, buraco “*hollow*” e pancada “*thud*”. As outras informações dadas eram verdadeiras e todos foram admitidos e diagnosticados como esquizofrênicos. Uma vez admitidos, os pseudopacientes cessaram as simulações dos sintomas e comportaram-se normalmente. Ainda que os outros pacientes os reconhecessem, as equipes dos hospitais não contestaram as internações, ao contrário, o comportar-se de modo adequado nas enfermarias foi considerado como evidência da necessidade de continuarem internados. Assim, permaneceram nas instituições pelo período de sete a cinquenta e dois dias e receberam, ao todo, duas mil e cem pílulas de medicamentos. Quando de alta, receberam o diagnóstico de esquizofrenia em remissão. No entanto, houve

---

<sup>5</sup> A CID-11 será apresentada oficialmente em maio de 2019, durante a Assembleia Mundial da Saúde. A entrada em vigor está prevista para 1º de janeiro de 2022. Entre as principais novidades, está a inclusão de distúrbio em games (gaming disorder) e alterações na quantidade de termos diagnósticos para transtorno do estresse pós-traumático entre outros.

reações da comunidade psiquiátrica à primeira fase do experimento, inclusive afirmando que não era tão fácil internar pseudopacientes, alegando que haveria alguma coisa errada com o sistema diagnóstico daqueles hospitais.

Para a segunda fase do estudo, Rosenhan (1973) usou um hospital referência em ensino e pesquisa, cuja equipe já conhecia os resultados da fase inicial. Em comum acordo, estabeleceu-se que durante um período de três meses, um ou mais pseudopacientes tentariam ser admitidos e a equipe tentaria classificar cada paciente que chegasse à instituição quanto à probabilidade de ser um impostor. De 193 pacientes, 41 foram considerados impostores e outros 42 foram considerados suspeitos. Todavia, Rosenhan não enviou nenhum pseudopaciente e os considerados suspeitos ou impostores pela equipe do hospital eram pacientes comuns (Britto & Dutra, 2019).

Sob outra perspectiva, nas dimensões do direito, o conceito de doença mental no sistema legal relaciona-se à restrição civil. Barlow e Durand (2016, p. 595, *itálicos no original*) afirmam que “*Doença mental* é um conceito jurídico, que significa graves perturbações emocionais ou do pensamento que afetam negativamente a saúde e a segurança de um indivíduo”. Os autores supracitados afirmam ainda que existem ambiguidades sobre o que constitui uma condição mental e quais são os efeitos adversos dessa condição. Por sua vez, o DSM-5 esclarece que as decisões diagnósticas requerem o exercício do julgamento clínico do profissional que confere o diagnóstico com base nas normas e valores culturais, sociais e familiares. Quanto à utilização do uso forense, os diagnósticos “podem auxiliar os detentores do poder de decisão no âmbito legal em suas deliberações” (APA, 2014, p. 25).

Em linhas gerais, permitir flexibilidade na tomada de decisões baseadas na história do indivíduo e nas normas culturais mantém a possibilidade de diagnósticos subjetivos e de vieses nas decisões. De acordo com Barlow e Durand (2016) o termo periculosidade é um conceito controverso quando aplicado a indivíduos com diagnósticos psiquiátricos. Consequentemente,

ainda que os conceitos de esquizofrenia e periculosidade empregados a pessoas que cometeram delitos possam ser questionáveis, mesmo assim são amplamente difundidos pela mídia impressa, televisiva e digital.

Desse modo, Britto e Dutra (2019) abordam a falibilidade na detecção de indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia que cometeram delitos como aqueles contra o cartunista da Folha de São Paulo e o seu filho, bem como o do atual Presidente da República. No primeiro caso, Cadu, codinome do assassino confesso do cartunista e de seu filho, foi preso em um confronto com as polícias do estado do Paraná e do Paraguai. Declarado inimputável pela Justiça Federal, foi transferido em 2011 para uma instituição psiquiátrica em Goiânia, onde cumpriria medida de segurança. Em 2013, Cadu foi liberado pelo Tribunal de Justiça de Goiás para cumprimento da referida medida na modalidade ambulatorial. Assim que posto em liberdade, Cadu praticou mais dois crimes e novamente foi preso, vindo a ser assassinado na prisão.

O segundo caso, de Adélio Bispo, autor do atentado contra o então candidato à presidência da república durante a campanha eleitoral em setembro de 2018. Embora os antecedentes do autor das facadas demonstrassem sua plena capacidade em realizar tarefas como viajar sozinho de avião, hospedar-se em hotéis, utilizar e possuir quatro celulares, ter o nome registrado na recepção da câmara dos deputados, encontrar-se desempregado e ainda contar com advogados que viajaram em jatos particulares até a cidade onde ocorrera o atentado para promover de imediato a sua defesa, estes eventos não foram suficientes para declarar a imputabilidade de Adélio, que foi, posteriormente, diagnosticado com o “transtorno delirante persistente” (Britto & Dutra, 2019). Isto se explica em razão da avaliação psicológica acerca da inimputabilidade encontrar-se relacionada com a teoria do tempo do crime, o que será discutido mais adiante.

O psiquiatra G. Palomba destaca questões graves no que tange aos laudos psiquiátricos forenses. Isso devido à dificuldade em lidar com as vocalizações desorganizadas ou bizarras, vocalizações que tem sido tradicionalmente tratada como sintomas de psicose e identificadas por meio de protocolos, o que poderia levar àquilo que qualquer indivíduo produziria e não escaparia ileso (Palomba, 2016). Por serem instrumentos padronizados e de fácil aplicação, no caso dos escassos psiquiatras forenses, Palomba (2016) aponta para a imprestabilidade de muitos laudos psiquiátricos, tendo em vista o despreparo de psiquiatras clínicos que, quando nomeados para a realização de perícias forenses, são incapazes de recusar a nomeação, improvisando e incorrendo em erros. Destaca ainda que a distância entre o psiquiatra clínico e o forense é a mesma que existe entre um cardiologista clínico e um cirurgião cardíaco (Palomba, 2017).

Um laudo pericial indicativo de inimputabilidade é um instrumento muito robusto de auxílio ao magistrado no momento da sentença, carecendo, portanto, de uma expertise própria envolvendo a psiquiatria e a neuropsicologia forense, não se admitindo aventureiros ou oportunistas ávidos por dinheiro, como promete o mercado negro (Anexo 4) (Curso Beta, 2021). Joaquim (2019, p. 39) completa afirmando que “é urgente a necessidade da utilização de parâmetros técnicos de análise das informações na ocasião das oitivas, depoimentos, testemunhos ou delações, cujas observações e conclusões se apoiem em evidências científicas e estratégias sólidas que possam sustentar conclusões periciais”.

A imputabilidade penal aplicada a pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia é uma matéria capaz de fomentar discussões doutrinárias e jurisprudenciais variadas no âmbito jurídico. Igualmente, instigantes e provocadoras questões são debatidas nas academias, na política e na sociedade em geral, onde busca-se avaliar as consequências forenses de transtornos mentais. De maneira interdisciplinar, Direito, Psiquiatria, Psicologia e Neurociência analisam a inimputabilidade por doença mental associada às *teorias do tempo*

*do crime*<sup>6</sup> e a *da actio libera in causa*<sup>7</sup> em perícias psiquiátricas e a elaboração dos laudos que dão o suporte necessário ao juiz e membros do Ministério Público (Bitencourt, 2019; Queiroz, 1963). As discussões no âmbito da saúde mental perpassam por debates entre grupos mais ou menos conservadores, que defendem métodos mais ou menos hospitalocêntricos, de caráter asilar ou ambulatorial, cada qual encontrando o devido respaldo cultural para suas teses (Costa, Maior & Silva, 2020; Couto & Nogueira, 2020).

Destaca-se a relevância em estudar a atribuição de inimputabilidade e o consequente grau de periculosidade, bem como as medidas de segurança e aplicação destas medidas a pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia no contexto jurídico tendo em vista uma grande prevalência de diagnósticos de transtorno mental grave em presidiários brasileiros. Um estudo paulista realizado em diversos presídios constatou 12,2%, incluindo quadros psicóticos e agressivos (Taborda et al., 2012). Faz-se necessária a análise de laudos psiquiátricos que possam dar escopo para a aplicação da lei, uma vez que um diagnóstico não traz esclarecimentos relacionados à etiologia ou às causas da doença mental.

Ao estudar a inimputabilidade de doentes mentais, Marques (2003) aponta que a tendência de serem considerados inimputáveis e perigosos são os grupos da esquizofrenia e debilidade mental; aponta ainda que a inimputabilidade esteja relacionada à prática de crimes contra as pessoas. Ao investigar as relações entre a esquizofrenia e o crime, Lindqvist e

---

<sup>6</sup> A doutrina aponta 3 teorias para explicar o momento do crime. São elas, a saber: teoria da atividade, teoria do resultado e teoria da ubiquidade ou mista. A teoria da atividade considera que o crime foi praticado no momento da conduta comissiva ou omissiva. Já a teoria do resultado reputa que o crime é perpetrado no momento da produção do resultado. Por fim, a teoria da ubiquidade ou mista considera o crime praticado no momento da conduta e no momento do resultado. A legislação brasileira adotou a teoria da atividade, ou seja, no momento da ação ou da omissão delitiva (Nucci, 2021)

<sup>7</sup> A teoria da "*Actio libera in causa*" considera para fins de análise de entendimento e autodeterminação do agente, o momento do consumo do álcool ou de outras substâncias de efeitos análogos, e não o momento da prática do ato criminoso em que ele se encontrava em estado de inconsciência. Assim, o que será levado em consideração por essa teoria é se o agente era livre para entender e decidir se se embriaga ou não, ou seja, se ele possuía todo entendimento e autodeterminação neste momento. Se a resposta for sim, aplica-se a teoria da "*Actio Libera in Causa*" a esse agente, que deverá responder pelo delito que cometeu por ter se colocado livremente em estado de inconsciência e praticado uma ação criminoso. Trata-se de uma teoria elaborada com o propósito de justificar uma situação que, à *prima facie*, seria insustentável em relação à aplicação da teoria geral do delito, dado que não se poderia atribuir responsabilidade penal sem ter em conta a inimputabilidade do agente no momento do fato (Felix, 2020).

Allebeck (1990), por meio de um acompanhamento longitudinal de 644 esquizofrênicos em Estocolmo, concluíram que a taxa de crimes entre esquizofrênicos do sexo masculino foi, em geral, quase o mesmo na população, enquanto as do sexo feminino foram duas vezes maiores. Outro aspecto relevante a ser destacado envolve ações violentas cometidas por esquizofrênicos (Palomba, 2013).

Importante esclarecer possíveis equívocos sobre as pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia serem vistas popularmente como perigosas e violentas, pois “a maioria das pessoas com esquizofrenia não é agressiva. Ainda que possíveis equívocos tenham sido acima mencionados sobre ações violentas cometidas por esquizofrênicos, estudos destacam essas ações que melhor serão explicadas ao longo deste trabalho.

Estima-se que a esquizofrenia esteja relacionada a um aumento de quatro a seis vezes, em relação ao risco de violência, quando comparada à população geral (Fazel et al., 2009; Gobbi, 2003). Aproximadamente 10% das agressões são cometidas por indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia (Gobbi, 2003; Teixeira et al., 2007). Contudo, os ofensores com perturbações mentais têm menor probabilidade de reincidir do que os ofensores sem perturbações mentais, apesar de existir uma semelhança entre os principais fatores de risco de reincidência entre ambos. A avaliação do risco de reincidência criminal é, nesse contexto, relevante, especialmente dada a questão da eventual continuidade injustificada de medidas de segurança de internamento (Azevedo, 2013).

Para que o indivíduo seja beneficiado com a isenção da pena, a justiça o submete à realização de exames e perícias que atestem qual tipo de transtorno mental pode ter desencadeado o cometimento de um delito (Nucci, 2016). A inimputabilidade penal e a consequente aplicação de medida de segurança são temas que exigem, acima de tudo, conhecimento técnico dos peritos para que não se incorra em injustiças ou se caia em teatros



promovidos por aqueles que buscam como tática de defesa a alegação de problemas mentais para se esquivar da responsabilidade dos delitos cometidos.

Algumas questões podem suscitar debates envolvendo temas tais como os critérios de definição de doença mental, uma vez que muitos comportamentos caracterizados como sintomas de doenças mentais são impossíveis de serem diagnosticados mediante exames radiológicos ou testagens em laboratórios (Britto, 2017; Wilder et al., 2020) e, se baseiam em autorrelatos e no julgamento clínico fundamentado na história do indivíduo (DSM-5). Conseqüentemente, a perícia será pautada em observações e relatos subjetivos. A aplicação de medida de segurança não tem prazo determinado para sua cessação, pois a lei prevê a sua permanência enquanto perdurar a “doença”, podendo, inclusive, permanecer até o seu falecimento igualando-a a uma pena de prisão perpétua (Greco, 2010).

A questão do prazo da medida de segurança é polêmica e necessita de um cuidado especial, já que deve ser avaliado o interesse dos inimputáveis e o interesse da coletividade, em razão da segurança pública, observando-se na doutrina e na jurisprudência posicionamentos divergentes versando sobre a constitucionalidade ou não do instituto. Insta analisar constitucionalmente os direitos e garantias fundamentais previstos na Carta Magna, como a dignidade da pessoa humana, proporcionalidade, igualdade, entre outros (Alves, 2010). Não obstante, a medida de segurança possui uma natureza jurídica de sanção penal com finalidade exclusivamente preventiva. Essa também possui um caráter curativo e terapêutico, o que para alguns juristas justifica a sua manutenção enquanto não cessar a periculosidade do agente, devendo o infrator permanecer em internação hospitalar para tratamento específico e especializado (Nucci, 2009; Masson, 2012). O segundo entendimento afirma que o prazo da medida de segurança deve seguir por analogia o disposto no artigo 75 do Código Penal, limitando sua duração pelo prazo de 40 anos.

De outro ponto de vista, ao estudar a criminologia sociológica, especialmente as teorias estrutural-funcionalistas do crime, depara-se com a teoria da associação diferencial proposta por Sutherland (1939), segundo a qual a criminalidade, a exemplo de qualquer outro modelo de comportamento humano, é aprendida conforme as relações em que o indivíduo é exposto no seu ambiente social e profissional. Assim, aprende-se e apreende-se as condutas desviantes respectivas de seu grupo, seja de maneira direta ou indireta, com os que já praticaram um comportamento criminoso. Em outras palavras a criminalidade é aprendida e estimulada pela exposição ambiental num sistema de reforço de intervalo fixo. Contudo, embora as escolhas já se encontrem determinadas pela exposição ao ambiente (Lourenço, 2016) há que se considerar todo o contexto ontogenético. Gallo (2005, p.90) acrescenta que “nos crimes, quando o autor obtém dinheiro, prestígio dentre os colegas ‘assaltantes’, bens ou até território, o comportamento de assaltar é reforçado positivamente, aumentando assim a probabilidade de crimes futuros”.

A teoria da associação diferencial busca explicar o porquê da diferença entre os crimes cometidos pelas classes alta e baixa (Cabette, 2013). A relação aprendizado e “carreira” criminosa encontra-se condicionada ao sistema de reforço, verificando-se a continuidade da conduta delituosa enquanto houvesse a recompensa ou observando-se forte tendência à extinção quando a punição se fizesse presente.

Bartol e Bartol (2016) afirmam que o condicionamento é somente um dos vários fatores envolvidos na aquisição ou eliminação do comportamento criminoso. Quando se estuda o comportamento, qualquer que seja ele, criminoso ou não, é inegável reconhecer o comportamento criminoso como a soma dos três níveis de seleção e variação do comportamento (Skinner, 1970). No quesito agressividade e violência, Souza (2001) postula para a eventual existência de um componente inato. Porém, Carvalho Neto e Tourinho (2001) esclarecem que o fenômeno comportamental tem sido interpretado a partir de dois conjuntos

de variáveis: as biológicas, o inatismo, e as ambientais. Apesar dos argumentos que ditaram essa dicotomia durante séculos, a separação sumária de tais conjuntos não se sustenta, pois de uma perspectiva Skinneriana todo comportamento pode ser produzido a partir de diferentes relações de contingências.

São evidentes as complexidades e os inúmeros questionamentos sobre o termo esquizofrenia definido como transtorno psicótico. Como qualquer pessoa, o esquizofrênico que cometeu atos ilícitos incorre na violação de regras sociais e culturais, além de diferenciar-se dos demais indivíduos em suas ações. Comportam-se de modo tão estranho, incomum e bizarro que permitem serem nomeados de louco, psicótico, insano, alienado ou doente mental. Ademais, são discriminados e estigmatizados pelos outros por proferirem palavras sem sentido, sem nexos ou falar que estão agindo por força de entidades sobrenaturais.

#### *Fundamentos teóricos e a hipótese de base biológica para a esquizofrenia*

Ao abordar as controvérsias sobre a natureza dos métodos, problemas científicos e as fontes dessas controvérsias, Khun (1998) chamou de paradigmas as realizações científicas universalmente reconhecidas para os praticantes de uma ciência. Desse modo, Khun (1998) esclarece que a evolução da ciência se dá por mudanças bruscas em momentos críticos, onde um modelo de conhecimento desloca o anterior e o substitui por um novo paradigma, ou seja, a revolução científica. A nova teoria, para ser aceita como paradigma, deverá parecer melhor que suas competidoras; no entanto, não precisa explicar todos os fatos com os quais possa ser confrontada (Khun, 1998).

E. Kandel, ganhador do Prêmio Nobel em Medicina na década de 2000, demonstrou os efeitos da aprendizagem no funcionamento biológico do organismo: o ambiente pode ativar certos genes (Barlow & Durand, 2016). Kandel decodificou a bioquímica e a química dos mecanismos moleculares da aprendizagem e da memória; psiquiatra e psicanalista desiludido

pela direção não científica destas áreas, abandonou a Psiquiatria e a Psicanálise para se dedicar ao laboratório de Fisiologia (Mechner, 2008). Dentre os seus questionamentos, perguntas como em que grau os transtornos mentais são determinados por fatores genético-fisiológicos ou em que grau é ambientalmente determinado são formuladas. Já em relação ao dualismo *mente-corpo* profundamente acreditado, Kandel (2001, 2006) sugere que se prove ser ele apenas um prelúdio na história da cultura.

A relação funcional entre o aprendizado operante e a função cerebral são buscas importantes e necessárias, porém difíceis (Schlund & Cataldo, 2005). Como exemplo, a neurociência comportamental investiga os processos neurais que participam e explicam as relações entre ambiente e comportamento (Schaal, 2013). Também a epigenética é um campo novo e instigante por direcionar os pesquisadores que voltem sua atenção para o ambiente, ou seja, os processos por meio dos quais o ambiente afeta a expressão genética. A exposição ambiental não afetaria diretamente o DNA e sim a expressão do DNA, representando assim uma maior ou menor probabilidade de que um gene venha a ser expresso (Gazzaniga et al., 2018).

A neurociência comportamental indica que os genes influenciam o comportamento e o funcionamento fisiológico do indivíduo, pois os três níveis de seleção e variação de qualquer que seja o comportamento são filogênese, ontogênese e cultura. Sidman (2013) esclarece que o estudo do comportamento é importante, pois as leis da natureza se aplicam diretamente ao que se faz; essas leis incluem variáveis localizadas no sistema nervoso, nos genes, na cultura ou em qualquer lugar. Daí a importância em compreender as correlações entre os processos neurofisiológicos e as relações funcionais entre ambiente e comportamento (Britto & Marcon, 2021; Schaal, 2013; Thompson, 2013).

Neste sentido, há críticas à neurociência cognitiva por adotar a linguagem do cognitivismo de modo que as explicações neurocientíficas diferem pouco das explicações

cognitivas, em que os mecanismos explicativos são inferidos pela criação de constructos cognitivos deduzidos a partir de observações do comportamento em contexto (Schaal, 2005, 2013). O resultado é a ausência de definição clara ou consensual dos dados comportamentais e dados fisiológicos, uma vez que os construtos cognitivos não são observáveis, mas inferidos e deduzidos a partir dos estudos sobre as relações comportamentais (Zilio, 2013; Zilio & Hunziker, 2015).

Para Bennett e Hacker (2003), ao atribuir predicados psicológicos ao cérebro, isto é, a uma parte do organismo, a neurociência cognitiva contemporânea substitui a mente cartesiana imaterial pelo cérebro material, e ainda, retém a estrutura lógica fundamental do dualismo cartesiano. Ao fazer isso, a neurociência contemporânea incorre naquilo que os autores supracitados nomeiam de falácia mereológica - ou seja, uma falácia que imputa à parte predicados que só podem ser imputados inteligivelmente ao todo, além de produzirem um erro lógico ou conceptual.

Nas palavras de Bennett e Hacker (2003), o que não se pode fazer é substituir as explicações psicológicas das atividades humanas em termos de razões, intenções, propósitos, objetivos, valores, regras e convenções por explicações neurológicas. Igualmente não se pode explicar como um animal percebe ou pensa por referência ao cérebro ou a algumas partes do cérebro, percebendo ou pensando, pois não faz sentido atribuir tais predicados psicológicos a algo menor que o animal como um todo. “É o animal que percebe, não partes de seu cérebro, e são os seres humanos que pensam e raciocinam, não seus cérebros. O cérebro e suas atividades nos possibilitam – não para isso – perceber e pensar, sentir emoções e formar e buscar projetos” (Bennett & Hacker, 2003, p. 3).

Ressalta-se que em diferentes abordagens psicológicas e psiquiátricas, o dualismo cartesiano *corpo-e-mente* se mantém também na neurociência cognitiva contemporânea, sendo que a mente é substituída pelo cérebro, o dualismo físico, *corpo-e-cérebro* (Bennett & Hacker,

2003). Nesta perspectiva, seria o *cérebro* que pensa, conscientiza ou aprende e não os indivíduos como um todo. Em adição a estes erros, fatos ilógicos, a *mente* imaterial e metafísica, seria im procedente e injustificável sugerir que é a *mente* ou mesmo o *cérebro* da pessoa esquizofrênica quem está *psicótica*, com delírios ou alucinações (Alves & Britto, 2019).

Em síntese, Bennett e Hacker (2003) afirmam que não se pode explicar como um organismo pensa ou aprende com referência ao cérebro, ou partes do cérebro pensando ou aprendendo. Não é o cérebro que pensa ou aprende, mas sim organismos que possuem cérebros (Skinner, 1974). Em outras palavras, o organismo como um todo e não uma de suas partes. Portanto, ao afirmar que são os seres humanos que pensam, aprendem ou raciocinam, o princípio mereológico torna-se compatível com os princípios defendidos pelos analistas do comportamento. Deve-se esclarecer que Bennett é neurologista. É exatamente neste ponto que as conexões se estabelecem entre o constructo cognitivo e os mecanismos neurofisiológicos, por não explicarem as atividades humanas como pensar, memorizar ou conscientizar etc.

Por sua vez, Skinner (1989) sugere aos analistas do comportamento deixar o que está dentro do corpo para aqueles que dispõem de instrumentos e métodos apropriados ao seu estudo. Existem duas lacunas em qualquer ponto de vista comportamental: uma entre a ação estimuladora do ambiente e a resposta do organismo e outra entre as consequências e a mudança resultante no comportamento. “Apenas a ciência do cérebro pode suprir essas deficiências. Ao fazê-lo, completa a descrição; não fornece uma descrição diferente” (Skinner, 1989, p. 41). Disto decorre que os eventos neurológicos participam das relações comportamentais, ou seja, “os processos cerebrais não são um outro ‘aspecto’ do comportamento; eles são uma outra parte do que o organismo faz” (Skinner, 1995, p.44).

Já o psiquiatra F. Corchs afirma que os biólogos que tratam o comportamento devem olhar para o ambiente, qual seja, uma postura monista coerente com a análise do comportamento que possa oferecer subsídios para que isso ocorra. Em acordo com Skinner

(1969, 1956, 1974, 1989) e Bennett e Hacker (2003), Corchs (2010) defende que fisiologia e anatomia não são as causas de nenhum comportamento, porém, a metodologia e o conhecimento das ciências biológicas podem completar a descrição do comportamento e, assim, aumentar o seu poder de predição e controle.

O desenvolvimento da farmacologia comportamental nas décadas de 1950 e 1960 deve-se aos psicólogos com formação no uso das estratégias operantes desenvolvidas por Skinner, contratados pela indústria farmacêutica (Bueno & Britto, 2013; Laties, 2003). A descoberta dos efeitos antipsicóticos da clorpromazina serviu como base para a teoria dopaminérgica da esquizofrenia (Londero et al., 2015). Posteriormente, a caracterização de grupos de sintomas psicóticos deu início à investigação sobre a hipótese (sempre testada e nunca comprovada) de envolvimento de outros neurotransmissores na fisiopatologia desse transtorno.

Bleuler (1911/1950) foi quem descreveu a esquizofrenia como um grupo de psicoses de curso crônico, marcado por ataques intermitentes. Os estudos de Kraepelin (1919) consolidaram a Psiquiatria em especialidade médica ao postular que esquizofrenia envolveria o mau funcionamento do cérebro. Já Beck et al. (2010) declaram que a esquizofrenia pode ser um transtorno cerebral grave, de evolução crônica e duradoura. Pode-se perguntar, se a esquizofrenia envolvesse alterações cerebrais ela seria uma doença cerebral, não doença mental ou transtorno psicótico (Szasz, 1978; Britto, 1999).

Paralelo a pergunta, tem-se produzido estudos bioquímicos na esquizofrenia demonstrando alterações moleculares em diversas regiões anatômicas e em vários sistemas neurotransmissores na neuropatologia da esquizofrenia. Entretanto, Tamminga et al. (2014) indicam que as alterações moleculares devem ser examinadas além das vias neurotransmissoras, mas como caminhos possíveis que afetam a função do circuito. Alertam ainda que a diferenciação entre patologia primária e epifenômenos é essencial.

Pesquisas têm sido realizadas no sentido de comprovar a existência de um aumento na capacidade de síntese e liberação de dopamina, bem como uma possível sensibilização pós-sináptica na esquizofrenia. Sugerem, ainda, que o desequilíbrio regulatório desse neurotransmissor em nível pré-sináptico caracteriza a disfunção dopaminérgica nesse transtorno. Isso explica a escolha dos antipsicóticos no tratamento da esquizofrenia, tanto na fase aguda como na fase de manutenção. Contudo, eles têm demonstrado baixa eficácia na ação sobre os sintomas negativos e cognitivos (Londero et al., 2015). Apesar disso, Salum et al. (2008, p. 186) ao investigarem os efeitos da dopamina em modelos experimentais para a esquizofrenia, concluíram que “os modelos baseados na manipulação direta do sistema dopaminérgico apresentam hoje um esgotamento de seu potencial heurístico para a investigação da fisiopatologia da esquizofrenia”.

Tamminga et al. (2014) sugerem que a esquizofrenia não seja uma doença única com etiologia e fisiopatologia únicas, mas tratar-se de um grupo de síndromes ou condições interrelacionadas tendo em vista a observação de diversos fatores de suscetibilidade que apontam presença de alterações cerebrais envolvendo funções neurocognitivas, neurofisiológicas e ainda bioquímicas. Também Kaplan et al. (2007) consideram que diagnóstico de esquizofrenia pressupõe alterações na neuroquímica, neuroanatomia e outros substratos da neurofisiologia, ainda que as alegadas alterações em suporte ao diagnóstico se mostrarem limitadas e inconclusivas para provar o que geralmente se acreditam (Wilder & Wong, 2007; Britto, 2004, 2012a, 2012b).

Pesquisas sobre a atividade da enzima Ndel1 plasmática e sua interação com fatores de risco genético para a esquizofrenia tem sido investigadas por meio de exames de sangue, uma vez que enzimas são proteínas com potencial catalizador. A enzima Ndel1 interage com risco da esquizofrenia DISC1, sendo um mediador de várias funções relacionadas ao crescimento



de neuritos e à migração neuronal e também hidrolisa neuropeptídeos previamente implicados na esquizofrenia, a saber, neurotensina e bradicinina (Gadelha, 2013, 2016; Tasic, 2016).

Resultados sobre as comparações dos níveis de atividade da enzima Ndel1 de esquizofrênicos com os de indivíduos saudáveis correlacionados à atividade da enzima Ndel1 no plasma humano pouco contribuíram para o diagnóstico de esquizofrenia. Também amostras do soro de esquizofrênicos têm sido examinadas por meio de ressonância magnética nuclear de prótons de hidrogênio à quimiometria, objetivando encontrar diferentes padrões metabólitos em esquizofrênicos, bipolares e indivíduos saudáveis. Não houve diferenças nas variações de prótons dentre as amostras examinadas (Gadelha et al., 2013, 2016; Tasic et al., 2016).

Na perspectiva de Gottesman (1991), de correlacionar a esquizofrenia e a genética, tem-se utilizado ao longo dos anos a imunofenotipagem na busca de compreender as influências genéticas sobre esse transtorno (Braff et al., 2007). Um dos endofenótipos mais pesquisados é o denominado movimento visual uniforme de busca ou acompanhamento visual, pois a atividade de acompanhar objetos através do campo visual é deficiente em muitos esquizofrênicos, como também parece ser um problema para os seus parentes (Lenzenweger et al., 2007). Pesquisas envolvendo rastreo lento<sup>8</sup> indicam que 60 a 70% dos probandos apresentam deficiência em seguir um movimento lento de pêndulo com os olhos, exibindo padrões de rastreamento espasmódicos e irregulares. Evidências de alterações límbicas durante desafios cognitivos e desconexão funcional entre as regiões pré-frontal e do cíngulo anterior em estudos sobre fluência verbal e processamento semântico também foram encontrados em esquizofrênicos (Tamminga et al., 2014).

Estudos sobre fatores de risco genéticos para a esquizofrenia encontram-se ainda discutidos em dois tipos diferentes de abordagem: os estudos de ligação, utilizados

---

<sup>8</sup> Rastreo lento é o movimento lento dos olhos para seguir um objeto pequeno em movimento (Tamminga, Shad & Ghose, 2014).

principalmente para doenças de herança monogênica ou oligogênica, nas quais um ou alguns poucos genes são responsáveis pelo aparecimento da afecção. Tais estudos visam a identificação de loci possivelmente responsáveis pela expressão fenotípica e se referem ao fato de que dois loci gênicos, situados no mesmo cromossomo e muito próximos um do outro, tendem a ser herdados conjuntamente (Vallada Filho & Samaia, 2000).

Dentre os estudos de ligação na esquizofrenia, encontram-se os estudos de genes candidatos, que buscam estabelecer uma correlação do transtorno com genes específicos, além dos estudos que procuram por determinadas variantes genéticas estruturais como deleções ou duplicações em loci específicos. Cerca de 800 genes foram testados para associação com a esquizofrenia, o que torna a condição uma das mais estudadas através de um estudo de gene candidato. Nenhum destes estudos, entretanto, pode ser considerado conclusivo, uma vez que os dados obtidos com amostras menores não se replicam em estudos maiores (Gejman et al., 2010).

Um dos principais estudos de associação utilizados na esquizofrenia são os estudos de associação genômica completa, Genome Wide Association Studies (GWAS), que efetuam um estudo mais completo do genoma, avaliando todos os genes e a maioria das regiões intergênicas, buscando identificar tanto SNPs (Single Nucleotide Polymorphisms - polimorfismos de nucleotídeos únicos) quanto CNVs (Copy Number Variants, variantes de números de cópias, como deleções ou duplicações em determinadas regiões cromossômicas).

Estudos epidemiológicos têm apontado para a contribuição de uma série de fatores de risco ambientais na etiopatogênese da esquizofrenia, tanto fatores de risco biológicos quanto fatores de risco psicossociais que correspondem a aproximadamente 20% da causação do transtorno. O uso de cannabis e outras drogas, complicações perinatais, infecções pré-natais, deficiência nutricional materna, idade parental avançada e incompatibilidade de fator Rh são apontados como fatores biológicos de risco. Já o crescimento em área urbanizada, fazer parte

de grupos minoritários ou imigrantes, estresse materno pré-natal e traumas no desenvolvimento relacionados à história de negligência e/ou abuso (físico, psicológico e/ou sexual) são apontados como fatores de risco ambientais e psicossociais (Van Os et al., 2010).

No que diz respeito aos estudos mais recentes em relação as técnicas de neuroimagem funcional, estas se iniciaram na década de 1990, quando o governo norte americano decretou a década do cérebro o que possibilitou o financiamento de pesquisas em neurociências (Blakemore, 2000). A tecnologia em neuroimagens possibilita correlacionar atividades entre comportamento-cérebro que pode ser detectada pela tomografia por emissão de pósitrons (PET) tomografia por emissão de fóton único (SPECT) e a imagem de ressonância magnética (IRM); já a neuroimagem funcional ou imagens de ressonância magnética funcional (IRMf) investiga a ativação cerebral correlacionada com diferentes apresentações de estímulos, em tempo real (Schaal, 2005; 2013; Thompson, 2013; Britto & Marcon, 2021), pois a neuroimagem tem sido usada para estudar a ativação cerebral correlacionada a algum tipo de apresentação de estímulos. Eysenck e Keane (2017) acrescentam a IRMf como meio adicional de se comparar padrões de atividade cerebral correlacionados a eventos ambientais específicos, possibilitando a análise independente de cada elemento.

Têm-se observado numerosas modificações neuroestruturais e funcionais em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia. Dente elas, destacam-se o alargamento do sistema ventricular, sobretudo do terceiro ventrículo e ventrículo lateral, e ainda diminuição do volume cerebral e da substância cinzenta cortical (Steen et al, 2006). Suddath et al. (1990) apresentam imagens de IRM com gêmeos monozigóticos discordantes, no plano coronal, onde pode ser verificado um alargamento ventricular lateral no gêmeo afetado (Anexo 2).

Estudos com medidas repetidas de IRM crânio-encefálica, em indivíduos com esquizofrenia, revelam que algumas das alterações cerebrais, como a dilatação de ventrículos, podem progredir ao longo do tempo, sugerindo a possibilidade de processos

neurodegenerativos durante o curso do transtorno (Weinberger et al., 1979). Contudo, o alargamento do ventrículo não é evidenciado em todas as pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, uma vez que estes são observados com maior frequência em homens do que mulheres; os ventrículos parecem aumentar em função da idade e se fatores genéticos fossem determinantes para a esquizofrenia, ambos os gêmeos apresentariam um alargamento ventricular lateral (Barlow & Durand, 2016).

Por sua vez, Schlund e Cataldo, (2005) esclarecem que IRM fornece uma técnica não invasiva de risco mínimo para estudar uma variedade de relações comportamento-cérebro, bem como doenças relacionadas ao cérebro. A gama de uso desta tecnologia inclui quantificar o tamanho e a posição de estruturas cerebrais discretas, ou seja, IRM estrutural; mudanças na ativação de regiões cerebrais específicas sob diferentes condições de apresentações de estímulos e emissões de respostas, IRMf funcional. Britto e Marcon (2021) destacam a importância da implementação de tecnologias com o uso de neuroimagem funcional para visualizar eventos cerebrais e comparar os resultados da aplicação da metodologia de análise de contingência e os correlatos neurais concomitantes ao comportar-se, em tempo real.

Pesquisas sobre alucinações com o uso de técnicas de análise cerebral por imagem na tentativa de estudar a localização deste fenômeno no cérebro, têm sido realizadas. McGuire et al. (1993) utilizaram do SPECT para medir o fluxo sanguíneo cerebral com o objetivo de identificar áreas do cérebro que são ativadas durante as alucinações visuais auditivas. Um total de doze participantes com o diagnóstico de esquizofrenia, enquanto experimentavam alucinações e, também, enquanto não estavam, foram expostos a neuroimagem. Os resultados mostraram que o fluxo sanguíneo foi significativamente maior durante as alucinações na área da Broca do que no estado não alucinante; também foi maior durante as alucinações no córtex cingulado anterior esquerdo e regiões no lobo temporal esquerdo. O aumento do fluxo na área de Broca não foi explicado por mudanças em outras variáveis clínicas nem por mudanças na

dose de neurolépticos. Estes achados sugerem que a produção de alucinações auditivas na esquizofrenia está associada ao aumento da atividade em uma rede de áreas corticais especializadas para a linguagem, áreas envolvidas na produção da fala.

Neste sentido, Jardri et al (2011) apresentam uma revisão sistemática dos estudos com técnicas de exames de neuroimagens com SPECT e IRMf para correlacionar as alucinações visuais auditivas e áreas cerebrais envolvidas de 68 pacientes com esquizofrenia e outros transtornos do espectro da esquizofrenia. Esta metanálise demonstrou, dentre outras, aumento significativo da ativação em uma rede neural no lobo frontal, a área de Broca, que experimentar alucinações auditivas e visuais está também correlacionada com o lobo temporal medial estrutura envolvida na memória verbal.

Allen e Modinos (2012) focaram em estudos que usaram técnicas de neuroimagem para investigar os correlatos cerebrais estruturais em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e outras psicoses que apresentam alucinações, geralmente na modalidade auditiva. Foi observado a superativação em córtices sensoriais secundários (e ocasionalmente primários) ao experienciar percepções vívidas na ausência de estímulos sensoriais. A maioria dos estudos de conectividade indicou integridade aprimorada de matéria branca nos tratos de vias cerebrais relevantes e que o aumento da coativação em regiões de processamento da linguagem, área de Broca, envolvida em alucinações verbais auditivas, foi o resultado mais consistente. De modo complementar, Barlow e Durand (2016, p. 501) afirmam que tais achados suportam a teoria de que as pessoas que estão alucinando “*não* estariam ouvindo vozes de outros, mas estão ouvindo seus próprios pensamentos ou suas próprias vozes” (itálicos dos autores). Os autores afirmam ainda que tais pessoas não reconhecem a diferença, pois a área de Broca é a que está envolvida na produção da fala, mais do que na compreensão da linguagem como a área de Wernicke (Anexo, 2).

Amparadas pelos estudos de Skinner, (1970, 1974) Miranda e Britto (2011, p. 328) afirmam que ver, sentir ou ouvir necessariamente não exigirá a presença de estímulos públicos, pois ações internas que ocorrem quando estamos pensando são reais: vemos, sentimos ou ouvimos enquanto respondemos às palavras, estímulos visuais e auditivos que adquiriram funções sensoriais por meio do condicionamento clássico. As autoras afirmam “que o esquizofrênico aprendeu a responder discriminativamente, de modo verbal, às suas próprias sensações, ao seu próprio pensamento. Portanto, a voz que o esquizofrênico diz ouvir é o seu próprio pensamento e não vozes de outras pessoas”.

Contudo, explicações sobre as influências genéticas e bioquímicas das dificuldades comportamentais na cultura científica ou popular permanecem e a esquizofrenia continua sendo conceituada como se possuísse uma base genética e fisiológica, ainda que não fossem encontrados os genes e os marcadores biológicos em apoio a essas convicções (Britto, 2013). Por sua vez, Wyatt (2009) apresenta dados correlacionados da estrutura e do funcionamento cerebral (e.g., alterações nos córtices pré-frontal e temporal) com o uso de imagens SPECT e IRMf. As contingências podem provocar mudanças na estrutura corporal, por exemplo, indivíduos estressados podem desenvolver úlceras (Sidman, 2006; Wyatt, 2009).

Daí a importância de uma avaliação funcional das respostas verbais de forma a identificar os fatores que antecedem e os fatores que sucedem estas respostas. O comportamento criminoso do esquizofrênico vem ganhando atenção no mundo jurídico penal pela violência de seus atos, bem como no âmbito processual penal pela aplicação e dosimetria da pena de acordo com sua culpabilidade. Para que efetivamente seja feita justiça e levando-se em conta as garantias fundamentais individuais, o Direito recorre à Psiquiatria e à Psicologia para auxiliá-lo.

De todo modo, a teoria de causas biológicas para a esquizofrenia permanece até o presente nos compêndios de psiquiatria, e nunca é demais repetir que não há provas de

marcadores biológicos ou aspectos físicos identificados em laboratório para o seu diagnóstico. No entanto, estudos realizados sobre a função operante da atenção social sugerem que as falas bizarras dos indivíduos diagnosticados com transtornos psiquiátricos podem ser mantidas pelo reforçamento positivo (Britto et al, 2010). Ao questionarem esse tema, Lancaster et al. (2004) notaram que não têm sido publicados casos nos quais análises funcionais indiquem reforçamento automático ou funções não operantes para as falas bizarras, o que indicaria a existência de variáveis biológicas em muitos transtornos associados a essas falas e, por esta razão, não seria surpreendente sugerir a presença de viés desse tipo na literatura analítico-comportamental, já que pesquisadores comportamentais apresentam casos com referências ao controle operante, enquanto os profissionais psiquiatras acrescentam outras causas.

Para investigar esta questão, Lancaster et al. (2004) selecionaram aleatoriamente quatro participantes de uma amostra de 120 internos, com dois tipos de diagnósticos: retardo mental e esquizofrenia. O procedimento consistiu na análise funcional da relação entre atenção e falas bizarras, em que, para dois participantes, era disponibilizada atenção para as falas bizarras e, para os outros dois, não havia o reforçamento social. Foram programadas tanto a função social como não social para a fala bizarra e o estudo possibilitou o controle das verbalizações bizarras dos participantes com os dois tipos diagnósticos e os resultados demonstraram que o reforçamento social não contingente reduziu as falas bizarras, enquanto a atenção contingente aumentou suas frequências.

#### *A análise do comportamento e o diagnóstico de esquizofrenia*

Nas palavras de Madden (2013), a análise do comportamento é, ao mesmo tempo, um campo de estudo, uma disciplina e uma ciência que possui uma abordagem empírica para entender e influenciar o comportamento. Em seu desenvolvimento, essa ciência surgiu de observações registradas do comportamento de um organismo que respondia em uma situação

experimental, sistematicamente controlada e altamente padronizada por B. F. Skinner, na década de 1930. Seus princípios têm raízes em pesquisas com sujeitos animais e humanos em ambientes experimentais, cujo foco tem sido o estudo científico das leis que governam os comportamentos dos organismos em suas relações ambientais (Chiesa, 1994; Madden, 2013; Millenson, 1975).

Skinner (1953/1970) afirma que o comportamento humano é, talvez, o objeto mais difícil dentre os que já foram alvo dos métodos da ciência. Estudar e compreender o comportamento humano talvez seja uma das mais árduas tarefas. Contudo, também é a mais fascinante por sua complexidade e necessidade de integração com as diversas áreas do saber. Estudar e compreender o comportamento criminoso de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia é tema relevante, pois quando se é exposto a algum tipo de violência, pode-se modificar completamente a visão de mundo do indivíduo. Em consonância com a prática científica, é necessário esclarecer e avaliar funcionalmente as contingências que controlam este tipo de comportamento.

Segundo Skinner (1969), o comportamento é a interação entre indivíduo e ambiente. A unidade básica de análise do comportamento é a contingência de três termos. A formulação das interações entre um organismo e seu meio ambiente, para ser adequada, deve sempre especificar: 1) a ocasião na qual ocorreu a resposta; 2) a própria resposta; e 3) as consequências. As relações entre estes três aspectos constituem as contingências de reforço. Analisando-se as contingências da vida do indivíduo, da vida da espécie e do grupo cultural, podem-se criar condições de discriminação, aprendizagem e ampliação de repertório dos indivíduos. Portanto, o comportamento de um indivíduo é produto de sua história filogenética, ontogenética e cultural (Catania, 1998/1999; Skinner, 1953/1970). O analista do comportamento considera que se devem entender cada tipo de seleção e de variação para se compreender de onde vem o comportamento.



Comporta-se, o organismo como um todo, um sistema biológico (Thompson, 2007). Os analistas do comportamento defendem que todos os fenômenos psicológicos envolvem contingências controladoras do comportamento, eventos que o antecede e consequencia. De acordo com Skinner (1953/1970), a ênfase sobre o comportamento e suas contingências controladoras não negam a relevância de vulnerabilidade genética ou de fatores biológicos. Britto (2017) argumenta que se houvessem fatores biológicos relacionados com a esquizofrenia, isso não os tornaria causa, mas consequências. Argumenta ainda que uma abordagem funcional busca os eventos ambientais que antecedem e mantêm os comportamentos que compõem os critérios diagnósticos classificados nos manuais da APA. Tudo o que se tem para observar é comportamento e fisiologia; fora isso só metáforas e constructos (Zilio & Hunziker, 2015).

Nota-se, todavia, que os profissionais de saúde mental inferem uma entidade subjacente, ao invés de lidarem diretamente com as contingências comportamentais que controlam o comportamento. Assim, tratam a esquizofrenia como uma *coisa*, para, em seguida, descrever delírios e alucinações como sintomas característicos da *coisa inferida* que causaria o comportamento bizarro, atípico ou inapropriado (Britto, 2017). Daí o erro da explicação circular: deduzir a causa de um evento e, em seguida, usar o evento como a prova da causa. Considere as questões: *por que José está delirando? Porque ele é esquizofrênico. Como você sabe que ele é esquizofrênico? Porque ele delira.* O comportamento verbal, delirar, sendo explicado pelo seu próprio conceito (Britto, 2004a).

Britto et al. (2010) esclarecem que o comportamento verbal do esquizofrênico é considerado psicótico por incluir frases ou sentenças, cujas elocuições descrevem aquilo que não é característico do contexto, por exemplo, *o diabo não me deixa sorrir*. Na tentativa de identificar a função desta vocalização, perguntar-se-ia se algo no ambiente mantém esse tipo de relato, uma vez que a frequência do sorrir poderia diminuir, mas a diminuição não poderia

ser atribuída a fatos que envolvessem o diabo (estímulo inobservável). Por outro lado, este relato serve como um evento antecedente que permitiria comportamentos incompatíveis com o sorrir, sendo esses comportamentos mantidos por reforçamento negativo, ou seja, pela eliminação, cessação ou adiamento de consequências aversivas que supostamente seriam liberadas pelo diabo se o sorriso ocorresse. Além disso, esse tipo de relato produz a atenção social como evento consequente fornecido pelo ouvinte, bem como o afetaria ao gerar nele respostas emocionais (Britto, 2012a, 2022b, 2017; Britto & Marcon, 2019; Marcon & Britto, 2015a, 2015b).

Neste ponto, é importante esclarecer a que se refere o termo comportamento. Alguns sinônimos usados incluem: atividades, ação, desempenho, resposta e reação. Então, o comportamento é qualquer coisa que uma pessoa faz ou diz (Catania, 1999). Tecnicamente, comportamento é qualquer atividade de um organismo, seja muscular, glandular ou elétrica (Martin & Pear, 2018). Para se referirem a processos cognitivos são usados termos como pensamento, sentimento, percepção, crença, memória etc. Os analistas do comportamento, por sua vez, utilizam verbos quando se referem a tais processos: pensar, sentir, perceber, memorizar (Chiesa, 1994). Para falar do comportamento, a ênfase deve recair sobre os processos, verbos, ao invés de recair sobre as estruturas ou nomes. Britto (2013) esclarece que delirar, alucinar, comportar-se de modo desorganizado e não demonstrar emoções é coisa que um esquizofrênico *faz* (comportamento), em vez de algo que ele *tenha* (esquizofrenia).

