

Algumas Epilepsias e a Lei

Incluído em 20/10/2004
Geraldo José Ballone

Psiquiatricamente a Epilepsia não pode ser considerada uma entidade patológica de sintomatologia única mas sim, um complexo de sintomas diversos e variáveis que se caracterizam por episódios paroxísticos (periódicos) e transitórios, capazes de alterar o estado da consciência, associar-se a alterações dos movimentos, convulsões e mesmo transtornos do sentimento, das emoções, da conduta, ou tudo isso junto.

A abordagem da Epilepsia tem sido muito diferente entre as duas disciplinas médicas que se ocupam do problema: a neurologia e a psiquiatria. Neurologicamente a epilepsia pode ser entendida como uma disritmia cerebral paroxística capaz de provocar alterações no sistema nervoso central e, conseqüentemente, em todo organismo.

Sob o ponto de vista psiquiátrico, também se entende a epilepsia como uma disritmia cerebral paroxística, com alterações funcionais do sistema nervoso central e, conseqüentemente, manifestações no comportamento, nas emoções e nos padrões de reações do indivíduo (veja [Epilepsia e Violência](#)). Portanto, preferimos tomar a Epilepsia como uma síndrome neuropsiquiátrica, onde suas manifestações clínicas terão importância para a psiquiatria forense.

Brain, em 1950, já definia a Epilepsia como um "transtorno paroxístico e transitório das funções do cérebro, que se desenvolve bruscamente, cessa espontaneamente e apresenta uma notável tendência a repetir-se".

Como assinalava Mayer-Gross, Slater y Roth, *"o transtorno pode estar bem localizado e manifestar-se, por exemplo, por contrações de um só músculo ou um só grupo muscular ou, então por uma só experiência sensorial dos sentidos. Em tais casos, em geral não há alteração da consciência"*. Porém, os transtornos da função cerebral na Epilepsia podem ser gerais e de qualquer grau.

Num dos extremos dessa disfunção epiléptica encontramos a perda total da consciência, a qual pode durar desde poucos segundos a vários minutos e, em outro extremo, pode haver apenas ligeiros transtornos da capacidade de atenção, mudanças no estado de ânimo ou profundas alterações comportamentais. É devido a essa profusa e variável sintomatologia que o epiléptico desperta uma importante preocupação da psiquiatria forense.

Há uma grande variedade de crises epilépticas, e a frequência e forma dos ataques variam muito de pessoa para pessoa. Devido a grande quantidade de nuances na Epilepsia e tantos tipos diferentes de crises, um sistema específico de classificação está sendo promovido pela Liga Internacional Contra a Epilepsia. A Classificação Internacional de Crises Epilépticas foi adotada pela comunidade médica e gradualmente está substituindo terminologias ultrapassadas como **grande mal** e **pequeno mal**.

A nova classificação descreve dois grandes tipos de crises: **Parcial e Generalizada**. Ela também divide cada uma destas categorias em subcategorias incluindo **Parcial simples, Parcial complexa, Ausência, Tônica-Clônica** entre outros tipos.

A diferença entre crises parciais e generalizadas diz respeito ao tipo de descarga elétrica excessiva no cérebro. Se essa descarga elétrica está limitada só a uma área cerebral, diz-se que a crise é parcial, se todo o cérebro está envolvido, é generalizada.

Ao todo há em torno de 30 tipos diferentes tipos de crises epiléticas. As Crises Parciais quando determinam sintomas elementares são denominadas parciais simples, durante as quais a pessoa pode perceber sensações pouco usuais e estranhas, como movimentos súbitos inesperados de uma parte do corpo, distorções na visão e audição, desconforto estomacal ou uma sensação repentina de medo. A consciência não é prejudicada nas Crises Parciais Simples. Se um outro tipo de crise ocorre depois destas sensações a Crise Parcial passa a ser denominada de "aura" da próxima crise que está começando.

Crises Parciais Complexas são caracterizadas por uma ação motora mais complexa e acaba desenvolvendo a perda de consciência. Durante a crise o paciente permanece entorpecido e confuso, podendo apresentar comportamentos automáticos, tais como, caminhar desorientado, murmurar, rodar a cabeça, puxar a roupa, etc. Usualmente estes automatismos não costumam ser lembrados pelos pacientes. Em alguns pacientes, principalmente em crianças, estas Crises Parciais Complexas podem se manifestar apenas por um olhar fixo, pasmado ou o estalar dos lábios.

As Crises Generalizadas de Ausência (antes chamada de Pequeno Mal) são caracterizadas por lapsos de perda de consciência durante poucos segundos (entre 5 e 15). Durante esta ocorrência o a pessoa parece estar "desligada" da realidade, os olhos podem apresentar movimentos circulares característicos e outros sintomas psicomotores automáticos. As Crises de Ausência não são precedidas por nenhuma aura e a atividade pode ser retomada imediatamente após a crise, sendo muitas vezes ignoradas pelo paciente. Comumente as Crises Generalizadas de Ausência ocorrem em crianças e tendem a desaparecer na adolescência, entretanto, o portador dessas crises na infância pode vir a apresentar outros tipos de crises, como parcial complexa ou a tônico-clônica em adulto.