Considere o relato de uma pessoa esquizofrênica: “Tem uma pedra de gelo dentro da minha barriga” (Britto, 2012b; Felipe, 2009). Esse tipo de fala envolve componentes respondentes e operantes (Britto, 2017). Imaginar uma pedra de gelo dentro de si constitui um tipo de pensamento, qual seja comportamento verbal auto direcionado (falar para si mesmo). O imaginar em resposta às palavras, de modo que possa parecer realidade, é experiência comum: ao imaginar uma pedra de gelo dentro da barriga, as palavras ‘pedra de gelo’ podem

eliciar atividade na parte visual do cérebro de forma que se vivencia o ‘ver’ na ausência da pedra, portanto, uma visão condicionada (Martin & Pear, 2018; Skinner, 1970).

Além do que esse tipo de comportamento verbal serviria também como estímulo discriminativo que geraria o comportamento de amarrar sacos de plástico na região abdominal, sendo esses comportamentos mantidos por reforçamento negativo, ou seja, para evitar ou eliminar os efeitos do gelo. Esse tipo de resposta verbal pode afetar o ouvinte que, por sua vez, reforçaria esse comportamento com atenção social contingente. Já o efeito reforçador da atenção social pode ser alterado momentaneamente por efeito de uma operação motivadora (restrição à atenção), influenciando a probabilidade de ocorrência de falar de modo inapropriado que resultaria em atenção (Britto, 2017; Marcon & Britto, 2011, 2015a, 2015b). Essa forma de resposta verbal também pode contribuir para eliminar tarefas difíceis, fugir ou se esquivar de eventos aversivos (Britto, 2005). Diante destas características, as respostas verbais de esquizofrênicos devem ser elucidadas dentro das fronteiras de uma ciência natural.

Skinner (1957) define o comportamento verbal como um operante que é reforçado pela mediação de outras pessoas, o ouvinte que serve de mediador para as consequências do comportamento do falante. Como característica, o comportamento verbal é impotente contra o mundo físico, uma vez que palavras não quebram ossos, tampouco ordenam ao sol para que não se mova. Contudo, esclarece Skinner (1957), as consequências deste comportamento surgem por acontecimentos não menos físicos ou inevitáveis que as ações mecânicas, porém bem mais difíceis de descrever. Skinner (1957) identificou e descreveu oito categorias de comportamento verbal, dentre elas o mando, ecóico, tacto, intraverbal e autoclítico, sendo o comportamento de mando um dos mais usados em regras jurídicas.

*Avaliação funcional para o estudo de comportamentos esquizofrênicos*

Avaliação funcional (do inglês, *Functional Behavior Assessment*), de acordo com Hagopian et al. (2013), tornou-se uma abordagem dominante para as variáveis que mantêm comportamentos-problema e planejar intervenções com base neste conhecimento. Esta abordagem funcional tem um forte suporte empírico (Sturmey et al., 2020). Uma variedade de procedimentos específicos de avaliação funcional foi desenvolvida para definir e monitorar comportamentos-problema. Uma avaliação funcional é um processo para reunir um conjunto de informações capazes de proporcionar a compreensão do comportamento-problema e, a partir daí, influenciar nas condições ambientais objetivando tratá-lo de maneira tal que o resultado seja a diminuição ou, até mesmo, a extinção deste (Britto et al., 2020).

O processo de avaliação funcional tem sido usado para detalhar procedimentos que identificam eventos antecedentes e consequentes que mantêm e controlam comportamentos-problema, inclusive os mais severos (O'Neill et al., 1997; Dunlap & Kincaid, 2001; Hanley, 2012; Hagopian et al., 2013; Marcon & Britto, 2015a, 2015b; O'Neill, et al., 2015; Britto & Marcon, 2019; Britto et al., 2020; Sturmey et al., 2020, dentre outros). Inclusive, Britto et al. (2020) sugerem a obrigatoriedade deste processo de avaliação no tratamento de comportamentos-problema severos.

Para empregar o processo de avaliação funcional deve-se partir do pressuposto que o comportamento é uma ação funcionalmente relacionada às condições ambientais e não deve ser conceituado como um sintoma de uma suposta patologia mental. Portanto, atua como um sistema de apoio triangular que envolve o indivíduo com o comportamento-problema, as pessoas que diretamente convivem com ele e, assim, conhecem as suas especificidades e de um profissional com conhecimento da teoria e dos procedimentos da análise do comportamento (Britto & Marcon, 2019; O'Neill et al., 2015). Desta feita, o processo de avaliação funcional difere-se de um diagnóstico médico onde se verifica uma relação linear paciente-médico e o processo se resume no diagnóstico e tratamento.

O processo de avaliação funcional inclui o uso de três métodos: a) avaliação indireta; b) avaliação direta ou descritiva; c) análise funcional experimental. A avaliação funcional indireta trata-se de um método simples e de fácil utilização clínica onde o profissional, por meio de questionários e/ou entrevistas, obterá por meio dos relatos verbais do próprio indivíduo ou de informantes que com este convivem diretamente, os dados necessários para a identificação do comportamento-problema e seu histórico de vida pregressa. Quanto à avaliação direta ou descritiva, esta é de suma importância no processo de reconhecimento e validação dos eventos preditivos e mantenedores do comportamento-problema, sendo realizada por meio de observações diretas do comportamento-alvo em seu ambiente natural, enquanto os eventos imediatos que o antecede e o sucede são registrados. Por meio dessa avaliação é possível verificar a correlação entre comportamento-problema e evento ambiental. Contudo, a relação causa-efeito só poderá ser determinada por meio da análise funcional (Hagopian et al., 2013).

Com o uso da análise funcional experimental pode-se manipular diretamente as variáveis ambientais para identificar os eventos antecedentes e consequentes associados ao comportamento-problema (Fischer et al., 1998). Os eventos ambientais são experimentalmente testados no controle ou manutenção do comportamento-alvo (Britto & Marcon, 2019; Britto et al., 2020; Dunlap & Kincaid, 2001; Hagopian et al., 2013; Hanley, 2012; Marcon & Britto, 2015a, 2015b; Martin & Pear, 2015, 2018; O'Neill et al., 2015; Sturmey et al., 2020). Estes métodos têm sido amplamente usados para investigar os eventos que mantêm e controlam comportamentos-problema, qualquer que seja o diagnóstico psicopatológico.

Um estudo pioneiro nessa área foi apresentado por Iwata et al. (1982/1994) onde um conjunto de condições experimentais foi delineado para identificar as fontes de reforçamento mantenedoras de comportamentos-problema. Para testar o efeito do reforço social positivo aplicou-se a *condição de atenção contingente*; para o do reforço negativo, a *condição de fugas*

*de demandas* e para o do reforço automático, a *condição de sozinho*. No intuito de excluir a probabilidade de o comportamento observado ocorrer independente das condições testadas, foi intercalada uma *condição de controle* (Iwata et al., 1982/1994; Fischer et al., 1998; Iwata & Dozier, 2008; Britto & Marcon, 2019; Britto et al., 2020). Estudos incluindo várias modificações e extensões do uso da metodologia de análise funcional foram posteriormente descritos na literatura (Hagopian et al., 2013).

Pesquisadores fizeram uso da avaliação e análise funcional para investigar diferentes condições que envolveram manipulações de eventos antecedentes de consequentes que controlavam comportamentos emitidos por pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, dentro de contextos hospitalares. Estes estudos têm sido publicados em periódicos nacionais e internacionais (e.g., Dixon, 2001; Wilder et al., 2001; DeLeon et al., 2003; Lancaster et al., 2004; Britto et al., 2010; Bueno & Britto, 2013; Marcon & Britto, 2015a, 2015b; De Sousa & Britto, 2017; Moura & Britto, 2017; Alves & Britto, 2019), dentre outros.

Em dois artigos de revisão acerca das publicações sobre a avaliação funcional de comportamentos-problema nos anos de 1961 a 2000 e de 2001 a 2013 foram encontradas mais de 1258 publicações. Hanley et al. (2003) analisaram 277 e Beavers et al. (2013) analisaram 981 artigos. Este estudo continua sendo amplamente citado, inclusive Martin e Pear (2018) apontam mais de 2000 artigos e capítulos de livros na área. O processo de avaliação funcional pode ser utilizado para avaliação e intervenção em diferentes tipos de comportamento-problema, com populações diversas e ambientes variados (Vieira, 2019).

Nas palavras de Marcon e Britto (2015b) o processo de avaliação funcional tem se mostrado uma alternativa eficaz para estudar os problemas comportamentais apresentados por pessoas com diagnósticos psiquiátricos. Este tipo de investigação tem sido priorizado pelos pesquisadores devido a possibilidade de os problemas comportamentais ter várias causas,

apresentarem-se de topografias ou tipos diferentes, além de sua complexidade e gravidade (Martin & Pear, 2018).

Por fim, ressalta-se que o termo análise funcional foi usado por Skinner (1970) para demonstrar as relações de causa-e-efeito entre ambiente e comportamento. Desde então, a análise funcional experimental, inicialmente usada por Iwata et al. (1982/1994) e Carr e Durand (1985), marcaram o início de uma abordagem abrangente para a intervenção, onde as técnicas de controle derivadas da análise experimental do comportamento foram utilizadas para avaliar e tratar diferentes tipos de problemas comportamentais, representando, assim, um avanço em relação às intervenções baseadas nas funções comportamentais e em relação às abordagens abusivas para o tratamento (Pelios et al., 1999).

#### *Operações motivadoras como variáveis externas controladoras de comportamentos*

Compreender a motivação de determinados atos talvez seja uma das mais inquietantes questões para os profissionais da psicologia e do direito, principalmente quando as ações ou omissões resultam em crimes. Em que pesem os crimes de homicídio cometidos com requintes de crueldade, compreender a motivação faz-se ainda mais importante para que o julgamento seja justo e que a pena ou medida de segurança atinjam seus objetivos, portanto, requer extrema responsabilidade de todos os envolvidos no processo.

Schmitt (2013) afirma que os motivos do crime são as razões subjetivas como honra, moral, inveja, futilidade e outros que estimularam ou impulsionaram o agente à prática da infração penal, contrariando normas e valores sociais. Para aqueles profissionais a motivação constituiria a origem propulsora da vontade criminosa e, a depender desta, recairá a maior ou menor reprovabilidade da conduta e conseqüente culpabilidade do autor. Assim, nos casos de homicídio praticados por motivo fútil ou torpe, esta servirá como qualificadora do crime conseqüenciando a uma pena mais elevada.

Para a psicologia algumas teorias dialogam com o direito penal, como por exemplo a de Allport<sup>9</sup> e a de Maslow<sup>10</sup>. Para Duarte (2019), a última teoria é a que melhor se relaciona com o direito penal, tendo em vista a penalização e a hierarquia das necessidades refletindo como a sociedade é capaz de exigir penalizações diferentes a depender de qual necessidade motivou. Nas tradicionais teorias psicológicas, a motivação tem sido considerada uma experiência interna, os “processos do querer” que energizariam o comportamento (Mook, 1987; Marcon & Britto, 2011; Martin & Pear, 2014/2015). Na análise do comportamento, o papel de processos internos inferidos tem sido minimizado em favor de causas ambientais do comportamento (Cunha, 1995; Todorov & Moreira, 2005).

De acordo com a perspectiva analítico-comportamental a motivação encontra-se relacionada às variáveis externas que dependem de certas modificações ambientais, as quais influenciam o comportamento do indivíduo (Catania 1998/1999; Michael, 2000). Nas palavras de Martin e Pear (2014/2015), uma operação motivadora é um evento ambiental que altera temporariamente a efetividade de um reforçador ou punidor e influencia o comportamento que normalmente leva a este reforçador ou punidor, pois uma coisa é uma pessoa saber como emitir um dado comportamento, e outra é essa pessoa emití-lo.

Skinner (1953/1970) tratou a motivação em termos de operações de privação, saciedade e estimulação aversiva, enfatizando-as como variáveis ambientais controladoras do comportamento. A privação ou saciedade, classificadas por Millenson (1975) como operações

---

<sup>9</sup> Teoria de Allport diz que a motivação é algo individual representando a necessidade de se reduzir tensões para se obter equilíbrio, e que os comportamentos apresentados no presente não estão relacionados a fatos ocorrido no passado (Feist et al., 2015).

<sup>10</sup> Para a teoria de Maslow, o comportamento advém de vários motivos isolados. Assim, a motivação não precisa ser conhecida ou consciente para o agente, o que ele chama de motivação inconsciente. Outro ponto importante para essa teoria é a constante necessidade de motivação, isto é, quando uma necessidade é satisfeita outra necessidade virá tomar o lugar dessa primeira (Feist et al., 2015).



de impulso (*drive operations*) seriam capazes de gerar consequências diferentes de outras operações. Contudo, Keller e Schoenfeld (1950/1973) chamam atenção para a necessidade de se conceituar motivação como outras variáveis controladoras do comportamento, além dos eventos ambientais que funcionam como reforçadores, ou seja, introduziram a expressão “operações estabeledoras” para descrever os eventos que seriam mais importantes e capazes de influenciar na emissão de comportamentos.

O termo *operação estabeledora* foi posteriormente modificado por Laraway et al. (2003) tendo em vista a verificação de que nem todo evento motivador podia ser analisado como operação estabeledora, dado a inadequação do verbo estabelecer para se referir às operações que reduzem a efetividade da consequência. Desse modo, introduziu-se o verbo *abolir* a fim de suprir tal inadequação e as *operações motivadoras* passaram a ser compostas pelas *operações estabeledoras* (OE) e as *operações abolidoras* (OA). Nas primeiras, OE observa-se maior eficácia no estímulo reforçador do que na segunda AO, ou seja, OE torna o efeito reforçador mais eficaz, enquanto uma AO abate esse efeito. Em síntese, de maneira coloquial, quanto maior a oferta, menor a procura.

Daí o tema da motivação ser considerado um dos temas importantes para explicar as ações humanas, pois uma variedade de hipóteses foi proposta para explicar o que "move" as pessoas a se comportarem de certas maneiras (Miguel, 2000, 2013). Mais especificamente, para Michael (2000), Marcon & Britto (2015c) e Gallo & Williams (2005) variáveis motivacionais atuam no comportamento humano por meio de dois efeitos simultâneos e independentes alterando a efetividade e frequência deste, ou seja, estabelecem a efetividade do evento reforçador enquanto consequência e, assim, evocam comportamentos que têm sido seguidos por tal consequência. Poderíamos assim exemplificar que na presença de impunidade penal (OE) criminosos obtêm lucro com suas atividades ilícitas e, por conseguinte, são motivados a

cometer novos crimes, obtendo-se daí o reforço positivo por meio do ganho de prestígio entre seus semelhantes, dinheiro ou território.

Assim, as OE alteram a efetividade das consequências do comportamento, alterando também a probabilidade de repetição do comportamento por elas evocado (Catania, 1998/1999). Importante salientar que os efeitos capazes de alterar uma OM encontram-se relacionados com o momento, ou seja, no caso de redução ou remoção de uma OM, a frequência do comportamento pode ser alterada (Laraway, et al., 2003). Em síntese: na presença de OE (impunidade penal) um criminoso ao cometer um crime e, com isso obtiver vantagens (evento consequente), voltará a cometer crimes (comportamento evocado); contudo, na presença de condenação (OA) poderá ou não cometer crimes novamente quando solto.

#### *Problema de pesquisa e objetivos do presente estudo*

Este estudo priorizou o método de pesquisa sujeito único (N = 1). A abordagem deste tipo de método é a indutiva. O método de pesquisa sujeito único envolve medidas repetidas dos comportamentos de um indivíduo antes, durante e depois de uma intervenção experimental (Baron & Perone, 1998; Iversen, 2013).

Delineamentos de sujeito-único requerem, portanto, que o comportamento de um mesmo indivíduo seja medido contínua e repetidamente ao longo de cada condição até que se obtenha um estado-estável, ou seja, até que o comportamento de interesse demonstre variações mínimas de uma observação à outra (Iversen, 1988; Sidman, 1960). Deste modo, os comportamentos-problema de um pequeno número de participantes serão estudados ao longo de várias condições experimentais, sendo que estes comportamentos permanecerão como unidade de análise.

Portanto, serão testadas experimentalmente as influências de estímulos discriminativos (S<sup>D</sup>) e operações motivacionais (OM) antecedentes e consequentes controladores de

comportamento dos participantes a serem aferidos de variáveis contextuais, cujo controle dos procedimentos será por meio do delineamento de múltiplas condições.

O objetivo principal deste estudo foi identificar o controle exercido pelos eventos antecedentes e consequentes sobre o comportamento de homicidas com diagnóstico de esquizofrenia (alucinar) que se encontravam em cumprimento de medidas de segurança nas modalidades de internação ou tratamento ambulatorial. De modo mais específico, identificar o controle exercido pelos S<sup>D</sup> e operações motivadoras sobre os comportamentos dos participantes.

Também objetivou analisar registros de autograções em áudio de um perito criminal, bem como os registros de autograções em áudio de profissionais da justiça que tenham atuado em processos criminais envolvendo pessoas com o perfil dos participantes.

Outro objetivo foi o de analisar questões decorrentes dos dados dos participantes e suas implicações sobre a imputabilidade, fundamentos legais e práticos na tentativa de ampliar os debates e criar possibilidades de debates futuros, constituindo assim o que será nomeado aqui de Estudo Complementar descrito em páginas independentes ao final deste trabalho.

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaram deste estudo quatro pessoas adultas, solteiras, sendo três do sexo masculino e uma do sexo feminino, cujas idades variavam de 28 a 63 anos de idade. Os participantes possuíam o diagnóstico de esquizofrenia e cumpriam medidas de segurança – duas delas se encontravam internadas em comunidades terapêuticas e as outras em acompanhamento domiciliar. Doravante, os participantes serão nomeados de P1, P2, P3 e P4.

P1, de 37 anos de idade, filho único, ensino fundamental incompleto, durante a infância residia com a mãe na cidade de Pires do Rio, enquanto o pai trabalhava na zona rural. Aos 16 anos abandonou a escola em função do início do uso de álcool e maconha. A mãe, então, o encaminhou para a zona rural onde estava o pai, época em que se absteve das drogas. Retornando à casa da mãe, relatou uma convivência conflituosa, inclusive com agressões verbais e físicas em função do uso de outras drogas, como cocaína e crack. Com a continuidade do vício, aos 21 anos começou a ouvir vozes que sugeriam que ele deveria matar a sua mãe, motivo pelo qual foi internado várias vezes em comunidade terapêutica. Ainda segundo seus relatos, na infância foi deixado sob os cuidados de uma mulher que lhe maltratava e lhe incentivava a matar a própria mãe, ato que foi consumado em 2009, quando ele possuía 26 anos de idade. A existência ou identidade de tal mulher não foi comprovada.

Para justificar suas ações verbalizava que “as vozes falaram pra matar a minha mãe pela primeira vez em 2004 e em 2009 eles puseram toc em mim... eu sabia que tinha um trem pra pagar, mas eu não estava errando ainda... eu estava quebrando um coco e não estava achando castanha... daí minha mãe saiu pra fora e eu falei, eu vou parar porque esse trem vai dar merda..., mas daí eu pensei, vou continuar porque ainda não encontrei... na última castanha que eu quebrei a tampinha caiu perto do pé da mãe e as vozes falaram... se você matar sua mãe

você sai livre... ai ai... vou ter que matar minha mãe..., tirei o pé da mesa e bati na cabeça dela... depois coloquei o pé da mesa no lugar e saí pra fora esperando a polícia me buscar..., minha mãe ficava me chamando: *socorro! Socorro! O que aconteceu? Me ajuda!*”. No entanto, verbalizara que neste dia não tinha feito uso de substância. Embora socorrida e encaminhada para um hospital, a mãe veio a falecer no mesmo dia em decorrência de traumatismo cranioencefálico provocado por objeto contundente (pé da mesa de madeira).

P1 foi denunciado e preso durante oito meses. Enquanto preso continuou a verbalizar que ouvia vozes e que estas o mandavam agredir as pessoas. Como tese da defesa foi requerida a instauração do Incidente de Insanidade Mental, o que foi acatado pela justiça. O laudo psiquiátrico foi conclusivo pela existência de doença mental, momento em que recebeu o diagnóstico de esquizofrenia. A partir destes fatos, o juiz decidiu pela absolvição imprópria com a imposição de medida de segurança que passou a ser supervisionada pelo PAILI. P1 fazia uso de ansiolíticos como o diazepam (benzodiazepínico), anticonvulsivantes como o ácido valproico, anti-histamínicos como Fenegan<sup>®</sup> e antipsicóticos como Amplitil<sup>®</sup>, Haldol<sup>®</sup>, olanzapina e clozapina.

P2, do sexo feminino, 63 anos, solteira, mãe de três filhos (dois deles, gêmeos), estudou até o oitavo ano do ensino fundamental, residia com os pais, não fazia uso de drogas ou álcool à época do fato. P2 foi usuária de cocaína de 1996 a 2001 e relata que o pai era uma pessoa agressiva e que batia na mãe e nos filhos, mas não considerava isso nada demais, tendo em vista que tal comportamento era comum aos pais de antigamente. A família relatou que P2 sempre apresentou comportamento diferenciado, “anormal”, mas que nunca haviam considerado nenhum tipo de intervenção ou, ainda, que ela pudesse emitir ações que resultassem em algo mais grave, como de fato ocorreu. Como consequência de relacionamentos afetivos esporádicos, P2 teve os três filhos que foram criados pela avó materna, já que “a mãe estava sempre ausente viajando de carona”.

Em 2008, P2 foi morar com o pai de 84 anos de idade, com quem não tinha bom relacionamento, ocasião em que a mãe de P2 foi morar com os netos na casa de um dos filhos, devido à dificuldade de convivência com o marido. P2 relatou ter tido medo do pai matar seus filhos envenenando-os durante as visitas, pois sentia um cheiro diferente na comida (posteriormente classificadas como alucinações olfativas). No dia 12/06/2008, após ter uma discussão com seu genitor, ligou para a casa do seu irmão e pediu R\$ 10,00 (dez reais), pois queria ir pra São Paulo. Naquele momento, após seu filho pedir que tivesse mais paciência com o avô, P2 respondeu que resolveria da sua maneira.

No dia seguinte, após conversar com sua sobrinha e dizer que sexta-feira 13, era dia de coisa ruim, agrediu o pai, matando-o com golpes de caco de vidro no pescoço. Após consumir o ato de matar o pai, tomou banho e ligou para mãe avisando o que fizera. Quando o irmão chegou e viu o pai no chão todo sujo de sangue constatando a morte, questionou-a, ao que ela lhe respondeu “matei esse velho infeliz”. Em seguida, P2 deixou a casa e ficou foragida por dez anos, período em que alternou a moradia nas ruas, bem como com um companheiro. Em 2019 foi descoberta na Casa da Acolhida no setor Campinas sendo encaminhada para a Casa de Prisão Provisória Odenir Guimarães, por onde permaneceu durante cinco meses. Nesta época foi submetida ao exame de insanidade mental e recebeu o diagnóstico de esquizofrenia, sendo encaminhada ao PAILI. P2 encontrava-se cumprindo medida de segurança na modalidade domiciliar e fazia uso de Haldol Decanoato® 75mg, 1 ampola intramuscular, ao mês.

P3, 24 anos, sexo masculino e opção sexual de pessoas do mesmo gênero, segundo grau completo, desempregado, residia com a mãe, sem uma profissão definida, portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e diagnosticado com esquizofrenia passando por quatro internações anteriores em instituições psiquiátricas. Ao saber da homossexualidade do filho o

pai colocou-o para fora de casa, período em que este veio a se prostituir para ganhar dinheiro e sobreviver, contraindo aí o vírus HIV.

Quanto à sua infância, a mãe relatou que P3 presenciou desavenças e brigas constantes no ambiente familiar, que desde os nove anos de idade era comum isolar-se, o que se manteve até os 18 anos, além de não cuidar de seus pertences. Nesta época começou a utilizar objetos e roupas femininas, chegando até mesmo a fugir nu para a rua, o que culminou na sua primeira internação. Quando era solicitado a deixar o quarto de sua residência, agredia. Além de agredir e ameaçar as pessoas, agitava-se com facilidade. Quanto ao relacionamento com a avó, este era tranquilo e amoroso, contudo, meses antes do ocorrido, tornou-se conturbado: expressava desdém, debochava e zombava dela, pois ela tentava doar as suas roupas e ambos se agrediam verbalmente. Após o ato de matá-la se mostrou calmo e sereno. Relatou também que P3 usava drogas eventualmente, mas que na época do assassinato da avó não fazia uso de nenhuma delas.

P3 relatou que no dia fatídico acordou com dor de cabeça e que “ouviu” vozes dizendo-lhe que sua avó era a responsável, pois havia lhe dado uma facada na cabeça. Ao entrar na cozinha ouviu sua avó gritar: “Eu escutei ela me xingando de desgraçado. Pensei que devia fazer algo. Tive a ideia de enforcá-la. Fui até o banheiro onde ela escovava os dentes e quando terminei (enforçar) bati a cabeça dela na parede. Depois esperei minha mãe chegar, pois não sabia o que faria. Estou arrependido”. Segundo relato pericial e testemunhal, após cometer o delito, P3 tomou banho para retirar o sangue, foi ao encontro de seu tio na rua e fumou um cigarro. Inicialmente disse que alguém havia entrado na casa e matado sua avó, contudo confessou o crime posteriormente.

P3 encontrava-se cumprindo medida de segurança na modalidade de tratamento ambulatorial. Constava em seu prontuário informações que sofrera abuso sexual durante uma de suas quatro internações. Seu crime é incurso no art. 121, §§ 2º, II, IV e VI e 7º, II CP. O relatório médico para laudo de insanidade mental aponta F-19, F-20.0 e F-31.2 conforme a

décima classificação da Organização Mundial de Saúde (CID-10). Relatório médico do CAPS VIDA informava que P3 não estava fazendo o acompanhamento psicológico direito e ainda se referia à ideação homicida com relação à irmã. Quanto ao medicamento prescrito, usava Haldol Decanoato<sup>®</sup>, duas ampolas ao mês, escitalopram, clonazepam, olanzapina e fluoxetina.

P4, 28 anos, solteiro, sexo masculino, pedreiro, ensino fundamental incompleto (7<sup>a</sup> série), diagnóstico de esquizofrenia e acusado de tentar matar três pessoas numa igreja. Encontrava-se cumprindo medida de segurança em uma comunidade terapêutica no município de Abadia de Goiás, onde respondia pela tentativa de homicídio. Os pais eram separados e desde os seus 13 anos foi morar com o pai. Deixou de estudar e, dada a ausência paterna, se envolveu com meninos na rua, ocasião em que começou a usar drogas, iniciando com cigarro, passando para maconha, evoluindo para o crack, cocaína e LSD. Fumava em média 10 (dez) baseados por dia. Posteriormente, relatou ter deixado o crack e continuado com as demais drogas. Em 2017 foi preso por desacato a um policial e, posteriormente, encaminhado para uma clínica para tratamento, na cidade de Catalão, no interior do estado. Lá permaneceu por 10(dez) meses e depois retornou à casa do pai.

No que diz respeito às tentativas de homicídio, constava no laudo de insanidade mental que no dia 02/12/2018, P4 “escutou a voz do Chorão” (da banda de música Charlie Brown Jr) xingando-o de fraco e covarde por não se vingar da decisão da Igreja Jesus Cristo dos Últimos Dias (Mórmons) em não o batizar. Munido de duas facas, adentrou a igreja e iniciou o esfaqueamento das pessoas, sendo preso em flagrante. Em relação a este fato, o participante relatou ainda se sentir perturbado e às vezes raiva, pois queria fazer parte da religião, uma vez que gostaria de mudar o seu modo de viver e os membros da igreja não foram à sua casa, apesar das promessas.

P4 informou que quando sair da clínica deverá ir morar com o pai com quem tem maior afinidade, embora descrevesse a mãe como excelente pessoa. Expressou desejo de ter vida



normal, estudar, trabalhar e constituir família. Encontrava-se internado e medicado, mas relatou acreditar que os remédios não lhe façam diferença e que não são realmente necessários para sua condição de ‘esquizofrênico’. Relatou também não escutar mais as vozes. Quanto a voltar para a igreja, diz que não o fará, pois teme ser discriminado pelos seus membros. No momento da coleta de dados P4 fazia uso de Haldol Decanoato<sup>®</sup>, duas ampolas ao mês.

### *Ambientes e Materiais*

O presente estudo foi desenvolvido em cinco ambientes: a) uma sala de uma instituição pública que administrava o programa de atenção integral ao louco infrator (Programa de Assistência Integral ao Louco Infrator, PAILI)<sup>11</sup>; b) sala de perícias do Tribunal de Justiça (TJ); c) sala e pátio de uma comunidade terapêutica para dependente químico; d) sala de jantar de uma residência; e) sala do centro de atenção psicossocial (CAPS). Os ambientes se encontravam devidamente arejados e foram equipados para a coleta de dados com uma câmera de um celular de modo a possibilitar o registro em vídeo e som de todos os comportamentos verbais e não verbais dos participantes. O celular foi colocado atrás da pesquisadora e de frente para os participantes.

Foi utilizado o Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE (Anexo, 1). Outros instrumentos usados para a coleta de dados foram a entrevista de avaliação funcional, de O’Neill et al. (1997) e traduzida e adaptada por Oliveira e Britto (2011) e folha de registro (Anexos 3 e 4).

### *Procedimento*

---

<sup>11</sup> O PAILI trata-se de uma iniciativa inédita no Brasil que busca oferecer assistência e tratamento adequado e humanizado aos doentes mentais infratores. Sua criação se deu a partir de uma parceria que envolveu a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Secretaria Estadual de Justiça do Estado de Goiás, Ministério Público Estadual, o Tribunal de Justiça do Estado e as secretarias municipais que aderiram à proposta de um Programa de Assistência Integral, cujo objetivo era acolher a demanda judicial dos casos do louco infrator, procedendo com avaliação jurídica, clínica e psicossocial.

O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da PUC Goiás e obteve sua aprovação sob o nº 15836619.40000.0037, parecer nº 3.774.801. A pesquisadora entrou em contato com o PAILI, oportunidade que explicou os objetivos da pesquisa, obtendo o aceite da instituição e o acesso aos prontuários. Para a seleção dos participantes foram examinados cerca de 750 prontuários, separando os que indicavam o diagnóstico de esquizofrenia. Em seguida, aplicou uma segunda seleção onde foram separados os que haviam cometido crimes como homicídio. Por fim, foram selecionados aqueles que moravam em Goiânia ou em suas adjacências.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: a) idade acima de 18 anos; b) apresentar diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia; c) estar cumprindo medida de segurança; d) apresentar comportamento verbal, nesta pesquisa definidos como comportamentos inapropriados como delirar, alucinar e ausência de emoções. Os critérios de exclusão: a) não ter crime doloso contra a vida. Desse modo, o contato com os participantes foi estabelecido via mediação dos profissionais que prestavam serviços ao PAILI. Naquele momento foi explicado que a pesquisadora estava buscando pessoas para participar de sua pesquisa a nível de doutorado e perguntou a eles se ela poderia contar com o seu apoio e colaboração.

#### *I - Avaliação funcional indireta por meio de entrevista*

Com a finalidade de obter maiores informações sobre os comportamentos-alvo dos participantes foi aplicada a entrevista de avaliação funcional de O'Neill et al. (1997), traduzida e adaptada por Oliveira e Britto (2011). A entrevista (Anexo 3) foi aplicada à equipe de profissionais do PAILI como psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeira e atendentes. Também responderam a entrevista familiares e os próprios participantes.

A finalidade da entrevista era identificar os problemas comportamentais e as consequências produzidas em distintos momentos dentro da história de vida dos participantes,

tais como: os eventos ambientais que desencadeavam suas respostas; se na presença ou na ausência de determinada atividade ou pessoa; os eventos que desencadeavam os comportamentos inapropriados; como seus comportamentos eram afetados; as atividades que os participantes gostavam etc.

As entrevistas foram aplicadas individualmente, isto é, entre a pesquisadora e cada profissional ou familiar que convivia diretamente com os participantes, além dele mesmo. Esclareceu-se aos profissionais, familiares e aos participantes que a função da entrevista era: coletar informações sobre a funcionalidade dos comportamentos-alvo, isto é, identificar eventos controladores e mantenedores de comportamentos indicativos de delírios, alucinações discurso ou comportamento desorganizado, expressão emocional diminuída, comportamentos estes que compõem os critérios diagnóstico de esquizofrenia, bem como aqueles que justificaram o cumprimento de medidas de segurança.

Foram investigados: (a) os tipos de comportamentos ou relatos indicativos dos critérios diagnósticos de esquizofrenia, sua frequência e duração; (b) o que afetava tais comportamentos; (c) outros dados sobre a história destes comportamentos; d) como se buscou controlá-los, por quanto tempo esses comportamentos estavam sendo um problema ao participante e ao seu ambiente social. As entrevistas de avaliação funcional tiveram duração que variaram entre 50 minutos e uma hora, cada. Todas as entrevistas foram registradas em vídeo ou áudio. Ao final das entrevistas, a pesquisadora agradecia aos entrevistados pela contribuição.

A fim de melhor compreender o contexto geral de esquizofrênicos e sua relação com crimes de homicídio, além dos relatos dos profissionais de saúde e de familiares que conviveram com os participantes durante as emissões de seus comportamentos compatíveis com diagnósticos de esquizofrenia, foram realizados registros de autograções em áudio de um perito criminal, bem como os registros de autograções em áudio de profissionais da justiça que tenham atuado em processos criminais envolvendo pessoas com esse perfil. Desse

modo, foram mantidos contatos com um promotor de justiça, um juiz de direito e um advogado. Também, em função das restrições impostas pela pandemia da COVID-19, optou-se pelo registro de dados via ligação telefônica e em áudios de um celular sobre as rotinas dos participantes durante a vigência da pandemia.

Ainda como método de coleta de dados por meio de observação indireta, utilizou-se de análise dos laudos técnicos periciais, relatórios das comunidades terapêuticas e, laudos e relatórios médicos do PAILI para a Vara de Execução Penal. Em média foram 26 horas de observação por participante, sendo esse valor variável para mais e para menos conforme demonstra a Tabela 1.

Tabela 1  
Entrevista com a) familiares, b) profissionais, c) participantes e os laudos médicos e processos criminais

Participantes	Entrevista a	Entrevista b	Entrevista c	Laudo médico	Proc criminais	Total
P1	0	5h	12h	9h	4h	30h
P2	3h	3h	7h	3h	3h	19h
P3	5h	3h	9h	7h	4h	28h
P4	4h	4h	7h	6h	5h	26h

## *II - Avaliação funcional por observação direta*

A avaliação funcional por meio de observações diretas envolveu a coleta de dados sobre os comportamentos dos participantes em várias sessões de observação no PAILI, na CT ou nas residências dos participantes. No que diz respeito às descrições dos comportamentos dos participantes, estes foram registrados de modo cursivo em diferentes momentos de suas rotinas, seja no consultório do PAILI, seja em suas interações com as equipes profissionais ou em suas residências com familiares. Foram registrados os relatos verbais (e.g., eu ouvia a voz falar comigo, se não estivesse usando drogas eu não teria feito o que fiz) e os comportamentos não verbais (e.g., bater ou balançar os pés incessantemente, piscar os olhos ininterruptamente, manter as mãos entrelaçadas e em movimento) dos participantes. Os comportamentos emitidos pelos participantes eram registrados durante as observações com o uso da folha de registro.

Foram registrados os seguintes momentos: a) na presença da pesquisadora em uma sala da comunidade terapêutica onde se encontrava P1; b) no pátio da comunidade terapêutica onde se encontravam P1 e P4; c) na presença do enfermeiro, funcionários e outros pacientes da comunidade terapêutica com P1; d) na presença do médico psiquiatra e enfermeiro do PAILI durante perícia realizada na Junta Médica do Estado de Goiás com P1; e) na presença da psicóloga e assistente social no CAPS, onde se encontrava P2; f) na presença da enfermeira do PAILI na casa de P2; g) no pátio do CAPS na presença de P2 e outros pacientes; h) na presença da mãe e da psiquiatra em uma das salas do PAILI com P3; i) na presença de uma psiquiatra do PAILI e da mãe na casa de P3; j) na presença da mãe na antessala de espera do PAILI com P3; k) na presença de uma funcionária e enfermeiro do PAILI em uma sala de uma comunidade terapêutica com P4; l) na presença do enfermeiro do PAILI com P4 no jardim da comunidade terapêutica; m) na casa de P4. Nas tabelas abaixo estão apresentados os momentos registrados e as descrições das topografias dos comportamentos dos participantes em cada momento registrado. Na Tabela 2 estão apresentados os momentos registrados e as descrições das topografias dos comportamentos de cada situação observada para P1.

Tabela 2  
Dados da avaliação direta de P1

Momentos registrados	Descrição das topografias dos comportamentos
Na presença da pesquisadora na sala da comunidade terapêutica	P1 usava camiseta, bermuda, chinelos e encontrava-se suado e suas roupas com mal cheiro. Sentou-se no sofá e apoiava os cotovelos sobre os joelhos, entrelaçando as mãos. Relatou detalhes da morte da mãe alterando expressões faciais, fazia gestos com os braços e as mãos ao relatar como as vozes “puseram o TOC” nele. Apresentava certa dificuldade para falar (fala enrolada). Relatou que era usuário de drogas e que a dependência se deu em função das vozes que lhe ordenavam o uso de substâncias. Dizia ficar irritado quando escutava as vozes, o que permanecia em menor frequência, embora medicado e sob acompanhamento terapêutico. Relatou que se fizesse algo errado era forçado a tomar remédio e ficava uns dias bom, voltando a ouvir as vozes depois. Por fim, dizia estar internado há 11 anos, pois a família não o aceitava por ter matado a mãe e não o acompanhava em nada, exceto um tio idoso que morava em Americana-SP, que de vez em quando vinha ao seu encontro. Permaneceu sentado o tempo todo, permanecendo impassível e não demonstrou emoção. Duração 21:53 min
No pátio da comunidade terapêutica	P1 se aproximou da pesquisadora alegando “estar ouvindo vozes” e que queria sair da comunidade, morar sozinho e trabalhar pra se manter. Questionado sobre como o faria, alegou saber fazer origamis, cestas de

frutas com jornais e ainda pulseiras e que se vendesse umas dez pulseiras a R\$ 5,00, rapidamente concluiu que por dia, ganharia R\$50,00”. Em seguida começou a falar sobre o adestrar gaviões assim como havia visto num filme que para treinar um gavião era necessário muito estudo e isso não era pra ele, mas que o problema maior era o gavião não gostar dele, pois o TOC era o protetor do gavião e, se aquele não gostasse de sua pessoa, este viria até ele colocaria TOC nele. Questionado sobre de quem ouvia vozes, respondeu que não era uma voz específica sendo às vezes “vozes de mulher, homem e até mesmo meninos” e que as vozes o comandavam com mandos de agredir, matar a outras pessoas e tomar banho até se machucar. Um enfermeiro aproximou-se e P1 alegou “estar ouvindo vozes”. O enfermeiro apenas disse que ele ficaria bem e havia trazido os medicamentos necessários. P1 verbalizou ainda que gostaria de ser internado no Bатуíra. Duração: 20 min.

Na presença do enfermeiro, funcionários e sete pacientes no pátio da CT

P1 se apresenta vestindo camiseta, bermuda e chinelos e mal cheiro. Senta-se à mesa ao lado, aguardava sua vez de falar. P1 olha em direção ao par que está falando, olha em direção ao enfermeiro com expressão de distanciamento e boca semiaberta, pois a rotina é a de ouvir os pacientes. O enfermeiro brinca com P1 dizendo que a ele não se pode perguntar o que quer pois senão ele pede uma cesta cheia de chocolates DIET (P1 é diabético), dizendo que ele pedia muita coisa ao que P1 responde sorrindo. O enfermeiro avisou sobre nova perícia para possível extinção da medida de segurança e/ou acompanhamento ambulatorial. Avisou ainda sobre a situação das casas de pacientes. P1 sentado com os braços apoiados na mesa e mãos entrelaçadas reagiu dizendo que ia perguntar exatamente sobre isso. Enquanto escuta, mantém o olhar fixo e atento, passando a mão direita sobre o cotovelo esquerdo fazendo movimentos circulares repetidamente. Um funcionário entra na conversa e P1 se ajeita no banco posicionando-se frente a frente a ele. P1 faz menção de falar alguma coisa, mas se cala olhando para os lados. A pesquisadora o ajuda dizendo que ele pode falar e então P1 ri e pergunta sobre a saíndinha do Natal. Com fala baixa e ininteligível (...) algo como para passar o Natal com o tio. O enfermeiro informou que o tio está doente e que possivelmente não irá aparecer. P1 se mantém de boca aberta, cruza os braços e sai para almoçar. Duração: 30 min.

Na presença do médico psiquiatra e enfermeiro, na Junta Médica do Estado

Durante perícia médica P1 se apresentou trajando calça jeans, camiseta polo branca e tênis. Sentou-se numa cadeira em frente ao médico com pernas entreabertas por onde deixava as mãos entrelaçadas apoiadas com o corpo levemente inclinado: esfregava as mãos, dedos, movimenta-se na cadeira e alguns minutos após, cessou os movimentos. Respondia as perguntas do médico com clareza e detalhes, inclusive com relação a datas. Narrou a morte da mãe tal qual constava em todas as versões dadas à polícia, à perícia, à esta pesquisadora, sempre com os mesmos detalhes e na mesma ordem. Referiu-se ao comando das vozes e ao TOC (transtorno obsessivo compulsivo) “por elas imposto”. O médico pergunta-lhe: “um pastor bom poderia curá-lo com um óleo ungido e você poderia deixar de usar os medicamentos, pois o óleo cura tudo?”. P1 responde afirmando que não acredita porque um médico falou para ele que ele tem esquizofrenia e que vai precisar de remédio pro resto da vida. Afirmou ainda que se sente bem com os medicamentos e que estes controlam as vozes e que não ouve vozes desde que um medicamento foi trocado há aproximadamente seis meses antes da data da perícia. Em seguida informou ao médico os medicamentos que estava tomando com suas respectivas dosagens e horários. A perícia foi encerrada. Duração: 21 min.

---

Na Tabela 3 estão apresentados os momentos registrados e as descrições das topografias dos comportamentos de cada situação observada para P2.

Tabela 3  
Dados da avaliação direta de P2

Momentos registrados	Descrição das topografias dos comportamentos
No CAPS aguardando ser atendida	P2 aguardava pelo atendimento psicológico para elaboração de plano terapêutico. Vestia saia, camiseta e sandálias. Apresentava-se muito magra, dentes podres ou faltando. Manteve-se sentada numa cadeira e olhava em direção a todos que passavam a sua frente. Piscava frequentemente franzindo a região do nariz e lábio superior. A pesquisadora lhe ofereceu bolachas que foram aceitas e consumidas. O irmão de P2 chegou ao local e nem a cumprimentou, passando por ela e indo ao encontro da enfermeira que a acompanhava. Duração 02:46 min.
Na presença da psicóloga e assistente social no CAPS	Sentada com braços apoiados na mesa e de frente para a psicóloga, tendo à sua esquerda a presença da assistente social. Solicitada a informar o porquê de ter ido ao CAPS, P2 responde que nem sabe na verdade. Informou que cometeu um crime há 11 anos atrás e que somente agora havia sido presa, momento que foi constatada a esquizofrenia e sentenciada a cumprir medida de segurança sob supervisão do PAILI. Psicóloga pede informações sobre P2 e a enfermeira informou que ela nunca teve vínculo familiar e que os filhos foram criados pela mãe. Indagada, P2 informou a idade dos filhos, confirmando que foi presa em razão de denúncia anônima, que ficou cinco meses na prisão; se mantém atenta, assentindo com a cabeça as informações. (...) sorriu ao relatar que morou com um velho que a ajudava, que gostava de cuidar dele; que seu pai tinha a mania de arranjar confusão e levar todo mundo pra delegacia e que tinha medo de o pai fazer com os filhos, pior do que fazia com ela e com a mãe. Questionada se quando matou o pai os filhos estavam morando com a avó na casa do irmão de P2, informou que sim; que tinha medo do pai fazer mal a ela e aos filhos, pois descobriu que “ele estava fazendo umas coisas lá e que começou a aparecer com uma coisa cheirosa na comida e eu fiquei dopadinha”. Questionada se ouvia vozes P2 nega e reafirma somente o cheiro da comida que acreditava estar envenenada. Disse que achou que fosse morrer, matou o pai e saiu andando no mato onde passou a noite. Questionada se alguma vez sentiu arrependimento ou se lembrava do que havia feito, responde que sim, que às vezes pensava no que tinha feito, mas que nunca chorou e nem deixou o arrependimento tomar conta. A psicóloga pergunta a P2 se era nervosa e essa confirma completando que hoje está mais controlada. Questionada se hoje tem alguma coisa que a deixa nervosa, responde que não gosta de sair na rua e ser encarada pelos homens. Relatou que morou um tempo na rua, numa construção abandonada e depois numa invasão. Foi informada das terapias que o CAPS dispõe. Foi inserida no grupo Lilás e questionada se sabia que lugar era aquele onde estava. P2 respondeu que sim, que estava no CAPS Novo Mundo, que já havia ido muito lá dormir durante o dia em 2016. Terminado o atendimento P2 ficou de retornar para as terapias todas as terças-feiras pela manhã. Duração 38:11min.
No pátio do CAPS aguardando atendimento.	Após atendimento para elaboração de plano terapêutico individual P2 dirigiu-se ao pátio do CAPS, enquanto esperava o motorista estacionar o carro. Um paciente se aproximou e tentou conversar com ela e a pesquisadora. Imediatamente, P2 afastou-se e se manteve distante até entrar no veículo. Duração: 02 min.
Na casa de P2 na presença da enfermeira do PAILI	P2 recebeu-nos no portão de sua casa e nos acompanhou até o interior que se encontrava limpo e organizado. P2 relatou que estava contente com o tratamento dentário, pois sentia-se até mais bonita. Questionada sobre a visita de familiares informou que suas irmãs a estavam auxiliando, inclusive uma delas levando alimento todos os dias.

Informou que já havia recebido visita dos filhos, mas que a filha ainda não a aceitava muito bem. Relatou estar realizando a limpeza da casa sozinha bem como estar tomando os medicamentos prescritos. Durante a sessão, P2 manteve-se sentada, mãos apoiadas nas pernas, fala de modo acelerado e de difícil compreensão em alguns momentos, porém sem diálogos desconexos, enquanto piscava os olhos constantemente. Afirmou não ouvir vozes e não mais sofrer com alucinações olfativas. Duração: 15 min.

Na Tabela 4 estão apresentados os momentos registrados e as descrições das topografias dos comportamentos de cada situação observada para P3.

Tabela 4  
Dados da avaliação direta de P3

Momentos registrados	Descrição das topografias dos comportamentos
Na presença da mãe na antessala de espera do PAILI	P3 apresentou-se em boas condições de higiene pessoal, trajando bermuda floral, camiseta listrada e chinelos, cabelos e unhas bem cortados, portando ainda uma “pochete” com seus documentos pessoais e exames clínicos. Sentou-se junto a sua mãe no sofá da antessala e ficou por aproximadamente 14 min aguardando a consulta. Manteve-se sentado com pernas cruzadas balançando-as ocasionalmente e mãos entrelaçadas sobre o abdome. Embora a TV estivesse ligada, P3 a ignorava e só a olhou uma vez. Conversou com sua mãe, tomou café e cumprimentou gentilmente os funcionários que por lá passaram. Manteve-se sentado com postura ereta. Duração: 15 min.
Durante a consulta psiquiátrica no PAILI	P3 sentado numa cadeira ao lado da mãe e de frente para a médica e mantinha os braços e pernas cruzados. A psiquiatra explicou o porquê da solicitação do encefalograma, pois “nos momentos de crise, ele revira os olhos (distonia), sente taquicardia, chora e tem pensamento ruins”. Em seguida ela pediu que ele explicasse como são os pensamentos ruins, se tem esses pensamentos só na crise ou se fora dela, questionando “se os pensamentos são como uma voz de comando ou se são desejos dele”. P3 respondeu com tom de voz natural que não sabia explicar e que “esses pensamentos não são só na crise”. Que nos momentos da crise os pensamentos ruins aparecem e que então ele buscava “focar em coisas boas para que passe a sensação do medo intenso nessas horas”. Sua mãe mostrou à psiquiatra um vídeo que gravou no momento de uma das crises. No vídeo P3 apareceu sentado na cama, relatou taquicardia, sudorese, tremores, respostas de medo e de falta de ar. Sua irmã o auxilia buscando tranquilizá-lo e dizendo para respirar fundo. As crises duram entre 5 e 10 minutos. Em seguida a psiquiatra explicou que solicitou o encefalograma supondo que P3 pudesse ter epilepsia, mas o exame deu normal e explicou que pelo vídeo as imagens “demonstram a possibilidade de distonia ocular, o que é muito comum com o uso do haldol e o que lhe chama atenção é o fato de as crises não serem próximas a aplicação do medicamento”. Explicou ainda que em razão da distonia, que causa um desconforto grande, P3 “tenha uma crise de pânico e por isso a presença de taquicardia, sudorese e tremores e que aumentará o remédio da ansiedade e diminuir o haldol”. Deverá ser observada a frequência



dessas crises anotando no calendário a quantidade e data das crises para relacionar com a presença de maior dosagem do haldol. Também foi questionado pela psiquiatra se outras vezes lhe ocorria pensamentos “sem sentido” e ele relatou que sim. Que às vezes pensava em se cortar. Ainda nessa semana “ouve” a voz da mãe dizer: “vou te pegar, vou te pegar” (...) A mãe confirmou que ele sempre passa mal quando vai a igreja e P3 relata que sente que tem uma dívida com Deus e relacionou essa dívida com a morte da avó. A psiquiatra relatou que a forma nas quais os pensamentos chegam a ele “são tipo de pensamentos intrusivos, fato comum em casos de TOC (transtorno obsessivo compulsivo)”. A mãe relatou que nunca havia mencionado, mas que “tudo começou” quando ele resolveu fazer o curso de comissário de bordo. P3 respondeu que logo na primeira aula recebeu uma mensagem no celular que dizia que ele havia sido aprovado no curso. Ele se sentiu estranho, “frustrado”. Depois de ficar na sala, saiu e pegou uma sacola cheia de lixo que acreditava estar com os materiais necessários para o curso. Entrou numa sala e de repente sentiu vontade de soltar “pum”. Abaixou-se e pegou na sacola um bom ar e então “ouve” a voz do professor mandando-o segurar o pum pois no avião teria que fazer isso. Depois foi para casa com a sacola, e recomendou que ninguém mexesse na sacola. Ao dormir a mãe foi ver o que tinha na sacola e verificou que era só lixo. P3 relata tudo o que tinha lá. Daí a mãe disse que no dia seguinte ele acordou desorientado e então se deu a primeira internação. Psiquiatra e a mãe falaram sobre a necessidade de fazer algum curso, alguma atividade física a fim de retomar a vida, ter uma ocupação, um trabalho e sobre a necessidade da terapia e regularidade das idas ao CAPS. Foram feitas as receitas dos medicamentos e marcada uma próxima visita na residência de P3. Durante a sessão, P3 respondia com tranquilidade as perguntas que lhe eram endereçadas. Duração 1:03 hora.

Na presença da psiquiatra do PAILI e da mãe na casa de P3

P3 recebeu-nos no portão da casa, acompanhando-nos ao interior enquanto sua mãe aguardava com café, bolos, biscoitos e pão de queijo. P3 estava de bermuda, camiseta e chinelos e apresentou-se tranquilo. Sua cachorra de pequeno porte permaneceu todo o tempo em seu colo enquanto ele a acariciava. A mãe informou que a mudança na medicação auxiliou no espaçamento das crises e que P3 estava fazendo o acompanhamento psicológico no CAPS. P3 relatou que se sente melhor, mas ainda sentia muita sonolência. Foi conversado sobre a necessidade de se incluir uma atividade esportiva e criar uma rotina de trabalho, ainda que meio período ou dias alternados, na empresa da mãe de P3 para que possa ir se integrando ao convívio social novamente. A mãe argumentou que P3 passa a maior parte do tempo dormindo no quarto. P3 esclareceu que não apresenta nenhum sintoma e que vai se esforçar para auxiliar no tratamento. Duração: 40 min.

Na presença da pesquisadora em uma sala do PAILI P3 apresentou-se com boa higiene pessoal, vestindo bermuda, camiseta e tênis. Relatou estar se sentindo bem, mas que tem dormido muito. Informou alterações nos medicamentos e consequente retirada do Haldol®. Disse que tem pedido muito a Deus para que lhe dê saúde, alegria, paz, amor, trabalho, enfim muitas coisas boas, pois acredita que Deus ouve as súplicas de todos, contudo, acredita que no fundo Deus não poderá livrá-lo das drogas, pois ainda gosta e tem vontade de usar. Disse que nesses pedidos Deus o libertou de algo, de umas coisas boas que ele gosta, mas que não sabe dizer se foi melhor ou pior e fez uma longa pausa. Relatou com detalhes o dia do crime e a maneira que matou sua avó, inclusive, fazendo alguns gestos para explicar. Manteve-se quase o tempo todo com os olhos voltados para o chão não olhando em direção a pesquisadora. Duração: 15 minutos.

Na Tabela 5 estão apresentados os momentos registrados e as descrições das topografias dos comportamentos de cada situação observada para P4.

Tabela 5  
Dados da avaliação direta de P4

Momentos registrados	Descrição das topografias dos comportamentos
Na presença de uma funcionária e enfermeiro do PAILI em uma sala de uma comunidade terapêutica	P4 vestia bermuda, chinelos, camiseta e estava limpo. Manteve-se o tempo todo de cabeça baixa, sem olhar nos olhos das pessoas presentes. Falava em tom de voz baixo e algumas vezes gaguejava. Os braços ficavam estendidos sobre as pernas com as mãos entrelaçadas. Limitou-se a responder as perguntas que lhe foram endereçadas de forma resumida. Duração: 40 min.
Na presença do enfermeiro, jardim da comunidade terapêutica	P4 cabisbaixo, sentado, pernas cruzadas e mãos sobre o abdome com os dedos entrelaçados. Ao ouvir do enfermeiro sobre a necessidade de tomar os medicamentos, olhou fixamente para o profissional piscando os olhos de modo ininterrupto chegando a uma frequência de 28 piscadas em 24 segundos. Ao ouvir falar sobre os medicamentos mudou de posição e com os pés apoiados no chão e mãos entre as pernas, mencionou que o Haldol® deixa a fala enrolada. Volta a cruzar as pernas e abaixa a cabeça. Apresentou certa lentidão ao falar sobre o programa estilo narcóticos anônimos na comunidade. Dissera estar melhorando. Em alguns momentos olha fixamente em direção aos olhos da pesquisadora. Duração: 03:50 min
Na presença da pesquisadora no pátio da comunidade terapêutica	Apresentou-se trajando camiseta, bermuda, chinelos e boné, manteve-se sentado em frente a pesquisadora olhando em direção a seus olhos, enquanto se mostrava inquieto batendo os pés no chão de forma ritmada por aproximadamente 1 minuto e 17 segundos, totalizando 153 batidas. Depois desse tempo parou de bater os pés. Relatou que sentia saudades de casa e quer ir embora, trabalhar, comprar uma moto e que estava internado há 1 ano e 3 meses. Questionou se será liberado em agosto de 2022, data em que completaria os três anos de medida de segurança. Reforçou que está fazendo tudo certo e que ninguém nunca chamou sua atenção lá e quando sair vai trabalhar, construir família e levar uma vida certa e de nunca mais voltar para um presídio ou para uma clínica. Afirmou que está fazendo terapia na comunidade terapêutica e que gosta da terapia, mas acredita que os medicamentos não lhe façam alguma diferença. P4

Em sua residência na presença da pesquisadora

limitou-se a responder as perguntas, respondendo aquelas que lhe interessava ou para justificar-se. Duração: 09:20 min

Apresentou-se com boa higiene pessoal, trajando bermuda, camiseta e chinelos. Sentou-se frente a frente à pesquisadora e diferentemente dos encontros anteriores mostrou-se falante e cooperativo. Fez questão de falar dos malefícios da droga e que não queria mais isso pra sua vida, pois a droga destruiu sua vida. Contudo, ao falar, foi incapaz de manter seu olhar fixo na pesquisadora. Olhava incessantemente para os lados e balançava as pernas com ambos os pés apoiados no chão. Somente manteve contato visual por 5s quando afirmou e depois repetiu que os pais gostavam muito dele e por isso não queria mais ficar longe deles. Contou sobre seus planos de revalidar a CNH, plantar mamoeiros na chácara e fazer um chiqueiro. Falou ainda que gosta de ganhar dinheiro. Relatou de forma espontânea o seu envolvimento com drogas e o abandono da escola logo após a separação dos pais. Questionado sobre os relatos da mãe sobre as duas internações anteriores e a ida súbita pra São Paulo sem levar nenhum pertence, respondeu que tinha muita vontade de conhecer a praia e que como não tinha nada decidiu ir embora. Morou em Santos numa pousada e quando o dinheiro acabou morou na rua e depois num albergue para pernoite destinado a pessoas em situação de rua. Depois de um tempo voltou para a casa do pai. Gaguejava muito ao relatar sua história e afirmou usar todas as drogas conforme a disponibilidade delas. Quando questionado sobre ouvir vozes afirmou “Eu escutei, escutava vozes. Igual a voz da banda de rock do Charlie Brown Jr. Sempre escutava muito as vozes deles.” ... “Uma vez eles me chamavam de covarde”. Contudo, insistiu em reafirmar que nunca mais quer perder a liberdade. Diferentemente dos demais encontros, relatou diferente motivação para a realização do crime. Não confirmou a história do batizado. Afirma ter ficado com raiva por causa de uma promessa de emprego não cumprida. Sentiu-se mais revoltado por se tratar de pessoas ricas. Afirmo não ter um alvo específico quando tentou matar as pessoas da igreja pois “são todos iguais. Prometeram me arrumar um emprego e não arrumaram. São todos ricos. São todos iguais”. Diz ser um “cara” muito religioso e mostra as tatuagens “Deus é fiel” e “Salmo 91”. Ao relatar o ocorrido gaguejava muito e olhava para os lados sendo incapaz de manter contato visual. Duração: 20 min.

### *III - Análise funcional experimental*

A metodologia de análise funcional foi empregada para testar os efeitos de eventos antecedentes e consequentes sobre os comportamentos de ouvir vozes (alucinar) dos participantes. Para essa finalidade estes eventos foram experimentalmente manipulados e seus efeitos no comportamento foram diretamente examinados. Essa metodologia é caracterizada como experimental no sentido de que a análise funcional permite um teste direto de hipóteses, além de identificar relações causais. Neste sentido, as variáveis manipuladas foram identificadas com base nas variáveis contextuais aferidas durante os dois métodos preliminares, o de avaliação indireta por meio de entrevistas e da observação direta dos comportamentos dos

participantes em diferentes momentos de suas rotinas, seja no PAILI, no CAPS Vida ou em suas residências.

Nas sessões de observação indireta e direta ficaram evidenciados que ambientes psiquiátrico, comunitário ou familiar de custódia podem ser caracterizados como ambientes poucos flexíveis, quais sejam escassez de interações sociais, carência de reforçadores e imposições de afazeres domésticos, e o que possivelmente aumentaria a efetividade reforçadora da atenção social (OE) como evento consequente e a probabilidade de o participante tatear sensações de que estava “ouvindo vozes” ou “sentindo cheiro de veneno”, sendo manipulada na condição de atenção. Para a condição de demanda, a instrução para escrever uma carta para o parente morto (OE) possivelmente estabeleceria a efetividade reforçadora da retirada da tarefa como forma de reforçamento negativo. Na condição sozinho a ausência da presença da pesquisadora (AO) reduziria a efetividade da atenção social como estímulo reforçador. Na condição de controle presença de chocolates, livros, revistas sobre crimes, bolachas e um celular que exibia um filme de ação, provavelmente funcionaria como estímulos reforçadores tendo em vista a obtenção de informações junto à familiares ou cuidadores, bem como verificado nas seções de observação direta.

Neste sentido, foram programadas quatro condições principais: *atenção*, *demanda*, *sozinho* e *controle* (Iwata et al., 1982/1994). A condição de atenção foi subdividida em mais três subcondições. Desse modo, foram manipuladas seis condições experimentais: (1) *atenção-ouvir vozes* (P1, P3 e P4) ou *atenção-sentir cheiro* (P2); (2) *atenção-inversão*; (3) *atenção-fixar os olhos*; (4) *demanda*; (5) *sozinho* e (6) *controle*. Todas as condições foram aplicadas na ordem acima. Finalizada a etapa da aplicação, todas elas foram replicadas em ordem inversa. Para o controle experimental dos procedimentos as condições foram alternadas no delineamento de múltiplos elementos.

As sessões da análise funcional foram manipuladas em dois ambientes distintos. Uma sala cedida pelo PAILI e outra na residência do participante. Ambas as salas funcionaram como salas experimentais. A sala do PAILI era composta por um armário, três mesas e três cadeiras, sendo duas mesas com computadores e alguns prontuários e uma mesa sem nada em cima. A sala da residência continha uma mesa e duas cadeiras.

Procedeu-se com o arranjo das salas, a testagem do áudio e da câmera do celular para os registros das sessões experimentais. O aparelho celular foi colocado em cima de um armário localizado à direita da pesquisadora para o registro da sessão de modo que o participante (P1 e P4) não tivesse acesso direto a ele. Para P2 e P3 o celular foi adaptado próximo à janela. Para a condição de controle foi disponibilizado sobre a mesa comestíveis como chocolates, bolachas e outras guloseimas, além de revistas da mídia tradicional: Veja, Caras, Aeroin, Playboy, Casa e Jardim.

As seis condições foram aplicadas como descritas na literatura (Iwata et al., 1982/1994). Após a aplicação, todas foram replicadas em ordem inversa. Somou-se então 12 sessões para cada participante, um total de 48 sessões do presente estudo. A duração das sessões variou de três a cinco minutos, sendo manipuladas uma após a outra com intervalos de três minutos. As sessões da aplicação e da replicação foram registradas em áudio e vídeo.

Um a um, os quatro participantes foram conduzidos à sala experimental pela pesquisadora e convidados a sentar-se em uma cadeira posicionada de frente a uma mesa, enquanto a pesquisadora se sentava do outro lado, ficando frente a frente ao participante. Houve algumas alterações apenas para P2 (condição atenção-sentir cheiro). O modo pelo qual se procedeu para manipular as condições e subcondições da análise funcional experimental está descrito a seguir.

#### *1- Condição de atenção:*

1.1 *Atenção, ouvir-vozes*. A pesquisadora iniciou a sessão e colocou o participante na contingência “no nosso último encontro você falou que ouvia vozes”. Em seguida, retirou a atenção, não olhou para o participante enquanto simulava ajeitar a roupa em seu corpo. Contingente a verbalização (e.g., *eu ouço todo dia, não sai da minha cabeça não*) a atenção social era disponibilizada “então você ouvia vozes”. Para P2, “então você sentia cheiro?” contingente a (e.g., *ele tava, tava há muito tempo colocando alguma coisa na comida, cheiro muito esquisito*).

1.2 *Atenção, inversão*. A sessão foi iniciada com a pergunta da pesquisadora “sua mãe/avó/membros da igreja ouvia/am vozes?” (P1, P3 e P4) e “seu pai sentia cheiro?” (P2). A pesquisadora se mantinha com expressão facial séria, olhar direcionado para a mesa e simulava escrever a fala do participante (e.g., *aí eu pensava que ela estava sentindo a mesma coisa; eu pensava que a gente era... que a gente se dava muito bem. Eu me arrependo um pouco também do que eu fiz*).

1.3. *Atenção-fixar os olhos*. A sessão iniciada, pesquisadora e participante interagiam verbalmente. Enquanto interagiam, a pesquisadora com a cabeça erguida, expressão facial séria, enquanto fixava os olhos nos olhos do participante como se fosse medir o diâmetro de sua pupila.

- 2- *Condição de demanda*: Nesta condição a pesquisadora solicitou que o participante escrevesse um bilhete ou carta pedindo perdão ao parente falecido (pai/mãe/avó) ou às vítimas da tentativa de assassinato na igreja. Caso houvesse recusa a demanda seria repetida. Na replicação da demanda, manteve-se a demanda de escrever um bilhete ou carta, mas a autoria do bilhete era invertida (pai/mãe/avó).
- 3- *Condição de sozinho*. O participante permaneceu sozinho na sala experimental, ao ser informado pela pesquisadora que ela sairia e que retornaria dentro de cinco minutos.

4- *Condição de controle*. Foram disponibilizados em cima da mesa da sala revistas, chocolates e bolachas. A pesquisadora se dirigiu para um canto da sala e simulou responder uma mensagem no celular e não iniciou interações com os participantes e só respondia ao participante se solicitado.

Após o término das aplicações e replicações das sessões da análise funcional experimental foi feita a transcrição do material registrado em áudio e vídeo. O tipo de registro foi o Registro Cursivo. Desse modo, registrou-se todas as falas dos participantes contidas nos áudios e vídeos. As falas foram transcritas na sequência em que ocorreram durante as sessões daquelas fases. As falas que continham elementos compatíveis com as de delírios e alucinações foram coloridas de amarelo e as falas adaptadas ou apropriadas de vermelho. Todas as falas foram separadas por sentenças, independentemente do número de palavras que as compunham.

A Tabela 6 resume as sessões das condições aplicadas e replicadas com as respectivas manipulações.

Tabela 6  
Condições experimentais controladas pelo delineamento de múltiplos elementos

Condição	Sessão de aplicação	Sessão de replicação	Manipulação
Atenção – ouvir vozes ou sentir cheiro	1 <sup>a</sup>	12 <sup>a</sup>	Retinha-se a atenção como evento antecedente e a oferecia contingente ao relato “ouço vozes todos os dias”
Atenção – inversão	2 <sup>a</sup>	11 <sup>a</sup>	Retinha-se a atenção como evento antecedente e a oferecia com a pergunta se a vítima também ouvia vozes
Atenção – fixar os olhos	3 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>	Retinha-se a atenção como evento antecedente e fixava-se o olhar nos olhos do participante enquanto ele se expressava
Demanda – carta perdão	4 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	Solicitava-se que escrevesse um bilhete à vítima pedindo perdão, se recusasse a tarefa era suspendida
Sozinho	5 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	Contingência não social
Controle	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	Esquema denso de reforçadores

### *Análise dos dados*

A variável dependente do presente estudo, vocalizações ou falas emitidas pelos participantes com o diagnóstico de esquizofrenia, foi definida de acordo com Britto et al. (2010), de falas inapropriadas (FI). A FI foi considerada uma série de palavras em sequência ou sentenças que, inseridas no contexto verbal do participante, diziam respeito ao “sentir cheiro estranho” ou “ouvir vozes” de pessoas desconhecidas/inexistentes, de pessoas mortas, famosas e de políticos ou falas incompressíveis e sem nexo quando comparadas às práticas de uma comunidade verbal. Também não demonstrar emoções. Considerou-se os critérios diagnósticos do DSM-5. Se a fala fosse compatível com o contexto verbal era considerada apropriada (FA).

Na condição *atenção-ouvir vozes* eram registradas as FI dos participantes emitidas (a) antes da pesquisadora falar qualquer palavra, (b) após a pesquisadora dizer “então você ouvia vozes” ou (c) após a pesquisadora dizer qualquer palavra. Nas duas subcondições de atenção, *atenção-inversão* e *atenção-fixar os olhos*, qualquer FI que fosse emitida, seria registrada. Na condição ‘demanda’, seria registrada a FI emitida durante a execução da tarefa. E na condição sozinho e de controle qualquer FI, caso ocorresse, seria registrada.

Foi realizada uma análise da frequência das falas apropriadas e inapropriadas registradas nas folhas de registro. Posteriormente, foram comparadas as frequências das falas inapropriadas entre as quatro condições (atenção, demanda, controle e sozinho) e entre as duas categorias de verbalizações (apropriada e inapropriada).

#### *Cálculo do índice de concordância*

Durante a análise dos dados, contou-se com a colaboração de um profissional com experiência em observação para que fosse realizado o índice de concordância dos dados obtidos. Para o cálculo do índice foi utilizada a fórmula:  $[\text{Concordância} / (\text{Discordância} + \text{Concordância})] \times 100$ . Foram obtidos índices altos de concordância, tanto para as verbalizações apropriadas, FA (93%), quanto para as verbalizações inapropriadas, FI (89%).



## RESULTADOS

Os resultados do presente estudo estão dispostos no formato de tabelas e de figuras. Nas tabelas estão os dados das entrevistas de avaliação indireta com os participantes, com os familiares e profissionais de saúde em suas especificidades que atuavam diretamente com os participantes. Também tabelas com os diferentes medicamentos utilizados pelos participantes antes e durante a coleta de dados, registros cursivos dos relatos de peritos oficiais, profissionais do direito que atuaram em processos criminais envolvendo pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, inclusive o relato de um promotor de justiça. Em seguida, as tabelas com os resultados das observações diretas com as frequências e percentuais das FI e FA emitidas pelos participantes. Já os resultados das manipulações na análise funcional experimental de P1, P2, P3 e P4 serão apresentados no formato de figuras. Ainda uma figura com os 745 processos do PAILI referentes à execução de medida de segurança.

A Tabela 7 apresenta os dados da entrevista de P1 em relação aos antecedentes, respostas verbais e consequentes de seus comportamentos.

Tabela 7  
Relatos acerca de ouvir vozes fornecidos por P1

Antecedentes	Respostas verbais de P1	Consequentes
Presença de pintinhos (chácara)	Alimenta-os e derrama comida	Comida derramada fora do cocho
Comida espalhada no chão	“ouve a voz: cate a comida”	Comida de volta ao cocho
Falta cigarro há uma semana	“ouve a voz, não pode pedir”	Ficou sem o cigarro
Sobre a morte da sua mãe	“ouve a voz, mate a sua mãe	Mãe vai para hospital e morre
Ao ganhar roupas e cobertores	“voz ordena, devolva”	Material entregue à doadora
Como é “ouvir” a voz mandando você matar sua mãe?	Desvia o olhar, abaixa a cabeça e pede clozapina ao cuidador	O cuidador entrega-lhe Haldol Decanoato®

Os dados da Tabela 7 evidenciam que os relatos de P1 eram compatíveis com o critério de alucinações. Nota-se que P1 obedecia e justificava suas ações em funções das vozes que dizia ouvir.

As Tabela 8 e 9, a seguir, resumem os dados obtidos com as entrevistas dos familiares de P2 e P3.

Tabela 8  
Dados da entrevista e de familiares de P2

Antecedentes	Relato das irmãs	Consequentes
Família composta por 12 irmãos	P2 comportava-se de modo diferente	Não era reconhecida como uma pessoa, tal como os demais irmãos
Sempre residiu com os pais	Não obedecia, tampouco cumpria ordens	Inventava desculpas para sair de casa com frequência
Relacionamentos afetivos e duas gravidezes	Entregava os filhos aos seus pais	Filhos desconhecem quem são os pais biológicos
Tensão familiar e brigas constantes com o pai	O pai comportava-se com agressividade em relação a ela	Saía de casa, mas retornava
A mãe separa-se do pai e leva os netos	As brigas aumentaram em suas frequências	Viajou sem destino
O filho alerta sobre viverem em conflitos	Pedi a ela paciência para com o avô	Familiares não acreditavam em mudanças
O pai preparava as refeições	Telefona para o filho e diz que vai resolver do seu jeito	Os familiares relataram que ela estava ficando doída
Um dia ruim – sexta-feira 13	Sentiu cheiro de veneno e ficou “dopadinha”, quebrou garrafa e matou o pai com os cacos de vidro	Permaneceu foragida por 10 anos
Denúncia anônima	Foi presa	Cumprir medida de segurança

Na Tabela 8 fica evidenciado o comportamento diferenciado e irresponsável de P2 em relação aos demais irmãos. Além das constantes tensões do ambiente familiar e agressividade, havia uma clara inobservância no cumprimento de ordens por parte de P2.

Tabela 9  
Dados da entrevista e de familiares de P3

Antecedentes	Atitudes	Consequentes
Brigas entre os pais	Afasta-se e se isola	Permanecia no quarto
Mãe relata agressividade	Uso de roupas femininas; foge nu	Primeira internação
Abuso de drogas	Raspa a cabeça e os cílios	Segunda internação

Durante a internação	Trauma por estupro (enfermeiro)	Mudou-se para os EUA
Na casa do pai nos EUA	Sofrer por se sentir rejeitado em função da homossexualidade	O pai o expulsa de casa
Contraíu o HIV: prostituição	Viagem de volta ao Brasil	Problemas familiares com a avó
Tensões e conflitos familiares	“Voz diz que a avó é culpada”	Homicídio contra a avó
Após consumir o ato	Toma banho e fuma um cigarro	O vizinho aciona a polícia
PAILI, supervisão da MS	“Ouve vozes - vou te pegar” ...	Ideações suicidas

Assim como P2, P3 também experimenta um ambiente doméstico conflituoso durante a infância e adolescência. Verifica-se na Tabela 9 que inicialmente P3 opta por isolar-se e depois a reagir com agressividade e comportamentos desviantes como o uso de drogas e prostituição. Fatores estressores como o abuso sexual sofrido durante uma de suas internações e a contração do HIV no período de prostituição, reforçaram a necessidade de atenção bem como a rejeição sofrida. O aumento das tensões leva-o ao homicídio da avó, fato que o enche de culpa e ideações suicidas.

A Tabela 10 chama a atenção para as respostas verbais de P4 que mais adiante serão discutidas.

Tabela 10  
Dados da entrevista de P4

Antecedentes	Respostas verbais de P4	Consequentes
Sobre o porquê de estar ali	Silencia e bate os pés no chão	Após 153 batidas, 1min17seg parou
Na instituição há 15 meses	Quero sair daqui comprar uma moto e trabalhar de mototáxi	Cuidador: ele fica no canto dele
Sobre as aulas promovidas pelos narcóticos anônimos	Quando eu for embora pra minha casa eu não vou fumar nem beber	Cumpridor das demandas da instituição
Sobre a história em presídio e abuso de droga	Nunca arrumei problema, aqui ninguém me chama atenção	Cumpridor das medidas de segurança

A Tabela 11 resume os relatos dos participantes no momento do crime.

Tabela 11  
Registros dos relatos dos participantes no momento do crime

Participantes	Relato de P1	Tempo
P1	<p>“Eu tava no quintal de casa e depois de lavar os plastiquinho da maconha eu colocava fogo no vidro e comia a cinza. Eu tava fazendo toc, repetindo os trem pra num errá e eu sabia que se eu errasse alguma coisa tinha um trem pra mim pagá e eu fui cumê um coco quebrando a castanha dele jogando no chão. Não tinha comido a castanha, mas tava juntando lá. Aí minha mãe saiu pra fora da cozinha. Ela viu eu quebrando aquele trem lá e eu falei assim – uai acho que eu vou pará com esse trem aqui porque vai dar errado. Mas daí eu falei – ainda não comi uma castanha (...) aí a hora que foi a última que eu ia quebrar, já tinha desistido porque não tinha castanha, a tampinha do coquinho, voou e sumiu. Aí eu fui procurar e não achei. Aí as vozes veio alto – Se você matar sua mãe você sai disso! E eu sabia que tinha alguma coisa pra pagar no toc, sabe? Aí eu falei – ai ai vou ter que matar minha mãe. Aí eu fui pra pra cozinha, peguei, vi ela saindo do quarto pra sala, peguei o pé da mesa e dei uma paulada na cabeça dela, pus o pau no pé da mesa de novo e fui pro fundo do quintal esperar a polícia me matar. Aí ela começou a me chamar – P1, socorro! P1, o que que aconteceu? P1 me ajuda! P1 me socorre! A vizinha escutou e chamou o vizinho da frente. (...) Ele falou-P1 o que você fez? E falei: dei uma paulada na cabeça dela. Vizinho: Pode chamar a polícia? P1- Pode. Aí chegou a polícia, me algemou, perguntou cadê a droga, eu não tinha droga. Perguntou o que eu tava fumando e eu falei – cigarro. Polícia – cadê a bituca do cigarro? Eu falei, engoli. Ele me deu uma tapa na minha cabeça, me algemou e levou. Quando foi 10h da noite minha mãe morre no hospital”.</p>	10 min
P2	<p>“No dia anterior meu pai estava muito agressivo. Eu ia escovar os dentes e ele ia lá e apagava a luz. Tudo o que eu fazia, ele reclamava. Eu fazia comida pra ele, fazia tudo pra ele e ele reclamava. Falava que nada estava certo. Eu me sentia muito atribulada. Todo mundo saiu e ficou só eu e ele lá e eu tava... tava... eu achei que eu ia morrer. Porque tinha um negócio comigo que eu não podia mexer com água, que eu não podia sair no vento e... essas coisas assim. A comida estava com um cheiro muito esquisito. Não sei o que ele estava fazendo, mas parece que ele estava me dopando, parece... Eu senti que ficava dopada. Um cheiro esquisito, parecia um perfume bem forte. Eu ficava tentando fugir daquilo. No dia que aconteceu ele foi comprar pão e chegou reclamando que, que... pegou uma faca e botou bem assim [demonstra]. Eu vi a faca e pensei nos meus meninos e guardei. Ele falou: cadê a faca que estava aqui? Você pegou essa faca e enfiou no cu? Não sei mais o que... daí fiquei brava e falei: por que o senho tá falando esses palavrão aí? ... Eu não gosto de falar dessas coisas [não quis entrar em detalhes sobre o crime] ... peguei uma garrafa e bati nele. Ele caiu no chão. Eu liguei pra minha mãe. O meu irmão chegou e eu saí. Aí eu tinha um negócio comigo que eu não podia mexer com água, mas era 7.30h da manhã, eu liguei o chuveiro, me molhei todinha e não senti nada e falei: eu vou sair daqui, não vou ficar aqui não. Aí eu saí. Aí pronto. Nunca mais voltei”.</p>	8 Minutos

- |    |  |           |
|----|--|-----------|
| P3 | <p>Minha mãe passou o dinheiro para minha avó e minha avó passou o dinheiro para mim. Eu falei vó você tem um dinheiro para mim comprar um cigarro? Ela respondeu tenho. Vou te dar. Aí eu fui atravesssei a avenida, escutei uma voz falando: mata ela. Aí eu falei ai meu Deus misericórdia o que é que é isso? Aí eu fui fumando, fumando, mas nisso antes eu tinha visto uma estrela. Eu achei que essa estrela estava se aproximando de mim, tipo para mim pegar aí eu lembrei de um amigo meu que tinha feito uma brincadeira me enforcando, eu até caí e bati a cabeça no chão quando eu era criança. Aí eu falei vou fazer isso com ela essa brincadeira. Aí eu fui escutando as vozes: mata ela, mata ela, mata ela. Aí eu estava sentindo dor na minha cabeça e essa voz falando mata ela, mata ela. Aí eu pensei ai meu Deus, credo, mas alimentei essa voz. Terminei de fumar o cigarro e fui em direção a ela que estava no banheiro e peguei enforquei ela. Peguei no pescoço com as duas mãos. Aí eu vi que tinha passado de uma brincadeira né? Foi mais do que a brincadeira que eu queria ter feito. Aí eu acabei matando ela. Aí eu fiz outras coisas lá... enfiei a vassourinha do banheiro de lavar o vaso na boca dela e aí saiu uma coisa assim, tipo um pedaço de carne. Aí eu enfiei assim no ouvido dela, no olho dela. Aí eu comecei a dar murro nela, dar joelhada em cima dela porque eu queria que ela reagisse e não sabia mais o que fazer pra ela reagir. Aí eu fiquei com medo e falei: e agora? Agora ela não reage... ela ficou lá no banheiro jogada... joguei uma água no corpo, me enxuguei, tirei a camisa e coloquei no varal. Aí passou uns cinco minutos minha mãe e minha tia chegou. Não sabia o que eu falava e então falei que tinha entrado um homem lá e tinha machucado minha avó, minha mãe não acreditou e disse: mentira. Foi você!</p> | 9 minutos |
| P4 | <p>Eu lembro sim, mas não gosto de falar sobre isso não. Eu fiz meu currículo e entreguei esperando ser chamado pra trabalhar. Eles não me chamavam. Eu pensei: esse pessoal está me passando para trás. Eles são todos iguais. Esse pessoal me fez fazer currículo, trazer esses currículos aqui, prometeu fazer coisa e não fez nada pra mim, eles são todos iguais. Eu arrumei uma faca e fui lá e fiz o que fiz.</p>   | 5 minutos |

---

Os crimes cometidos por P1, P2, P3 e P4 foram relatados pelos participantes conforme demonstra a Tabela 11. É possível observar que P1 e P3 relatam com fluidez os detalhes e se mantiveram no local do crime sendo conduzidos à delegacia em seguida; P2 não traz detalhes do fato e afirma ter fugido logo após a chegada de seu irmão, ficando foragida por 10 anos; e, P4 não quis falar sobre o crime limitando-se a justificar sua ação. Foi detido por fiéis da igreja e em seguida preso em flagrante.

A Tabela 12 mostra considerações e justificativas dos familiares em função dos delitos cometidos por P2, P3 e P4. Familiares de P1 foram contatados, mas se recusaram a participar.

Tabela 12  
 Considerações e justificativas dos familiares em relação aos delitos dos participantes

Participantes	Considerações	Justificativas
P1	Não existem considerações familiares tendo em vista a negativa de participação da família responderem as perguntas. O participante encontra-se sem o contato com seus familiares há mais de 10 anos.	
P2	Pessoa desequilibrada, irresponsável, não cuidava da própria higiene. Preguiçosa, não criou os próprios filhos deixando-os com os avós. Não trabalhava e fora morar na rua, inclusive em prostíbulos. Falava coisas sem nexos, “bobeiras como desculpas pra fica à toa”. O pai notou comportamentos estranhos e comentou com um neto. Que o pai era conflituoso, agressivo e de personalidade forte e que o ambiente familiar era de muita briga. Que P2, depois de matar o pai, ligou pra mãe avisando e quando seu irmão chegou e a questionou sobre o fato, ela simplesmente confirmou dizendo “Está aí. Matei esse velho infeliz” e sumiu. Tiveram notícias de sua prisão. Após medidas de segurança, alugaram um barracão e os filhos não queriam aproximação. Os irmãos não a aceitam e não querem contato, ainda existe medo por parte deles e ela se encontrava morando sozinha, limpando sua casa e participando das atividades no CAPS, comparecendo nas datas para tomar a injeção de haldol.	Alegaram que P2 tinha problemas mentais e antes do crime levaram-na a uma instituição psiquiátrica. Laudo negativo para transtorno mental
P3	Início dos problemas na adolescência. Crises de pânico frequentes. Ambiente doméstico conflituoso e que P3 isolava-se para fugir das brigas de seus genitores. Aos 18 anos P3 passou a apresentar comportamento antissocial isolando-se sempre em seu quarto, usar drogas e a descuidar da higiene pessoal. Agitações quando solicitado a sair do quarto, passando então a usar roupas femininas e hostilizar a avó com maior frequência. Mencionou sobre o comportamento grosseiramente desorganizado no filho quando este decidiu fazer um curso de comissário de bordo e que encontrou em seu quarto uma mochila cheia de lixo a qual P3 havia recomendado expressamente para que ninguém mexesse. Que no dia seguinte a esse episódio, P3 acordou desorientado e então se deu a primeira internação. P3 só quer saber de dormir, dorme o dia todo e que não quer trabalhar apesar de ser bom no computador.	A mãe alegou que as drogas o conduziram a esquizofrenia. Teve quatro internações antes de matar a avó
P4	A mãe afirma que P4 era responsável e bom filho enquanto criança. Que sempre gostou de dinheiro e que começou a trabalhar muito cedo, com a idade de 7 anos, vendendo picolés. Que ao se separar do marido, P4, com 12 anos, foi morar com o pai. Informa que P4 só estudou até a 5ª série, embora ele sempre relate ter estudado até o 7º ano. Que o envolvimento do filho com drogas se deu após a separação. Relatou que P4 foi internado outras duas vezes sendo a primeira internação motivada por perceber que o filho se encontrava drogado e que “estava ajuntando pedras numa sacolinha de supermercado”. A segunda vez disse ter sido por agredir um policial. Que P4 sempre gostou mais do pai do que dela e que nunca aceitou a separação. Quanto aos fatos do crime, informa que no dia anterior P4 havia pedido R\$1.000,00 (mil reais), pois ia pra Brasília-DF em busca de trabalho. Ela achou estranho e não queria dar o dinheiro, mas como o dinheiro era dele e ela apenas guardava, entregou-lhe o dinheiro. No dia anterior, P4 passou o dia com uma mochila nas costas que, segundo a mãe, supostamente escondiam as facas compradas para a execução do crime. Na noite anterior ao fato encontrou-o na frente da geladeira bebendo três “Toddynho” e dando gargalhadas. Disse ter saído de sua casa em Itapuranga cedo e sem dar notícias, até que uma amiga de sua filha o viu na televisão informando o ocorrido e sendo detido em Aparecida de Goiânia. Duração: 15 minutos.	Alega que o filho era trabalhador e só percebeu o envolvimento com drogas na segunda internação após ter agredido um policial. Achou estranho o comportamento de P4 no dia anterior ao crime.

Na Tabela 13 constam os relatos dos profissionais que atuaram diretamente com os participantes da pesquisa.

Tabela 13

Registros cursivos dos relatos dos profissionais que atuaram diretamente com os participantes	
Participantes	Relatos
Cuidador e enfermeiro	P1 é tranquilo e se dá bem com todos. Realiza as atividades quando percebe que vai dar a crise, ele mesmo pede medicamento e vai pro quarto. Essa semana ele foi internado, mas foi por causa da diabete. Agora está bem e fizemos uma dieta especial, está controlado. Ele sente falta de visita, pois não recebe visita de nenhum familiar. Enfermeiro: já foi um paciente complicado. Antes era refratário a medicamento. Agressivo, mas hoje está bem e quando vai dar a crise ele já sabe e pede remédio ou então pede para trancá-lo no quarto. Uma vez a gente estava indo pra um exame e no carro ele ouviu vozes e disse que as vozes estavam falando pra ele me matar. Daí ele pediu para ser trancado no porta-malas do carro. Eu passei pro banco de trás e fui conversando com ele até ele se acalmar. Confesso que tive medo, mas deu tudo certo.
Enfermeira	P2 está bem. Fiz relatório dela esse mês. Falei com a irmã dela. Está em acompanhamento no CAPS Novo Mundo e fazendo uso de Haldol Decanoato®. Sem episódios de crise, mas reclama de ficar muito sozinha. A família e os filhos não querem contato. Só uma das irmãs tem visitado.
Psicóloga	A situação de P3 é difícil pois a mãe é a pessoa que mais dificulta o tratamento dele. Ela fala que ele dorme o dia todo, mas é uma pessoa super queixosa, nada pra ela resolve, ela não tem tempo, ela não pode levá-lo para tratamento, ela não pode acompanhar... Ele teve acompanhamento com psicólogo lá no CAPS, psicoterapia individual, mas acabou não fluindo por causa das faltas. Ela dizia que não podia levá-lo e que ele não se sentia seguro e nem confortável de ir sozinho de ônibus. Então é realmente uma situação desafiadora. Ele necessita de um acompanhamento terapêutico mais aproximado e nesse momento ele não está recebendo esse acompanhamento porque ele foi desvinculado do CAPS por não aderir ao projeto terapêutico individual e foi encaminhado para tratamento psiquiátrico ambulatorial, uma vez que ele estava fazendo do CAPS um ambulatório e eles não estavam aceitando essa situação. É bem complicado porque eu conversei com a mãe dele sobre a necessidade de fazer algum exercício, psicoterapia, mas você chega na casa dele ele está deitado, mas a mãe também. É uma dinâmica familiar bem adoecida.
Enfermeiro	Relatou que a motivação do crime de P4 foi a droga e não a doença. “Que ele ficou com raiva por não ter sido batizado e então resolveu revidar. Na verdade, não houve obediência a comando de voz... Ele ficou tramando o negócio. Ele confessou que usou droga pra encorajar, daí foi e comprou duas facas e foi. É bobo né... nem pra comprar dois revólveres...ri, não sabe nem planejar direito. Diz que agora está medicado e mais tranquilo, acabou o nervosismo, mas que ainda ouve vozes por causa da abstinência da droga. Tem que ver tudo isso porque tá em abstinência... (inaudível) um período maior..., mas esquizo(frênico) ele não foi nunca”. Acredita que ele é psicopata e que tem se comportado direito para sair logo da clínica e que existe grande possibilidade de ele voltar e terminar o que não conseguiu.

A Tabela 14 demonstra os relatos dos psicólogos e psiquiatras do PAILI e da Junta Médica do Estado de Goiás.

Tabela 14  
Relatos dos profissionais da Saúde e do PAILI sobre laudos e atendimentos a loucos infratores

Participantes	Relatos
Psicóloga, PAILI	Existem vários pontos positivos e vários desafios quando trabalhamos com o louco infrator. Podemos destacar como pontos positivos a oportunidade de cooperar na garantia dos direitos da pessoa com transtorno mental, ver a possibilidade de o tratamento ser realizado em liberdade, vivenciar a ressocialização experimentando desafios, enfim, possibilitar o efetivo cumprimento das disposições legais cooperando com o acolhimento e instrução dos pacientes e seus familiares. O grande desafio encontra-se nos entraves encontrados na rede de saúde mental bem como no preconceito para com o louco infrator por parte das pessoas que atuam dentro da própria rede. Existe ainda dificuldade na garantia da internação quando necessária. Atualmente, somente a Casa de Eurípedes não recusa pacientes do PAILI. Existem ações sendo discutidas para garantir o direito à internação. Outros dois pontos de grande dificuldade são a recusa da família em receber o paciente que cometeu o crime contra um familiar e, também a negativa de alguns pacientes em se tratar, sendo estes geralmente, os casos de dependência química. Duração: 5 minutos
Psiquiatra perito	Em Goiás a gente não aplica nenhuma escala, nenhum questionário padrão. O que que acontece... quando a gente está diante de um diagnóstico muito complicado, com muitas dúvidas e, especialmente, em diagnóstico de transtorno de personalidade, a gente encaminha para os psicólogos lá da junta médica e esses psicólogos aplicam alguns testes, mas eles não são específicos de imputabilidade. Um é o Rorschach, que é um teste projetivo para avaliar personalidade. Tem outros também, mas como não é da minha seara, não sei especificar. Mas não é rotina nossa solicitar esses testes até porque se a demanda fosse muito grande os psicólogos não dariam conta porque isso demanda muito tempo. Só pedimos quando a gente realmente se vê diante de uma dificuldade muito grande de um diagnóstico e aí a gente pede esse auxílio para eles... Eu sinto falta de uma padronização de conduta. Eu não sei se os questionários resolveriam, mas por exemplo a gente já discutiu isso algumas vezes entre nós, peritos, porque as escalas, os questionários são compostos de perguntas muito objetivas. Então se a pessoa tiver um mínimo de noção, instrução de um advogado, ele pode responder, estar falando como for mais adequado para ele, entende?... Realmente não conheço nenhum instrumento para avaliar especificamente capacidade de responsabilidade penal, mas os questionários que eu conheço para identificar transtornos, se a pessoa quiser dizer que sim, que ela ouve vozes, ela pode estar dando uma resposta para se... pra gerar um benefício para ela. É isso que a gente questiona, essa questão de questionários prontos, sabe que eu acho que fica mais fácil de enganar...O entrevistado, periciando, dar respostas convenientes. Agora depende do teste, por exemplo, o teste projetivo do Rorschach é interpretativo de figuras, então a pessoa pode até tentar fingir, mas vai ficar claro que está fingindo porque ela não sabe qual é a resposta adequada, não tem um padrão pronto de resposta. Só quem fez o curso é que sabe interpretar. Então acho que depende muito do questionário... do tipo de teste e do questionário. Eu acho sim que seria importante ter uma padronização de métodos, de conceitos de diagnósticos e tudo mais. Eu sempre senti falta, mas eu não descobri o caminho para fazer isso. Ainda não sei o caminho para fazer isso. Duração: 3,34 minutos
Psicólogo Perito	O exame da psicologia é um exame complementar ao exame psiquiátrico. O nosso ponto de partida é um formulário que os psiquiatras preenchem para nos dar um norte do que precisa que seja melhor investigado. No formulário tem os itens que a gente pode elencar lá que carecem de mais aprofundamento na avaliação e, também tem as hipóteses diagnósticas. A partir desses elementos preenchidos lá a gente direciona melhor o primeiro momento da avaliação psicológica que é a entrevista. É o primeiro instrumento de avaliação. Essa entrevista a gente já usa um roteiro baseado nesses sintomas que a gente está querendo investigar e é óbvio que à medida que a gente vai fazendo o exame clínico do paciente, se a gente vai observando outras coisas que não apareceram lá naquele formulário original, a gente



vai investigando também. Então a gente vai checando a partir do exame clínico que a gente faz por meio da entrevista, a gente vai checando os sintomas, essas características, e aí, quando a gente termina de fazer a entrevista, a gente já tem algumas hipóteses diagnósticas levantadas que podem ser as mesmas que os psiquiatras já tinham levantado ou às vezes aparecem algumas outras. É a partir dessas informações em que a gente determina quais são os testes psicológicos que a gente vai usar, por isso que não são sempre os mesmos testes que a gente usa nas avaliações. Cada avaliação que a gente faz tem esse momento inicial que a gente faz esse levantamento de dados, e a partir disso a gente vai estabelecer individualmente qual vai ser a bateria de testes daquela pessoa. Se a gente chega à conclusão de que o problema daquela pessoa está mais no rumo de alguma alteração no desenvolvimento mental, que a gente precisa entender melhor como é que funciona os processos cognitivos, inteligência da pessoa né... então a gente tem o WISC-III, WAIS-III ou WASE. Se a gente tem alguma dúvida em relação à alguma coisa relacionada à organicidade, tem o Neopsillio e tem uns testes gráficos que é uma que são ADT e Palográfico. Tem lá disponível também o PMK, mas que por ser um teste que tem aplicação muito longa e uma correção mais demorada a gente não usa com muita frequência. Quando precisa de uma avaliação de personalidade o Rorschach é o mais usado, mas também serve pra isso o TAP, o Palográfico... Como regra uma bateria de testes pra esses casos de insanidade mental vão ter pelo menos um teste que mede as habilidades cognitivas, um teste que mede a parte mais estrutural de formação de personalidade e um outro teste que mede a capacidade de controle de impulsos de autocontrole. Duração: 5 minutos

Nas Tabelas 15, 16, 17, 18 e 19, a seguir estão os medicamentos prescritos a P1, P2, P3 e P4. Nas Tabelas 15 e 16 é possível observar os medicamentos utilizados por P1 e sua refratariedade quanto aos mesmos. Verificou-se que além dos diferentes tipos de medicamento, quase sempre era utilizada dosagem máxima para os mesmos. Desde 2020 encontra-se estabilizado, ocorrendo raríssimas recaídas.

Tabela 15  
Medicamentos diários prescritos para P1 nos anos de 2013 a 2017

Classe e/ ou ação terapêutica	Princípio ativo	Manhã	Tarde	Noite	Mês/Ano
Antipsicótico	Clorpromazina 100mg	0	1	1	
Antipsicótico	Levomepromazina 25mg	0	0	1	
Antipsicótico	Neozine 100mg	0	0	1	
Antipsicótico	Neozine 25mg	1	0	0	
Antipsicótico	Haldol decanoato	2 ap.mes			
Antipsicótico	Haldol 5mg	1	1	2	abr./2113
Antipsicótico	Neozine 100mg	0	1	1	
Ansiolítico	Diazepan 10mg	1	1	1	
Anti-histamínicos	Fenergan 25mg	1	1	1	
Antipsicótico	Haldol 5mg	2	2	2	maio/2013
Antipsicótico	Neozine 100mg	0	0	1	
Ansiolítico	Diazepan 10mg	0	0	1	
Anti-histamínicos	Fenergan 25mg	1	1	1	
Antipsicótico	Haldol decanoato 75mg	2 ap mês.			

Neuroléptico,	Haloperidol 5mg	1	1	1	ago./2013
Anti-histamínicos	Prometazina 25mg	1	1	1	
Antipsicótico	Levomepromazina 100mg	0	1	1	
Anticonvulsivante	Carbamazepina 200mg	1	1	1	
Ansiolítico	Diazepan 10mg	0	0	1	
Barbitúrico	Fenobarbital 100mg	1	0	1	2015
Antipsicótico	Neozine 25mg	1	0	1	
Antipsicótico	Haldol 5mg	1	0	1	
Anti-histamínicos	Fenergan 25mg	1	0	1	
Antipsicótico	Olanzapina 10mg	1	0	0	
Antipsicótico	Haldol 5mg	2	0	2	ago./2015
Antipsicótico	Olanzapina 10mg	1	0	1	
Anticonvulsivante	Valproato de sódio	1	0	1	
Anti-inflamatório	Betametazona	0	1	1	
Antidepressivo	Pamelor 25mg	0	0	2	
Antipsicótico	Clorpromazina 100mg	1	1	2	
Anti-histamínicos	Fenergan 25mg	1	1	1	
Antipsicótico	Haldol 5mg	2	0	2	out./2016
Antipsicótico	Olanzapina 10mg	1	0	1	
Antipsicótico clássico	Clorpromazina 100mg	1	1	1	
Antidepressivo	Pamelor 25mg	0	0	2	
Anticonvulsivante	Carbamazepina 200mg	1	1	1	
Anti-histamínicos	Fenergan 25mg	1	1	1	
Ansiolítico e miolorrelaxante	Diazepan 10mg	0	0	1	
Antipsicótico	Haldol decanoato 75mg	2 ap.mês			
Anticonvulsivante	Valproato de sódio	1	0	1	
Antipsicótico	Olanzapina 10mg	1	0	1	jan./2017
Antipsicótico	Haldol 5mg	0	0	1	
Antipsicótico clássico	Clorpromazina 100mg	1	1	1	
Antipsicótico	Clozapina 100mg	1	1	1	
Antipsicótico	Olanzapina 5mg	1	0	1	abr./2017
Neuroléptico	Haldol 5mg	0	0	1	
Antipsicótico	Clorpromazina 100mg	1	1	1	
Antipsicótico	Clozapina 100mg	2	1	2	
Antipsicótico	Olanzapina 10mg	1	0	1	maio/2017
Antipsicótico	Haldol 5mg	0	0	1	
Antipsicótico clássico	Clorpromazina 100mg	1	1	1	
Antipsicótico	Clozapina 100mg	2	2	2	

Tabela 16  
Medicamentos diários prescritos para P1 desde dezembro de 2019 até o final da coleta de dados

Classe e/ ou ação terapêutica	Princípio ativo	Manhã	Tarde	Noite	Mês/Ano
Antipsicótico	Olanzapina 10mg	0	0	1	
Anti-histamínicos	Fenergan 25mg	1	0	1	
Antipsicótico	Clozapina 100mg	2	2	2	
Antipsicótico clássico	Clorpromaz. 100mg	2	2	2	dez./2019
Antipsicótico	Haldol 5mg	1	1	1	
Anti-histamínicos	Fenergan 25mg	1	1	1	
Antipsicótico	Olanzapina 5mg	1	1	1	
Antipsicótico	Clozapina 100mg	2	2	2	
Antipsicótico	Olanzapina 10mg	1	0	1	
Antipsicótico	Clorpromaz. 100mg	1	1	1	2020
Antipsicótico	Haldol 25mg	1	1	1	
Anticonvulsivante	Carbamazep. 200mg	1	1	1	
Antipsicótico	Clozapina 100mg	2	2	2	
Antipsicótico	Olanzapina 10mg	1	0	1	
Antidiabético	Metformina 850mg	1	0	1	

Tabela 17  
Medicamentos diários prescritos para P2 nos anos de 2019 a 2021

Classe e/ ou ação terapêutica	Princípio ativo	Manhã	Tarde	Noite	Mês/Ano
Antipsicótico	Haldol decanoato 75mg	1 ap.mês			
Anti-histamínicos	Fenergan 25mg				

Embora o crime de P2 houvesse ocorrido há mais 10 anos, foi presa e depois encaminhada ao PAILI somente no ano de 2019. P2 encontra-se estável e desde a data que passou a ser acompanhada pelo PAILI faz uso dos medicamentos apontados na Tabela 17.

Tabela 18  
Medicamentos diários prescritos para P3 nos anos de 2019 a 2021

Classe e/ ou ação terapêutica	Princípio ativo	Manhã	Tarde	Noite	Mês/Ano
Antidepressivo	Excitalopram 10mg	0	0	2	
Antipsicótico	Haldol decanoato 75mg	2 ap.mês			
Antidepressivo	Fluoxetina 20mg	1	0	0	
Anticonvulsivante	Clonazepan	2s/n			
Antipsicótico	Olanzapina 10mg	1	0	1	

Optou-se por trazer os dados de medicamentos de P3 utilizados no período de 2019 a 2021 por não apresentar alterações relevantes quanto aos demais anos de acompanhamento. Diferentemente de P1, P3 adaptou-se rapidamente ao tratamento farmacológico proposto. Além dos remédios constantes na Tabela 18, P3 faz uso do coquetel para tratamento do HIV.

Na Tabela 19 observou-se o medicamento prescrito para P4, que desde o início se adaptou não necessitando, portanto, nenhuma adequação.

Tabela 19  
Medicamentos diários prescritos para P4 nos anos de 2019 a 2021

Classe e/ ou ação terapêutica	Princípio ativo	Manhã	Tarde	Noite	Mês/Ano
Antipsicótico	Haldol decanoato 75mg	2 ap.mês			

Nas Tabelas 20 e 21 constam relatos de um promotor de justiça e de um advogado. Buscou-se ouvir profissionais do Direito que haviam trabalhado diretamente com casos que envolvessem a inimputabilidade por “doença” mental. Embora dois juízes fossem convidados a auxiliar com a presente pesquisa, nenhum deles deu retorno até a finalização da coleta de dados. Os dados trazidos nessas tabelas serão avaliados na discussão.

Tabela 20  
Registros dos relatos de um promotor de justiça que atuou no júri de esquizofrênicos

Como se procedem no julgamento de esquizofrênico no tribunal do júri

O grande problema é que a legislação é leniente com aqueles que são submetidos à medida de segurança. É cômodo para um réu que está sujeito a uma pena de 12 a 30 anos alegar ser portador de incapacidade para compreender o caráter ilícito do fato. Grande parte dos laudos, principalmente quando são laudos elaborados por psiquiatras contratados pela defesa, por vezes acabam alegando a tese da inimputabilidade momentânea ou da semi-imputabilidade. Os peritos governamentais orientam os promotores, pois temos os peritos do instituto de criminalística da polícia técnico-científica e, quando esse perito nos leva a compreender que o réu é realmente inimputável, o promotor é o primeiro a pugnar pela absolvição, pois não há por que aplicar pena a quem é inimputável. Há pessoas que embora sejam esquizofrênicas elas têm a capacidade de compreender o caráter ilícito do fato, tem a capacidade de se comportar de maneira diversa do que se comportou e a essas pessoas se impõem pena. Em um caso do tribunal do júri, muito embora o réu fosse aposentado pelo INSS por ser portador de esquizofrenia, ele compreendia que desfechar 6, 7, 8 facadas numa mulher era algo reprovável na legislação, tanto é que ele teve hígeidez mental para fugir, para esquivar da aplicação da pena, para tentar mentir no interrogatório policial e, no dia do júri, veio investido na condição de doido. Em síntese, o promotor no tribunal do júri está atento ao laudo técnico pericial, entretanto, há que se observar que o júri, que o conselho de sentença é o *peritum peritorium*, é o perito dos peritos e eles têm liberdade tanto para abraçar a perícia que é colacionada aos autos pela defesa, a que é colacionada pelo promotor, tanto quanto as alegações de cada uma das partes. Um promotor tem sempre um compromisso hígido, firme e cerrado para com a justiça (...). Se o réu precisa de tratamento, esta será a manifestação do promotor. Ele é promotor de justiça e não de acusação. O sistema adotado pela legislação brasileira foi o biopsicológico onde se considera inimputáveis os menores de 18 anos, aqueles que não tem a capacidade de entender o caráter ilícito do fato. O sistema é inteligente porque ele

compreende que aquele que tem um problema de saúde mental não está sujeito a uma pena, mas merece o tratamento do estado, seja ele ambulatorial ou internação. Dá para perceber que nem sempre a medida de segurança é internação e pode ser para tratar em casa mediante terapia medicamentosa. Outra coisa interessante é que dificilmente o real cumpre 3 anos pois de um em um ano a medida é revista, então as pessoas têm essa perspectiva de cometer um homicídio, um estupro, um crime grave e ficar só um ano. Outra coisa é quando o réu tem dinheiro como você pode ver o caso de um médico quem matou uma jornalista em São Paulo. Estas escolhem para ficar internadas em clínicas psiquiátricas que são verdadeiros spas. Então a tese da inimputabilidade por incapacidade de compreender e se determinar frente a um ilícito acaba sendo uma forma da defesa levar a não responsabilização penal do acusado. (...) devemos compreender que subterfúgio da defesa encontra eficiência, porque se escora em profissionais da psiquiatria inescrupulosos, que tecem laudos por encomenda. Se você pagar bem o médico psiquiatra te dá um laudo falando que é a pessoa é esquizofrênica ou que teve uma demência momentânea, ou que teve esquizofrenia, mas agora está controlado e por isso o juiz togado dá tanto valor para o laudo do perito oficial, pois é um perito descomprometido. Não é despreço a defesa, pois o que se espera de um advogado é que ele busque a mínima aflição para o seu cliente, mas o que se espera é que tudo se faça dentro do limite mínimo ético legal e dos critérios morais que se espera de todo o profissional. Como se vê que essa tese vem colando. Percebe-se uma vulgarização da utilização que acaba, muitas das vezes, levando pessoas que de fato são inimputáveis a serem colocadas dentro de um questionamento do laudo do perito porque a gente fica achando que todo mundo deseja ser inimputável ou semi-imputável e se livrar da pena. Nós profissionais do direito temos que cada dia mais nos aperfeiçoarmos com as nomenclaturas, com as proficiências, saber se esses laudos médicos são realmente científicos ou se passam por uma esfera valorativa daquele que elabora. Por que que existe incongruência de laudo? Por que um diz que é semi-imputável, outro diz que é imputável e o outro diz que é inimputável? O que se espera de uma ciência psiquiátrica, da psicologia é que ela possa ser mais assertiva, que possa haver mais critérios onde você pode identificar laudos que são na verdade, imprestáveis? Duração: 15 min.

Tabela 21

## Registros dos relatos de um advogado que atuou no júri de esquizofrênicos

## Como avalia as perícias e os laudos psiquiátricos

Eu tenho a dizer o seguinte: meu irmão é perito e ele já tem quase 30 anos de profissão e, eu com ele lá nas rodas entre os peritos, tenho percebido a importância que são os laudos para nós. Isso porque nós temos o Instituto de Criminalística altamente capacitado não só com equipamentos, mas com profissionais, e é muito bom, muito eficiente. Mas aí eu me preocupo bastante quando nós precisamos de laudos confeccionados pela junta médica do Estado, que é um braço do Poder Judiciário. Eu já me deparei com vários laudos e, inclusive hoje, eu estou com um caso em andamento em que nós apresentamos todo o histórico do nosso cliente e o juiz decretou a insanidade. Mas eu convidei a família aqui no escritório e disse que só faria sentido realizar esse exame se eles contratassem um psiquiatra assistente para acompanhar a realização porque eu não sou expert e não vou me aventurar nunca em minha vida em acompanhar isso daí. Eu não entendo da terminologia, dos códigos, do CID, nada disso daí, porque quando é confeccionado exclusivamente pelos profissionais lá, não é desmerecendo a capacidade deles não, longe disso daí, mas existe uma certa tendência. Quer ver? No ano de dois mil e... não, antes da pandemia, ano de 2018 ou 2019 o caso de uma jovem totalmente insana que desde a infância tem histórico psiquiátrico. A moça arrumou um namorado (olha o tanto que ela é despreparada) que a convenceu a levar droga para ele lá no presídio. A menina vai e pega lá umas 500g de cocaína e coloca na vagina e leva lá para ele. Daí ela foi presa. Eu entrei com o pedido de insanidade e apresentei todo o histórico que ela tinha. E aí o que que aconteceu? Eu pensei com o histórico que ela tem de acompanhamento, tudo certo, tudo bonitinho, vai dar tudo certo lá na junta. Sabe qual foi a conclusão do psiquiatra? Que ela não tinha nenhum transtorno. Que ela se vestia muito bem, que era uma boa menina, boa família, e tinha uma boa criação, que ela tinha a capacidade de conhecer o caráter do que ela estava fazendo. Aí eu já tinha um nome do doutor fulano de tal e eu o contratei e pedi que fizesse a leitura do laudo para mim. Ele refez o laudo, uma coisa brilhante e eu consegui agora, através do Tribunal de Justiça, a realização de um outro exame com o acompanhamento do assistente técnico. Então a gente preocupa muito. É muito séria essa questão do laudo. Eu concordo plenamente qual é a fala do meu colega quando disse e eu também já cheguei no Tribunal do Júri com laudo psiquiátrico de semi-imputabilidade e o promotor falou assim: “isso daqui não serve para nada não”. E os jurados são leigos... Eu tenho muito receio e acho extremamente importante a sua pesquisa, mas eu acredito que todo laudo deve ter um acompanhamento de um assistente porque a gente não sabe como estão sendo produzidos esses laudos e a gente não sabe qual é a tendência, qual a orientação que tem lá na junta médica. Não é desmerecendo o trabalho deles não. Só que isso é muito sério, muito sério mesmo. E me preocupa... Duração: 13 minutos.

Nas Tabelas 22, 23, 24 e 25 estão apresentados a frequência e o percentual de FA e FI emitidos por P1, P2, P3 e P4 nos momentos diretamente observados.

Tabela 22  
Frequência e percentual de FA e FI emitidos por P1 em diferentes ambientes

Situações observadas	FI	FA	Total
Na presença da pesquisadora na sala da CT	5 (35,31%)	8 (36,36%)	13 (36,11%)
Na presença da pesquisadora no pátio da CT	8 (57,14%)	9 (40,9%)	17 (47,2%)
Na presença do enfermeiro, funcionários e sete pacientes no pátio da CT	0 (0%)	1 (4,54%)	1 (2,7%)
Na presença do médico psiquiatra e enfermeiro na junta médica do Estado	1 (7,14%)	4 (18,18%)	5 (13,88%)
Total	14 (100%)	22 (100%)	36 (100%)

Os dados da Tabela 22 apontam que as FI ocorreram com maior frequência na presença da pesquisadora no pátio da CT, 57,14%, e em seguida na sala da CT: 35,31 %. Este percentual diminuiu para 7,14% na presença do médico psiquiatra e do enfermeiro durante realização de perícia médica. Quando na presença de funcionários e outros internos da CT não houve emissão de FI (0%). Já percentual de FA foi maior na presença da pesquisadora no pátio da CT, 40,9% e em seguida na sala da CT, 36,36 % e diminuiu na presença do psiquiatra e do enfermeiro, 18,18% durante realização de perícia médica e chegou a 4,54% quando na presença de funcionários e outros internos da CT.

Tabela 23  
Frequência e percentual de FA e FI emitidos por P2 em diferentes ambientes

Situações observadas	FI	FA	Total
Na antessala do CAPS aguardando atendimento	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Na presença da psicóloga e assistente social no CAPS	2 (100%)	22 (84,61%)	24 (85,71%)
No pátio do CAPS aguardando atendimento	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Na presença da enfermeira do PAILI na casa de P2	0 (0%)	4 (15,38%)	4 (14,28%)
Total	2 (100%)	26 (100%)	28 (100%)

Observa-se pelos dados da Tabela 23 que P2 emitiu 2 FI atingindo o percentual de 100% na presença da psicóloga e assistente social no CAPS. Nas demais situações observadas não houve emissão de FI. Quanto às FA o maior percentual observado foi de 84,61% também na presença da psicóloga e da assistente social no CAPS. Novas FA foram observadas quando na presença da enfermeira do PAILI durante acompanhamento domiciliar na casa de P2, verificando-se o percentual de 15,38%. Nas demais situações não houve emissão de FA.

Tabela 24  
Frequência e percentual de FA e FI emitidos por P3 em diferentes ambientes

Situações observadas	FI	FA	Total
Na antessala de espera do PAILI na presença da mãe	0 (0%)	1 (6,66 %)	1 (5,88%)
Durante consulta psiquiátrica no PAILI na presença da mãe	2 (100 %)	9 (60 %)	11 (64,7%)
Na presença da psiquiatra do PAILI e da mãe, na casa de P3	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Na presença da pesquisadora em uma sala do PAILI.	0 (%)	5 (33,33 %)	5 (29,41%)
Total	2 (100%)	15 (100%)	17 (100%)

A Tabela acima mostra os percentuais de FI e FA emitidos por P3. Observou-se que P3 emitiu apenas 2 FI durante consulta psiquiátrica no PAILI na presença da mãe, atingindo o percentual máximo de 100%, já que não houve emissão de FI nas demais situações. Quanto ao percentual de FA, o maior se deu naquela consulta, 60%. Em seguida, verificou-se o percentual de 33,33% na presença da pesquisadora em uma sala do PAILI e 6,66% quando na antessala de espera e na presença da mãe. Não houve emissão de FA quando na presença da psiquiatra do PAILI e da mãe, na casa de P3.

Tabela 25  
Frequência e percentual de FA e FI emitidos por P4 em diferentes ambientes

Situações observadas	FI	FA	Total
Na presença de uma funcionária da CT e do enfermeiro do PAILI em uma sala da CT	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Na presença do enfermeiro no jardim da CT	0 (0%)	2 (6,66 %)	2 (6,66%)
Na presença da pesquisadora no pátio da CT	0 (0%)	11 (36,66 %)	11 (36,66 %)
Na presença da pesquisadora na casa de P4	0 (0%)	17 (56,66 %)	17 (56,66 %)
Total	0 (0%)	30 (100%)	30 (100%)

Os dados da Tabela 25 apontam que P4 não emitiu FI nas situações observadas. Quanto às FA o maior percentual foi de 56,66% na presença da pesquisadora na casa de P4, quando P4 já estava em tratamento ambulatorial; 36,66% na presença da pesquisadora no pátio da CT e de 6,66% na presença do enfermeiro. Já na presença de uma funcionária da CT e do enfermeiro do PAILI, não houve emissão de FA, tampouco FI.

A Tabela 26 mostra as similaridades e disparidades nos crimes cometidos por P1, P2, P3 e P4.



Tabela 26  
 Similaridades e disparidades nos crimes

Participante	Vítima	Premeditação?	Arma	Uso/drogas	Ex. Toxicológico*	Mortes	S <sup>D</sup> Alucinação
P1	Mãe	Sim	Objeto contundente (pé da mesa de madeira)	Sim	Sem acesso	Sim	Sim
P2	Pai	Não	Objeto corto-contundente (garrafa de vidro)	Sim	Sem acesso	Sim	Sim
P3	Avó	Sim	Contundente (mãos)	Sim	Sem acesso	Sim	Sim
P4	Membros da igreja	Não	Perfurocortante (facas)	Sim	Sem acesso	Não	Sim

\*Os laudos de exame toxicológico não puderam ser acessados em razão de se encontrarem nos devidos processos e ausentes nos prontuários do PAILI. Consta no inquérito que P1 havia feito uso de maconha no dia do crime; P2 não foi realizado pois ficou foragida por quase 11 anos; P3 a mãe informou que o exame deu negativo e P4 não informa a realização do exame toxicológico o qual também não tivemos acesso, mas relata em diversos momentos que “se não fosse a droga eu não teria feito o que fiz” comprovando que estava sob efeito de drogas no momento do crime conforme observado nas fotos realizadas do flagrante delito e veiculadas na mídia.

Nas Figuras 1 e 2 estão as frequências de FI e FA emitidas por P1 nas seis condições da aplicação e as seis da replicação. As condições foram controladas pelo delineamento de múltiplas condições.

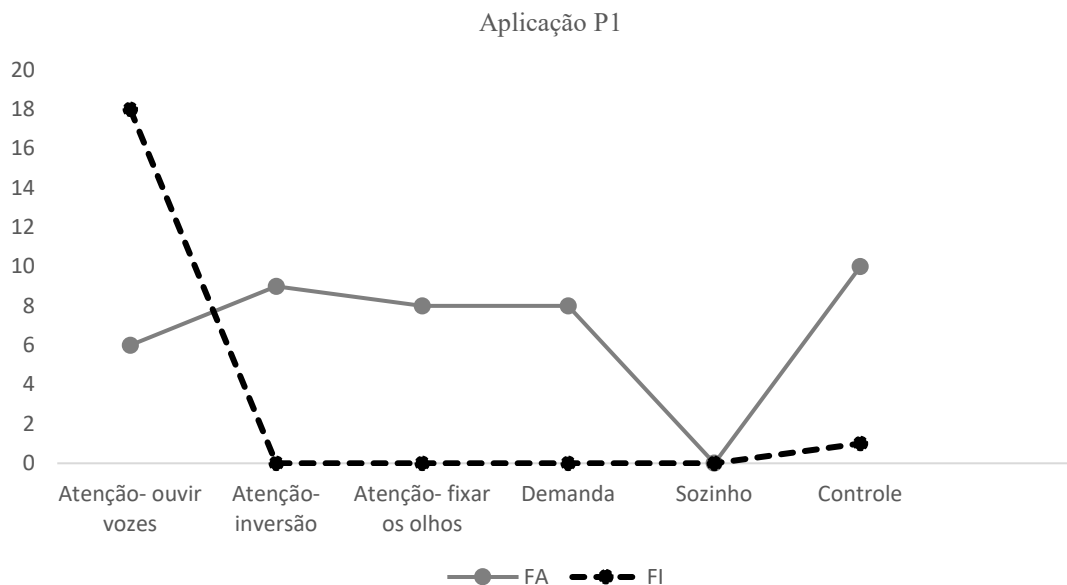


Figura 1: Ocorrência de FA e FI emitidos por P1 nas condições durante a aplicação

Os dados da Figura 1 apontam que P1 emitiu 6 FA e 18 FI na condição *atenção - ouvir vozes*, 9 FA e 0 FI na de *atenção - inversão*, 8 FA e 0 FI e na de *atenção - fixar os olhos*. Já na condição *demanda*, P1 emitiu 8 FA e 0 FI, na condição *sozinho*, 0 FA e 0 FI e de *controle* 10 FA e 1 FI. Ao todo foram emitidos 41 FA e 19 FI.

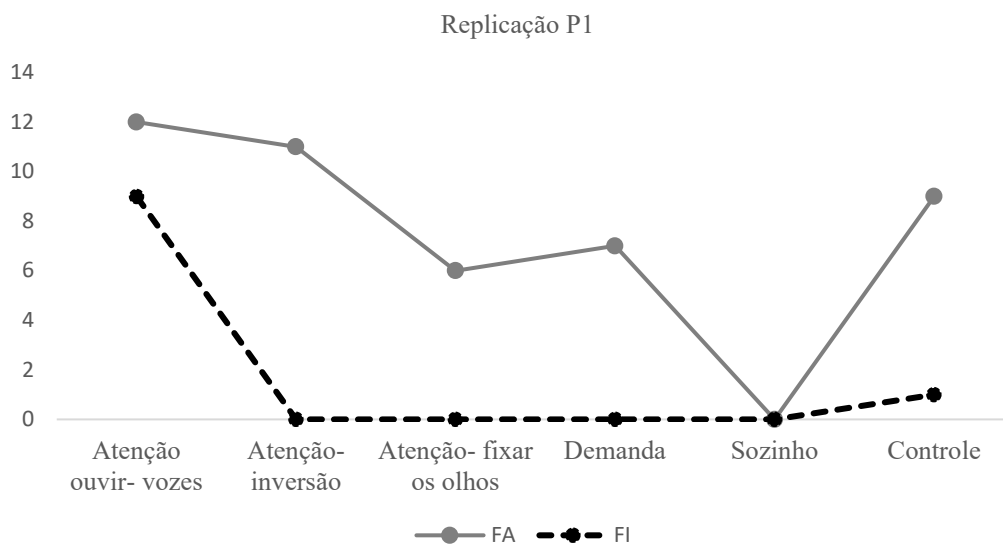


Figura 2: Ocorrência de FA e FI emitidos por P1 nas condições durante a replicação

Na Figura 2 estão os dados da replicação das condições para P1: 12 FA e 9 FI na *atenção ouvir-vozes*, 11 FA e 0 FI na *atenção- inversão* e 6 FA e 0 FI na de *atenção - fixar os olhos*. Já na condição *demanda*, P1 emitiu 7 FA e 0 FI, *sozinho*, 0 FA e 0 FI e na condição *controle* 9 FA e 1 FI. Ao todo foram emitidos 45 FA e 10 FI.

Nas Figuras 3 e 4 estão os dados das FI e FA emitidas por P2 durante as 12 condições, seis da aplicação e outras seis da replicação.

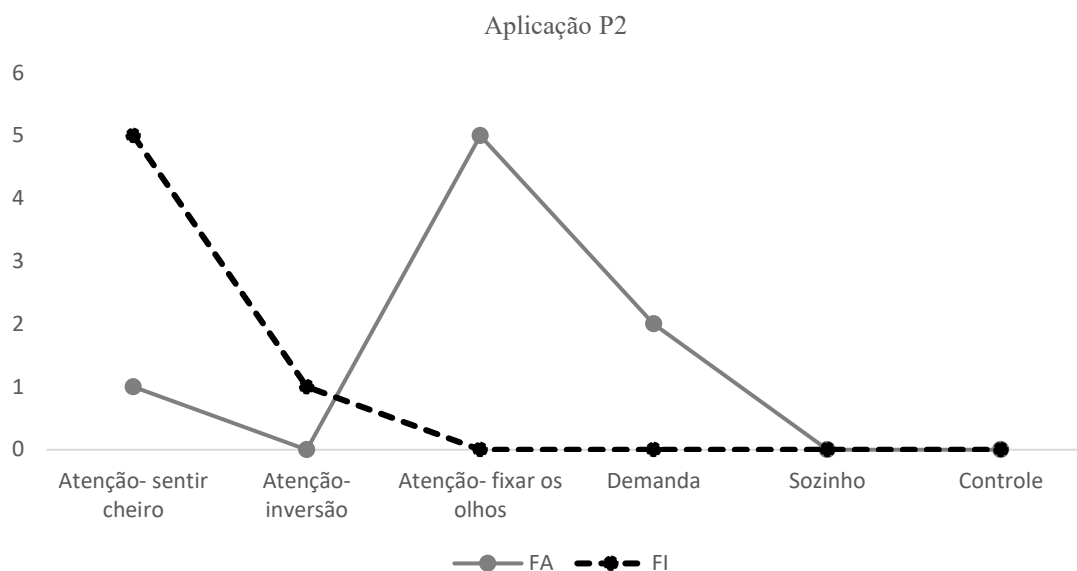


Figura 3: Ocorrência de FA e FI emitidos por P2 nas condições durante a aplicação

Na Figura 3 pode-se notar que, durante a aplicação das condições, P2 emitiu 1 FA e 5 FI na condição *Atenção sentir-cheiro*, 0 FA e 1 FI na condição *Atenção- inversão*, 5 FA e 0 FI na condição *Atenção- fixar os olhos*. Já na condição *Demanda*, P2 emitiu 2 FA e 0 FI. Na *Condição Sozinho*, 0 FA e 0 FI. Na condição *Controle* 0 FA e 0 FI. Ao todo foram emitidos 8 FA e 6 FI.

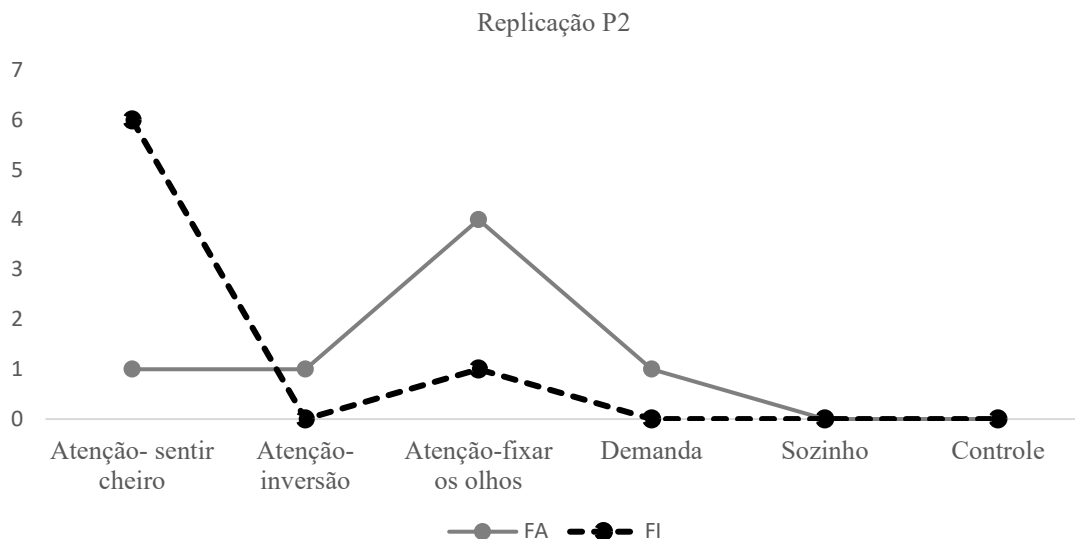


Figura 4: Ocorrência de FA e FI emitidos por P2 nas condições durante a replicação

Na Figura 4 pode-se notar que durante a replicação das condições, P2 emitiu 1 FA e 6 FI na condição *Atenção sentir-cheiro*, 1 FA e 0 FI na condição *Atenção- inversão*, 4 FA e 1 FI na condição *Atenção- fixar os olhos*. Já na condição *Demanda*, P2 emitiu 1 FA e 0 FI. Na *Condição Sozinho*, 0 FA e 0 FI. Na condição *Controle* 0 FA e 0 FI. Ao todo foram emitidos 7 FA e 7 FI.

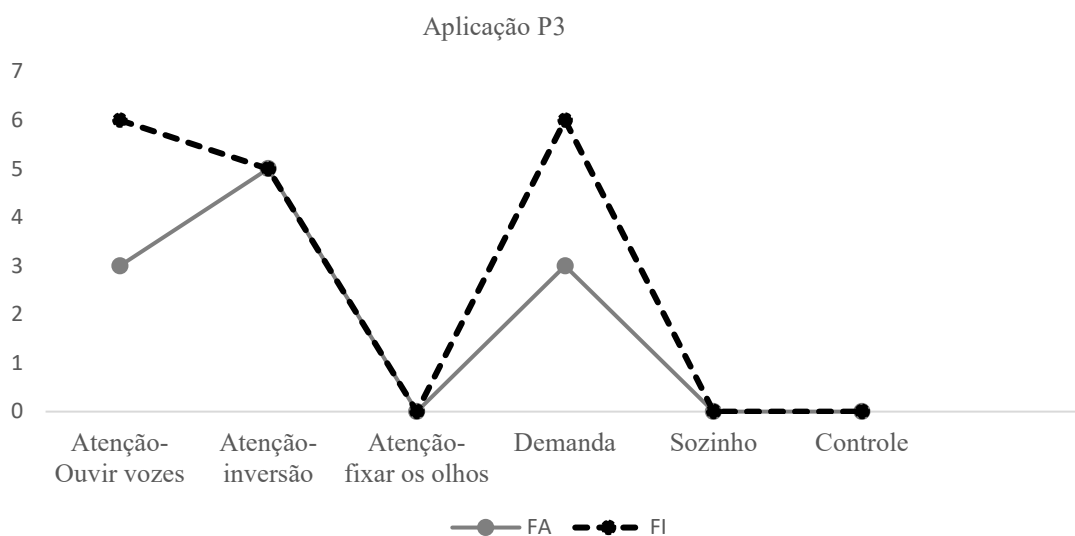


Figura 5: Ocorrência de FA e FI emitidos por P3 nas condições durante a aplicação

Do mesmo modo, nas Figuras 5 e 6 estão os dados das da aplicação e replicação das 12 condições para P3.

Na Figura 5 pode-se notar que, durante a aplicação das condições, P3 emitiu 3 FA e 6 FI na condição *Atenção ouvir-vozes*, 5 FA e 5 FI na condição *Atenção- inversão*, 0 FA e 0 FI na condição *Atenção- fixar os olhos*. Já na condição *Demanda*, P3 emitiu 3 FA e 6 FI. Na *Condição Sozinho*, 0 FA e 0 FI. Na condição *Controle* 0 FA e 0 FI. Ao todo foram emitidos 11 FA e 17 FI.

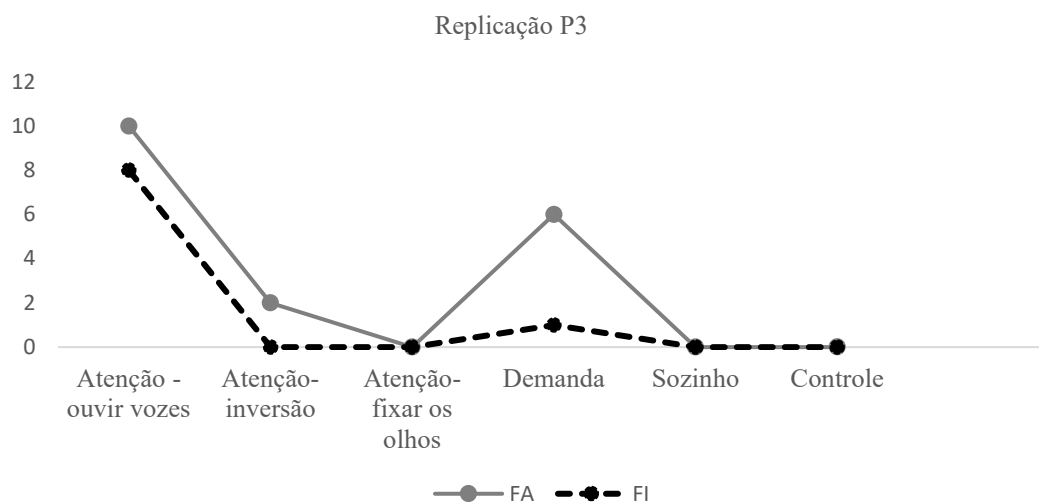


Figura 6: Ocorrência de FA e FI emitidos por P3 nas condições durante a replicação

Na Figura 6 pode-se notar que, durante a replicação das condições, P3 emitiu 10 FA e 8 FI na condição *Atenção ouvir-vozes*, 2 FA e 0 FI na condição *Atenção- inversão*, 0 FA e 0 FI na condição *Atenção- fixar os olhos*. Já na condição *Demanda*, P3 emitiu 6 FA e 1 FI. Na *Condição Sozinho*, 0 FA e 0 FI. Na condição *Controle* 0 FA e 0 FI. Ao todo foram emitidos 18 FA e 9 FI.

As Figuras 7 e 8 pode-se observar as frequências de FI e FA durante a aplicação e replicação das 12 condições controladas pelo delineamento de múltiplas condições.

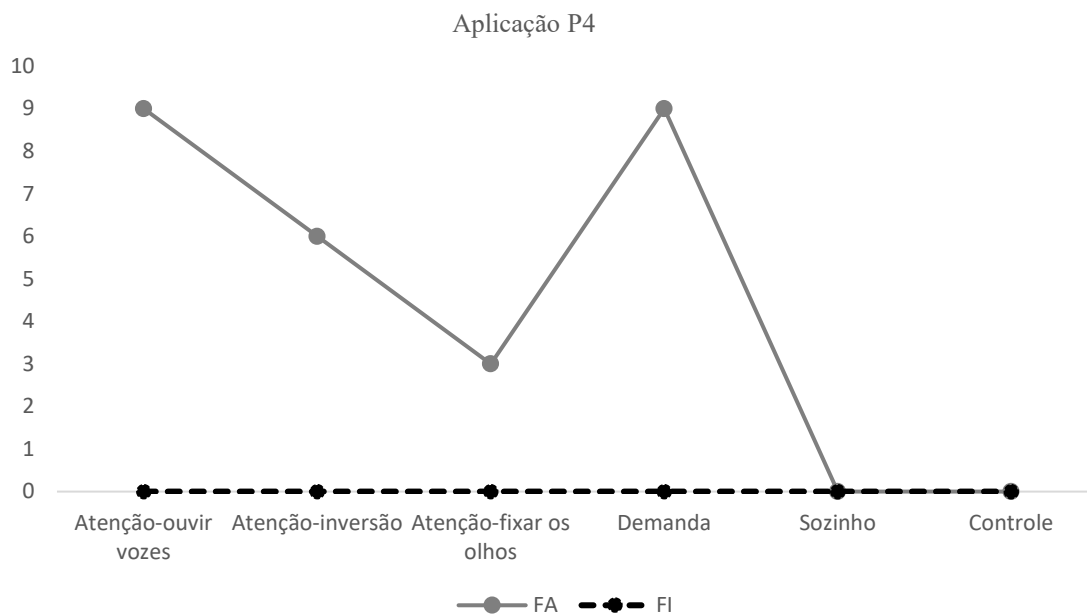


Figura 7: Ocorrência de FA e FI emitidos por P4 nas condições durante a aplicação

Na Figura 7 pode-se notar que, durante a aplicação das condições, P4 emitiu 9 FA e 0 FI na condição *Atenção ouvir-vozes*, 6 FA e 0 FI na condição *Atenção- inversão*, 3 FA e 0 FI na condição *Atenção- fixar os olhos*. Já na condição *Demanda*, P4 emitiu 9 FA e 0 FI. Na *Condição Sozinho*, 0 FA e 0 FI. Na condição *Controle* 0 FA e 0 FI. Ao todo foram emitidos 27 FA e 0 FI.

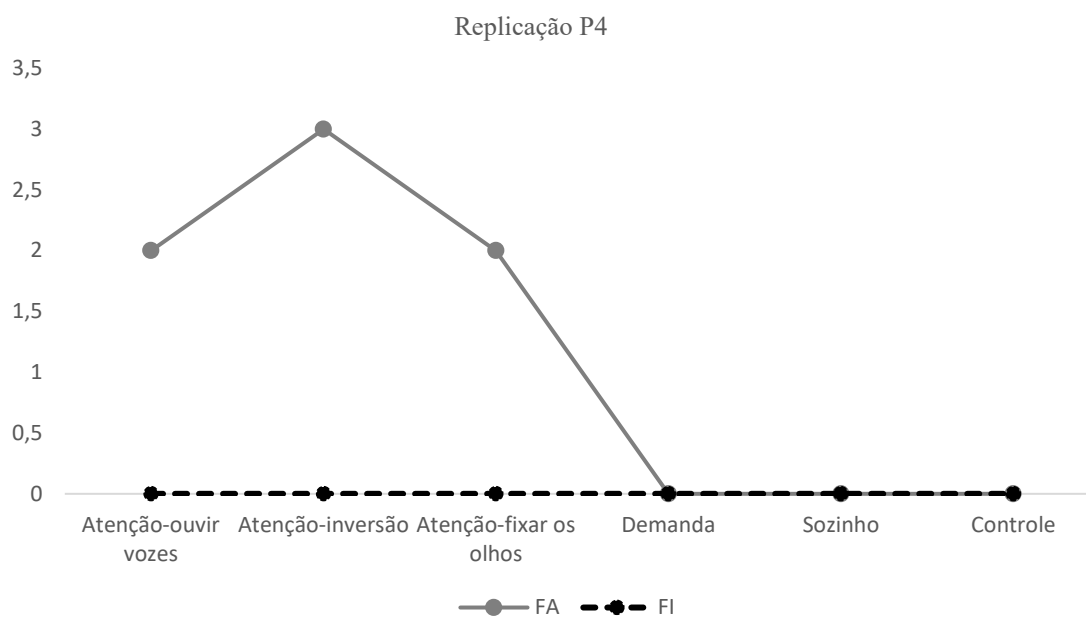


Figura 8: Ocorrência de FA e FI emitidos por P4 nas condições durante a replicação

Na Figura 8 pode-se notar que, durante a replicação das condições, P4 emitiu 2 FA e 0 FI na condição *Atenção ouvir-vozes*, 3 FA e 0 FI na condição *Atenção- inversão*, 2 FA e 0 FI na condição *Atenção- fixar os olhos*. Já na condição *Demanda*, P4 emitiu 0 FA e 0 FI. Na *Condição Sozinho*, 0 FA e 0 FI. Na *condição Controle* 0 FA e 0 FI. Ao todo foram emitidos 7 FA e 0 FI.

A Figura 9 demonstra que 745 processos do PAILI referentes à execução de medida de segurança, verificou-se que 349 pessoas tiveram diagnóstico de esquizofrenia e 153 de dependência química.

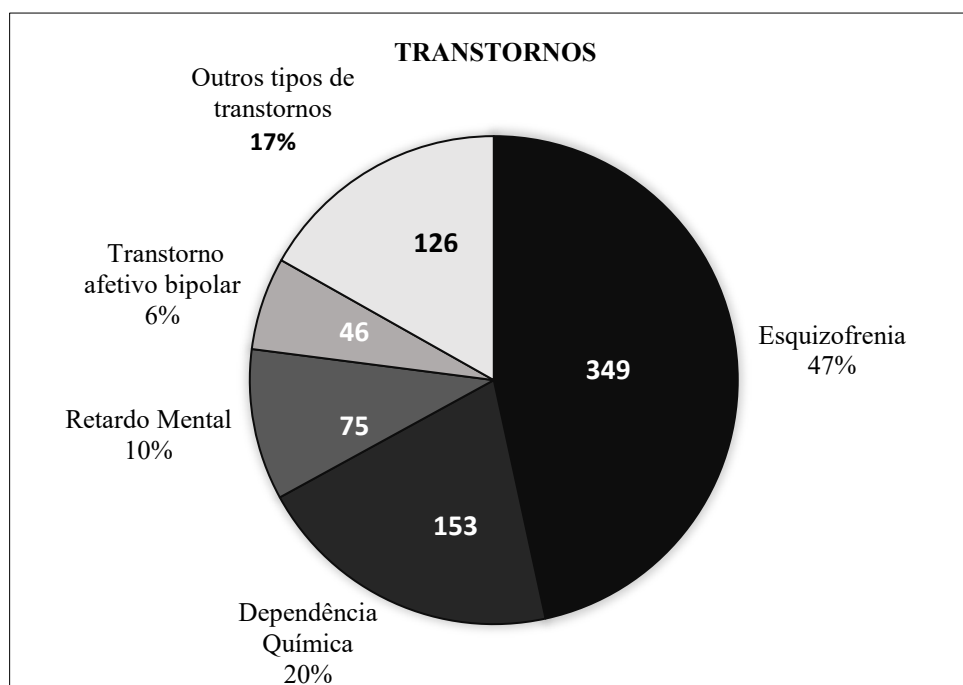


Figura 9: Percentual diagnóstico observado nos casos de execução de MS no PAILI

Esquizofrenia e dependência química caracterizaram as duas maiores causas (isolada ou cumulativamente) justificadoras de inimputabilidade, conforme demonstra a figura acima.

## DISCUSSÃO

Objetivou-se, no presente estudo, em primeiro lugar, investigar o controle exercido pelos eventos antecedentes e consequentes sobre as respostas verbais emitidas por quatro participantes que cometeram crime de homicídio e com o diagnóstico de esquizofrenia e que se encontravam sob cumprimento de medida de segurança. Para tanto, empregou-se os métodos do processo de avaliação funcional, o que incluiu avaliação funcional por observação indireta, observação direta ou descritiva e a análise funcional experimental, cujos procedimentos foram delineados por Iwata et al. (1982/1994). Estes autores se basearam em métodos operantes para demonstrar que os comportamentos são gerados e mantidos por suas consequências.

Embora a forma do comportamento (e.g., ouvir vozes) de cada participante possa parecer similar de um para outro, a função foi muito diferente. Por exemplo, P1 ouvia vozes que além de lhe “colocar” o TOC, falavam que ele deveria matar a mãe. P2 sentiu um cheiro estranho na comida, atribuiu ao pai ter colocado veneno e o matou. P3 ouvia vozes que culpavam a avó pelo que de ruim lhe acontecia e a enforcou, matando-a. Já P4 ouvia a voz do Chorão (vocalista da banda Charlie Brown Jr.) xingando-o de fraco e covarde por não se vingar da decisão da igreja e esfaqueou quatro de seus membros. Daí a manipulação ser baseada na função do comportamento e não em sua topografia ou forma.

Os resultados da análise funcional experimental indicaram que o comportamento-problema dos participantes compatível com o critério de alucinação (e.g., ouvir vozes, sentir cheiro de veneno na ausência de estímulos) ocorreu com maior frequência durante as manipulações das condições de atenção. Em ambientes institucionais pode-se afirmar que existem carências de formas específicas de atenção e a presença da pesquisadora como ouvinte, estabeleceria ocasião para obter atenção social, como consequência dos comportamentos.



Britto e Marcon (2019) explicam que por meio desses procedimentos é possível verificar eventos ambientais mantenedores das vocalizações bizarras, uma vez que estas eram conseqüenciadas com alguns privilégios como evitar atividades domésticas ou obter cigarros, café e adiar banhos fora dos horários estabelecidos pela instituição (Bueno & Britto, 2013; Sousa & Britto, 2017). Durante a coleta de dados P1 dizia estar ouvindo vozes exclusivamente para ser transferido para o hospital com intuito de trocar de ambiente. Tal subterfúgio já foi identificado por seus cuidadores no CT, já que não tem família e se encontrava internado há mais 10 anos no mesmo local.

Os procedimentos da análise funcional foram empregados dada a relevância em testar que os comportamentos são gerados e mantidos por suas conseqüências, isto é, identificar suas fontes de controle. Os dados apontam que durante as aplicações e replicações da condição de *atenção-ouvir vozes*, as falas de P1 e P3 aumentaram, inclusive, a frequência das FI de P1 alcançou 18 emissões durante os cinco minutos da aplicação e nove da replicação desta condição e P3 emitiu seis FI na aplicação e oito na replicação. Do mesmo modo, P2 emitiu cinco FI de que “sentiu cheiro de veneno” na aplicação e seis na replicação. Estes resultados estão compatíveis com aqueles obtidos em estudos quando o pesquisador reforçava a fala bizarra ou inapropriada, ainda que de diferentes modos, com atenção social contingente, qual seja, fonte de reforçamento positivo (Dixon, 2001; Wilder et al., 2001; DeLeon et al., 2003; Lancaster et al., 2004; Britto et al., 2010; Bueno & Britto, 2013; Marcon & Britto 2015a, 2015b; De Sousa & Britto, 2017; Moura & Britto, 2017; Alves & Britto, 2019).

Embora constasse no prontuário que P4 “escutou a voz do Chorão”, mas ao ter testado na condição de *atenção-ouvir vozes* houve zero ocorrências de FI tanto na aplicação como replicação, ainda que P4 apresentasse respostas como a de ter pensado ou imaginado que ouvira vozes. Em relação a condição *atenção-inversão* apenas P2 e P3 emitiram FI confirmando que suas vítimas também alucinavam. A aplicação e replicação dessa condição

era avaliar se o participante se igualava a sua vítima. Na condição de *atenção-fixar os olhos*, P1, P3 e P4 não emitiram FI, seja na aplicação ou replicação, o que não ocorreu para P2 que emitiu FI nestas condições, ainda que em baixas frequências. A baixa ou não ocorrências de FI testada nesta condição, provavelmente deu-se em função do olhar incisivo da pesquisadora para os participantes ter funcionado como estimulação aversiva ou mesmo eles se sentirem rejeitados ou ameaçados.

Em relação a condição de demanda na qual se oferece uma tarefa com alta probabilidade de ser recusada, apenas P3 emitiu FI ao recusar cumprir a tarefa. Para os demais participantes P1, P2 e P4 a demanda não funcionou como estímulo aversivo. Talvez a tarefa fosse de fácil execução a eles tendo em vista estarem habituados a obedecer às regras no ambiente de internação bem como no ambiente domiciliar. Na condição de sozinho, cuja função era investigar o controle por fonte de reforçamento natural ou automático não houve emissões de FI ou FA, reafirmando que a emissão destas dependem de mediação social.

Estes achados confirmam os estudos que demonstraram o controle do reforço social positivo no aumento de vocalizações bizarras observado na condição atenção-ouvir vozes, enquanto na condição sozinho observou-se ausência de vocalizações, tal como observado nos estudos de Dixon et al. (2001), Wilder et al. (2001), DeLeon et al. (2003), Lancaster et al. (2004), Britto et al. (2010), Bueno e Britto (2013), Marcon e Britto (2015a, 2015b), De Sousa e Britto (2017), Moura e Britto (2017) e Alves e Britto (2019).

Para a condição de controle observou-se frequência zero pra P2, P3 e P4 tanto na aplicação quanto na replicação. Já para P1 foi observada na aplicação uma frequência de 10 FA e 1 FI e, na replicação 9 FA e FI. Os dados obtidos podem representar a necessidade de interação social devido a privação experimentada por P1 em razão de encontrar-se internado há mais 10 anos e, sequer receber visitas de familiares.

Antes de prosseguirmos com as análises dos dados geradas por este estudo, importante colocar algumas questões jurídicas. O comportamento de homicidas com o diagnóstico de esquizofrenia em cumprimento de medidas de segurança a determinação da inimputabilidade, dá-se por meio de sentenças apoiadas em laudos psiquiátricos emitidos por peritos oficiais. Entretanto, para o direito penal, a inimputabilidade do agente é avaliada levando-se em conta o momento da ação ou da omissão, não importando para tanto se ele possuía algum diagnóstico de “doença mental”. Isso se dá porque muitas vezes, embora possua algum diagnóstico psiquiátrico, o “agente no momento do crime tinha capacidade mental de conhecer o ilícito do fato e de autodeterminar-se” (art. 26 CP). O inverso também é possível, onde a pessoa sem prévio diagnóstico psiquiátrico pode ser acometido de um “surto psicótico” ou de uma embriaguez involuntária<sup>12</sup> e não ter capacidade de autodeterminação (Nucci, 2021). Assim, a presença ou ausência prévia de problemas psiquiátricos somente interessam ao Direito se forem capazes de interferir no momento exato da ação ou da omissão, o que deverá ser verificado mediante perícia, sugerindo-se, inclusive, uma avaliação retrospectiva para a elaboração do laudo pericial, proporcionando maior segurança jurídica ao processo.

Nesse sentido, Huss (2019, p. 173) afirma que “muito embora a presença de uma doença mental ou defeito mental seja central para as diferentes leis que definem a inimputabilidade, inimputabilidade não é sinônimo de doença mental. Inimputabilidade é um termo legal, não um termo psicológico ou psiquiátrico”. Paralelo à complexidade, Tamminga et al. (2014, p. 454) afirmam que “a esquizofrenia é difícil de ser estudada biologicamente por motivos metodológicos e teóricos” sendo, ainda a compreensão da fisiopatologia obscura.

---

<sup>12</sup> Embriaguez involuntária é aquela que ocorre quando resultar de caso fortuito (desconhece que determinada substância produz embriaguez) ou força maior (é constrangido à embriaguez). Entretanto, quando se tratar de embriaguez involuntária completa, excluir-se a culpabilidade do agente que praticar um fato típico e ilícito. E se for o caso de embriaguez involuntária incompleta, hipótese em que, não obstante isso, preserva-se uma certa capacidade de autodeterminação, o agente responderá por crime, mas com pena reduzida de 1/3 a 2/3 (CP, art. 28, II, § 2º) (Silva, 2004).

De acordo com Britto e Marcon (2019), as classificações das categorias diagnósticas para os transtornos mentais, ainda que detenham significado social e institucional, podem ser questionadas, uma vez que a confiabilidade e a validade dessas categorias não foram testadas por meio de exames laboratoriais. O necessário seria produzir conhecimentos com o uso de métodos de investigação rigorosos, empíricos e quantitativos que se mostraram bem-sucedidos em outras áreas das ciências naturais, onde as afirmações são confiáveis porque foram elaboradas com base em provas. Buscar dentro do organismo uma explicação do porquê ele se comporta, obscurece as variáveis que estão ao alcance de uma investigação científica (Skinner, 1970). Skinner (1974) adverte que as explicações mentalistas podem acalmar a curiosidade, mas paralisam a pesquisa.

Daí contrapor explicações explicitamente confusas, por exemplo, que a esquizofrenia não existe tal como ocorre nos diagnósticos verificáveis de uma fratura vista numa imagem de Raio X ou de uma anemia comprovada por meio de hemograma. O que se tem são sintomas que existem em razão de outras circunstâncias ou patologias diversas insuficientes para definir como causa, como doença, posto que esses são múltiplos e encontram-se presentes na esquizofrenia e na etiologia de outras patologias ao invocar: déficit cognitivo/autismo, Síndrome de Down, traumatismos cranioencefálicos, demência; alucinação/doença de Alzheimer, doença de Parkinson, doença de Huntington, doença de Pick, doença de Wilson, epilepsias (sobretudo as do lobo temporal), esclerose múltipla, hidrocefalia; avolia ou abulia/depressão, AVC, mutismo, lesões no lobo frontal ou nos gânglios da base do cérebro, disfunção relacionada à dopamina ou lesão cerebral etc. (Tamminga et al., 2014).

As ciências naturais usam métodos rigorosos para requerer o prestígio associado a validade e confiabilidade de suas explicações, como aquelas da ativação na área frontal do cérebro na produção da fala (área de Broca) quando uma pessoa está alucinando, revelado por IRMf (Jardri et al, 2011; Allen & Modinos, 2012; Barlow & Duran, 2016). Importante

esclarecer que neste estudo optou-se pelo uso do processo de avaliação funcional por incluir métodos observacionais e o experimental. Sidman (2011) afirma que o princípio aplicado altamente eficaz, análise funcional, desenvolvido por Iwata et al. (1982/1994) cresceu exponencialmente a partir de conhecimento obtido com a pesquisa básica sobre reforço.

Em relação aos procedimentos da avaliação funcional indireta optou-se pelas entrevistas, autorrelatos de participantes e seus familiares. A finalidade era levantar dados de suas histórias de vida, bem como possibilitar a identificação dos antecedentes de seus comportamentos-problema, o que culminou com crimes perpetrados. Nas entrevistas realizadas com os familiares, buscou-se obter informações sobre os comportamentos dos participantes desde a infância tendo em vista que boa parte da literatura da análise do comportamento tem mostrado que vocalizações atípicas são respostas influenciadas por contingências ambientais (Layng & Andronis, 1984; Mace, 1994; Mace & Lalli, 1991; Wong, 2014). Esses estudos avaliam as variáveis contextuais que mantêm este tipo de problema para produzir mudanças comportamentais ao modificar diretamente suas variáveis de manutenção (Mace,1994).

As sessões de observação direta foram realizadas em ambientes diversos conforme já descritos anteriormente. Para P1 essas se deram na comunidade terapêutica (CT) onde recebia tratamento, exceto numa ocasião em que se deu durante realização de perícia médica psiquiátrica. As observações ocorreram na presença do enfermeiro, funcionários e pacientes, todos sentados em bancos de madeira ao redor de uma longa mesa disposta numa varanda sombreada. Um outra foi realizada na Junta Médica do Estado de Goiás, valeu-se de gravação de áudio e anotação de comportamentos emitidos durante a perícia, devidamente apontados em relatório posterior.

As sessões de observação de P2 ocorreram no CAPS Novo Mundo. Era um local de circulação de pessoas. Uma outra sessão de observação ocorreu na casa de P2, um barracão de

quarto, sala, banheiro cozinha e garagem. Tratava-se de um lugar simples, com pouca mobília, sem tv, mas extremamente limpo. O ambiente proporcionou a P2 maior tranquilidade por se tratar de “território” próprio. As sessões de observação com P3 foram inicialmente na recepção do PAILI e em sua residência. Já P4 foi observado a primeira vez numa sala da CT que se encontrava internado na época e, também, nas dependências externas do CT.

Entendemos que a observação em ambientes e momentos distintos nos aproximou da Abordagem Ecológica do Desenvolvimento Humano proposta por Bronfenbrenner (1989) privilegiando o ambiente natural e a análise da participação do indivíduo e sua interação com as pessoas (díades, tríades etc.) e o próprio ambiente. Para o autor, o desenvolvimento humano encontra-se definido como "o conjunto de processos através dos quais as particularidades da pessoa e do ambiente interagem para produzir constância e mudança nas características da pessoa no curso de sua vida" (Bronfenbrenner, 1989, p.191) evidenciando, assim, a necessidade dos pesquisadores atentarem para a diversidade que qualifica o indivíduo, ou seja, seus processos psicológicos, sua interação nos ambientes, suas características pessoais e sua construção histórico-sócio-cultural.

Importante destacar na análise dos dados obtidos, algumas questões que seriam relevantes para o Direito nos casos de imputabilidade do agente. Questões como relação de parentesco, coabitação, premeditação, excesso na execução, impossibilidade de defesa da vítima e exame toxicológico positivo são apenas alguns exemplos. Por meio dos dados da Tabela 26, verifica-se que os participantes P1, P2, P3 e P4 apresentaram similaridades e disparidades na execução do crime no que tange aos aspectos: (a) coabitação com a vítima para P1, P2 e P3 (mãe, pai, avó); (b) vítimas aleatórias para P4; (c) ação por impulso P1, P2 e P3; (d) premeditação para P4; (e) uso/abuso de drogas anterior e/ou durante o crime P1, P2, P3 e P4; (f) grau de violência perpetrada P1, P2, P3 e P4; (g) arma improvisada para P1, P2 e P3; (h) uso de arma branca para P4.

A legislação penal brasileira adotou o critério biopsicológico (art. 26, CP) para aferição de imputabilidade penal. Para que se considere um indivíduo imputável<sup>13</sup>, ou seja, capaz de ser responsabilizado criminalmente por seus atos, é indispensável a ocorrência simultânea da causa e efeito no momento exato da conduta delituosa ou, que uma das hipóteses doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou desenvolvimento mental retardado tenham atuado no momento exato da conduta (teoria da atividade) suprimindo inteiramente a capacidade de discernimento (efeito). Assim, havendo indícios de inimputabilidade ou semi-imputabilidade instaura-se o incidente de insanidade mental a fim de avaliar a capacidade do agente. O Direito apoia-se, portanto, na Psiquiatria e na Psicologia valendo-se de laudos psiquiátricos periciais que irão auxiliar o magistrado na sua livre convicção e consequente absolvição ou dosimetria da pena.

Consta na literatura psiquiátrica-forense que indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia tendem a apresentar delírios persecutórios, geralmente voltados para familiares ou pessoas próximas, podendo o crime ocorrer de maneira premeditada ou não. As características de crimes violentos praticados por indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia apontam ainda para a banalidade e incompreensibilidade do delito, inconsistência do motivo, a execução cruel ou bizarra da vítima, a ausência de remorso e permanência no local do crime (Palomba, 2003). Não fossem os participantes inimputáveis, certamente teriam suas penas agravadas em razão das condições apresentadas. Tais características podem ser verificadas nos relatos e laudos constantes no processo. Vejamos os dados contidos na Tabela 11 para P1, P2 e P3:

- 1) P1 diz ter ouvido a voz (alucinação auditiva) ordenando a morte de sua mãe. Em seguida, foi ao encontro de sua mãe, arrancou o pé da mesa de madeira (objeto

---

<sup>13</sup> O termo imputabilidade refere-se à capacidade do agente em compreender a ilicitude do fato bem como ser capaz de autodeterminar-se diante do mesmo. Portanto, comete crime o agente que realiza uma conduta proibida e previamente descrita em lei como crime, não se enquadrando em nenhuma das hipóteses de excludente da culpabilidade, devendo responder por seus atos sujeitos a uma sanção penal.

contundente) e lhe desferiu golpes por trás contra a cabeça (impossibilidade de defesa da vítima) deixando-a caída no chão. Vai para o quintal fumar um cigarro enquanto espera a polícia chegar (permanência no local do crime).

- 2) P2 sentiu cheiro de veneno na comida (alucinação olfativa), brigou com o pai idoso (84 anos/ impossibilidade de defesa da vítima) um dia antes (premeditação). No dia seguinte, logo cedo, pegou uma garrafa de vidro, quebrou-a e utilizou-se do gargalo golpeando-o na face e pescoço provocando lesões que o levou a morte por choque hipovolêmico. Ligou para a casa da mãe e avisou que a vítima estava morrendo. Toma banho e espera o irmão chegar (permanência no local do crime).
- 3) P3 saiu para comprar cigarros, diz ter ouvido uma voz ordenando a morte da avó (alucinação auditiva), chegou em casa foi em direção a ela no banheiro (impossibilidade de defesa da vítima), asfixiou-a com as mãos e depois utilizou-se da vassourinha de lavar o vaso sanitário para provocar lesões na boca, ouvidos e olhos (crueldade). Tomou banho, esperou a mãe chegar e contou para ela (permaneceu no local do crime).
- 4) P4, conforme narra a denúncia, premeditou o crime meses antes, inclusive postando o intento criminoso nas redes sociais. Segundo relatos da mãe P4 pediu-lhe dinheiro um dia antes e, além de passar o dia com uma mochila nas costas, na qual escondia as facas compradas, apresentou alucinações ao dar gargalhadas sozinho em frente à geladeira. Saiu de casa, viajou 180 km até Aparecida de Goiânia, escolheu vítimas aleatórias na igreja. Foi preso em flagrante. Relatou estar sob efeito de drogas. Estes dados estão contidos na Tabela 12.

Quanto aos requisitos formais exigidos para o diagnóstico de esquizofrenia, todos os participantes atendiam ao critério de alucinar. Alucinações auditivas em P1, P3 e P4 e olfativa



P2 conforme demonstrados nos relatos contidos nas Tabelas 5, 7, 9 e 11. Contudo, no momento da avaliação funcional houve frequência zero para tal critério de alucinar. Vejamos:

- 1) P1- Relata ouvir vozes quando na chácara derruba a comida/ração dos pintinhos no chão, ordenando-o “cate a comida”. Num segundo momento, relata que estava sem cigarro e que pediu ao dono da CT que lhe arrumasse o fumo. Novamente ouve a voz dizendo-lhe que “não pode pedir”. Ainda na CT recebe roupas de cama e vestuário novo, mas acaba por devolvê-los pois a “voz” ordenou-lhe “devolva”. Quanto à morte da mãe, relata que no dia a “voz” lhe ordenou “mate sua mãe ou coloco toc em você”.
- 2) P2- Relata que o pai a estaria envenenando. “ele estava fazendo umas coisas lá e começou a aparecer com uma coisa cheirosa na comida e eu fiquei dopadinha” (Tabela 3). “A comida estava com um cheiro muito esquisito. Não sei o que ele estava fazendo, mas parece que ele estava me dopando”.
- 3) P3- Relata ouvir vozes em alguns momentos dizendo-lhe “sua avó era culpada pelos conflitos familiares”, “vou te pegar” e “mata ela”.
- 4) P4- Relata ter ouvidos vozes do Chorão (vocalista da banda Charlie Brown Jr.) “Sempre escutava muito as vozes deles”, “Você é covarde”.

Da perspectiva psiquiátrica as razões para as alucinações são diversas, incluindo-se a tentativa de explicar o fenômeno de ouvir vozes como uma experiência subjetiva. Walsh e Bolen (2012) buscam explicar o fenômeno afirmando que durante o sono o cérebro faz conexões neuronais aleatórias não relacionadas a quaisquer estímulos externos. Tais conexões são denominadas “ruídos”. Seguem explicando que em razão da ausência de percepção de ruídos externos, o cérebro faz o melhor que pode para gerar ordem a partir do ruído aleatório, valendo-se de experiências armazenadas. Concluem que a partir de toda essa atividade neural desconectada “zumbindo” em suas cabeças, os esquizofrênicos experimentam delírios e

alucinações, conseqüentemente apresentando dificuldade em filtrar essas informações sem focar nos estímulos ambientais.

Já Bueno e Britto (2011) exemplificam que alucinar são respostas sensoriais de um esquizofrênico quando relata “Formigas estão caminhando na minha cabeça”. As autoras explicam que esse tipo de fala envolve componentes respondentes e operantes tendo em vista ser uma experiência comum imaginar em resposta às palavras. Seguem dizendo que ao imaginar formigas elicia-se atividade na parte visual do cérebro possibilitando vivenciar, o “ver” na ausência do inseto, visão condicionada (Skinner, 1970; Britto, 2004; Martin & Pear, 2009). Apontam uma terceira razão para a mesma fala que diz respeito aos efeitos reforçadores da atenção social (Britto et al., 2010; DeLeon et al., 2003; Dixon et al., 2001; Lancaster et al., 2004; Mace & Lalli, 1999; Marcon, 2010; Mello, 2010; Santana, 2008; Wilder et al., 2001, entre outros), observado nas frequências de FI e FA emitidas pelos quatro participantes dessa pesquisa quando na presença da pesquisadora.

O comportamento de alucinar já foi tratado anteriormente, contudo, faz-se necessário tecer algumas considerações quando é emitido por indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e usuários de drogas. O tema em questão é relevante para o Direito, pois se apreciarmos o comportamento de alucinar atrelado ao efeito da droga, possivelmente teremos uma alteração de diagnóstico e, até mesmo, possibilidades de alteração no contexto jurídico envolvendo a inimputabilidade penal. Para o Direito há que se considerar para efeito de inimputabilidade ou semi-imputabilidade a dependência química, ou no caso em que a droga foi o “encorajador” para a realização do crime, há que agravar a pena sob a luz da *teoria da actio libera in causa*. Para a área da saúde (Psiquiatria e Psicologia tradicionais) importa saber a relação abuso de droga *versus* indução de psicoses/esquizofrenia.

Conforme verificado na Tabela 26, não se teve acesso aos exames toxicológicos dos participantes, nem sequer sabemos se foram realizados. Contudo, conforme dados obtidos por

meio de entrevistas ou relatos de familiares, tem-se que todos os participantes fizeram uso e abuso de drogas tais como maconha, cocaína, álcool, crack, LSD entre outras.

A literatura aponta que mais de 25% dos pacientes com esquizofrenia possuem dependência concomitante (Volkow, 2009) especialmente à maconha (Koskinen et al, 2010). Embora possa ser verificado na população de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia o abuso de diversos tipos de substâncias psicoativas, prevalecem e figuram como preferidas pelos participantes o tabaco, o álcool e a maconha (Contim et al, 2018). Helle et al. (2014) chamam atenção para o fato de que as drogas podem impulsionar indícios psicóticos positivos transitórios e alterações do cognitivo. Pesquisas experimentais indicaram que a substância psicoativa mais relevante na cannabis, Delta-9- tetrahydrocannabinol (THC) têm um efeito negativo sobre a cognição em indivíduos com transtornos mentais. Observou-se ainda que, a frequência de alucinações auditivas era menor quando a psicose era induzida (Caton et al., 2005; Drake et al., 2011; Rentero et al., 2021).

Como já explicitado, a relação abuso de substância e esquizofrenia merece ser considerada tendo em vista o histórico de uso por P1(tabaco, álcool, maconha, crack), P2 (cocaína), P3 (tabaco, álcool e maconha) e P4 (tabaco, álcool, maconha, cocaína, crack, LSD). Não se sabe quanto ou quais prejuízos neurológicos decorrentes nos participantes, sendo necessário para tanto uma avaliação neuropsicológica. Quanto a estar sob a influência de substância psicoativa no momento do crime e o quanto ela interferiu na capacidade de autodeterminação dos participantes, não podemos afirmar em razão da ausência dos exames toxicológicos. Acredita-se que P1 estava sob o efeito de maconha no momento do crime tendo em vista o que se extraiu dos seus relatos “eu tava no quintal e depois de lavar os plastiquinho da maconha eu colocava fogo e comia a cinza” e “a polícia chegou e perguntou: o que tava fumando?” (Tabela 11). Não há registros de relatos para P2. Para P3, a mãe informou que o exame toxicológico deu negativo, contudo, extraiu-se o seguinte do registro do relato do

momento do crime (Tabela 11) “aí eu fui fumando, fumando, mas nisso antes eu tinha visto uma estrela. Eu achei que essa estrela estava se aproximando de mim, tipo para mim pegar”. Para P4 existem relatos da mãe que o viu alterado na frente da geladeira na noite anterior ao crime (Tabela 12), relato do cuidador informando que o motivo do crime foi a droga e não a doença (Tabela 13), durante uma das entrevistas realizadas P4 falou dos malefícios da droga e afirmou que não queria mais isso para a sua vida, pois a droga a teria destruído (Tabela 5).

Quanto ao critério delirar não foram observados de forma direta nos quatro participantes. Contudo, pôde ser verificado de forma indireta em P4 por meio de prints de sua conta pessoal do Facebook (Anexo 7) relacionado a delírios de grandeza.

Os crimes cometidos por P1, P2, P3 e P4 foram relatados pelos participantes conforme demonstra a Tabela 11. Nela é possível observar que P1 e P3 relatam com fluidez os detalhes e se mantiveram no local do crime sendo conduzidos à delegacia em seguida. P2 não traz detalhes do fato e afirma ter fugido logo após a chegada de seu irmão, ficando foragida por 10 anos; e, P4 não quis falar sobre o crime limitando-se a justificar sua ação. Foi detido por fiéis da igreja e em seguida preso em flagrante.

Teixeira e Dalgalarro (2008) afirmam que é comum haver recusa na colaboração por diversos motivos, entre eles, a falta de interesse, a ausência de algum ganho secundário e ainda o receio de que suas respostas venham trazer prejuízo interferindo no resultado do laudo pericial para avaliação de cessação de periculosidade. O direito de permanecer calado ou “princípio da não incriminação” encontra-se amparado e previsto na Constituição Federal de 1988 em seu art. 5º, LXIII. No âmbito do direito internacional, a garantia contra a autoincriminação encontra respaldo jurídico no Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, adotado pela Assembleia-Geral das Nações Unidas em 16 de dezembro de 1966, art.14, III, g.

Ainda com relação aos crimes há que se destacar a agressividade e violência das ações. Sá (1999) destaca que se trata de conceitos difíceis, sendo a primeira uma condição inata do homem relacionada ao instinto de sobrevivência e, a segunda, como sendo uma força intensa que priva a vítima de alguma coisa, compreendendo-se mais ou menos grave dependendo da força aplicada, do grau de irresistibilidade da vítima e da lesividade da conduta. Observou-se que os crimes perpetrados por P1, P2, P3 e P4 foram violentos e, muitos diriam que, até cruéis. Ocorre que hostilidade e agressão podem estar associadas a esquizofrenia, embora agressão espontânea ou aleatória não seja comum. Agressões é mais frequente em indivíduos do sexo masculino mais jovens e em pessoas com história anterior de violência, não adesão ao tratamento, abuso de substância e impulsividade (DSM-5). Numa revisão integrativa Ribeiro e Viveiros (2020) apontaram que os estudos foram unânimes ao associar a esquizofrenia ao comportamento violento, sendo o principal fator envolvido no aumento do risco de violência nos pacientes com esquizofrenia, o abuso de drogas comórbido.

Indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia por si só não tendem agir de modo violento (leia-se: medicados e sem fazer uso de drogas), mas quando concomitante à “doença” fazem uso de substâncias, a violência e agressividade têm sido apontadas de forma quase unânime nos estudos em que estas se encontram relacionadas (Ribeiro & Viveiros, 2020; Teixeira et al., 2007; Swanson et al., 2006). No estudo epidemiológico realizado com 10.059 pacientes da amostra *Epidemiologic Catchment Area - ECA*, que teve como objetivo examinar a relação entre violência e transtorno mental, 8% dos pacientes com esquizofrenia exibiram comportamento violento em comparação com 2% da população geral. O percentual aumentou para 30% quando havia comorbidade com abuso de substâncias (Swanson et al., 2006).

Bartol e Bartol (2016) apontam que os crimes violentos cometidos por indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia são baixos em termos de quantidade se comparados àqueles perpetrados por indivíduos “normais”. Contudo, quando se trata do grau de violência, esse

índice é consideravelmente elevado, especialmente quando se trata de crimes de homicídio ou lesão de natureza grave ou gravíssima. Num estudo realizado com 125 homicidas com diagnóstico de esquizofrenia, um terço foi considerado excessivamente violento (Laajasalo & Hakkanen, 2006).

Estudos longitudinais acerca do uso regular de cannabis apontam para um risco expandido de esquizofrenia bem como amplia os relatos de sintomas psicóticos (Hall & Degenhardt, 2008; Degenhardt et al., 2007; Hides et al., 2006). Uma das explicações possíveis baseia-se nos níveis elevados de anandamida (um agonista canabinóide endógeno) encontrados no líquido cefalorraquidiano de pessoas com esquizofrenia (Leweke et al., 1999). Hall e Degenhardt (2008) afirmam que há evidências crescentes de que a associação é biologicamente plausível, mas dada a natureza complexa da etiologia da esquizofrenia e doenças relacionadas, é improvável que a relação seja devido a uma interação entre o uso de cannabis e um único gene, sendo necessário, portanto, que se mantenham mecanismos de prevenção ao uso da cannabis a fim de se evitar, em indivíduos vulneráveis, os riscos advindos de seu uso.

Quanto ao quesito agir com violência, este pôde ser observado no modo de execução dos crimes de todos os participantes. Vejamos as informações contidas nos dados dos participantes no método (p. 49-54), constantes nos relatos e laudos necroscópicos e, apresentados na Tabela 11:

P1 arrancou o pé da mesa de madeira e desferiu golpes na cabeça da mãe, deixando-a caída no chão pedindo por socorro. P2 utilizou-se de um gargalo quebrado de uma garrafa de vidro, desferindo golpes na face, braços e pescoço do pai deixando-o morrer por choque hipovolêmico. P3 utilizando as próprias mãos esganou a avó e em seguida bateu-lhe a cabeça contra a parede do banheiro, provocou múltiplas lesões com socos e chutes causando politraumatismo e, por fim, valeu-se de uma vassourinha de limpar vaso sanitário inserindo-a nos olhos, ouvidos e boca da avó. P4 munido de duas facas atacou e feriu quatro pessoas numa

igreja provocando lesões múltiplas leves, graves e gravíssimas que motivaram a denúncia por tentativa de homicídio. Com exceção de P2 que não era mais jovem à época do crime, todos os participantes apresentaram histórico de violência anterior o que motivou internações e/ou detenções prévias. Assim sendo, confirmam o disposto no DSM-5 ao afirmar que hostilidade e agressão podem estar associadas a esquizofrenia, embora agressão espontânea ou aleatória não seja comum, observando-se maior frequência em indivíduos do sexo masculino mais jovens e em pessoas com história anterior de violência, não adesão ao tratamento, abuso de substância e impulsividade (APA, 2014).

Palomba (1996, p. 25) diz que “entre os esquizofrênicos há os que agem por impulso e os que premeditam. No entanto, genericamente, quer premeditem ou não tendem a atacar abertamente a vítima na presença de testemunhas, não tem cúmplices, propalam as suas intenções e ameaçam constantemente, atacando pessoas que lhes são caras ou completamente desconhecidas”. Porém, o agir por impulso traz algumas questões: o que é impulso? Quais são as contingências responsáveis que impulsionaria uma determinada ação homicida? Por fim, o termo impulso por não ser um evento natural, não tem como ser investigado. O que deve ser investigado são as condições específicas que levam a um determinado comportamento, neste caso, praticar um crime de homicídio.

No que tange à premeditação, as doutrinas, estrangeira e pátria, nunca chegaram a um consenso sobre o exato sentido do termo “premeditação”. Premeditar, segundo Ferreira (1999) significa resolver com antecipação e refletidamente. No entanto, sugere-se que comportamento por ser uma ação ou algo que a pessoa faz, deve ser focado na forma de verbos, premeditar e não de substantivos, premeditação. Sempre se discutiu se o premeditar ou antecipar uma ação, denotaria maior grau de depravação moral do agente, de perversidade, ou, pelo contrário, denotaria uma maior resistência à prática delitiva. Esse tipo de comportamento não se configura como qualificador, mas enseja a majoração da pena-base com base no juízo de reprovabilidade

da conduta com base no art. 59 do CPB. Nesse sentido tem sido o entendimento do STJ. No entanto, há quem entenda na doutrina de modo divergente.

O ato de premeditar, Segundo Hungria (1979), ao contrário do conceito tradicional, não revela, por si mesmo, perversidade ou abjeção de caráter, senão resistência à ideia criminosa. É mais perigoso aquele que mata *ex improviso*, mas por um motivo tipicamente perverso, do que aquele que mata depois de longa reflexão, mas por um motivo de particular valor moral ou social. O indivíduo ponderado, cujo poder de auto inibição oferece resistência aos motivos determinantes de uma conduta antissocial, não é mais temível do que o indivíduo impulsivo, que não sabe sobrestar antes de começar.

De todo o exposto depreende-se que os conceitos jurídicos se encontram sustentados pela conduta do agente, que dirá respeito à reprovabilidade ou não do seu proceder, com base em valores morais ou condições neuropsicológicas capazes de aumentar, diminuir ou até excluir a sua culpabilidade. Como já apontado anteriormente, o premeditar pode se fazer presente em crimes praticados por inimputáveis, não se fazendo relevante quanto à majoração ou não da pena já que a estes são impostas medidas de segurança. Igualmente foi discutida a relação de interdisciplinaridade entre o Direito e as Neurociências.

Conforme discutido sobre fatores de riscos biológicos para a esquizofrenia, “estudos de neuroimagem funcional e emoções têm revelado correlatos relevantes entre a experiência emocional e ativações de áreas e circuitos cerebrais. Tais correlatos não implicam que determinada emoção esteja situada ou seja produzida por certa área cerebral, mas que a ocorrência de determinada experiência emocional exige certos correlatos anatomofuncionais.” (Dalgalarondo, 2019, p. 160). Igualmente já abordado, Weinberger et al. (1979) sugerem a possibilidade de processos neurodegenerativos durante o curso do distúrbio que comprometeriam as funções executivas cerebrais provocando alterações cognitivas (Ayres, 2009) capazes de prejudicar a capacidade de planejamento e organização da conduta delituosa,



ou seja, quanto maior a disfunção no córtex pré-frontal, maior será a dificuldade na resolução de problemas, especialmente no que tange a tomadas de decisões complexas.

Planejar um crime, premeditar, trata-se de uma ação complexa que envolve tomada de decisões complexas com potenciais desfechos onde as vivências atuam como estímulos discriminativos (Joaquim, 2021). Eysenck e Keane (2017) afirmam que quando são apresentados problemas complexos às pessoas, estas tendem a fazer algum planejamento preliminar a fim de encontrar soluções, ativando dessa maneira áreas do córtex pré-frontal, contudo, a tomada de decisões complexas envolve a racionalidade limitada.<sup>14</sup> Gazzaniga et al. (2018, p. 417) completam afirmando que “os julgamentos de risco são fortemente influenciados por sentimentos atuais, e quando as emoções e cognições estão em conflito, as emoções normalmente têm o impacto mais forte sobre as decisões”, ou seja as vivências de caráter aversivos ou não, tendem a interferir nas escolhas agindo como estímulos discriminativos. Staats e Staats (1973, p. 225), inclusive, asseveram que “a maior parte do raciocínio e resolução de problema no ser humano” que exigem respostas complexas dependem do estabelecimento prévio de discriminações verbais.

Costa e Machado (2012) apontam para a similaridade entre o prejuízo nas funções cognitivas em usuários de cocaína e o comprometimento nos casos de esquizofrenia; em geral, relacionados a funções executivas, sistema atencional e memória. Desta feita, ao relacionar-se com atividades complexas como, por exemplo, a tomada de decisões quanto à elaboração e planejamento de um crime, indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia teriam maior dificuldade na execução da tarefa.

Feita toda essa exposição, o que se pretende agora é levantar questionamentos acerca dos comportamentos observados em P1, P2, P3 e P4 com relação à organização e/ou

---

<sup>14</sup> O conceito de racionalidade limitada significa que somos tão racionais quanto permitem as restrições ambientais e mentais (Eysenck & Keane, 2017, p. 578).

capacidade de organização, planejamento e execução dos crimes por eles cometidos tendo em vista sua importância no delineamento do perfil psicológico.

De acordo com os relatos dos crimes, observou-se que P1, P2 e P3 agiram sob efeito de diferentes condições ambientais. Embora o relato de P2 (p. 51) sobre uma discussão havida com seu pai no dia anterior ao crime sugira planejar o homicídio ao afirmar em tom ameaçador que resolveria o problema à sua maneira; observou-se que P2 igualmente operou em seu ambiente, ao quebrar a garrafa e utilizá-la como arma durante nova discussão que culminou na morte do pai. Diferentemente dos demais participantes, P4 tramou o ataque aos membros da igreja, inicialmente realizando ameaças nas redes sociais (Anexo 8) e um dia antes, solicitando dinheiro à sua mãe para compra das facas e empreender sua fuga, bem como na efetiva aquisição das mesmas (Tabela 12). Ressalta-se ainda que P4 encontrava-se na noite anterior na residência de sua mãe, localizada no interior do Estado de Goiás e deslocou-se até uma cidade adjacente à sua Capital (local da igreja), percorrendo uma distância de 180 km para a realização do intento.

Fatores de risco para crimes violentos como histórico de relação familiar complicada, abuso de substâncias (maconha, cocaína, crack, álcool, LSD, dentre outras), episódios envolvendo violências prévias e relatos de alucinações, foram observados nas respostas sobre as histórias de vida dos quatro participantes. A história pessoal dos participantes não deve ser negligenciada. Cada um deles é a soma dos efeitos da história anterior e o homicídio praticado interage tanto com as contingências específicas que vigoraram no momento, quanto com os efeitos de suas histórias anteriores (Chiesa, 1994; Gallo & Williams, 2005).

Nas Tabelas 15 a 19 encontram-se demonstrados os medicamentos prescritos aos quatro participantes. Observou-se nas Tabelas 15 e 16 os medicamentos utilizados por P1. Optou-se por demonstrar desde o ano de 2013 por se tratar de interno cumprindo medida de segurança por mais tempo. A Tabela 15 demonstra a refratariedade aos medicamentos e sua

consequente necessidade de adaptação e ou alteração constante, inclusive com a prescrição de dosagens máximas permitidas objetivando-se controlar as crises do paciente tido como violento. Atualmente<sup>15</sup> P1 encontra-se estabilizado. Segundo relatos de funcionários da CT, do PAILI e do próprio participante, “ele já sabe quando vai dar a crise e pede remédio ou então pede para trancá-lo no quarto” (Tabela 13).

Constam nas Tabelas 16 a 18 os medicamentos para P2, P3 e P4. P2 e P4 não apresentaram necessidade de modificação e utilizam o mesmo medicamento da prescrição inicial, observando-se como efeito colateral do Hadol decanoato® a distonia em P2 (Tabela 5- piscou os olhos 28 vezes em 24s) e P4 (Tabela 5- bateu os pés no chão 153 vezes durante 1min 17s) e a crise oculógira (movimento espástico dos olhos para uma posição fixa, geralmente para cima), taquicardia e sudorese em P3 (Tabela 4). Não existem relatos de efeitos colaterais para P2.

Questões interessantes para debate foram encontradas durante as sessões de observação direta como demonstradas nas Tabelas 22 a 25. Os dados apontam para o aumento da frequência de emissão FI e FA na presença da pesquisadora e, a diminuição ou até nulidade na presença de funcionários da CT. Assim como nos estudos realizados por Lancaster et al. (2004) observou-se que os resultados demonstraram que o reforçamento social não contingente reduziu as falas bizarras, enquanto a atenção contingente aumentou suas frequências.

Quanto ao aumento observado na presença da pesquisadora, afirmar-se-á que este se deu, talvez em função da escassez de estimulação ambiental consequenciada pela diminuição de interações sociais em que viviam os participantes. P1 e P4 encontravam-se internos numa comunidade terapêutica, P2 vivendo sozinha num barracão alugado pela família e P3 morando com sua mãe. Contudo, a frequência de FI e FA apresentou-se bem diminuída ou, até nula, quando na presença de funcionários da CT, médicos ou psicólogos.

---

<sup>15</sup> Aqui refere-se à de 2021.

É sabido que em instituições totais<sup>16</sup> as normas<sup>17</sup> assumem uma função discriminativa verbal fazendo com que comportamento seja governado por regras<sup>18</sup> atuando, assim, como relação de reforçamento. Depreende-se daí que diante de pessoas capazes de oferecer reprimendas ou emitir julgamentos acerca dos comportamentos emitidos, verifique-se uma maior autorregulação o que justificaria os comportamentos de P1 e P4 ao apresentarem baixa ou nula frequência na emissão de FI e FA quando na presença de funcionários da CT. Consta, inclusive, na Tabela 2 o relato de P1 afirmando que “se fizesse algo errado era forçado a tomar remédio”.

Quanto à P4 nota-se desde o início maior capacidade de autorregulação emocional verificada por meio de observação direta. P4 limitava-se a dar respostas curtas e fazer perguntas acerca do que lhe interessava (Tabela 5). Raramente desenvolvia diálogo e, quando o fazia era no intuito de demonstrar que estava “se comportando bem e recuperando” visando comprovar sua sanidade e conseqüente extinção da medida de segurança. Observou-se também a manutenção da maioria dos dados obtidos por meio de observação direta e indireta, apontando algumas alterações para P4 que apresentou comportamentos destoantes, quando comparados aos comportamentos emitidos pelos demais participantes.

Deve-se esclarecer que as Tabelas 20 e seguintes trouxeram dados que serão discutidos no estudo complementar.

Em suma, afirmar-se-ia que a história das interações dos participantes com seus ambientes é responsável, em parte, pelas circunstâncias nas quais eles se encontram. Na visão Skinneriana, o repertório comportamental de um organismo é o resultado da sua história

---

<sup>16</sup> Segundo Goffman (1974), as instituições totais se caracterizam por serem estabelecimentos fechados que funcionam em regime de internação, onde um grupo relativamente numeroso de internados vive em tempo integral (Ex. presídios, mosteiros, conventos, internatos etc.).

<sup>17</sup> Homans (1961, p. 46) define norma como uma “afirmação feita por vários membros de um grupo, não necessariamente por todos eles, estabelecendo que membros devem se comportar de uma certa maneira em certas circunstâncias”.

<sup>18</sup> Baum (2019, p. 145) Comportamento controlado por uma regra “é dizer que está sob controle do estímulo regra e que a regra é um certo tipo de estímulo discriminativo – um estímulo discriminativo verbal”.

filogenética, bem como da sua história de interação com o ambiente passado e presente. Neste estudo, a meta era analisar a influência dos eventos antecedentes e consequentes sobre as ações dos participantes, onde se confirmou que atenção social influenciou suas respostas. Sugere-se que investigar o comportamento de homicidas com o diagnóstico de esquizofrenia, ainda que desafiante, permitiu demonstrar que a pesquisa experimental com manipulações de variáveis, se revelou de extrema importância, uma vez que são escassos os estudos nesta área. Quem sabe, este estudo seja um dos primeiros.

Entretanto, estudos descritivos com uso de protocolos que envolvem processos criminais são frequentes na literatura brasileira e estrangeira. Essas considerações justificam a importância para os analistas do comportamento colaborarem com operadores do Direito. Aplicar a análise de contingência comportamental para ajudar especificar as relações funcionais ambiente-comportamento em estudos que envolvam processos de justiça criminal em serviços de saúde mental. A meta seria a condução de pesquisas empíricas com consequências reforçadoras para o indivíduo e para a sociedade.

## MALINGERING E ESQUIZOFRENIA: UM ESTUDO COMPLEMENTAR COM BASE NA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

No presente trabalho, em primeiro lugar, empregou-se a avaliação funcional com o uso de métodos indiretos (entrevistas), diretos (observações do comportamento no contexto) e a análise funcional experimental (manipulação de seis condições) para investigar eventos antecedentes e consequentes dos comportamentos de quatro participantes com o diagnóstico de esquizofrenia e em cumprimento de medida de segurança por crimes de homicídio, P1, P2 e P3. Outro participante, P4 por tentativa de homicídio. Com o uso destas estratégias ficou demonstrado a eficácia do método proposto na produção de dados. Para complementar este estudo serão utilizados os dados dos quatro participantes na tentativa de demonstrar o perigo de *malingering*<sup>19</sup> e sua relação direta com laudos periciais e as respectivas consequências judiciais.

Importante esclarecer que o termo esquizofrenia se aplica a comportamentos estranhos, bizarros, incomuns ou inapropriados. Em decorrência, postula-se que a esquizofrenia seja uma espécie de possessão mental, independente e de base oculta (Sturmey et al., 2007), uma vez que estes comportamentos sejam extremamente complexos e perturbadores. Em acréscimo a essas explicações tem-se a visão de que a pessoa necessita de tratamento porque possui uma psicose, um transtorno mental, além de desequilíbrios neuroquímicos, danos cerebrais ou genéticos. Essa ideia está distante da ciência do comportamento, pois são meramente deduções hipotéticas a partir de observações do comportamento no contexto: observa-se a pessoa se comportando e não a psicose. Nesse contexto, o comportamento seria epifenômeno e não um objeto de estudo por si mesmo. Daí a profusão de termos para explicar as ações humanas.

---

<sup>19</sup> Malingering é definido como como a fabricação ou exagero voluntário de sintomas mentais ou físicos para obter benefícios secundários, que podem incluir compensações financeiras ou outras vantagens, como leniência, drogas, evitar obrigações (escola, trabalho, exército) ou apenas chamar a atenção de outras pessoas (Rogers, 2008)

Assim sendo, o termo *malingering* (e.g., simular doença ou fingir-se doente para fugir ao cumprimento de uma regra) não é considerado um transtorno mental, mas a APA (2013/2014) o cataloga no DSM-5, ao descrevê-lo como uma condição clínica que merece atenção ao defini-lo como a produção intencional de sintomas físicos e/ou psicológicos falsos ou grosseiramente exagerados motivados por incentivos externos. Tal evento, esclarece a APA (2013/2014) merece especial atenção no âmbito forense quando infratores tendem a se esquivar da responsabilidade criminal e a conseqüente punição de seus atos, fingindo psicoses ou deficiência cognitiva severa.

Como descrito acima, o tema *malingering* em questão é importante para o processo penal tendo em vista os laudos periciais auxiliarem os juizes em sua convicção quanto à culpabilidade do réu e a conseqüente sentença. Nesse sentido, os dados em relação a P4 evidenciam que o participante poderia estar simulando o critério diagnóstico de esquizofrenia em relação ao “ouvir vozes” tendo em vista que, em alguns momentos afirmava ter ouvido vozes de comando do Chorão e, em outros dizia não ouvir nada.

Estudos envolvendo participantes institucionalizados e com diagnóstico de esquizofrenia que cometeram homicídios comprovaram que os internos simulavam psicose aguda. Os participantes apresentaram, além de um padrão diferenciado nos testes aplicados, um desempenho bem pior e menos consistente quando medido o tempo de reação comparado com os dos demais internos (Kertzman et al., 2006).

Segundo os critérios do DSM-5, Rogers e Shuman (2005) encontraram acurácia de 13,6 a 20% na identificação de *malingers* positivos. Contudo, 79,9 a 86,4% dos indivíduos foram classificados erroneamente (falso positivos) utilizando-se do mesmo critério. Walczyk et al. (2018) afirmam que recai um pesado fardo sobre o sistema de justiça criminal ao classificar erroneamente um indivíduo como *malingering*, pois além da própria estigmatização deste, depara-se com o fato de que muitos clínicos evitam emitir tal diagnóstico por temerem

processos futuros. Evidencia-se assim um impacto negativo na própria execução da justiça, uma vez que falhas na detecção de *malingering* em casos de insanidade mental podem atrasar o processo por meses ou até anos, ocasionar hospitalizações desnecessárias que poderiam favorecer as fugas. McDermott e Sokolov (2009) expressaram ainda preocupação a respeito do uso inapropriado de antipsicóticos administrados a presidiários que fingem com sucesso psicose, pois além destes terem alto custo, podem causar efeitos colaterais prejudiciais, como distonias, diabetes, níveis elevados de colesterol e síndrome metabólica.

Por meio dos dados de observação deste estudo, pode-se verificar a preponderância dos diagnósticos de esquizofrenia sobre os demais, bem como a preponderância dos crimes de homicídio e tentativa de homicídio relacionadas a esse grupo. Por exemplo, no período de 2012 a 2019 foram encaminhadas ao PAILI 262 pessoas com diagnóstico de esquizofrenia para o cumprimento de medidas de segurança, sendo que destes, 86 cumpriam a medida de segurança por crimes de homicídio ou tentativa de homicídio, representando quase 33%. Outro fator de destaque foi a associação da dependência química isolada ou associada a transtornos mentais e ação delituosa, fator de grande importância tendo em vista as alucinações ocorrerem em razão dos efeitos de substâncias psicoativas não se relacionando com a esquizofrenia. Sendo assim, ter-se-iam os seguintes cenários: a) indivíduo imputável que se vale do efeito encorajador da droga para praticar crimes e, desta forma, por analogia de acordo com a *teoria da actio libera in causa*, estaria sujeito a uma pena<sup>20</sup>; b) indivíduo inimputável por dependência química (F-19.9, CID-10) o que não lhe traria prejuízo em termos de liberdade se tal requisito não viesse atrelado à esquizofrenia, pois já encontra

---

<sup>20</sup> Acerca dos artigos 45 e 46 da Lei 11.343/2006, pondera NUCCI (2009, pp. 383- 384):

É fundamental que o agente, estando drogado à época do fato, perca a capacidade de entender o ilícito (inteligência) ou de comportar-se de acordo com o entendimento do ilícito (vontade). Há uma associação entre a análise do perito (o médico deve realizar uma avaliação retrospectiva analisando o agente a fim de atestar a sua incapacidade em virtude do estado em que se encontrava no momento do exame ou, se possível, à época do fato) e a avaliação judicial (o juiz decide com base no laudo pericial se o agente era capaz de captar o ilícito e comportar-se de acordo com tal entendimento).



amparo legal devido a sua classificação enquanto transtorno no DSM-5; c) semi-imputabilidade inferida ao dependente quando sob os efeitos da droga entra em crises delirantes, com agitação psicomotora, podendo partir para a prática de atos violentos, não se admitindo nesses casos, a hipótese de dolo contemporâneo; d) semi-imputabilidade levando-se em conta a condição *sui generis* de perturbação com redução de pena enquanto sujeito de direitos e deveres a partir do entendimento proposto pela reforma psiquiátrica.

Comportar-se de modo compatível ao termo *malingering* representa uma das dimensões do comportamento, qual seja, um dos modos da pessoa adaptar-se ao seu ambiente. Assim, relações custo-benefício de opções em contextos adversos podem ser avaliadas, estimando-se uma prevalência de 1% na prática clínica civil; no contexto militar de 5%; já no contexto forense, a prevalência do modo de agir conforme o *malingering* aumenta significativamente, podendo variar entre 10% e 20%, dependendo do ambiente (Gonçalves et al., 2020). Tais condições podem ser observadas em 12,1% dos réus encaminhados para avaliação psicológica antes do julgamento (Shapiro, 1999; Frederick & Denney, 1998).

Assim como Rosenhan (1973), que questionou empiricamente a validade do diagnóstico de esquizofrenia inserindo pseudopacientes em hospitais psiquiátricos localizados em diferentes estados, Reid (2000) também valendo-se de pseudopacientes, demonstrou que, ao contrário do que muitos psiquiatras e psicólogos acreditam, não basta ter experiência clínica e realizar uma boa entrevista para identificar o *malingering*. O autor, com a finalidade de comprovar sua tese e treinar profissionais na detecção do *malingering*, escolheu nove participantes que eram vizinhos ou funcionários de um hospital para realizar o estudo. Os participantes escolheram, cada qual o seu diagnóstico a ser representado durante a produção de um vídeo de treinamento conforme os critérios diagnósticos do DSM-III-R (APA, 1988). O vídeo foi gravado sem ensaio prévio, onde cada um simulou o diagnóstico escolhido. Meses e anos se passaram e muitos colegas de Reid, incluindo professores, referiram-se aos

pseudopacientes como genuínos, apesar de sua condição de atores no vídeo. Vários espectadores acharam que eles eram exemplos clássicos de seus respectivos “diagnósticos”. Tal como Rosenhan (1973), Reid (2000) demonstrou que não é tão simples assim identificar o comportamento simulado do comportamento espontâneo. Contudo, Palomba (1996) afirma que não há simulação que resista a criterioso e longo estudo.

Em sua prática clínica, Reid (2000) afirma que o agir segundo o *malingering* obedece a três funções principais: evitar responsabilidade ou punição; obter reforçadores de origem monetária como, por exemplo, benefícios do governo, companhia de seguros ou causas judiciais; por último, obter drogas. Dentre os dados aferidos no presente estudo, era comum P1 isolar-se e queixar-se de piora de seu quadro clínico, inclusive que estava “ouvindo vozes” com a possível finalidade de ser transferido por uns dias para um outro lugar.

A despeito dos problemas que possam decorrer das funções do *malingering*, importante esclarecer algumas questões pontuais. A primeira diz respeito aos fatores biológicos como causa para os transtornos psiquiátricos. De acordo com Wyatt, (2009) as últimas décadas têm testemunhado o surgimento de explicações genéticas e bioquímicas para as dificuldades comportamentais. Vários transtornos estão cada vez mais conceituados em termos biológicos, mesmo que não haja o mais tênue apoio para essa conceituação (Antonuccio et al., 1999; Wong, 2007; Wyatt & Midkiff, 2007; Wyatt, 2009). Em sua última edição, o próprio DSM-5 aponta que não há exames laboratoriais para a esquizofrenia.

O segundo diz respeito a subjetividade do diagnóstico. Um dos problemas no que tange as leis no campo das complexidades comportamentais é o de que o diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia, como qualquer outro diagnóstico de transtorno mental classificado no DSM-5 é subjetivo, o que “requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico” (p. 161). Portanto, decidir que uma pessoa é esquizofrênica e inimputável requer julgamentos dos profissionais (Britto & Dutra, 2019). Contudo, os analistas do comportamento empenham-se

na condução de estudos descritivos ou experimentais fazendo uso de metodologias rigorosa para reivindicar o prestígio associado a confiabilidade ou validade de seus dados (Britto, 2021).

O terceiro, é que a variabilidade do fenômeno comportamental é intrínseca e os experimentos devem ser delineados para que qualquer variação sistemática do comportamento possa ser atribuída às manipulações experimentais (Baron & Perone, 1998). No presente estudo, foi utilizado o método de pesquisa sujeito único, N = 1. Este método envolve medidas repetidas dos comportamentos de um sujeito, antes, durante e depois da intervenção experimental (Baron & Perone, 1998; Iversen, 2013; Vieira, 2018). Neste sentido, os procedimentos da análise funcional revelaram efeitos experimentais sobre o comportamento de ‘ver ou sentir’ na ausência de estímulos, de cada participante.

Finalmente, o ponto de partida deste trabalho foi estudar o “ouvir vozes” em relação aos eventos ambientais. Analisá-los funcionalmente. Nas palavras de Britto (2013), estudar o efeito de uma variável sobre a outra, ou seja, as relações de ‘causa-e-efeito’ é relevante voltarmos para a experimentação, obedecendo a uma lição de C. Bernard (1865/1927), o pai da medicina experimental, quem ensinou que "(...) a análise experimental é o nosso único meio de buscar a verdade" (p. 55). Ao incorporar procedimentos experimentais para estudar o comportamento criminoso de esquizofrênicos, quem sabe, este estudo estaria na posição de contribuir para o Direito, Psicologia, Psiquiatria e a Justiça.

### *Perícias em saúde mental no âmbito penal*

O sistema brasileiro adotou o princípio da persuasão racional como norma orientadora do exercício jurisdicional, o que remonta a faculdade do juiz em decidir de acordo com sua livre convicção apoiada nos elementos probatórios constantes no processo podendo em alguns casos ter a possibilidade, de provas emprestadas e provas supervenientes.

O Direito Penal e a Psicologia são disciplinas que se comunicam e até se completam, contudo, na busca da verdade podem apresentar pontos de conflito, tendo em vista a lei basear-se em fatos e decisões legais anteriores, apresentando certa resistência a mudanças; já a Psicologia aceita a probabilidade de mudanças na busca da verdade. Importantes questões de Direito Criminal necessitam do apoio da Psicologia Forense (Huss, 2011).

Huss (2011) explica que a Psicologia Forense atua como ferramenta importante quando se trata de verificar a responsabilidade penal ou não do agente, aferindo sua “capacidade mental” no intuito de identificar, por exemplo, o princípio da *mens rea*, princípio este no qual o indivíduo comete um ilícito de maneira intencional sugerindo, assim, sua consequente culpabilidade, ou seja, o conceito de capacidade encontra-se vinculado ao critério de escolha, de livre-arbítrio<sup>21</sup> como causa justificadora da punição. Com a mesma fundamentação se excluía da responsabilidade penal as crianças e os portadores de doença mental pois, estes não entendiam os seus atos e suas consequências e não se cogitava que tivessem livre-arbítrio para estabelecer suas escolhas (Costa et al., 2018).

Em meados do século XIX a Psiquiatria recebe lugar de destaque, figurando como o maior auxiliar do magistrado categorizando os delinquentes e norteando a justiça na aplicação ou não da pena, mas, acima de tudo, no intuito de esclarecer a motivação do crime (Costa et al., 2018). Para os autores supracitados a questão basilar da Psiquiatria Forense encontra-se na responsabilidade da ação humana relacionando-a às explicações acerca do comportamento humano permeado de princípios éticos e conhecimentos científicos sobre o próprio homem. Assim, a liberdade humana, a autonomia e autodeterminação, têm sido e continuam a estar em jogo.

---

<sup>21</sup> O livre-arbítrio sob a ótica da Análise do Comportamento encontra-se explicado anteriormente conforme abordado pela Dra. Cláudia Luiz Lourenço. (Lourenço, 2016)

Assim sendo, no intuito de auxiliar na formação da livre convicção do magistrado, surge a figura do perito que, com sua *expertise*, trará seus conhecimentos em sua área de atuação na forma de laudo pericial no qual deverá expressar a sua certeza técnica (Chaves & Campos, 2015; Wambier, 2014). A missão do perito é, apenas, esclarecer o juiz para que este possa aplicar a lei de maneira adequada sem submeter-se cegamente ao parecer dos peritos renunciando a sua faculdade de julgar, ou seja, o perito é um auxiliar da justiça, convocado para atuar como tal no processo em que este meio de prova é admissível (art. 149 NCPC).

O laudo pericial deve obedecer a seguinte estrutura: a) preâmbulo constando dados do perito, data e local da realização dos exames, juízo solicitante e objetivo da avaliação; b) identificação do periciado e demais pessoas ouvidas com suas devidas qualificações; c) histórico dos fatos ensejadores da perícia; d) espécie da qual o periciado é parte; e) diagnóstico conforme CID-10 (DSM-5) incluindo-se o grau de gravidade; f) discussão; g) conclusão (Fontana-Rosa, 2006).

No âmbito do processo penal vários tipos de perícia auxiliam o juiz em diversos momentos do processo contudo, nos interessa, no presente estudo, aquelas que tratam das avaliações psiquiátricas, psicológicas e neuropsicológicas envolvendo a sanidade mental de indivíduos que cometeram crimes e seus respectivos laudos que reforçam a motivação julgadora do magistrado.

Há muito a criminologia discute o comportamento criminoso de indivíduos sob as mais variadas lentes que transitaram desde a visão organicista de Lombroso até aquelas que indicavam a influência ambiental/social, como as defendidas por Ferri e a psiquiátrica por Garófalo (Alves, 1986; Garófalo, 1925). Enfim, em 1950 a Comissão Penal Internacional em Haia definiu que a diretriz a ser adotada deveria levar em consideração não apenas o fato criminoso e suas circunstâncias, mas igualmente as características intrínsecas à base psicológica, social e orgânica do agente (Chaves & Campos, 2015). Segundo Skinner (1969),

o comportamento é a interação entre indivíduo e ambiente, podendo o último funcionar como gatilho para a exteriorização de eventos de origem orgânica.

Em se tratando de perícias em saúde mental, encontram-se atualmente normatizadas pela legislação penal brasileira: a) o exame de responsabilidade penal ou de imputabilidade, também conhecido como exame de insanidade mental; b) a avaliação criminológica; c) exame de cessação de periculosidade. Quanto a esses, não trataremos do exame criminológico previsto nos arts. 34 do CP e 8º da LEP, tendo em vista o mesmo aplicar-se a apenados e objetivar a classificação dos antecedentes e personalidade do indivíduo condenado, possibilitando a realização de um prognóstico criminológico (Mirabete, 2004), além de individualizar a execução de sua pena, o que difere do nosso objeto de estudo realizado com inimputáveis em cumprimento de MS. Ressalta-se que a Lei nº 10.792/2003 que alterou o art.112 da LEP substituiu a necessidade deste para progressão de regime, substituindo-o por um simples atestado de bom comportamento carcerário.

Interessa-nos, portanto, o estudo do exame de responsabilidade penal, o qual determinará a inimputabilidade ou não do agente e o exame de cessação de periculosidade. Importante lembrar que o sistema penal brasileiro adotou critério biopsicológico normativo como método de aferição da imputabilidade do agente. Para tanto, para que seja penalmente capaz de ser responsabilizado é necessário que ao tempo da ação ou omissão “por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (art.26 CP).

O incidente de insanidade mental poderá ser arguido a qualquer tempo do processo bastando, para tanto, a dúvida quanto à higidez psicológica do acusado. Instaurado o incidente de insanidade mental no início do processo verificar-se-á se o réu era ao tempo do crime inimputável (art. 26 CP) e, em sendo afirmativa a questão, conduzirá o juiz a uma sentença

absolutória imprópria com conseguinte aplicação de medida de segurança. Caso a inimputabilidade constatada seja superveniente (art. 149, §2º CPP), ou seja, se deu depois da prática da infração, o processo continuará suspenso até que o acusado se restabeleça. Contudo, existe uma terceira hipótese prevista no art. 183 da LEP que trata da insanidade mental no curso da execução da pena privativa de liberdade devendo o juiz promover a sua substituição pela medida de segurança. Vejamos: “quando no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o Juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público, da Defensoria Pública ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança” (Brasil, 2012).

O segundo tipo de perícia em saúde mental que nos interessa diz respeito ao exame de cessação de periculosidade que é realizado por equipe multidisciplinar e encontra-se previsto nos arts. 97 do CP; 710, II e 715 do CPP e 175 a 179 da LEP e deverá ser repetido anualmente após findar o prazo mínimo estabelecido da medida de segurança, que pode variar de 1 a 3 anos.

Trata-se de assunto controverso no âmbito da saúde mental já que é uma perícia prospectiva que visa avaliar a probabilidade de risco de reiteração do comportamento criminoso (Santos, 2008). Para Bruno (1984), a periculosidade representa um estado de sério desajustamento do homem às normas de convivência social. Completa afirmando que se trata de um juízo de probabilidade, “necessariamente sujeito a erro”. A periculosidade é, portanto, um juízo de probabilidade de que novos crimes sejam praticados. Um juízo sobre o comportamento futuro do agente, constituindo-se uma verdadeira “ficção jurídica” já que não existe fórmula positiva ou científica para determinar a periculosidade do indivíduo (Fragoso, 1984).

Costa et al. (2018) apontam que durante a década de 90 foram desenvolvidos instrumentos de avaliação padronizados a fim de se verificar fatores de risco para

comportamento violento, configurando-se entre eles o *Psychopathy Checklist – Revised* (PCL-R), *Barrat Impulsiveness Scale*, *Historical, Clinical and Risk Management Violence Risk Assessment Scheme* (HCR-20)<sup>22</sup>.

Avaliar algo tão subjetivo e carecedor de precisão científica parece-nos extremamente perigoso e antigarantista, inclusive, sujeito a reparação do dano como ocorrido no caso *O'Connor versus Donaldson*. Em 1957, os pais de Kenneth Donaldson, diagnosticado com esquizofrenia e não considerado perigoso, após inúmeras solicitações de desinternação para tratamento ambulatorial que foram recorrentemente negadas, decidiram processar o Dr. O'Connor, superintendente do hospital em que Donaldson permaneceu internado sem tratamento por longos 15 anos. O Supremo Tribunal decidiu que “o estado não podia constitucionalmente confinar... um indivíduo que não é perigoso e que é capaz de viver de maneira segura em liberdade por si próprio ou com a ajuda dos familiares e amigos dispostos e responsáveis”. Donaldson foi indenizado em 48.500 dólares (Barlow & Durand, 2016, p. 596).

Conforme se extrai do julgado da apelação 0028424-78.2009.8.26.0344, pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, de relatoria do Desembargador Márcio Bártoli, é “importante destacar que a proteção social e a sociedade não podem se sobrepor ao indivíduo possuidor de sofrimento mental, por ser este detentor de dignidade humana e titular de direitos fundamentais que devem ser efetivados de forma perene”. Ressalta-se que no Estado Constitucional de Direito só se deve analisar a culpabilidade pelo fato, punindo-se o indivíduo *apenas pelo evento praticado* (grifo nosso) e não por sua vida passada, ou pela possibilidade de voltar a cometer ato infracional no futuro (Costa et al., 2018).

---

<sup>22</sup> Existem diversos trabalhos convalidando a HCR-20 em diversos países do mundo, inclusive no Brasil. Os autores da escala HCR-20 consideram que a principal vantagem dos instrumentos de avaliação padronizada consiste na capacidade de ser um guia acerca dos conhecimentos mais recentes neste campo de pesquisa e conhecimento, possibilitando aos clínicos a tomada de decisões baseadas em fatores de risco específicos (Costa et al., 2018).



Assim sendo, os exames de cessação de periculosidade começam a sofrer alterações na sua forma de aplicação, limitando-se a atestar a condição atual do periciando e não mais emitindo pareceres prospectivos acerca da possibilidade de se cometer novos crimes. Propostas de modelos alternativos começam a surgir buscando-se resguardar os direitos de indivíduos com diagnósticos de transtornos mentais. Nesse sentido surge como iniciativa inovadora o Exame Multiprofissional Pericial de Avaliação Psicossocial (EMPAP)<sup>23</sup><sup>24</sup> que não contraria a norma vigente e coloca-se como modelo alternativo ao atual Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade (EVCP), possibilitando a reintegração social por meio da inclusão numa rede de apoio psicossocial.<sup>25</sup>

#### *Avaliação indireta e a fragilidade das perícias psiquiátricas*

O conceito de inimputabilidade trata-se de um termo legal e não psicológico ou psiquiátrico (Huss, 2019) que se refere ao “estado mental” de uma pessoa no momento do delito. Por se tratar de questão de caráter subjetivo e transitar entre o extremo rigor e a brandura representa grande preocupação, especialmente no que tange à fragilidade dos laudos e testemunhos periciais como ocorrido, por exemplo, no caso Andreas Yates.<sup>26</sup>

---

<sup>23</sup> A partir das observações quanto à mudança nos critérios elencados pelos peritos como fundamentais na avaliação da cessação da periculosidade (presença ou ausência de sintomatologia produtiva, o comportamento do periciado na instituição e o apoio sociofamiliar) e numa compreensão multidisciplinar, surgiu a demanda de um novo exame verificação de cessação da periculosidade que acabou sendo desenvolvido pela Dra. Kátia Mecler, quem primeiro realizou pesquisas nesse sentido no Brasil. Deu-se então a criação do EMPAP - Exame Multidisciplinar de Avaliação Psicossocial, que já vem sendo aplicado na Vara de Execução Penal do Estado do Rio de Janeiro (Costa et al., 2018).

<sup>24</sup> O EMPAP tem como fundamento a atenção médico-psicossocial privilegiando a reinserção social e resgatando a identidade perdida dentro do sistema penitenciário, que tem como uma de suas consequências aniquilar as subjetividades. Propõe-se, no novo modelo, privilegiar a inclusão numa rede de apoio psicossocial, reintegrando os portadores de transtornos mentais à comunidade. Convém destacar que a multiprofissionalidade que integra a definição do exame decorre da solução construída entre o perito psiquiátrico e toda a equipe multidisciplinar, embora o exame multiprofissional não seja simultâneo ao exame pericial de avaliação psicossocial (Costa et al., 2018).

<sup>25</sup> No Estado de Goiás o PAILI atua “gerente” da execução de medida de segurança fazendo a ponte o judiciário e as redes de apoio.

<sup>26</sup> O caso Andrea Yates atraiu enorme interesse do público devido à morte trágica dos cinco filhos. Embora Andrea tivesse extensa história de “doença mental” e internações psiquiátricas, foi considerada culpada de assassinato em primeiro grau, vindo a ser condenada em seu primeiro julgamento e sentenciada à prisão perpétua. Na apelação, a condenação original foi derrubada pelo Tribunal de Apelação do Texas devido a um erro de um dos peritos que

Segundo Huss (2019), de todas as questões legais que psicólogos forenses auxiliam a justiça, as investigações de inimputabilidade encontram-se entre as mais difíceis e elenca as seguintes razões: a) a pouca clareza da doutrina legal quanto à natureza da “doença mental” capaz de absolvição por inimputabilidade; b) as avaliações forenses são retrospectivas e requerem que o psicólogo forense reconstrua o “estado mental” do acusado semanas ou até meses depois do crime; c) porque os métodos de avaliação psicológica avaliam a situação mental atual, “não permitem que o avaliador viaje de volta no tempo para avaliar o estado mental de alguém precisamente durante o crime”; d) avaliações retrospectivas embasadas em relatos de terceiros; e) ausência de entrevistas ou testes psicológicos universalmente aceitos para avaliações de inimputabilidade; f) existência de muita variabilidade nas abordagens dos psicólogos forenses e “elas apresentam menos do que uma confiabilidade ideal como resultado” (Huss, 2019, p. 188).

Zapf et al. (2006) apontam que existem em geral três componentes comuns nas avaliações de inimputabilidade: uma entrevista, o uso de instrumentos de avaliação forense relacionados e a coleta de informações de terceiros e colaterais. A entrevista quando extensa, detalhada, aplicada em múltiplas sessões e com a colocação de questões idênticas em momentos diferentes busca validar a história clínica do periciando. Para tanto, sugere-se avaliação do comportamento verbal e não verbal mediante utilização de instrumentos de análise da credibilidade do avaliado e a aplicação de medidas padronizadas, tais como inventários clínicos tipo MMPI-II ou MCMI-III. Quanto às informações colaterais (eg. exames médicos, registro de prisão e processos anteriores, registros financeiros e escolares etc.) estas permitirão que perito verifique a consistência dos sintomas e identifique as

---

testemunharam no caso. Andrea foi então declarada inocente por motivo de inimputabilidade (NGRI) porque sofria de depressão pós-parto.

contradições discrepantes nas respostas dos avaliados levando-o a um diagnóstico mais preciso.

Nos Estados Unidos, buscando melhorar a confiabilidade e validade das avaliações forenses, existem dois instrumentos disponíveis para avaliações de inimputabilidade: a MSE (avaliação do estado mental no momento do delito) e R-CRAS (Escala de avaliação de responsabilidade criminal de Rogers). No Brasil, em Goiás, conforme relatos de peritos de psiquiatra e psicólogo (Tabela 13), não existem documentos padronizados para tal, ficando a cargo do perito a escolha dos instrumentos psicológicos capazes de formar a sua convicção quanto ao diagnóstico e conseqüente elaboração do laudo.

Quanto à ausência de instrumentos-padrão entendemos que talvez não se trate efetivamente de um problema, tendo em vista a singularidade de cada indivíduo periciado. Para tanto, cabe ao perito psicólogo a discricionariedade no uso daquele que melhor adequar ao caso analisado. Contudo, ao se tratar da verificação de cessação de periculosidade para efeito de extinção da medida de segurança, Mecler (1996) observou que, ao contrário dos demais laudos emitidos pelos peritos (Sanidade Mental, Dependência Toxicológica e Superveniência de Doença Mental), os EVCP não possuíam uma estrutura padronizada formal, fazendo com que os laudos diferissem entre os peritos apresentando escassez de informações e, até eivados de valores subjetivos, acabavam dificultando e, algumas vezes, impedindo a formação da convicção segura dos operadores de direito, ressaltando a fala de Palomba (2016) ao afirmar que, muitas vezes, os laudos são imprestáveis.

Via de regra as perícias psicológicas encaminhadas à Junta Médica do Estado dividem-se em judiciais e administrativas e são realizadas exclusivamente por demanda interna da equipe de psiquiatria do mesmo órgão, ou seja, as perícias psicológicas são utilizadas no intuito de dirimir dúvidas ou complementar laudos psiquiátricos quando necessário. As perícias judiciais abarcam os seguintes exames: (1) insanidade mental para instrução criminal

previamente à sentença; (2) insanidade mental na execução penal para conversão de pena em medida de segurança; (3) saúde mental do menor infrator; (4) cessação de periculosidade em razão do cumprimento de medida de segurança; (5) dependência toxicológica; (6) interdição e curatela; entre outras (ver anexo 5).

Um fator complicador das perícias em saúde mental trata-se do número reduzido de peritos para lidar com o volume das demandas, o que impossibilita que avaliações neuropsicológicas sejam feitas de maneira a complementar os laudos. Atualmente a Junta Médica do Estado de Goiás conta com 9 psiquiatras e 6 psicólogos. O número de perícias realizadas no ano de 2020 foi impossível de ser obtido em razão da defasagem no sistema de informação e impossibilita que relatórios sejam gerados automaticamente. Contudo, através de informações obtidas junto àquele órgão, foram agendadas mais de 5.000 perícias naquele ano.

Outra dificuldade das perícias repousa na necessidade de obtenção do estado de inimputabilidade em que o agente se encontrava no momento do fato delituoso. Para tanto, realiza-se uma avaliação retrospectiva, o que não impede que o resultado seja inconsistente pois apenas encontra-se sob avaliação um recorte parcial do comportamento ou da realidade do indivíduo. Desta feita, Popolo (1996) ressalta que os conhecimentos produzidos pelas perícias são tratados como a verdade sobre o indivíduo refletindo a expectativa jurídica de caráter positivista onde se busca compreender o indivíduo como um todo por meio de um comportamento particular que é só uma parte.

Além dos óbices apontados acima, soma-se a elas a possibilidade de simulação<sup>2728</sup> devido ao ganho secundário envolvido nas avaliações de inimputabilidade (Huss, 2019;

---

<sup>27</sup> *As duas faces de um crime - Filme* de 1996 onde Ed Norton simula transtorno de identidade dissociativo para ser considerado inimputável do assassinato de um padre, chegando até mesmo a enganar inicialmente seu advogado.

<sup>28</sup> *O estrangulador da colina*. Durante 1977 e início de 1978, os primos Kenneth Bianchi e Angelo Buono cometeram uma série de estupros e assassinatos de mulheres jovens na área de Los Angeles. Eles as estupravam, torturavam e estrangulavam até a morte e depois desovavam seus corpos em colinas em torno de Los Angeles.

Golding, 1992) seja ela na fase inicial do processo ou durante a execução nos casos de avaliação de cessação de periculosidade conforme já discutido acima. Joaquim (2021, pp. 24-25) afirma que:

mentir é um comportamento duplamente reforçador, isto é, mentimos para obter benefícios ou para afastar consequências aversivas. Para isso, contudo, é preciso empenho e esforço cognitivo em termos de função executiva. Para mentir, é preciso criar cenários, contextos e objetos de ordem fictícia, escolher as palavras certas, recordar-se do que precisa ser omitido, inibir contradições na narrativa; é preciso atentar ao modo como a audiência está recebendo tais informações. Tudo isso requer uma grande capacidade de autorregulação e automonitoração.

Com o avanço das tecnologias, estudos com a utilização de softwares e exames de imagens entre outros, tem sido possível alcançar resultados cada vez mais precisos quando se trata de simulação. Alessia (2010) afirma que ao elaborar uma mentira faz-se um esforço psicológico considerável que transparece por meio de alguns indicadores involuntários que vêm sendo estudados na busca de compreender a simulação. Foram observadas alterações na ativação de certas áreas cerebrais bem como alterações térmicas na face passíveis de verificação com a utilização do polígrafo<sup>29</sup>. Dentre as ferramentas psicométricas utilizadas na área jurídica, o MMPI II permite detectar índices de simulação e ocultação através das escalas de controle L (Lie), F (frequência) e K (correção) (Caiarella & Rinaldi, 2009).

---

Depois de ter sido preso Bianchi, com base no filme *Sybil*, teve a ideia de simular transtorno de personalidade múltipla, hoje transtorno de identidade dissociativo, a fim de alegar sua inimizabilidade. Inicialmente dois peritos acreditavam que ele padecia do transtorno, enquanto outros dois concluíram que ele estava simulando ao descobrirem que ele havia utilizado o nome de um estudante (Steve Walker) para obter um diploma falso, bem como através de outros deslizes, quando Bianchi se refere a Steve Walker como “ele” em vez de “eu”. Steve Walker era também o nome dado a sua segunda personalidade. Atualmente, cumpre várias penas de prisão perpétua (Huss, 2019).

<sup>29</sup> O polígrafo, também conhecido como detector de mentiras, é uma invenção do século XX e consiste em um aparelho que mede e registra as atividades neurovegetativas, reproduzindo-as sob a forma gráfica, com o objetivo de aferir a veracidade das informações da pessoa que se submete ao teste por esse meio. O aparelho registra variações da pressão arterial, da respiração, das contrações musculares, dos movimentos oculares. Esse teste funda-se no princípio segundo o qual o fato de mentir acarreta alteração psicológica, gerada pelo temor (Barros, 2009, p. 586).

Paolo Borghi (comunicação pessoal, setembro de 2021)<sup>30</sup> afirma que em sua experiência de 40 anos trabalhando no departamento de psiquiatria de uma instituição prisional na Itália, 36 destes anos no serviço de recém-chegados, viu inúmeros relatos acerca dos crimes cometidos serem alterados após o contato dos presos com seus defensores. Estudos realizados por Kertzman et al. (2006) demonstraram que 12,1% dos réus encaminhados para avaliação pré-julgamento, simulavam psicose ou deficiência cognitiva severa a fim de evitarem a responsabilização criminal e consequente punição. A verificação desses dados foi possível por meio da implementação de software que media a realização de tarefas computadorizadas em tempo real. Registrava-se o tempo de reação nas tarefas - *Visual Simple and Choice Reaction Time*- em milissegundos e se obtia a taxa de precisão observando-se maior número de resultados incorretos além de maior lentidão e inconsistência no tempo de reação. Os autores supracitados afirmam que os quatro parâmetros de ambos os testes (precisão da resposta, tempo de reação, desvio padrão do tempo de reação e congruência da tarefa) são simples e constituem um meio amigável para a detecção de simulação na prática forense.

Conforme se depreende da fala de um promotor de justiça (Tabela 20), percebe-se uma vulgarização da utilização da tese de inimputabilidade por doença mental a fim de eximir-se da responsabilidade penal, o que acaba por ser prejudicial àqueles que realmente fazem jus à aplicação da medida de segurança. O promotor de justiça acrescenta, ainda, a incongruência de laudos e a necessidade de uma ciência psiquiátrica e psicológica mais assertivas, a fim de se ter os laudos periciais como verdadeiros instrumentos de auxílio à justiça.

---

<sup>30</sup> Texto original da comunicação pessoal: “Comunque pur non essendoci dei dati certi, avendo lavorato oltre che in psichiatria per quasi 40 anni e in carcere, al servizio nuovi giunti per 36 anni ho visto centinaia di persone con disturbo mentale che avevano commesso un reato. Molti di questi, appena entravano in carcere, parlando con loro, mi raccontavano una versione di ciò che avevano commesso, poi, dopo aver parlato con il loro avvocato (chi ce l’aveva) cambiavano versione dei fatti! Purtroppo l’incapacità totale è completamente da abolire perché deresponsabilizzante”.

A fala do advogado (Tabela 21) igualmente aponta para as fragilidades dos laudos, muitas vezes, incongruentes, bem como a dificuldade de interpretação das nomenclaturas técnicas, inclusive, defende a importância do perito-auxiliar na assessoria do defensor. Assim sendo, verifica-se o grau de importância do perito no auxílio dos operadores do Direito, seja qual for a sua área de atuação no processo. Advogados, defensores públicos, promotores ou magistrados entendem de leis e cabe à psiquiatria e à psicologia elucidar as questões inerentes à saúde.

### *Inimputabilidade e as medidas de segurança*

Kelsen (1991, p.41) afirmava que a “conduta humana é determinada por norma” e, sendo assim, observa-se que o comportamento é governado por regras. Embora tal afirmação nos remeta a uma ideia de obrigatoriedade e totalitarismo, o autor diz que a maioria das condutas humanas que consideramos obrigatórias, comissiva ou omissivamente falando, são também condutas úteis ou racionais, dirigidas a nós mesmos ou em favor de um indivíduo ou grupo a quem nos interessa favorecer (Aguiar, 2006). Tal posição coaduna com a ótica comportamental quando afirma que uma norma social se mantém vigente por sua relação com as contingências de sobrevivência a longo prazo do grupo social (Baum,1994; Skinner, 1953; Glenn, 1991).

A característica definidora do Direito repousa sobre a “dedicação ao controle social do próprio comportamento social” (Aguiar, 2006). Para tanto, as normas jurídicas são compreendidas como prescrições comportamentais (contingências sociais normativas) que, inseridas em contexto normativo mais amplo, faz com que o Direito se revele como “tecnologia de controle social do comportamento humano” (Aguiar, 2006, p. 18) verificando-se o modo de atuação do indivíduo sobre o próprio ambiente em que se encontra inserido.

Aguiar esclarece que para a análise comportamental do Direito, é importante o estudo do comportamento humano individual segundo o modelo molar, tendo em vista este compreender que os comportamentos operantes “são padrões comportamentais estendidos no tempo e cujo desenvolvimento, manutenção, modificação e eventual extinção se deve à maior ou menor taxa global de reforçamento ou punição obtida pelos mesmos” (2006, p. 22). A observação de padrões comportamentais traz segurança relativa uma vez que permite prever determinadas condutas, embora não de maneira absoluta. Dessa feita, por meio da regularidade dos padrões comportamentais, seria possível comprovar ou não a eficácia/validade empírica da norma, ou seja, “verificar a relação causal entre a imposição de uma contingência social normativa e a obtenção da meta social vinculada a esta, implícita ou explicitamente” (Aguiar, 2006, p. 99).

Nascimento (2016) discorre sobre a importância da compreensão dos comportamentos de *mandos*, denominados por Skinner, para a compreensão comportamental do fato jurídico. Assim, as normas ao especificarem padrões de conduta, exigem obediência daqueles que estão sujeitos a elas e, impõem sanções, igualmente previstas na lei, aos que se opuserem ao seu cumprimento. Assim, explica que “os mandos, tal qual os comportamentos operantes em geral, estão sujeitos ao aumento de probabilidade de emissão em função da modificação de variáveis ambientais, com a diferença de que os mandos costumam guardar uma relação consideravelmente mais direta com o estímulo reforçador contingenciado à sua emissão” (p. 60). Contudo, a eficiência das práticas controladoras encontra-se diretamente relacionada à capacidade do controlador em discriminar os comportamentos sujeitos ou não a controle. Dessa maneira, com as normas, o Estado é capaz de controlar a conduta dos cidadãos por meio de comandos e “uma vez que comandos puros e simples talvez não sejam suficientes para causar mudanças comportamentais na escala desejada, contingenciar punições ao não cumprimento de certos comandos ou contingenciar recompensas ao cumprimento destes.” (p. 77).



Em síntese, os mandos jurídicos apresentam-se em forma de agregados verbais com caráter jurídico e função imperativa que são reforçados pelo Estado, por meio do mecanismo governamental. Uma vez emitidos, difundem-se na sociedade a que se destina condicionando, boa parte da população, à obediência por se encontrarem revestidos de uma roupagem jurídica e não, simplesmente, tratar-se de uma prática social. Enfim, o mando jurídico poderá representar um estímulo discriminativo para a observância de outras normas jurídicas. (Nascimento, 2016).

A Lei nº 7.209, de 11.7.1984 (Brasil, 1984) define em seu artigo 26 a isenção de pena para o agente portador de doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado que ao tempo da ação ou da omissão era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato. Tal isenção de pena obedece ao critério biopsicológico de inimputabilidade penal adotado pelo sistema brasileiro, impondo medida de segurança aos autores de crimes, inclusive quando estes forem hediondos consumados ou tentados.

A inimputabilidade penal é um tema que, além de instigante, encontra-se envolto em subjetividades, uma vez que sua classificação e aferição por meio de diagnósticos psiquiátricos se dá por critérios basicamente subjetivos conforme se depreende da fala de um(a) perito(a) psiquiatra (Tabela 13) onde diz inexistir uma metodologia padrão, diferentemente dos Estados Unidos que utilizam a *Rogers Criminal Responsibility Assessment Scale*<sup>31</sup> (R-CRAS) entre outras, o que até certo ponto é positivo pois os formulários tendem a ser muito objetivos e isso

---

<sup>31</sup> O R-CRAS é um instrumento desenhado por Richard Rogers com vista a providenciar uma metodologia sistemática e confiável de avaliação da responsabilidade criminal particularmente em casos de suspeita de perturbação ou doença mental (Shapiro, 1999). Este instrumento está desenhado para quantificar fatores situacionais e psicológicos, referenciados à altura do crime, e orientar a decisão sobre a responsabilidade criminal com base em critérios preestabelecidos. Isto permite ao técnico psicoforense estimar a responsabilidade na altura do crime, conceptualizar a inimputabilidade relativamente aos padrões legais apropriados e emitir uma opinião respeitando esses padrões (Rogers, 1984; Rogers & Sewell, 1999). Nesta escala operacionalizam-se um conjunto de itens que permitem recolher informação conforme o modelo norte-americano de avaliação da responsabilidade criminal, i.e., informação relativa a critérios de tomada de decisão que permitem concluir pela inimputabilidade (por insanidade), pela imputabilidade ou pela responsabilidade criminal, apesar da doença mental do acusado. O R-CRAS contempla os critérios do padrão decisional “Guilty But Mentally Ill” (GBMI), que traduzimos como “Culpado, mas com doença mental”.

facilitaria a mentira nas respostas dos acusados que, devidamente instruídos por seus advogados, poderiam valer-se da suposta condição de inimputável para se esquivarem da responsabilização penal.

A legislação brasileira, ao discutir a inimputabilidade, converge com a de Portugal posto que o Brasil herdou suas leis enquanto colônia deste em tempos remotos. A evolução do pensamento médico-forense em Portugal acompanhou em traços gerais o que se passou nos países mais desenvolvidos da Europa, embora de maneira muito lenta. Em 1889 foi promulgada a 1ª Lei sobre os Doentes Mentais (Lei Sena), na qual pela primeira vez se considera o problema dos doentes criminosos com a criação de anexos psiquiátricos nas cadeias. Contudo, foi decisiva a influência da escola criminológica italiana, posto que compreendia o delinquente como o resultado de um determinismo não só biológico, mas também psicológico e social - valorizando o homem delinquente e a prevenção da sua perigosidade, mais do que o crime ou a própria punição e entendendo-o como um doente que necessitava de tratamento psiquiátrico.

Orientado por seus postulados, o pensamento jurídico-penal da época traduziu-se em diplomas como a Lei de 3 de Abril de 1896, que versava sobre a obrigatoriedade do exame médico-legal em todas as situações em que o crime tivesse sido praticado por indivíduo supostamente alienado; a Carta de Lei de 17 de Agosto de 1899 definidora das perícias médico-legais; e as Instruções Regulamentares de 8 de Fevereiro de 1900 que, entre outros assuntos, tratava dos “Exames de Alienação Mental” (Santos-Costa & Morgado-Pereira, 2003).

No que tange à inimputabilidade, a legislação brasileira a traz no artigo 26 do Código Penal dizendo que “é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (Brasil, 1984). Portanto, os inimputáveis não estão sujeitos à pena, mas sim ao cumprimento de

medidas de segurança que, de acordo com Queiroz (2010), para que tais medidas possam ser aplicadas “exige-se o concurso simultâneo de todos os requisitos e pressupostos do crime, com exceção da imputabilidade do autor, unicamente”.

Nos casos de aplicação de medida de segurança, o artigo 96 do Código Penal determina que o tratamento deverá ser feito em hospital de custódia e tratamento, nos casos em que é necessária internação do paciente ou, quando não houver necessidade de internação, o tratamento será ambulatorial dando-se assistência médica ao paciente. O prazo mínimo, de um a três anos (art. 97, § 1º, do CP), para o cumprimento desta, deve ser estabelecido pelo Juiz e poderá se estender enquanto perdurar a “doença” mental. Não foi previsto pelo Código Penal prazo máximo de duração da medida de segurança. No entanto, como a Constituição Federal determina que no Brasil não haverá pena de caráter perpétuo e que o tempo de prisão não excederá 40 anos (art. 75 do CP) existe o entendimento de que a medida de segurança não pode ultrapassar 40 anos de duração tendo em vista que, o que se busca com a internação é o tratamento e a cura, ou recuperação do internado e não sua punição. Contudo, a desinternação pura, justificada exclusivamente pela analogia do tempo máximo de cumprimento de pena, torna-se temerária nos casos em que a doença e a perigosidade do agente persistirem. Exemplo clássico de tal situação foi o caso do *Bandido da Luz Vermelha*<sup>32</sup>. Quanto ao tema em questão, encontram-se julgados com posicionamentos divergentes.

---

<sup>32</sup> João Acácio Pereira da Costa alega ter ficado órfão aos quatro de idade. Ele e o irmão foram criados pelo tio que nega as acusações de abuso e maus tratos. João Acácio afirma ter sido estuprado na adolescência e que essas agressões sofridas despertaram seus piores instintos. Na adolescência, foi morar no estado de São Paulo, fugindo dos furtos que praticou no seu estado natal, fixando residência na cidade de Santos, onde se dizia filho de fazendeiros e bom moço e levava uma vida pacata no lugar que escolheu para morar, mas, ao contrário do “bom moço”, praticava seus crimes em São Paulo e voltava ileso para Santos. Também praticou roubos e desmanches de carros no Rio de Janeiro. Ia para o Rio de ônibus e voltava de carro. Chegou a roubar 50 veículos. Enganava a polícia se passando por quatro assaltantes diferentes: o bandido incendiário que tocava fogo nos corredores das casas para provocar pânico e acordar os moradores, o bandido mascarado que roubava joias, o bandido macaco, por usar um macaco de carro para abrir as janelas, e o Bandido da Luz Vermelha, apelido que ganhou por usar uma lanterna de aro avermelhado que comprou em uma antiga loja de departamentos da Mappin. Chegou a praticar assaltos quatro dias por semana, sempre das 2 às 4 horas da madrugada. Foram mais de cinco anos de perturbação pública, com dezenas de assaltos, estupros e homicídios atribuídos a ele pela polícia. Sua preferência era por mansões e tinha um estilo próprio de cometer os crimes, como, sempre nas últimas horas da madrugada e cortando a energia da casa, usando um lenço para cobrir o rosto e sua principal marca: carregava uma lanterna com uma lente vermelha. Foi condenado por quatro assassinatos, sete tentativas de homicídio e 77 assaltos, com uma pena

Pelo posicionamento da constitucionalidade da indeterminação temporal da medida de segurança, temos o julgado do Supremo Tribunal Federal (STF), o Recurso Ordinário em Habeas Corpus 63792/ MG, de 1986, porém este julgado é anterior ao entendimento pacificado no referido tribunal em 2005.

HABEAS CORPUS. PACIENTE PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE. PEDIDO DE SUSPENSÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA. O tratamento ambulatorio será, **em princípio, por prazo indeterminado, perdurando, enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade.** A perícia médica realizar-se-á ao término do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução. Simples atestados médicos não podem substituir a perícia prevista em lei. Internamento em hospital, para melhor esclarecer o juiz sobre a situação do paciente, e não em manicômio judiciário. Recurso desprovido (Brasil, 1986, grifos nossos).

Também verificamos o entendimento no mesmo sentido no julgado do Habeas Corpus 233474/ SP, do STJ - Superior Tribunal de Justiça.

HABEAS CORPUS. HOMICÍDIO. PACIENTE INIMPUTÁVEL. SUBMETIDO À MEDIDA DE SEGURANÇA. EXCESSO DE PRAZO PARA A CONCLUSÃO DE PERÍCIA MÉDICA REQUESTADA PELO JUÍZO. CONSTRANGIMENTO ILEGAL. 1. A medida de segurança é aplicável ao inimputável e **tem prazo indeterminado, perdurando enquanto não averiguada a cessação da periculosidade.** A verificação de cessação da periculosidade do paciente depende, necessariamente, da realização de perícia médica. Somente com base nesse parecer médico poderá o magistrado decidir acerca da liberação do internado. Essa é a previsão contida nos arts. 97, § 1º, do Código Penal e 175, II, da Lei de Execução Penal (Brasil, 2012).

O julgado 2007 01 1 105720-8 APR, acórdão 371658 do TJDF, não apenas sugere o prazo indeterminado da medida de segurança, como também afirma que o prazo 30<sup>33</sup> anos não se aplica à medida de segurança.

PENAL. HOMICÍDIO QUALIFICADO. RÉU INIMPUTÁVEL. MEDIDA DE SEGURANÇA. INTERNAÇÃO. PRAZO INDETERMINADO. PERICULOSIDADE DO AGENTE. A própria lei penal não prevê limite temporal máximo para o cumprimento da medida de segurança, que está condicionada à cessação da periculosidade do agente. Também não há previsão legal relacionando a duração da medida com a pena privativa de liberdade que seria imposta ao autor do fato se imputável fosse. **Aliás, o prazo máximo de 30 anos para o cumprimento da pena previsto constitucionalmente não se aplica à medida de segurança, que não é pena, sendo certo que poderá ocorrer o prolongamento indefinido da internação até que se constate, por perícia médica, a cessação da periculosidade.** Apelo parcialmente provido (Brasil, 2009, grifos nossos).

---

de 351 anos, 9 meses e três dias de prisão. Após cumprir 30 anos de prisão com idas e vindas entre a Penitenciária do Estado e a Casa de Custódia de Taubaté foi posto em liberdade vindo a cometer novos delitos. Após quatro meses e vinte dias em liberdade, João foi assassinado com um tiro de espingarda no dia 5 de janeiro de 1998, durante uma briga em um bar (Junior & Hernandez, 2019).

<sup>33</sup> Prazo anterior à alteração dada pela Lei nº 13.964/2019. O prazo hoje é de 40 anos.

Tendo em vista a existência de julgados contraditórios, em meados de 2015, o Superior Tribunal de Justiça firmou o seu entendimento a respeito do tempo máximo de duração da medida de segurança, por meio da súmula nº 527, que estabelece: “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado” (Brasil, 1986).

Dias (2019) afirma que, não obstante a existência da Súmula 527 do STJ, renomados juristas e magistrados, especialmente dos Tribunais de Justiça Estaduais, como o do Rio Grande do Sul e o de Mato Grosso, sustentam a perpetuidade da referida medida, mantendo a internação enquanto não houver laudo positivo que indique a cessação da periculosidade do internado. Completa dizendo ainda que para aumentar as divergências, o Supremo Tribunal Federal adota um terceiro entendimento que “defende a aplicação do artigo 75 do Código Penal, estabelecendo, por meio de interpretação analógica em relação ao imputável, o limite temporal de 40 (quarenta) anos, sem que haja distinção conforme o crime praticado” (Brasil, 1986). A falta de manifestação do STF acerca do tema desde 2013 contribui para a insegurança jurídica, especialmente nas decisões de primeira instância que primam por manter a adoção da tese antigamente firmada, contrariando a evolução na seara dos direitos humanos.

#### *O PAILI e a execução das medidas de segurança no estado de Goiás*

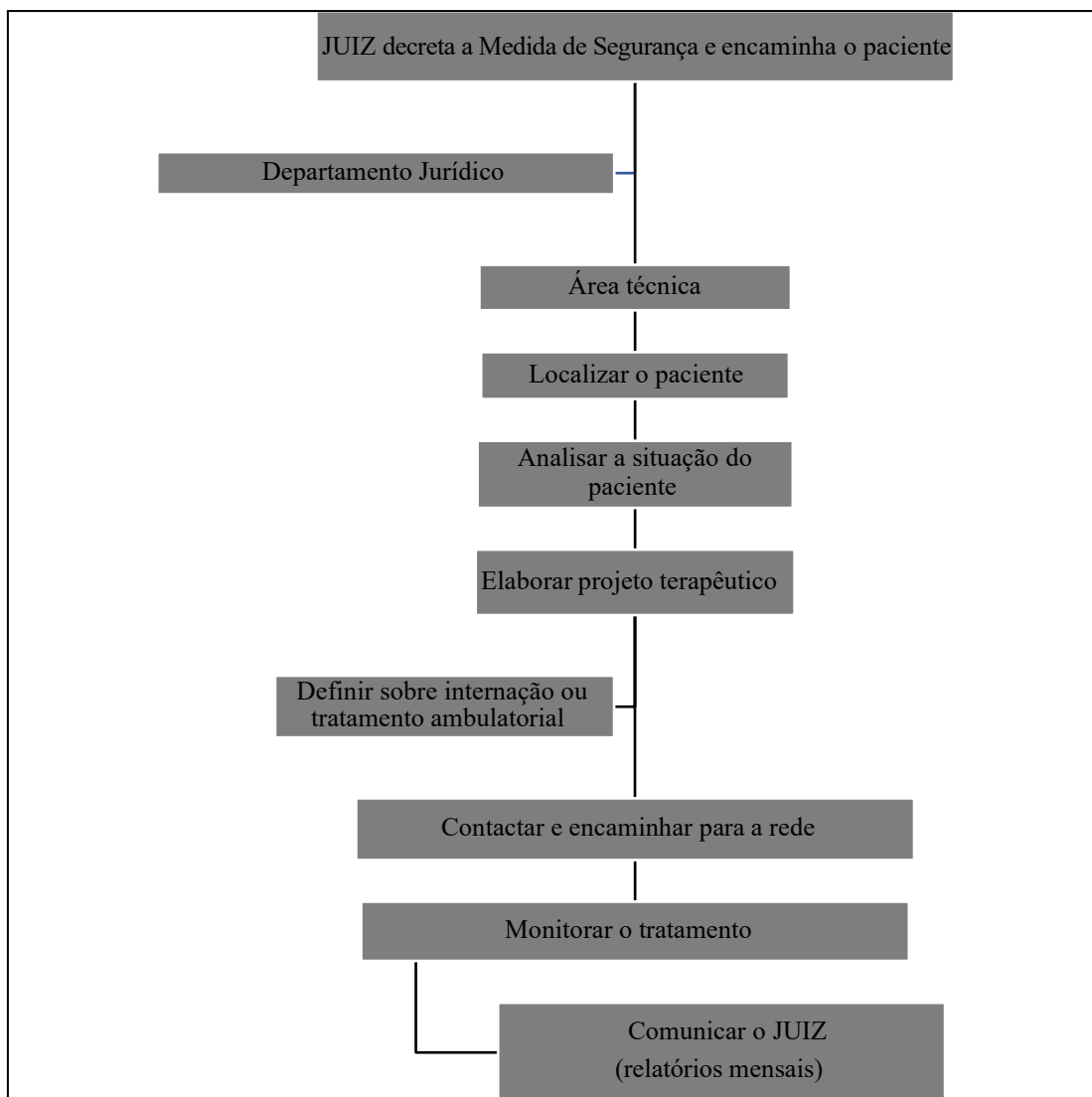
Com o advento da Lei 10.216/2001 o estado de Goiás passou a ser um dos poucos estados que não possuem manicômios judiciários, tendo em vista que a lei já não permite a internação de pessoas com transtorno mental em instituições com características asilares. O PAILI foi instituído em outubro de 2006 por proposta da Promotoria de Justiça de Goiânia e fundamentada nas disposições humanizadoras da Lei nº 10.216/2001, a chamada Lei Antimanicomial ou Lei da Reforma Psiquiátrica. Seu idealizador, o promotor de justiça Dr.

Haroldo Caetano, fez com a que a prática do Ministério Público de Goiás mudasse o paradigma da execução de medidas de segurança, fazendo com que a questão deixasse de ser focada unicamente sob o prisma da segurança pública para ser acolhida definitivamente pelos serviços de saúde pública, inclusive vencedor do prêmio INNOVARE em 2009.

Para Caetano (2019, p. 20) o PAILI apresenta-se como “um dispositivo de transição valiosíssimo, apto a oferecer o suporte necessário para a construção de uma sociedade sem manicômios judiciários” reafirmando que a liberdade é terapêutica. Segundo Soares e Diniz (2016, p. 308):

após receber o encaminhamento feito pelo Poder Judiciário, a equipe certifica-se da situação judicial do paciente, faz busca dos familiares, para articular o envolvimento da família, que participa, desde o processo de soltura, quando preso, até a discussão do Projeto Terapêutico Singular, a ser executado em um CAPS ou em uma Unidade de Atenção Básica de Saúde de seu território.

Vejamos o organograma do processo (Figura 10):



**Figura 10:** Organograma de funcionamento do PAILI

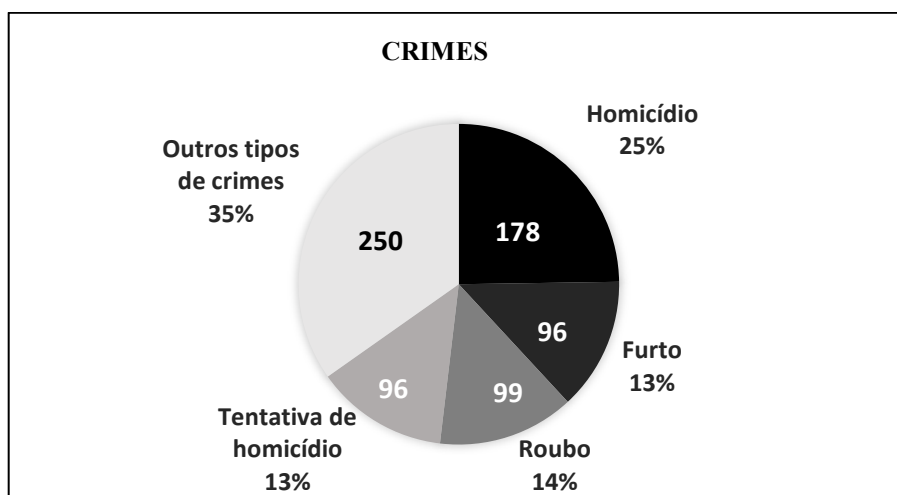
O programa visa ainda a adesão do círculo sociofamiliar do paciente judiciário, trabalhando junto à família para estabelecimento de vínculos para retorno ao lar, prestando apoio e esclarecimento. Igualmente busca a realização de discussões de casos com a equipe das unidades de saúde responsáveis pelo atendimento, bem como a realização de atividades públicas de sensibilização capazes de estabelecer parcerias com instituições afins.

O engajamento familiar é de extrema importância para as equipes multidisciplinares de atendimento à saúde tendo em vista que possibilita a modificação de comportamentos, permitindo a identificação dos antecedentes, as contingências controladoras e, a partir daí,

atuar de forma eficaz, o que pode ser comprovado pelo baixíssimo índice de reincidência observado desde a implantação do programa.

Desde então, o PAILI é o órgão responsável pela execução das medidas de segurança no estado de Goiás, assumindo a relevante tarefa de acompanhar os pacientes julgados pela Justiça Criminal e submetidos à internação psiquiátrica ou ao tratamento ambulatorial, como medida de segurança. Com o PAILI, o Sistema Único de Saúde passa a ser o espaço democrático de atendimento a esses pacientes.

Embora o PAILI tenha sido criado no ano de 2006, optamos por fazer um recorte de dados dos anos de 2009 a 2019. Verificou-se que nesse período o número total de medidas de segurança encaminhadas ao PAILI para acompanhamento somava 719 (Figura 16), verificando-se que os maiores percentuais eram relacionados a homicídio (25%), roubo (14%), tentativa de homicídio (13%) e furto (13%). Os 35% restantes estavam divididos em crimes de lesão corporal, estupro, tentativa de estupro, tráfico de drogas, ameaça, porte ilegal de armas, infanticídio, receptação, ato obsceno, atentado violento ao pudor<sup>34</sup> entre outros.



**Figura 11:** Tipos de crimes cometidos por inimputáveis no período de 2009 a 2019

<sup>34</sup> Revogado pela Lei nº 12.015/09.





**PUC  
GOIÁS**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Av. Universitária, 1069 • Setor Universitário  
Caixa Postal 86 • CEP 74605-010  
Goiânia • Goiás • Brasil  
Fone: (62) 3946.1070 • Fax: (62) 3946.1070  
www.pucgoias.edu.br • prope@pucgoias.edu.br

**ANEXO DA ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE TESE DE DOUTORADO NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS.**

**Discente:** RENATA BOTELHO DUTRA

**Matrícula:** 2018.1.3002.0008-2

**Título da tese:** AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO COMPORTAMENTO DE HOMICIDAS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA: INIMPUTABILIDADE, MALINGERING E O PROCESSO PENAL

**Data do exame:** 19 de novembro de 2021

**Correções; modificações; alterações; comentários; observações; pontos para reformulação etc. (Assinatura obrigatória).**

**Profa. Dra. Ilma A. Goulart de Souza Britto** (Membro Presidente) | Assinatura:

Assinale em caso afirmativo:  O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.

Observações adicionais (Opcional):

Em caso de aprovação, assinale o meio que prefere receber a versão final da Tese:

Impresso Encadernação capa dura  Meio Digital (CD/Pendrive)  Meio Digital por e-mail

**Prof. Dr. Rui Mateus Joaquim** (Membro Convocado Externo) | Assinatura:

Assinale em caso afirmativo:  O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.

Observações adicionais (Opcional):

Em caso de aprovação, assinale o meio que prefere receber a versão final da Tese:

Impresso Encadernação capa dura  Meio Digital (CD/Pendrive)  Meio Digital por e-mail

**Prof. Dr. Alex Eduardo Gallo** (Membro Convocado Externo) | Assinatura:

Assinale em caso afirmativo:  O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.

Observações adicionais (Opcional):

Em caso de aprovação, assinale o meio que prefere receber a versão final da Tese:

Impresso Encadernação capa dura  Meio Digital (CD/Pendrive)  Meio Digital por e-mail

**Profa. Dra. Roberta Maia Marcon de Moura** (Membro Convocado Interno) | Assinatura:

Assinale em caso afirmativo:  O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.

Observações adicionais (Opcional):

Em caso de aprovação, assinale o meio que prefere receber a versão final da Tese:

Impresso Encadernação capa dura  Meio Digital (CD/Pendrive)  Meio Digital por e-mail

**Profa. Dra. Cláudia Luiz Lourenço** (Membro Convocado Interno) | Assinatura:

Assinale em caso afirmativo:  O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.

Observações adicionais (Opcional):

Em caso de aprovação, assinale o meio que prefere receber a versão final da Tese:

Impresso Encadernação capa dura  Meio Digital (CD/Pendrive)  Meio Digital por e-mail

**Prof. Dr. Lorismário Ernesto Simonassi** (Membro Suplente) | Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinale em caso afirmativo:  O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.

Observações adicionais (Opcional):

**Prof. Dr. Cristiano Coelho** (Membro Suplente) | Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinale em caso afirmativo:  O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.

Observações adicionais (Opcional):

**Ciente do(a) discente:**

**RENATA BOTELHO DUTRA**  
Discente Candidata  
2018.1.3002.0008-2  
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

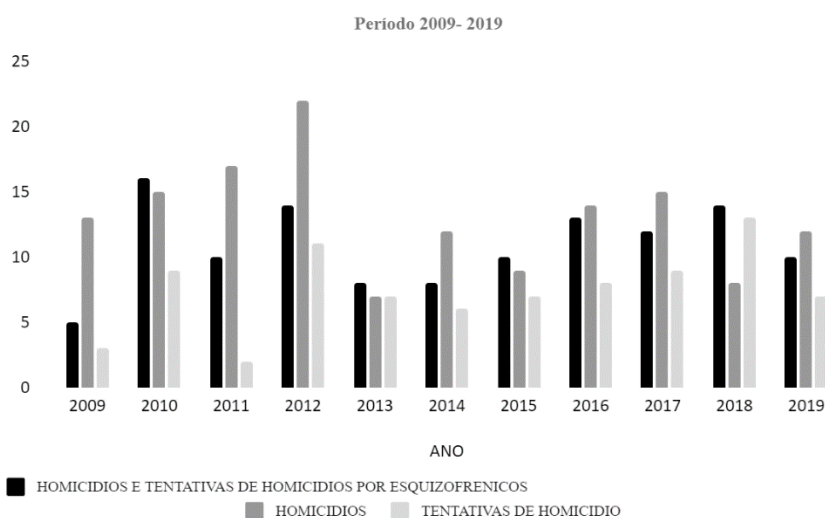
**Para uso da Coordenação/Secretaria do PSSP:**

Visto Secretaria:  
DFD nº: 08/2021

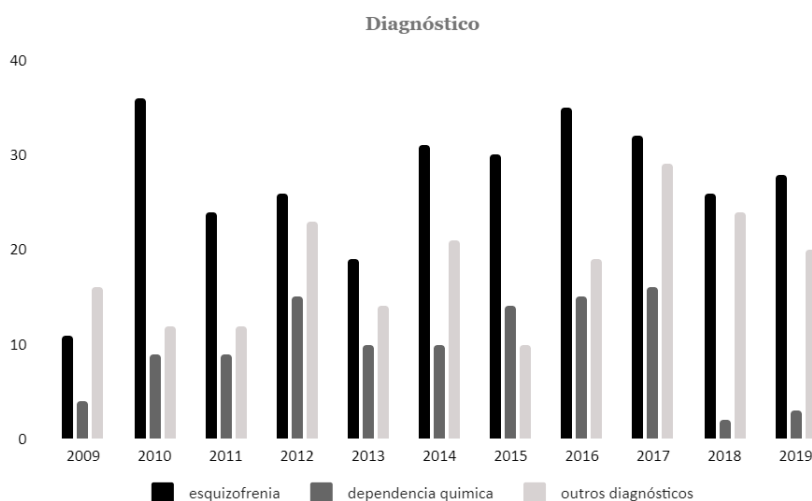
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
  
Secretária do Programa de  
Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia

Goiânia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021

Na Figura 12 é possível observar que o número de homicídios cometidos e tentados por indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia tende a ser superior a 50% dos homicídios cometidos por indivíduos com transtornos mentais diversos catalogados no DSM-5. Igualmente superior são os dados relativos aos diagnósticos encontrados, prevalecendo a esquizofrenia e dependência química (Figura 13).

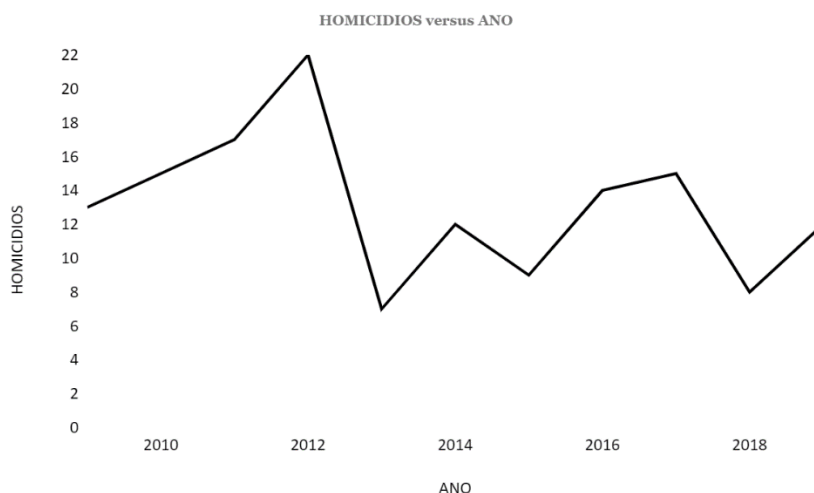


**Figura 12:** Quadro comparativo de homicídios tentados e consumados no período de 2009-2019



**Figura 13:** Comparativo dos principais diagnósticos relacionados aos homicídios no período de 2009 a 2019

Na Figura 13 é possível verificar o alto número de inimputáveis diagnosticados com esquizofrenia, em seguida, como dependentes químicos e por fim outros diagnósticos que englobam transtornos orgânicos cerebrais, retardo, oligofrenia, transtorno de personalidade, psicoses etc. Observou-se ainda que o ano de 2012 foi o ano que apresentou os índices mais altos de homicídios cometidos por indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia cumprindo medida de segurança (Figura 14).



**Figura 14:** Comparativo do número de homicídios no período de 2009 a 2019

Na data de novembro de 2019<sup>35</sup> encontravam-se sob a supervisão do programa 370 loucos infratores cumprindo as devidas medidas de segurança. Destes, 39 encontravam-se presos, 53 internados, 264 em tratamento ambulatorial, 14 não foram localizados. O total de casos encaminhados até essa data eram de 745 casos, sendo que destes números, 296 já se encontram com medida de segurança extinta, 70 já haviam falecido e 9 foram transferidos para outros estados (Britto & Dutra, 2019).

### *Considerações finais*

<sup>35</sup> Esta foi a última data de acompanhamento tendo em vista o início da pandemia de COVID-19 e consequente lockdown.

Como dito no início, abordar os temas loucura e crime implicam questões que talvez ainda se encontrem longe da compreensão humana e igualmente distantes de um modelo ideal tamanha complexidade envolvida quando os dois se fundem, pois são capazes de causar espanto, provocar indignação, desejar a justiça e, até mesmo, despertar compaixão. Falamos de uma justiça verdadeiramente justa, aquela que é capaz enxergar os dois lados, de sentir todas as dores e, acima de tudo, ser imparcial, ser capaz de garantir os mínimos direitos que nos são conferidos pela Constituição Federal.

Muito se avançou a partir da luta antimanicomial e o fechamento dos manicômios judiciários com o advento da Lei nº 10.216/2001. Contudo, a realidade ainda se encontra a anos-luz de uma fração ideal. Ainda é possível encontrar “loucos” cumprindo “penas” em presídios, em instituições psiquiátricas, em comunidades terapêuticas... Quando a polícia chega antes do SAMU, quando não se tem dinheiro ou família ou advogado corre-se o risco um aprisionamento quase perpétuo seja atrás de grades, seja atrás de muros, seja pela falta do tratamento adequado. Não se trata somente de uma realidade brasileira. Igualmente verificou-se em 2014 alterações na lei italiana e, de lá para cá, assim como Brasil, as dificuldades permanecem e tendem a similaridade. Com o fechamento dos manicômios judiciários na Itália, a nova lei determinou a criação dos REMS – *Residenza per l'esecuzione di una misura di sicurezza* (residências externas para execução de medida de segurança) que, na prática muito se assemelham às comunidades terapêuticas brasileiras.

Paolo Borghi, durante o *I Congresso online internacional: boas práticas em saúde mental, judiciário e socioeducação*, indica como fatores positivos dos REMS uma estrutura física com arquitetura mais leve visando a reabilitação do interno ao invés do caráter punitivo experimentado nos manicômios. Contudo o número de vagas para internação caiu para a metade do que era observado na época dos manicômios, o que acaba por ser um fator

complicador já que a demanda é superior ao número de vagas atuais oferecidos nos REMS e não se tem onde colocar aqueles que estão na fila de espera. A ausência de uma normativa de caráter nacional também é sentida, pois com a nova legislação ficou delegado às secretarias de saúde regionais a regulamentação de seus REMS. Verifica-se assim grande disparidade entre os REMS que vão desde à própria estrutura física (alguns com jardins, arquitetura leve, ausência de pessoal de vigilância etc. e outros com grades, seguranças não armados, muros altos semelhantes aos manicômios antigos) até ao tipo de tratamento dispensado ao interno (tratamento humanizado e respeitando os direitos individuais, liberdade de crença, contato com a família e, em outros, internos amarrados às camas, sem contato familiar etc.). Assim, é notória semelhança estrutural e funcional das CTs no Brasil, explicitando o quanto o fator econômico é capaz de aproximar ou distanciar o acesso ao tratamento ideal<sup>36</sup>, resguardando-se direitos fundamentais e efetivamente buscando a reabilitação do infrator inimputável.

Quanto à execução da medida de segurança e o caráter reabilitador do infrator inimputável a presente pesquisa é capaz de levantar inúmeras questões a seguir:

- 1) Estariam as medidas de segurança cumprindo o seu objetivo de reabilitação e prevenção de novos delitos garantindo-se a segurança da sociedade? A resposta para tal questão enseja dúvidas diante do que observamos. Vejamos:

P1 encontra-se internado há 11 anos cumprindo medida de segurança pelo homicídio de sua mãe. Não tem familiares, ninguém que possa assumi-lo e responsabilizar-se pela continuidade de seu tratamento caso viesse a ter sua MS extinta; portanto dificilmente será liberado e provavelmente será mantido “encarcerado” até que a lei entenda não ser mais possível. Se isso ocorrer,

---

<sup>36</sup> Na Tabela 20, a fala de um promotor de justiça reafirma o ora exposto.

certamente ficará sem tratamento e será um perigo para si próprio e para a sociedade. Caso contrário, cumprirá uma “pena” perpétua.

P2 encontra-se cumprindo MS na modalidade ambulatorial residindo sozinha num barracão alugado pela família que não a deseja por perto, pois temem que ela cometa novo crime contra qualquer outro familiar. Recebe alimentos, medicamentos e frequenta o CAPS e se queixa de uma vida terrivelmente solitária. Não aparenta risco para si e para os outros.

P3 igualmente se encontra em cumprimento de MS residindo com sua mãe numa casa em que também vive a irmã. Vive medicado e relatou não gostar de frequentar o CAPS. A mãe acha inútil o tratamento no CAPS e não colabora na execução do projeto terapêutico. Atualmente P3 vai ao CAPS uma vez ao mês somente para buscar e tomar os medicamentos. Pode representar um risco para si e para os outros se interromper o tratamento e voltar a usar drogas pois relatou sentir falta e de gostar destas.

P4 ficou internado numa CT até meados de abril de 2021 e, atualmente encontra-se residindo com a mãe numa fazenda no interior de Goiás. Relatou não acreditar que os medicamentos lhe fizessem alguma diferença e caso fique sem um responsável para monitorar a administração dos mesmos, tende a abandonar o tratamento e representar um risco para si e para a sociedade em razão de um possível transtorno de personalidade antissocial ao invés do diagnóstico de esquizofrenia além do retorno às drogas.

Quanto a esse quesito acreditamos que a medida de segurança não está cumprindo o objetivo terapêutico a que se propõe, tampouco dando uma resposta à sociedade

quando homicídios são cometidos por “doentes mentais”, fazendo-se crer que não passa de ficção jurídica.

- 2) Seria realmente o tratamento ambulatorial o mais adequado na reabilitação? Diante do verificado com P2, P3 e P4, pairam dúvidas. Não queremos aqui assumir uma posição que indique aprovação do antigo modelo manicomial. Muito longe disso! Acreditamos, no entanto, que a ideia dos REMS na Itália e das CTs no Brasil não são de todo ruim se verdadeiramente houvesse uma regulamentação própria capaz de *beneficiar a todos com a mesma qualidade do tratamento oferecido* (grifo nosso) e, acima de tudo, fiscalização efetiva capaz de resguardar os direitos fundamentais mínimos. É comum a mídia noticiar violações inúmeras que ocorrem nas CTs que vão desde condições sanitárias até abusos físicos e sexuais, conforme sofrido e, anteriormente relatado por P3. A lei de execução penal brasileira é muito boa, contudo, existe um abismo colossal entre a teoria e a prática.

Ao que se refere às perícias em saúde mental também é possível levantar algumas questões para futuros debates acerca das fragilidades encontradas. Seriam os laudos periciais confiáveis da maneira que são realizados hoje a fim de amparar a aplicação da medida de segurança? Da mesma forma, repousam dúvidas quanto à sua confiabilidade conforme já apontadas algumas fragilidades das perícias psiquiátricas. Verificou-se, inicialmente um número reduzido de profissionais peritos capazes de lidar com a enorme demanda, fator esse, que impossibilita a realização de avaliações neuropsicológicas detalhadas a fim de tornar o laudo mais robusto.

Atualmente as avaliações tendem a ser realizadas a título de complementar um laudo que indica dúvida, pois demandam muito tempo. Sendo assim a relação pouco profissional *versus* muita demanda *versus* avaliação demorada é igual a botão de emergência,

ou seja, raramente utilizada. Além do mais existe uma cultura de que o médico psiquiatra, por meio de entrevistas e considerando os critérios diagnósticos elencados no DSM raramente está sujeito a falhas. Verificou-se, ainda, laudos e relatórios extremamente sucintos, além da ausência de padronização procedimental. Questiona-se então se estes não deveriam ser profundamente detalhados e com informações robustas capazes de garantir ao magistrado a certeza de uma sentença justa? Não seria o caso de haver uma diretriz capaz de guiar psiquiatras e psicólogos numa avaliação neuropsicológica mais assertiva? Não deveríamos ter leis mais específicas e mais verbas destinadas a essa área? Afinal, o Direito, assim como a Medicina, lida com vidas!

Seria realmente a medida de segurança a opção mais justa a ser aplicada ao portador de transtornos psiquiátricos? Igualmente pairam dúvidas aqui também, posto que o caráter quase perpétuo desta afasta a igualdade e equidade de direitos. Melhor seria, como assevera Mattos (2015), a responsabilização penal do indivíduo garantindo-lhe os direitos previstos nas normas penais e processuais valendo-se do transtorno mental como atenuante genérica quando este tiver relação com o fato.

Por fim, acreditamos ter alcançado o objetivo inicial de investigar o controle exercido pelos eventos antecedentes e consequentes sobre o comportamento homicida de quatro pessoas que possuíam o diagnóstico de esquizofrenia e cumpriam medida de segurança, confirmando a interação ambiente-organismo e vice-versa. Espera-se que, a partir das questões levantadas, o presente trabalho encontre respostas em pesquisas futuras, pois “os benefícios da ciência não são para os cientistas e sim para a humanidade!” (Louis Pasteur).





## Referências

- Alessia, G. (2010). *Simulazione e dissimulazione della capacità di intendere e di volere*. Tese de doutorado, Associazione Italiana di Psicologia Giuridica, Corso di formazione in psicologia giuridica, psicopatologia e psicodiagnostica forense: teoria e tecnica della perizia e della Consulenza in ambito Civile e Penale, adulti e minorile.
- Allen, P. & Modinos, G. (2012). Structural neuroimaging in psychotic patients with auditory verbal hallucinations. In: J. D. Blom e I. E. C. Sommer (Eds.). *Hallucinations* (pp. 251-265). New York, NY: Primavera.
- Alves, Márcio Fortuna. (2010). A constitucionalidade ou não da indeterminação temporal da medida de segurança. *Jus Navigandi*, 15(2721). Recuperado em 27 abril, 2021, de <http://jus.com.br/revista/texto/18014>
- Alves, J. C., & Britto, I. A. G. S. (2019). *Sobre a esquizofrenia*. Curitiba: CRV.
- Alves, R. B. (1986). *Criminologia*. Rio de Janeiro: Forense.
- Araújo, A. C., & Lotufo-Neto, F. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 67-82.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR* (4a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5a ed.). Porto Alegre: ARTMED.
- Ayres, A. M. (2009). Disfunções cognitivas em sujeitos portadores de esquizofrenia no Brasil: amplitude, gravidade e relação com a demora no acesso ao tratamento médico. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Azevedo, A. V. C. D. (2013). Esquizofrênicos em Medida de Internamento: análise diferencial das características e do risco de violência de homicidas e não homicidas. Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Portugal.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2016). *Psicopatologia: uma abordagem integrada* (7a ed.). São Paulo: Cengage Learning. (Trabalho original publicado em 2015).
- Baron, A. & Perone, M. (1998). Experimental Design and Analysis in the Laboratory Study of Human Operant Behavior. *Handbook of Research Methods in Human Operant Behavior* (edited by Lattal and Perone, pp. 45-91). New York: Plenum Press.
- Barros, A. M. (2009). *Curso de Direito do Trabalho*. São Paulo: LTr.
- Bartol, C., & Bartol, A. M. (2016). *Criminal behavior: a psychological approach* (11a ed.). Boston: Pearson.
- Baum, W. M. (2019). *Compreender o behaviorismo* (3a ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Beavers, A. G., Iwata, B. I., & Lerman, D. C. (2013). Thirty years of research on the functional analysis of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 46(1), 1-21. Recuperado, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24114081>.
- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N., & Grant, P. (2010). *Terapia cognitiva da esquizofrenia*. Porto Alegre: Artmed.
- Bennett, M. R., & Hacker, P. M. S. (2003). *Philosophical foundations of neuroscience*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Bernard, C. (1927). *An introduction to the study of experimental medicine*. Tradução organizada por H. C. Greene. Nova York: Macmillan. (Trabalho original publicado em 1865).
- Bitencourt, C. R. (2019). *Tratado de Direito Penal: parte geral* (vol. 1, 25. ed., rev., atual e ampl.). São Paulo: Saraiva.
- Blakemore, C. (2000). Achievements and challenges of the decade of brain. *EuroBrain*, 2(1), 1-4.
- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International Universities Press. (Trabalho original publicado em 1911).
- Braff, D., Schork, N. J., & Gottesman, I. I. (2007). Endophenotyping schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164, 705-707.
- Brasil. (1984). Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. Recuperado em 10 março, 2021, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/1980-1988/L7209.htm#art24](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1980-1988/L7209.htm#art24)
- Brasil. (2003). Lei nº 10.792, de 1 de dezembro de 2003. Altera a Lei no 7.210, de 11 de junho de 1984 - Lei de Execução Penal e o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal. Recuperado em 30 de outubro de 2019 de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.792.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.792.htm).
- Brasil. (2015). Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Altera a Lei nº.5869 de 11 de janeiro de 1973. Código de Processo Civil. Recuperado em 10 de setembro, de 2021, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm)
- Brasil. (2019). Lei nº 13.964, de 24 de dezembro de 2019. Aperfeiçoa a legislação penal e processual penal. Recuperado em 02 de janeiro, de 2021, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13964.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13964.htm).
- Brasil. (1986). Supremo Tribunal Federal. 'Habeas Corpus'. Paciente portador de esquizofrenia paranoide. Pedido de suspensão de medida de segurança. Recurso Ordinário em Habeas Corpus 63792 / MG. Relator: Néri da Silveira. 07 de março de 1986. Recuperado em 27 abril, 2021, de <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudenciaDetalhe.asp?s1=000124716& base=baseAcordaos>
- Brasil. (2009). Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios – TJDF. Penal. Homicídio qualificado. Réu inimputável. Medida de segurança. Internação. Prazo indeterminado. Periculosidade do agente. Acórdão 371658. Relator: Mário Machado. 25 de junho de 2009. Recuperado em 27 abril, 2021, de <http://pesquisajuris.tjdft.jus.br/indexadoracordaos-web/sistj>

- Britto, I. A. G. S. (1999). *Poder-saber x doença mental*. Tese de doutorado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Britto, I. A. G. S. (2004a). Sobre delírios e alucinações. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(1), 61-71.
- Britto, I. A. G. S. (2004b). As implicações práticas do conceito de doença mental. *Estudos*, 31(especial), 157-172.
- Britto, I. A. G. S. (2005). Esquizofrenia: desafios para a ciência do comportamento. In H. J. Guilhaardi & N. C. Aguirre (orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição: expondo a variabilidade*. Santo André: ESETec.
- Britto, I. A. G. S. (2009). Esquizofrenia: intervenções operantes. In R. C. Wielenska (org.). *Sobre Comportamento e Cognição: desafios, soluções e questionamentos* (vol. 23, pp. 393-401). Santo André: ESETec.
- Britto, I. A. G. S. (2012). Psicopatologia e análise do comportamento: algumas reflexões. *Boletim Contexto*, 37(2), 55-76. (ABPMC).
- Britto, I. A. G. S. (2013). Apresentação. In *A esquizofrenia de acordo com a abordagem comportamental*. Curitiba: Juruá Editora.
- Britto, I. A. G. S. (2015). *Entrevista sobre o comportamento psicótico*. Recuperado em 22 agosto, 2017 de <https://www.comportese.com/2015/10/entrevista-com-ilma-a-goulart-desouza-britto-comportamento-psicotico>.
- Britto, I. A. G. S. (2017). Abordagem funcional para a esquizofrenia. In C. Coelho & L. E. G. Nalini (org.). *Teoria, Pesquisa e Aplicação em Psicologia: processos comportamentais*. Curitiba: Appris.
- Britto, I. A. G. S. (2021). Prólogo. In: N. K. B. Menezes e I. A. G. S. Britto. *Eventos controladores dos comportamentos de gerentes em agências bancárias*. (pp. 11- 13). Curitiba: CRV Editora.
- Britto, I. A. G. S., Rodrigues, I. S., Alves, S. L., & Quinta, T. L. S. S. (2010). Análise funcional de comportamentos verbais inapropriados de um esquizofrênico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 139-144. Recuperado em 22 novembro, 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n1/a16v26n1.pdf>.
- Britto, I. A. G. S., Rodrigues, M. C. A., Santos, D. C. O., & Ribeiro, M. A. (2006). Reforçamento Diferencial de Comportamentos Verbais Alternativos de um Esquizofrênico. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 8(1), 73-84.
- Bueno, G. N., & Britto, I. A. G. S. (2013). *A esquizofrenia de acordo com a abordagem comportamental*. Curitiba: Juruá.
- Britto, I. A. G. S., & Dutra, R. B. (2019). Confiabilidade de transtornos diagnósticos. In *Ensaio de Psicologia e Direito: um diálogo necessário à efetividade dos direitos humanos*. Curitiba: CRV.

- Britto, I. A. G. S., & Marcon, R. M. (2019). Estudos descritivos e experimentais em contextos aplicados: dados científicos e impacto prático. *Estudos de Psicologia*, 24(2), 204-214.
- Britto, I. A. G. S.; Marcon, R. M. (2021). Análise do comportamento e neurociência: ampliação da explicação do fenômeno comportamental. *Psicologia em Processo*, 01, 28-41.
- Britto, I. A. G. S., Marcon, R. M., & Oliveira, I. J. S. (2020). Avaliação Funcional e a sua Prática em Contextos Aplicados. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 22. Recuperado em 10 abril, 2021, de <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v22i1.1045>
- Britto, I. A. G. S. (2017). Abordagem funcional para a esquizofrenia. In C. Coelho & L.E.G Nalini (orgs.). *Teoria, Pesquisa e Aplicação em Psicologia: processos comportamentais* (pp. 91-103). Curitiba: Appris.
- Britto, I. A. G. S., Rodrigues, I. S., Alves, S. L., & Quinta, T. L. S. S. (2010). Análise funcional de comportamentos verbais inapropriados de um esquizofrênico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 139-144.
- Britto, I. A. G. S. & Bueno, G. N. (2011). Uma abordagem funcional para os comportamentos de delirar e alucinar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 8(3), 4-13.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological system theory. *Annals of Child Development*, 6, 187-249.
- Bruno, A. (1984). *Direito penal* (4a ed.). Rio de Janeiro: Forense. Tomo 3.
- Bueno, G. N., & Britto, I. A. G. S. (2013). *A esquizofrenia de acordo com a abordagem comportamental*. Curitiba: Juruá.
- Cabette, E. L. S. (2013). *Criminologia genética: perspectivas e perigos*. Curitiba: Juruá.
- Caetano, H. (2019). *Loucos por liberdade: direito penal e loucura*. Goiânia: Escolar Editora.
- Caiarella, C., & Rinaldi, R. (2009). Simulazione e dissimulazione di malattia mentale, in *GIUSTI Giusto (a cura di), Trattato di medicina legale e scienze affini*, (vol. 4: genetica, psichiatria forense e criminologia, medicina del lavoro). Padova, Cedam.
- Cardoso, A. L. C., Ponte, J. P., Aires, C. A. M, Campos, L. B., Moro, N.D., Silva, B. B., Sousa, G. L., Silva, A. C. A. (2021). O uso da eletroconvulsoterapia em pacientes esquizofrênicos: revisão de literature. *BJHR- Brazilian Journal of Health Review*, 4, n.2.
- Carr, E. G., & Durand, V. M. (1985). Reducing behavior problems through functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18, 111-126.
- Carvalho Neto, M. B., & Tourinho, E. Z. (2001). Notas sobre a dicotomia “inato” versus “aprendido”. *InterAÇÃO*, 5, 123-132.
- Carvalho, S. (2020). *Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro*. 3 ed. - São Paulo: Saraiva Educação.

- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição* (4a ed.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1998).
- Caton, C. L., Drake, R. E., Hasin, D. S., Dominguez, B., Shrout, P. E., Samet, S. y Schanzer, B. (2005). Differences between early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychoses. *Archives of General Psychiatry*, 62, 137-145.
- Chaves, A. C. S., Campos, R. A. C. (2015) Noções básicas do direito: orientações para perícia em saúde mental. *Neuropsicologia Forense*. Porto Alegre: Artmed.
- Chiesa, M. (1994). *Radical behaviorism: the philosophy and the science*. Boston: Authors Cooperative Inc., Publishers.
- Conrad, P. (2001). Genetic optimism: Framing genes and mental illness in the news. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 25, 225-247.
- Contim M. R. et al. (2018). Identificação do consumo de substâncias psicoativas entre indivíduos com esquizofrenia. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 14(1), 12-19. doi: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000380. Recuperado em 8 abril, 2019, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v14n1/03.pdf>.
- Corchs, F. (2010). É possível ser um psiquiatra behaviorista radical? Primeiras reflexões. *Revista Perspectivas*, 01(1), 55-66.
- Costa, R. O., Maior, N. M. S. S., & Silva, A. X. (2020). A inflexão dos Direitos Humanos na Política de Saúde Mental e Drogas. *Argum.*, 12(2), 75-90. Recuperado em 10 março, 2021, de <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29150>
- Costa, C. A. R., Mecler, K., Selles, L. E., Oliveira, R. F., & Marques, T. M. C. (2018). Perigo real ou imaginário: uma reflexão crítica e uma proposta de modelo alternativo ao Exame de Verificação de Cessação da Periculosidade vigente no Código Penal Brasileiro. *RBCCRIM*, Dossiê especial – Crime e Loucura, 144.
- Couto, J. H. de O., Nogueira, M. A. (2020). A legalidade da internação compulsória de dependentes químicos na lei 13.840: uma análise a luz dos direitos de personalidade. *Revista Forense*, 432(116).
- Cunha, R. N. (1995). Motivação e análise do comportamento. *Temas em Psicologia*, 3.
- Cunha, S. M. P. A. L. (2003). *Esquizofrenia e Crime: Contributo para o estudo da agressividade dos Inimputáveis Perigosos*. Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Portugal.
- Curso Beta (2021, janeiro 10). Procura-se psicólogo. Recuperado de <https://www.instagram.com/cursobeta/?hl=pt-br>
- Danna, M. F., & Matos, M. A. (2011). *Aprendendo a observar* (2a ed.). São Paulo: EDICON.

- Degenhardt, L. et al. (2007). The temporal dynamics of relationships between cannabis, psychosis and depression among young adults with psychotic disorders: findings from a 10-month prospective study. *Psychol Med.*, 37, 927-34.
- DeLeon, I. G., Arnold, K. L., Rodriguez-Carter, V., & Uy, M. L. (2003). Covariation between bizarre and nonbizarre speech as a function of the content of verbal attention. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 101-104.
- De Souza, N. R., & Britto, I. A. G. S. (2017). Controle do comportamento de uma pessoa com diagnóstico de esquizofrenia em comunidade evangélica. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(2), 6-23.
- Dias, T. P. (2019). *O prazo máximo da medida de segurança*. Jus.com.br. Recuperado em 10 janeiro, 2021, de <https://jus.com.br/artigos/75647/o-prazo-maximo-da-medida-de-seguranca>.
- Dixon, M. R., Benedict, H., & Larson, T. (2001). Functional analysis and treatment of inappropriate verbal behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34(3), 361-363. Recuperado em 10 janeiro, 2021, de <https://doi.org/10.1901/jaba.2001.34-361>
- Dos Santos, P. S. (2004) . *Direito Processual Penal & A Insuficiência Metodológica - A Alternativa da Mecânica Quântica*. Curitiba: Juruá.
- Duarte, A. L. V. (2019). *As teorias motivacionais na psicologia criminal*. Jus.com.br. Recuperado em 10 março, 2021, de <https://jus.com.br/artigos/72249/as-teorias-motivacionais-na-psicologia-criminal>
- Drake, R. E., Caton, C. L., Xie, H., Hsu, E., Gorroochurn, P., Samet, S. y Hasin, D. S. (2011). A prospective 2-year study of emergency department patients with early-phase primary psychosis or substance-induced psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 168, 742-748.
- Dunlap, G., & Kincaid, D. (2001). The widening world of functional assessment: comments on four manuals and beyond. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34(3), 365-377. Recuperado em 10 janeiro, 2021, de <https://doi.org/10.1901/jaba.2001.34-365>
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1985). As psicoses esquizofrenicas. *Manual de psiquiatria* (pp. 535-615). Rio de Janeiro: Masson.
- Eysenck, M. W., Keane, M. T. (2017). *Manual de psicologia cognitiva*. -7ed.- Porto Alegre: Artmed.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009) Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta Analysis. *Plos Medicine*, 6(8), 1-15. Recuperado em 10 janeiro, 2021, de <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000120>
- Feist, J., Feist, G. J., & Roberts, T.-A. (2015). *Teorias da Personalidade* (8th ed.). Porto Alegre: AMGH Editora Ltda.

- Felipe, G. R. (2009). *Efeito das estratégias operantes para modificar o comportamento e uma esquizofrênica e família*. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Recuperado em 10 janeiro, 2021, de [http://tede.biblioteca.ucg.br/tde\\_busca/index.php](http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/index.php).
- Felix, L. C. (2020). Aplicação da teoria da “Actio libera in causa”. *Jus.com.br*. Recuperado em 27 abril, 2021, de <https://jus.com.br/artigos/84139/aplicacao-da-teoria-da-actio-libera-in-causa>
- Ferrajoli, L. (2006). *Direito e Razão: Teoria do Garantismo Penal* (2a. ed.). Tradução Ana Paula Zomer Sica, Fauzi Hassan Choukr, Juarez Tavares, Luiz Flávio Gomes. São Paulo: Revista dos Tribunais.
- Ferreira, A. B. H. (1999). *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- Fisher, W. W., Adelinis, J. D., Thompson, R. H., Worsdell, A. S., & Zarcone, J. R. (1998). Functional analysis and treatment of destructive behavior maintained by termination of “don’t” (and symmetrical “do”) requests. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31(3), 339-356. Recuperado em 27 abril, 2021, de <https://doi.org/10.1901/jaba.1998.31-339>.
- Fontana-Rosa, J. C. (2006). A perícia psiquiátrica. In C. Cohen, F. C. Ferraz & M. Segre. *Saúde mental, crime e justiça* (2a ed.). São Paulo: USP.
- Fragoso, H. C. (2006). *Lições de Direito Penal*. Parte Geral (17a ed.). Rio de Janeiro: Forense.
- Frederick, R. I., & Denney, R. L. (1998). Minding your “p’s” and “q’s” when using forced-choice recognition tests. *Clin Neuropsychology*. 28:193-205.
- Froján-Parga, M. X., Prado Gordillo, M. N., Álvarez-Iglesias, A., & Alonso Vega, J. (2019). Functional Behavioral Assessment-based interventions on adults’ delusions, hallucinations and disorganized speech: A single case meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 120. Recuperado em 10 abril, 2021, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31398535/>.
- Gadelha, A. et al., (2016). Genome-wide investigation of schizophrenia associated plasma Ndel1 enzyme activity. *Schizophr. Res.*, 172(1-3), 60-67. Recuperado em 10 março, 2021, de <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2016.01.043>
- Gadelha, A. et al. (2013). Plasma Ndel1 enzyme activity is reduced in patients with schizophrenia potential biomarker? *Journal of Psychiatric Research*, 47, 657-663. Recuperado em 10 março, 2021, de <http://www.ump.br/artigoscientificos/art-cient-0090.pdf>
- Gallo, A. E. & Williams, L. C. A. (2005). Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(1),81-95. [fecha de Consulta 8 de Outubro de 2021]. ISSN: 1516-3687. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193817415007>
- Garófalo, R. (1925). *Criminologia: estudo sobre o delicto e a repressão penal* (4a ed.). Lisboa: Livraria Clássica Editora.



- Gazzaniga, M., Heatherton, T., & Halpern, D. (2018). *Ciência Psicológica* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Gejman, P. V., Sanders, A. R., & Duan, J. (2010). The Role of Genetics in The Etiology of Schizophrenia. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 33(1), 35-66. Recuperado em 10 abril, 2021, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2826121/>
- Gobbi, G. (2003). Psychopharmacology for the Clinician. *Rev Psychiatry Neurosci, Montreal*, 28(4).
- Goffman, E. (1974). *Manicônios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Golding, S. L. (1992). Increasing the reliability, validity, and relevance of psychological expert evidence: An introduction to the special issue on expert evidence. *Law and Human Behavior*, 16, 253-256.
- Gonçalves, F. V., Joaquim, R. M., Ferreira, S., Angelo, M., Faria, L. F. (2020). Mentira na Perícia Psicológica: Avaliação da Atitude Malinge numa Amostra Forense. *Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics*. 10(1):48-69
- Gottesman, I. I. (1991). *Schizophrenia genesis: the origins of madness*. New York: Freeman.
- Greco, R. (2010). *Curso de direito penal parte geral* (12a ed., vol. 1, pp. 643). Rio de Janeiro: Impetus.
- Hagopian, L. P., Dozier, C. L., Rooker, G. W., & Jones, B. A. (2013). Assessment and treatment of severe problem behavior. In G. J. Madden, W.V. Dube, T. D. Hackenberg, G. P. Hanley & K. A. Lattal (ed.). *Handbook of Behavior Analysis* (vol. 2, pp. 353-386). Washington: APA Handbook in Psychology.
- Hall, W., & Degenhardt, L. (2008). Cannabis use and the risk of developing a psychotic disorder. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 7(2), 68-71. Recuperado em 12 abril, 2019, de <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00158.x>
- Hanley, G. P. (2012). Functional assessment of problem behavior: dispelling myths, overcoming implementation obstacles, and developing new lore. *Behavior Analysis in Practice*, 5(1), 54-72.
- Hanley, G. P., Iwata, B. A., & McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior: a review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 147-185.
- Helle, S. et al (2014). Cognitive changes in patients with acute phase psychosis Effects of illicit drug use. *Psychiatry Research*, Volume 220, Issue 3,2014, Pages 818-824. In: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178114007598>. Recuperado em: 20 sep. 2021.
- Homans, G. C. (1961). *Social behavior: its elementary forms*. New York: Hartcourt.
- Hungria, N. (1979). *Comentários ao Código Penal*. Rio de Janeiro: Forense, vol. V, p. 27

- Huss, M. T. (2011). *Psicologia forense: pesquisa, prática clínica e aplicações*. Trad: Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: José Geraldo Vernet Taborda. Porto Alegre: Artmed.
- Huss, M. T. (2019). *Psicologia forense: pesquisa, prática clínica e aplicações*. Trad: Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: José Geraldo Vernet Taborda. Porto Alegre: Artmed.
- Iversen, I. H. (1988). Tactics of graphic design: A review. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 49, 171-189.
- Iversen (2013). Single-case research methods: an overview. In G. J. Madden, W. V. Dube, T. D. Hackenberg, G. P. Hanley & K. A. Lattal (orgs.). *Handbook of Behavior Analysis* (vol. 1, pp. 3-32). Washington: APA Handbook in Psychology.
- Iwata, B. A. (1994). Functional analysis methodology: Some closing comments. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 413-418.
- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E., & Richman, G. S. (1994). Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 197-209. (Reprinted from *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 2, 3-20, 1982).
- Iwata, B. A., & Dozier, C. L. (2008). Clinical application of functional analysis methodology. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1(1), 3-9. Recuperado em 12 novembro, 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2846577/>.
- Jardri, R., Pouchet, A., Pins, D. & Thomas, P. (2011). Cortical activations during auditory verbal hallucinations in schizophrenia: A coordinate-based meta-analysis. *American Journal of Psychiatry* 168,73-81.
- Joaquim, R. M. (2019). Detecção de mentiras e crimes contra a administração da justiça. *Neuropsicologia forense e detecção de mentiras: enfrentando crimes contra a administração da justiça*. São Paulo: Pearson Clinical Brasil.
- Junior, G., & Hernandez, A. (2019). *Famigerado!: a História de Luz Vermelha, o Bandido que Aterrorizou São Paulo nos Anos de 1960*. Editora Noir.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. (7a ed). Porto Alegre: Artmed.
- Kandel, E. R. (2001). Psychotherapy and single synapse: The impact of psychiatric thought on neurobiological research. *Journal of Neuropsychiatry and Neurosciences*, 13(2), 290-300.
- Kandel, E. R. (2006). *In search of memory: The emergence of a new science of mind*. New York: W. N. Norton and Company.
- Keller, F. S., & Schoenfeld, W. N. (1973). *Princípios de psicologia: Um texto sistemático na ciência do comportamento*. São Paulo: EPU (Trabalho original publicado em 1950)

- Kertzman S., et al. (2006). Simple Real-Time Computerized Tasks for Detection of Malingering Among Murderers with Schizophrenia. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 43(2), 112-118.
- Koskinen, J., Löhönen, J., Koponen, H., Isohanni, M. y Miettunen, J. (2010). Rate of cannabis use disorders in clinical samples of patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 1115-1130. doi:10.1093/schbul/sbp031.
- Kuhn, T. (1998). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva.
- Kraepelin, E. (1919). *Manic-depression Insanity and Paranoia*. Edinburg: Livingstone.
- Laajasalo, T., & Hakkanen, H. (2006). Excessive violence and psychotic symptomatology among homicide offenders with schizophrenia. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 16, 242-253.
- Lancaster, B. M., LeBlanc, L. A., Carr, J. E., Brenske, S., Peet, M. M., & Culver, S. J. (2004). Functional analysis and treatment of the bizarre speech of dual diagnosed adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 37(2), 395-399. Recuperado em 02 de maio de 2021, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15529896>.
- Laraway, S., Snyckerski, S., Michael, J., & Poling, A. (2003). Motivating operations and terms to describe them: some further refinements. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(3), 407-414.
- Laties, V. G. (2003). Behavior analysis and the growth of behavioral pharmacology. *The Behavior Analyst*, 26, 235-252.
- Layng, T. J., & Andronis, P. T. (1984). Toward a functional analysis of delusional speech and hallucinatory behavior. *The Behavior Analyst*, 7(2), 139-156.
- Lenzenweger, M. F., McLachlan, G., & Rubin, D. B. (2007). Resolving the latent structure of schizophrenia endophenotypes using expectation-maximization-based finite mixture modeling. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 16-29.
- Leweke, F. M. et al. (1999). Elevated endogenous cannabinoids in schizophrenia. *Neuroreport*, 10, 1665-9.
- Lindqvist, P., Allebeck, P. (1990). Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry*, 157, 345-50.
- Londero, M. D. B., Massuda, R., & Gama, C. S. (2015). *Neurobiologia da esquizofrenia*. In A. G. Nardi, J. Q., & A. G. da Silva. (org.). *Esquizofrenia: teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed. Pp.45-51.
- Lourenço, C. L. (2016). *Crime: livre-arbítrio ou determinismo*. - Goiânia:Ilumina.
- McDermott, B. E., & Sokolov, G. (2009). Malingering in a correctional setting: the use of the structured interview of reported symptoms in a jail sample. *Behav Sci Law*, 27, 753-65. Recuperado em 10 abril, 2021, de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bsl.892>.

- McGuire, P. K., Shah, G. M. S. Murray, R. M. (1993) Increased blood flow in Broca's area during auditory hallucinations in schizophrenia. *Lancet*, 342, 703-706.
- Mace, F. C. (1994). The significance and future of functional-analysis methodologies. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(2), 385-392. Recuperado em 10 abril, 2020, de <https://doi.org/10.1901/jaba.1994.27-385>
- Mace, F. C., Lalli, J. S., & Lalli, E. P. (1991). Functional analysis and treatment of aberrant behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 12(2), 155-180. Recuperado em 10 abril, 2021, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2057617/>
- Madden, G. J. (2013). Introduction. In G. J. Madden, W. V. Dube, T. D. Hackenberg, G. P. Hanley, & K. A. Lattal (eds.). *Handbook of Behavior Analysis* (vol. 1, pp. xxix-xxix). Washington: APA Handbook in Psychology.
- Marcon, R. M., & Britto, I. A. G. S. (2011). Operações motivadoras e atenção social: eventos relevantes para comportamentos-problema de esquizofrênicos. *Revista Perspectivas*, 2(2), 192-202. Recuperado em 12 fevereiro, 2021, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo>.
- Marcon, R. M., & Britto, I. A. G. S. (2015a). Análise funcional de falas inapropriadas em uma pessoa com diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 11(1), 53-60. Recuperado em 10 abril, 2021, de <https://periodicos.ufpa.br/index.php/rebac/article/view/3774>
- Marcon, R. M., & Britto, I. A. G. S. (2015b). *O controle pelos antecedentes e consequentes nas respostas verbais de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia*. Curitiba: CRV.
- Marcon, R. M., & Britto, I. A. G. S. (2015c). O estudo do comportamento do psicótico: contribuições analítico-comportamentais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 17(1), 23-34. Recuperado em 12 janeiro, 2021, de <http://rbtcc.webhostusp.sti.usp.br/index.php/RBTCC/article/view/733>
- Marques, V. A. A. (2003). *Intervenção comportamental e mudanças orgânicas observadas pela tomografia computadorizada, por emissão de fóton único e pósitrons, em pessoa que evita eventos sociais*. Dissertação de mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiás.
- Martin, G., & Pear, J. (2007/2009). *Modificação de comportamento: o que é e como fazer* (8a ed. rev.). Tradução organizada por N. C. Aguirre & H. J. Guilhardi. São Paulo: Roca. (Trabalho original publicado em 2007)
- Martin, G., & Pear, J. (2015). *Modificação de comportamento: o que é e como fazer* (9a ed. rev.). Tradução organizada por N. C. Aguirre & H. J. Guilhardi. São Paulo: Roca. (Trabalho original publicado em 2007)
- Martin, G., & Pear, J. (2018). *Modificação de comportamento: o que é e como fazer* (10a ed. rev.). Tradução organizada por N. C. Aguirre & H. J. Guilhardi. São Paulo: Roca. (Trabalho original publicado em 2007)
- Masson, C. (2012). *Direito Penal esquematizado*. São Paulo: Método.

- Mattos, V. (2015). *Crime e psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança*. - Rio de Janeiro: Revan.
- Mechner, F. (2008). An invitation to behavior analysts: Review of in search of memory: the emergence of a new science of mind by Eric R. Kandel. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 90(2), 235-248. DOI: org/10.1901/jeab.2008.90-235.
- Mecler, K. (1996). *Periculosidade e inimputabilidade: um estudo dos fatores envolvidos na determinação da periculosidade do doente mental infrator*. Dissertação de mestrado Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Michael, J. (2000). Implications and refinements of the establishing operation concept. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33, 401-410.
- Miguel, C. F. (2000). O conceito de operação estabelecadora na análise do comportamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (3), 259-267.
- Miguel, C. F. (2013). Jack Michael's Motivation. *Analysis Verbal Behavior*, 29, 3-11.
- Millenson, J. R. (1975). *Princípios de análise do comportamento*. Tradução organizada por A. A. Souza & D. Rezende. Brasília: Coordenada - Editora de Brasília. (Original publicado em 1967).
- Mirabete, J. F. (2004). *Manual de Direito Penal*. Parte Geral. São Paulo: Atlas.
- Miranda, E. & Britto, I. A. G. S. (2011). Aplicação dos princípios analíticos-comportamentais para alterar o comportamento de uma esquizofrênica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(3), 327-336.
- Mook, D. G. (1987). *Motivation*. New York: W.W. Norton and Company.
- Moura, L. F., & Britto, I. A. G. S. (2017). Esquizofrenia: um estudo experimental sobre delírios e alucinações. Saarbrücken: Novas Edições Acadêmica.
- Nascimento, V. L. B. (2016). *Direito e comportamento: uma revisão da literatura jurídica sob o prisma do Behaviorismo radical*. Trabalho de conclusão de curso, Faculdade de Direito, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Nucci, G. S. (2009). *Manual de Direito Penal: Parte Geral, Parte Especial* (5a ed., p. 550). São Paulo: Revista dos Tribunais.
- Nucci, G. S. (2016). *Manual de processo penal e execução penal* (13a ed. rev., atual e ampl.). São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.
- Nucci, G. S. (2021). *Manual de Direito Penal* (17a ed.). São Paulo: Forense.
- Oliveira, I. J. S.; Britto, I. A. G. S. (2011). *Síndrome de Down: Modificando comportamentos*. Santo André: ESETec Editores Associados.
- O'Neill, R. E., Albin, R. W., Storey, K., Horner, R. H., & Sprague, J. R. Newton, J. S. (1997). *Functional assessment and program development for problem behavior: a practical handbook*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

- O'Neill, R. E., Albin, R. W., Storey, K., Horner, R. H., & Sprague, J. R. (2015). *Functional assessment and program development for problem behavior: a practical handbook* (3a ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Os, J. V., Kenis, G., & Rutten, B. P. F. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468, 203-212.
- Palomba, G. A. (2016). Todo crime é uma fotografia exata e em cores do comportamento do indivíduo. *Revista da APM - edição 678 - junho 2016*. Recuperado em 20 agosto, 2020, de <http://associacaopaulistamedicina.org.br/noticia/guido-palomba-todo-crime-e-uma-fotografia-exata-e-em-cores-do-comportamento-do-individuo>
- Palomba, G. A. (2017). *Perícia na Psiquiatria Forense*. São Paulo: Saraiva.
- Palomba, G. A. (2013). *Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal*. São Paulo: Atheneu Editora.
- Palomba, G. A. (1996). *Loucura e crime*. São Paulo: Fiuza Editores.
- Pelios, L., Morren, J., Tesch, D., & Axelrod, S. (1999). The impact of functional analysis methodology on treatment choice for self-injurious and aggressive behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 185-195.
- Popolo, J. H. del. (1996) *Psicologia judicial*. Mendoza: Ediciones Juridicas Cuyo. 475p.
- Queiroz, N. de. (1963). *Teoria da "actio libera in causa" e outras teses*. Rio de Janeiro: Forense.
- Queiroz, P. (2010). *Direito Penal: parte geral* (6a ed., p. 437). Rio de Janeiro: Lumen Juris.
- Queiroz, P. (2016). *Direito Penal: parte geral*. (b). 12 ed.- Salvador: Juspodium.
- Reid, WH. (2000). Malingering. *J Psych Practice*, Jul- 226-228
- Rentero Martín, D., Arias, F., Sánchez-Romero, S., Rubio, G., & Rodríguez-Jiménez, R. (2020). Psicosis inducida por cannabis: características clínicas y su diferenciación con la esquizofrenia con y sin consumo de cannabis asociado. *Adicciones*, 33(2), 95-108. doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1251>
- Ribeiro, F.L.S., Viveiros, M.O.M. B. (2020). *Esquizofrenia e violência: revisão integrativa*. In: <http://openrit.grupotiradentes.com:8080/xmlui/handle/set/3228>. Recuperado em 20 sep.,2021
- Rogers, R. (1984). R-CRAS Rogers Criminal Responsibility Assessment Scales. *PAR - Psychological Assessment Resources*, Inc. USA.
- Rogers R. (2008). *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. ed R. Rogers. Guilford Press.
- Rogers, R., & Shuman, D. W. (2005). *Fundamentals of Forensic Practice: Mental Health and Criminal Law*. New York, NY: Springer. Recuperado em 10 março, 2021, de [http://link.springer.com/chapter/10.1007/0-387-25227-4\\_2](http://link.springer.com/chapter/10.1007/0-387-25227-4_2)

- Rogers, R., & Sewell, K. W. (1999). The R-CRAS and Insanity Evaluations: a Re-examination of Construct Validity. *Behavioral Sciences & the Law*, 17, 181-194.
- Rosenhan, D. L. (1973). On Being Sane in Insane Places. *Science*, 179(4070), 250-258. doi:10.1126/science.179.4070.2
- Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. Chicago: The University of Chicago Press. Sallows, G. O., & Graupner, T.
- Sá. A. A. (1999). Algumas questões polêmicas relativas à psicologia da violência. *Psicologia: Teoria e Prática*, 1(2): 53-63
- Sailor, W., Guess, D., Rutherford, G., & Baer, D. M. (1968). Control of tantrum behavior by operant techniques during experimental verbal training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 237-243.
- Salum, C., Pereira, A. C. C. I., & Guimarães, E. A. D. B. (2008). Dopamina, óxido nítrico e suas interações em modelos para o estudo da esquizofrenia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 186-194.
- Santos-Costa, F. fr., & Morgado-Pereira, J. (2003). Algumas notas para a história da Psiquiatria Forense em Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 24(1): 21-25.
- Santos, J. C. (2008). *Direito Penal: parte geral* (3a ed.). Curitiba: IPC, Lúmen Juris.
- Schaal, D. W. (2005). Naming our concerns about neuroscience: a review of Bennett and Hacker's philosophical foundations of neuroscience. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 84(3), 683-692.
- Schaal, D. W. (2013). Behavioral neuroscience. In G. J. Madden, W. V. Dube, T. D. Hackenberg, G. P. Hanley, & K. A. Lattal (eds.). *APA handbook of behavior analysis* (vol. 1, pp. 339-350). Recuperado em 10 março, 2021, de <https://doi.org/10.1037/13937-015>
- Schlund, M. W., & Cataldo, M. F. (2005). Integrating functional neuroimaging and human operant research: Brain activation correlated with presentation of discriminative stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 84(3), 505-519. DOI: <https://doi.org/10.1901/jeab.2005.83-05>
- Schmitt, R. A. (2013). *Sentença Penal Condenatória – Teoria e Prática* (8a ed., p. 133). Salvador: Juspodvim.
- Sidman, M. (2006) The Distinction Between Positive and Negative Reinforcement: Some Additional Considerations. *The Behavior Analyst*, 29(1): 135–139.
- Silva, H. C. da. (2004). *Embriaguez e a teoria da actio libera in causa*. Curitiba: Juruá.
- Shapiro, D. L. (1999). *Criminal Responsibility Evaluations - A manual for practice*. Professional Resource Press. Sarasota, Florida.
- Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research*. New York: Basic Books.

- Sidman, M. (2006) The Distinction Between Positive and Negative Reinforcement: Some Additional Considerations. *The Behavior Analyst*, 29, 135–139.
- Sidman, M. (2011). Can an understanding of basic research facilitate the effectiveness of practitioners? Reflections and personal perspectives. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 44, 973-991.
- Sidman, M. (2013). *Foreword*. In G. J. Madden, W. V. Dube, T. D. Hackenberg, G. P. Hanley & K. A. Lattal (orgs.). *Handbook of Behavior Analysis* (vol. 1, pp. xv- xviii). Washington: APA Handbook in Psychology.
- Skinner, B. F. (1931). The concept of the reflex in the description of behavior. *Journal of General Psychology*, 5, 44-58.
- Skinner, B. F. (1953/1970). *Ciência e Comportamento Humano*. Tradução organizada por J. C. Todorov & R. Azzi. São Paulo: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1953).
- Skinner, B. F. (1956). What is psychotic behavior? *Cumulative Record: A selection of Papers* (pp. 202-219). New York: Applenton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1957). *The verbal behavior*. New York: Applenton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of Reinforcement. A Theoretical Analysis*. New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Skinner, B. F. (1974). *About Behaviorism*. New York: Alfred A. Knopf.
- Skinner, B. F. (1981). *Selection by consequences*. *Science*, 213, 501-04.
- Skinner, B. F. (1989). *Recent Issues in the Analysis Behavior*. Ohio: Merrill Publishinh Company.
- Skinner, B. F. (1995). *Questões recentes na análise comportamental*. São Paulo: Papirus Editora. Obra publicada em 1989.
- Soares, C. B., & Diniz, M. A. (2016). *Os serviços substitutivos em Saúde Mental e as alternativas à lógica manicomial: o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) como prática inovadora*. Conselho Federal de Psicologia Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade/ Conselho Federal de Psicologia. Venturini, Ernesto; DE Mattos, Virgílio; Oliveira, Rodrigo Tôrres. - Brasília: CFP.
- Souza, P. V. S. (2001). *A criminalidade genética*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.
- Staats, A. W. & Staats, C. K. (1973). *Comportamento humano complexo: uma extensão sistemática dos princípios da aprendizagem*. São Paulo: E.P.U.
- Steen, R., Mull, C., McClure, R., Hamer, R., & Lieberman, J. (2006). Brain volume in first-episode schizophrenia: Systematic review and meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *British Journal of Psychiatry*, 188(6), 510-518. doi:10.1192/bjp.188.6.510



- Sturmeý (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. New York: John Wiley and Sons.
- Sturmeý, P., Ward-Horner J., Marroquin, M., & Doran, E. (2007). Advanced concepts and methods of intervention in behavioral approaches to psychopathology. In P. Sturmeý (ed.). *Functional analysis in clinical treatment* (pp. 51-64). San Diego, CA: Academic Press.
- Sturmeý, P., Ward-Horner, J., & Doran, E. (2020). Respondent and operant behavior. In P. Sturmeý (ed.). *Functional analysis in clinical treatment* (pp. 25-52). San Diego, CA: Academic Press.
- Sturmeý, P., et al. (2020). *Functional analysis in clinical treatment* (2a ed.). San Diego, CA: Academic Press.
- Sutherland, E. H. (1939). *Principles of criminology*. Chicago: J. B. Lippincott.
- Sutherland, E. H. (1974.) *Principles of criminology* (9a ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Sutherland, E. H. (2004). *The criminal personality: a profile for change*.
- Sutherland, E. H., Cressey, D. R., & Luckenbill, D. F. (1992). *Principles of criminology* (11a ed.). New York: General Hall.
- Swanson, J. M. et al. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia *Archives of General Psychiatry*, 63, pp. 490-499
- Szasz, T. (1978). *Esquizofrenia: o símbolo Sagrado da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Taborda, J. G. V., Abdalla Filho, E., & Chalub, M. (2012). *Psiquiatria Forense* (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Tamminga, C. A., Shad, M. U., & Ghose, S. (2014). Aspectos Neuropsiquiátricos da Esquizofrenia. In S. C. Yudofsky, & R. E. Hales. *Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento* (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Tasic, L. et al. (2017). Metabolomics and lipidomics analyses by 1 H nuclear magnetic resonance of schizophrenia patient serum reveal potential peripheral biomarkers for diagnosis. *Schizophrenia Research*, 185, 182-189. Recuperado em 10 abril, 2021, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28040324/>
- Teixeira, E. H., Pereira, M. C., Rigacci, R., & Dalgalorrondo, P. (2007). Esquizofrenia, psicopatologia e crime violento: uma revisão das evidências empíricas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(2), 127-133. Recuperado em 13 fevereiro, 2021, de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-465451>
- Thompson, R. H., & Iwata, B. A. (2005). A review of reinforcement control procedures. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 38, 257-278.
- Thompson, T. (2007). Relations among functional systems in behavior analysis. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 87(3), 423-440. Recuperado em 10 abril, 2021, de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1901/jeab.2007.21-06>

- Thompson, T. (2013). Translational applied behavior analysis and neuroscience. In G. J. Madden, W. V. Dube, T. D. Hackenberg, G. P. Hanley & K. A. Lattal (orgs.). *APA Handbook of Behavior Analysis* (vol. 2, pp. 33-45). Washington: APA Handbook in Psychology.
- Todorov, J. C., & Moreira, M. B. (2005). O conceito de motivação na Psicologia. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(1), 119-132.
- Vallada Filho, H. P., & Samaia, H. (2000). Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 2-4.
- Vieira, G. F. (2019). Avaliação funcional e intervenção em respostas de dor. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiás. Recuperado em 10 abril, 2021, de <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/4366>
- Volkow, N. D. (2009). Substance use disorders in schizophrenia--clinical implications of comorbidity. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 469-472. doi:10.1093/schbul/sbp0.16
- Walczyk, J. J., Sewell, N., & DiBenedetto, M. B. (2018). A Review of Approaches to Detecting Malingering in Forensic Contexts and Promising Cognitive Load-Inducing Lie Detection Techniques. *Front. Psychiatry* 9, 700. Recuperado em 10 março, 2021, de <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00700/full>.
- Wambier, L. R., Talamini, E. (2014). *Curso avançado de processo civil. Vol. 1: teoria geral do processo e processo de conhecimento*. 14. Ed. Ver. E atual. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.
- Weinberger, D. R., Torrey, E. F., & Wyatt, R. J. (1979). Cerebellar atrophy in chronic schizophrenia. *Lancet*, 1, 718-9.
- Wilder, D. A., Wong, S. E., Hodges, A. C., & Ertel, H. (2020). Schizophrenia and other psychotic disorders. *Functional Analysis in Clinical Treatment*. San Diego, CA: Academic Press.
- Wilder, D. A., Masuda, A., O'Connor, C., & Baham, M. (2001). Brief functional analysis and treatment of bizarre vocalizations in an adult with schizophrenia. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34(1), 65-68.
- Wong, S. E. (2014). A Critique of the Diagnostic Construct Schizophrenia. *Research on Social Work Practice*, 24(1), 132-141. Recuperado em 10 janeiro, 2021, de <https://doi.org/10.1177/1049731513505152>
- World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019. Recuperado em 20 de novembro de 2020 de <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Wyatt, J. W. (2009) Behavior analysis in the era of medicalization: The state of the Science and recommendations for practioners. *Behavior Analysis in Practice*, 2(2), 49-57.
- Zanetti, M.V., Serpa, M. H., Busatto, G. F. (2015) Neuroimagem na esquizofrenia. In. Nardi, A. E., Quevedo, J., DaSilva, G. A. *Esquizofrenia-teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed.

- Zapf, P. A., Golding, S. L., & Roesch, R. (2006). Criminal responsibility and the insanity defense. In I. B. Weiner & A. K. Hess (Eds.), *The handbook of forensic psychology* (3a ed., pp. 332-363). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Zilio, D. (2013). *Análise do comportamento e neurociências: Em busca de uma possível síntese* (Unpublished doctoral dissertation). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Zilio, D., Hunziker, M. H. L. (2015) *Análise biocomportamental e os termos psicológicos: uma proposta metodológica para o estudo das emoções*. In J. G. Coelho, & M. C. Broens (orgs.). *Encontro com as ciências cognitivas: Cognição, emoção e ação* (pp.73-97). São Paulo: Cultura Acadêmica (UNESP). Recuperado em 10 março, 2021, de [https://www.researchgate.net/publication/285593693\\_Analise\\_biocomportamental\\_e\\_os\\_termos\\_psicologicos\\_uma\\_proposta\\_metodologica\\_para\\_o\\_estudo\\_das\\_emocoes](https://www.researchgate.net/publication/285593693_Analise_biocomportamental_e_os_termos_psicologicos_uma_proposta_metodologica_para_o_estudo_das_emocoes)

## ANEXOS

## Anexo 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sobre comportamento criminoso na esquizofrenia intitulado **Comportamento esquizofrênico e o crime hediondo: A inimputabilidade**. Meu nome é **Renata Botelho Dutra**, sou doutoranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da PUC-Pontifícia Universidade Católica de Goiás, orientada pela **Dra. Ilma A. Goulart de Souza Britto**. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em todas as folhas e em duas vias, sendo a primeira de guarda e confidencialidade do pesquisador responsável e a segunda ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável através do número 62- 981590756, ligações a cobrar (se necessárias) ou através do e-mail [prof.renataufg@gmail.com](mailto:prof.renataufg@gmail.com). Em caso de dúvida **sobre a ética aplicada a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUC Goiás, telefone: (62) 3946-1512, localizado na Avenida Universitária, Nº 1069, St. Universitário, Goiânia/GO. Funcionamento: das 8 às 12 horas e das 13 às 17 horas de segunda a sexta-feira. O CEP é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que por sua vez é subordinado ao Ministério da Saúde (MS). O CEP é responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares.

\* **Pesquisadores:** Dra Ilma A. Goulart de Souza Britto, professora de Graduação e Pós-graduação Lato e Stricto Sensu e pesquisadora da Pontifícia Universidade Católica de Goiás; e Renata Botelho Dutra, advogada, professora de graduação de Direito da UFG- Universidade Federal de Goiás, estarão disponíveis, em qualquer momento, a maiores esclarecimentos, seja de forma pessoal ou através dos telefones, abaixo.

Telefones para contato com as pesquisadoras responsáveis: (62) 981590756 (com Renata Botelho Dutra); (62) 9979-0708 (com Dra Ilma Goulart).

O motivo que nos leva a propor essa pesquisa é compreender o comportamento delituoso do portador de esquizofrenia, analisando múltiplos eventos e momentos bem como debater o estigma que o envolve. De igual maneira, busca-se contribuir com material de

pesquisas futuras visto que a carência de material nessa área é grande e o assunto, que fascina leigos e estudiosos, é de extrema relevância social.

**Objetivos da Pesquisa** – realizar uma avaliação funcional do comportamento do indivíduo esquizofrênico em ambiente prisional e de tratamento psiquiátrico destinados a infratores em cumprimento de medida de segurança ou pena. Também em ambiente familiar, analisando os efeitos das condições ambientais de onde residiam de modo a identificar os eventos antecedentes e consequentes que mantêm comportamentos-problema. Os procedimentos envolverão avaliação funcional indireta, avaliação funcional direta e avaliação experimental ou análise funcional. O delineamento focará comportamentos-problema dos participantes sendo que, as condições a serem manipuladas, serão retiradas dos dados das avaliações funcional indireta e direta. Assim, o comportamento-problema de um pequeno número de participantes será estudado ao longo de algumas condições experimentais, sendo que este comportamento permanecerá como unidade de análise.

**Período de Participação** – Os encontros estão previstos para ocorrer de novembro de 2019 a abril de 2020. Seus encontros, com a pesquisadora ocorrerão duas vezes por semana, com duração de até 15 minutos cada.

O procedimento de coleta de dados será realizado junto ao PAILI- Programa de Assistência Integral ao Louco Infrator. Além da coleta de dados estatísticos quanto ao número e tipo de crimes cometidos por “loucos infratores”, especialmente, esquizofrênicos, julgados pelo Tribunal do Júri. Serão realizadas entrevistas com o propósito de levantar maiores dados sobre as FI dos participantes, bem como as demais topografias comportamentais compatíveis com os critérios que define a esquizofrenia no sentido de identificar atividades, horários e locais em que estes comportamentos têm maior probabilidade de ocorrências, será aplicada a entrevista de avaliação funcional desenvolvida por O’Neill et al., Os participantes poderão ser observados nos presídios, instituições psiquiátricas, em sua residência, nos CAPS e terão duração de 5 a 20 minutos.

Durante seus encontros iniciais com a pesquisadora serão anotados, em folhas de registros, alguns comportamentos específicos, que aqui serão chamados de comportamentos - problema, como por exemplo, agressividade, violência, causação e tentativas de lesões em terceiros e auto injúrias. Nessa fase da pesquisa, não fará qualquer tipo de interrupção em suas ações, em suas falas, pois esse é o momento de conhecer como esse comportamento foi aprendido e como ele está sendo mantido. Após a observação pela pesquisadora de que alguns desses comportamentos indesejados.

**Riscos:** A presente pesquisa é de risco mínimo podendo acarretar transtornos emocionais ou desconfortos em decorrência de sua participação. Se você sentir qualquer desconforto é assegurado assistência imediata e integral de forma gratuita, para danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios de qualquer natureza para dirimir possíveis intercorrências em consequência de sua participação na pesquisa conforme dispõe a resolução 466/12. Para evitar e/ou reduzir os riscos de sua participação será cuidadosamente respeitada a vontade de responder ou não as perguntas. Poderá ocorrer desconforto inicial em função de a pesquisadora ser-lhe pessoa alheia ao seu convívio, até este momento. Poderá acontecer outro desconforto, quando relatará sua história de vida, em especial os eventos ruins, os quais lhe favoreceram respostas emocionais negativas. Na eminência desse acontecimento, a pesquisadora vai utilizar métodos alternativos para reduzir, ao máximo os desconfortos/riscos. Para que haja uma aliança, a pesquisadora se apresentará, transmitindo-lhe dados sobre sua formação profissional e acadêmica, e que a condução desta pesquisa ainda contará com o suporte de sua orientadora, a qual é professora-doutora, e psicóloga. Portanto, com competência para auxiliar a ambos no encaminhamento de soluções para qualquer problema que possa surgir dessa interação. Você não terá nenhuma despesa, bem como não será remunerado.

**Benefícios:** Com o presente estudo espera-se contribuir para a compreensão das variáveis que afetam o comportamento de esquizofrênicos no meio social, bem como auxiliar no entendimento sobre os processos envolvidos no enfraquecimento dos comportamentos problema e o fortalecimento de comportamentos apropriados, utilizando a análise funcional (experimental), proposta por Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman e Richman (1982/1994). Dentro do processo de avaliação funcional, O'Neil et al. (1997) e Martin e Pear (2007/2009) descreveram três importantes estratégias para a coleta de informações e para a descrição de eventos controladores e mantenedores de padrões específicos de comportamentos: (1) método com informantes, (2) observação direta e (3) análise funcional (experimental).

Não há necessidade de identificação, ficando assegurados o sigilo e a privacidade. Caso você se sinta desconfortável por qualquer motivo, poderemos interromper a entrevista a qualquer momento e esta decisão não produzirá qualquer penalização ou prejuízo. Todos os dados da presente pesquisa serão confidenciais e somente usados, pelas pesquisadoras responsáveis, para fins científicos, sendo o registro em áudio apenas utilizado para descrição precisa dos dados. Diante da provável publicação dos resultados do estudo em revista e/ou eventos científicos, fica, de antemão, estabelecido que o seu nome não será divulgado. Destaca-se, ainda, que todo material produzido por esta pesquisa (vídeos e folhas de registros), quando de seu término será

incinerado em sua presença, bem como as folhas de registros de ocorrência dos comportamentos objeto da pesquisa.

Você poderá solicitar a retirada de seus dados coletados na pesquisa a qualquer momento, deixando de participar deste estudo, sem prejuízo. Os dados coletados serão guardados por, no mínimo 5 anos e, após esse período serão incinerados. Se você sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a indenização.

Ao final da pesquisa o participante terá total acesso aos resultados da pesquisa.

**Participação voluntária** - Ratifica-se, portanto, que a sua participação nesta investigação é voluntária e será iniciada mediante a assinatura nas duas versões deste documento, ou seja, versões idênticas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que lhe garante a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante, RG e CPF

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Orientadora – Profa Dra Ilma A. G. S. Britto

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora – Renata Botelho Dutra

### **Declaração do Pesquisador**

O pesquisador responsável por este estudo e sua equipe de pesquisa declara que cumprirão com todas as informações acima; que você terá acesso, se necessário, a assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos oriundos, imediatos ou tardios devido a sua participação neste estudo; que toda informação será absolutamente confidencial e sigilosa; que sua desistência em participar deste estudo não lhe trará quaisquer penalizações; que será devidamente ressarcido em caso de custos para participar desta pesquisa; e que acatarão decisões judiciais que possam suceder.

### Declaração do Participante

Eu, \_\_\_\_\_,

abaixo assinado, discuti com a pesquisadora responsável RENATA BOTELHO DUTRA e/ou sua equipe sobre a minha decisão em participar como voluntário (a) do estudo **Comportamento esquizofrênico e o crime hediondo: A inimputabilidade.**

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia integral e gratuita por danos diretos, imediatos ou tardios, quando necessário.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Goiânia, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de 2019.

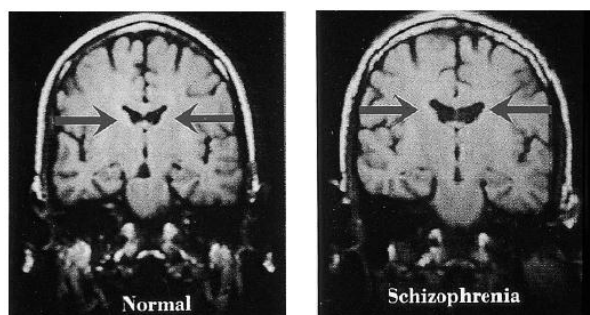
\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

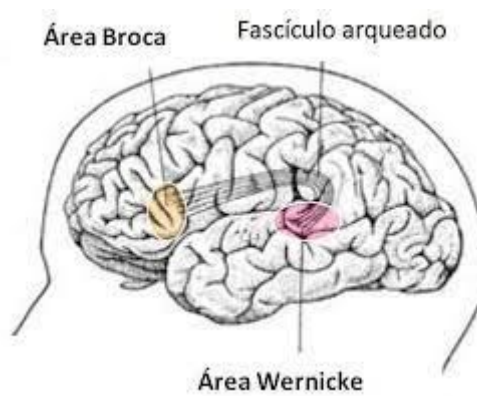


## Anexo 2. IMAGENS CEREBRAIS

Tamanho ventricular em gêmeos monozigóticos discordantes para esquizofrenia



Area de Broca, produção fala. Area de Wernicke, compreensão da linguagem.



## Anexo 3: ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

- 1) História dos comportamentos-problemas (O que você sabe sobre?)
- 2) Houve tentativas de diminuí-los? Como?
- 3) Por quanto tempo isso tem sido um problema?
- 4) Descreva os comportamentos - problemas:  
Topografia:  
Frequência:  
Duração:  
Intensidade:
- 5) Defina os eventos que desencadeiam os comportamentos problemas:
  - a) Horário (quando os comportamentos têm maior /menor probabilidade)
  - b) Ambiente (onde os comportamentos têm maior/ menor probabilidade de ocorrer)
  - c) Pessoas (com quem os comportamentos têm maior probabilidade/menor probabilidade de ocorrer)
  - d) Atividade (quais atividades tem maior/menor probabilidade de produzir os comportamentos?)
- 6) O comportamento da pessoa seria afetado se:
  - a) Você lhe pedisse uma tarefa difícil
  - b) Participante quisesse algo, mas não conseguisse
  - c) Se você lhe disse uma ordem
  - d) Se você mudasse sua rotina
- 7) Como se comunica com as pessoas?
  - a) Pedir atenção
  - b) Pedir alimentos
  - c) Indicar dor física
  - d) Rejeitar uma situação
  - e) Indicar descontentamento
- 8) Quais as coisas que a pessoa gosta:
  - a) Comestíveis:
  - b) Objetos:
  - c) Atividades:
  - d) Outros:



## Anexo 5: IMAGEM PUBLICITÁRIA

01:41 Instagram 40%

em Psicologia.

**Remuneração:** até R\$5.800 por laudo.

**Requisitos:** participação na palestra gratuita **Os 3 Segredos para se tornar Perito Judicial**, onde você saberá como iniciar imediatamente, mesmo que nunca tenha ouvido falar sobre perícia judicial antes.

**Data da palestra:** terça às 20h.

**Inscrição gratuita:** clique no botão "saiba mais".

Saiba mais

248 curtidas

**cursobeta** Estamos procurando pessoas formadas em Psicologia, interessadas em faturar alto elaborando laudos técnicos para a justiça. 🌟

Ainda que você não conheça nada da área jurídica, essa área precisa do seu conhecimento. 🌟

✅ Quer entender tudo? O Prof. Breno Silva, maior especialista do Brasil no assunto, vai dar uma aula GRATUITA E ONLINE que ocorrerá exclusivamente na próxima terça-feira, às 20h.

A única coisa que você precisa fazer é clicar no botão "SAIBA MAIS" para fazer o seu cadastro gratuitamente, 📌

01:40 Instagram 40%

**Pastas**

**PROCURA-SE PSICÓLOGO**  
Sem Experiência

**Detalhes da vaga:** freelancer para auxiliar o juiz em processos que precisam de um laudo especializado em Psicologia.

**Remuneração:** até R\$5.800 por laudo.

**Requisitos:** participação na palestra gratuita **Os 3 Segredos para se tornar Perito Judicial**, onde você saberá como iniciar imediatamente, mesmo que nunca tenha ouvido falar sobre perícia judicial antes.

**Data da palestra:** terça às 20h.

**Inscrição gratuita:** clique no botão "saiba mais".

Saiba mais

248 curtidas

**cursobeta** Estamos procurando pessoas formadas em Psicologia, interessadas em faturar alto elaborando laudos técnicos para a justiça. 🌟

## Anexo 6: LISTA DE PERÍCIAS PSICOLÓGICAS REALIZADAS NA JUNTA MÉDICA DO ESTADO DE GOIÁS

PERÍCIAS REALIZADAS NA JUNTA MÉDICA OFICIAL			
NATUREZA DAS PERÍCIAS	TIPOS DE PERÍCIAS		
<b>Perícias psicológicas</b>	Judiciais	(*) Insanidade Mental para instrução criminal previamente à sentença	
		(*) Insanidade Mental na execução penal para conversão de pena em medida de segurança	
		(*) Saúde Mental do Menor Infrator (Infância e Juventude)	
		(*) Cessação de Periculosidade em razão do cumprimento de Medida de Segurança	
		(*) Dependência Toxicológica	
		(*) Interdi�o e curatela	
		(*) Levantamento de interdi�o	
		(*) Previdenciárias	Regime Geral da Previdência Social (Aposentadoria por invalidez)
			Regime Próprio
		(*) Obrigac�o de fazer	
		(*) Securit�rias (Invalidez por doença)	
		(*) Indenizatórias e cobranças em geral	
		Produ�o de prova criminal (crimes contra a dignidade sexual)	
		Retifica�o de registro civil	
		Anula�o de ato administrativo	
		Outras demandas geradas pela Equipe de Psiquiatria desta JMO	
		Administrativas (Lei n� 10.460)	(*) Aposentadoria por invalidez
	(*) Auxílio-creche (dependente com deficiência)		
	Outras demandas geradas pela Equipe de Psiquiatria desta JMO		

(\*) Perícias realizadas exclusivamente por demanda interna da equipe de psiquiatria desta Junta Médica Oficial.

Anexo 7: FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAME COMPLEMENTAR  
PSICODIAGNÓSTICO

1



Junta Médica Oficial  
**FORMULÁRIO**

**SOLICITAÇÃO DE EXAME COMPLEMENTAR PSICODIAGNÓSTICO**

Solicitante: \_\_\_\_\_

Periciando: \_\_\_\_\_

Natureza do processo: \_\_\_\_\_

Necessito avaliação mais aprofundada de:

- ( ) Personalidade
- ( ) Contato com a realidade (capacidade de entendimento)
- ( ) Controle dos impulsos (autodeterminação)
- ( ) Afetividade
- ( ) Habilidades interpessoais
- ( ) Autopercepção
- ( ) Sexualidade
- ( ) Inteligência
- ( ) Atenção concentrada
- ( ) Memória
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Hipóteses diagnósticas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PRESO? ( ) SIM.

Goiânia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura:

## Anexo 8: PRINTS DA REDE SOCIAL FACEBOOK DE P4

**Post 1 (Top Left):** 30 de jul. de 2018. MORMON IGREJA DOS ULTIMOS DIAS JESUS CRISTO VS [REDACTED] TA VALENDO A CABEÇA. 1 like, 4 comentários.

**Post 2 (Top Right):** 30 de jul. de 2018. AQUELE JOVEM LOURO DOS OLHOS AZUIS QUE ME FEZ O CONVITE PRA IGREJA MORMON PEDIU PRA VISITAR A MINHA CASA ERA LUÇIFER E EU SOU O ANTI CRISTO. 11 reações, 21 comentários, 2 compartilhamentos.

**Post 3 (Second Row Left):** 23 de jul. de 2018. ELA ME PRESTIGIO SUAS MARAVILHAS ME LEVAM AS AUTURAS EU MALUCO ORDINARIO MAU SUCEDIDO DO CARALHO PELOS MEUS ANTECEDENTES. 1 like.

**Post 4 (Second Row Right):** 30 de jul. de 2018. AQUELE JOVEM LOURO DOS OLHOS AZUIS QUE ME FEZ O CONVITE PRA IGREJA MORMON PEDIU PRA VISITAR A MINHA CASA ERA LUÇIFER. 3 reações, 11 comentários, 2 compartilhamentos.

**Post 5 (Third Row Left):** 23 de jul. de 2018. KOLADO O PALHAÇO DO ROCK IRA CANTAR PARA OS KOLADOS. 1 like.

**Post 6 (Third Row Right):** 30 de jul. de 2018. AQUELE JOVEM LOURO DOS OLHOS AZUIS QUE PEDIU PRA VISITAR A MINHA CASA ERA LUÇIFER. 6 reações.

**Post 7 (Fourth Row Left):** 25 de jul. de 2018. FUI NA RADIO AGORA VER QUANTO FICA PRA TOCAR MINHA NA RADIO O BRASIL PRECISA DE 1 NOVO TALENTO DO ROCK KOLADO NAO DEIXE O ROCK MORRER KOLADO NAO DEIXE O ROCK ACABAR.

**Post 8 (Fourth Row Right):** 16 de jul. de 2018. Estou quieto agora a polícia e mais Eu receber meu batismo mormon eu vou fazer toda a minha justiça.

**Post 9 (Fifth Row Left):** 24 de jul. de 2018. VOU CONECTAR OUTROS PLANETAS A TERRA PRA NAO FALTAR ESPAÇO PRA O GADO NAO HAVER CANIBALISMO DA PROPIA ESPEÇIE MEUS HEROIS MORRERAO DE OVERDOSE MEUS INIMIGOS ESTAO NO PODER.

**Post 10 (Fifth Row Right):** 16 de jul. de 2018. Eu não sou louco eu sou consciente de tudo e si tem uma coisa que eu sou e piscopata.

**Post 11 (Bottom Row Left):** 24 de jul. de 2018. EU RECEBER O BATISMO MORMON TOLERANÇA MORAL. 1 like.

**Post 12 (Bottom Row Right):** 15 de jul. de 2018. Travessuras que me trazem a loucura Gostosuras que me levam as auturas Gostosuras ou travessuras Gostosuras ou travessuras Gostosuras ou travessuras Gostosuras ou travessuras Gostosuras ou travessuras.

## Anexo 9: FORMULÁRIO EMPAP

**Exame Multidisciplinar e Pericial de Avaliação Psicossocial – EMPAP**

Identificação:

Nome:

Data de nascimento:

Nome dos pais:

Naturalidade:

Estado civil:

Escolaridade:

Profissão:

Raça declarada:

Religião: (é livre para declarar ou não)

Gênero e Orientação Sexual: (é livre para declarar ou não) – cfe. Resolução SEAP n. 558 – em caso de NOME SOCIAL no SIPEN, incluir.

Residência:

Território:

Serviço de Saúde Mental/CAPS: (indicar exatamente qual o serviço, endereço completo e telefone). Histórico:

Proveniente da(s) unidade(s): indicar o trânsito da pessoa dentro do sistema penitenciário

Sanção penal instituída: (especificar a natureza da sanção penal: se PPL ou se MS ou se pena convertida em MS)

Sanção penal anterior: SIM NÃO (especificar qual tipo)

Tempo de duração da privação de liberdade desde a captura pelo sistema de justiça penal, especificando a data de entrada na unidade atual.

Delito(s):

\*Versão do periciado sobre o delito:



Hipótese diagnóstica no laudo de sanidade mental: (buscar no laudo e transcrever)

Conclusão do laudo de sanidade mental: (buscar no laudo e transcrever)

Em existindo exame pericial anterior, indicar respectivo tipo de exame e suas respectivas hipóteses diagnósticas e conclusão.

Internação psiquiátrica e/ou tratamento psiquiátrico anterior ao delito: SIM NÃO (especificar)

História de abuso de álcool e drogas ilícitas: SIM NÃO (especificar)

Estado atual:

Estado psíquico inicial:

Terapêutica instituída: (medicação, oficinas, atendimento, saídas terapêuticas, visita da rede de saúde...)

Especificar:

Estado psíquico atual: Especificar

Laços familiares, afetivos e comunitários (Esclarecer a situação familiar com nome, endereço, telefone, vínculo de parentesco, se tem filhos ou não; qual a rede socioafetiva para além da família).

Aderência ao tratamento: (Observar que não é apenas aderência à medicação e Especificar).

Consciência da morbidade: Especificar

Consciência da necessidade de continuar o tratamento: Especificar e demonstrar como foi o tratamento a ele dispensado e o que está sendo empregado para despertar o desejo de se tratar.

Projeto terapêutico em andamento: Especificar (Renda, moradia, documentação)

\* Exame psíquico e sùmula psicopatológica:

\* Hipótese Diagnóstica atual:

(\*) Preenchimento exclusivo pelo perito psiquiatra na data designada para o exame.

Conclusão:

A presente avaliação conclui que o periciado reúne condições clínicas satisfatórias e poderá dar continuidade ao projeto terapêutico no que se refere a benefícios sociais e demais necessidades familiares, tratamento psicológico e psiquiátrico em regime ambulatorial, que deverá ser feito no ...

A presente avaliação conclui que o periciado deverá permanecer internado, até nova avaliação, sugerida ao fim de 90 dias a partir da data deste exame.