A Crise Tônico-Clônica é a convulsão epilética generalizada, e compreende de duas fases. Na fase tônica há perda de consciência, a pessoa cai e o corpo fica rígido e contraído. Na fase clônica as extremidades do corpo se contraem e se contorcem. Depois da crise, a consciência é recobrada paulatinamente. Apesar da Crise Tônico-Clônica ser a mais exuberante em sintomatologia, ela não é a mais comum entre as epilepsias. As Crises Parciais são muito mais freqüentes, ocorrendo em 62% dos pacientes.

A Personalidade Epilética

As considerações acerca de determinada personalidade epileptiforme, que reuniria traços contraditórios em pacientes disrítmicos, têm despertado discussões virulentas entre a psiquiatria e a neurologia. Por cautela meramente acadêmica, colocamos o epileptiforme entre demagogos parênteses. Mesmo que a prática clínica cotidiana constata substanciais argumentos em favor de um rico conjunto de características pessoais em epiléticos, tanto sob o ponto de vista comportamental quanto afetivo, convém estabelecer mais algumas considerações sobre esse polêmico assunto e, desta forma, evitar arranhar opiniões ainda não sensibilizadas pela força das observações.

Lennox, uma das maiores autoridades mundiais em Epilepsia, é enfático ao questionar a existência dessa tal Personalidade Epiléptica. Ele diz que mais de 90% dos epiléticos não requerem admissão hospitalar e que não há evidência clínica para supor um tipo de personalidade especial ou de uma síndrome de comportamento anormal nos epiléticos.

Gibbs, outra das maiores autoridades mundiais no assunto, propõe uma solução à controvérsia, sugerindo que transtornos intelectuais e de comportamento são, de fato, comuns entre pacientes que sofrem de epilepsia psicomotora. Em seu gigantesco estudo sobre a Epilepsia, este autor conclui que a grande maioria dos epiléticos são normais, do ponto de vista de sua personalidade e de suas funções psicológicas, mas aproximadamente 40% dos pacientes com Epilepsia psicomotora apresentam transtornos severos da personalidade, e que uma terça parte deste grupo pode ser classificada como psicóticos (Gibbs & Cabello).

Kaplan considera, juntamente com outros tantos autores, uma alta incidência de psicoses na epilepsia. Além disso, as perturbações da personalidade constituem os problemas psiquiátricos mais comuns nesta disfunção do Sistema Nervoso Central. Não se afirma, com isso, que todos epiléticos possuam a mesma personalidade ou as mesmíssimas características, de forma que possamos colocá-los todos num mesmo “clone”. O que acontece, são determinados traços comportamentais, de relacionamento, de reação vivencial, de emotividade e impulsividade estatisticamente mais encontrados nos pacientes epiléticos.

Alguns autores acham que a Epilepsia que acomete o lobo temporal seria aquela com maior probabilidade de transtornos de personalidade. De fato, Penfield em seus estudos sobre a anatomia funcional do cérebro humano, realizados com pacientes neurocirúrgicos, descreveu a localização de diversas funções sensoriais e motoras do córtex cerebral e observou a existência de zonas do lobo temporal cuja estimulação era acompanhada por experiências de estados emocionais diversos.

As importantes funções do lobo temporal nos processos mnésicos e intelectuais complexos e emocionais, bem como sua íntima correlação com o sistema límbico, induz a pensar que nas Epilepsias com foco temporal se registrará uma maior frequência de transtornos psiquiátricos do que nas epilepsias de foco não temporal ou do que nas epilepsias generalizadas sem lesão concomitante da região temporal.

Para melhor compreensão desse tema, é fundamental entendermos esse epilético, não necessariamente como aquela pessoa que tem convulsões. Quase pelo contrário. A prática clínica nos tem ensinado que os epiléticos convulsivos são, inclusive, menos propensos a alterações de personalidade do que aqueles não convulsivos. Essas observações decorrem de um diagnóstico retrógrado, ou seja, primeiramente constatamos algum traço ou mesmo alteração de personalidade para, depois, constatarmos alterações eletroencefalográficas. Notadamente, são alterações do lobo temporal.

Alguns estudos mostram, efetivamente, uma incidência maior de alguma psicopatologia em epiléticos com foco temporal do que em outros tipos de epilepsia. Tais estudos consideram o conceito de psicopatologia de uma maneira general, incluindo todo tipo de transtornos da personalidade, manifestações neuróticas e psicóticas, déficits intelectuais, etc.

Outro fato a ser lembrado, é em relação aos termos usados: estamos falando em traços e alterações de personalidade e não, necessariamente, em Transtornos de Personalidade. Isso quer dizer que esses traços nem sempre constituem uma doença. Para

tal, de acordo com o conceito de Transtornos de Personalidade, há necessidade de haver concomitante prejuízo social e ocupacional.

Com frequência os sintomas epilépticos nem sempre são claramente reconhecidos, especialmente nas epilepsias sem ou com ligeiras manifestações convulsivas ou motoras. Muitos destes casos passam despercebidos.

Há uma maneira de ser do epiléptico caracterizada, principalmente, por irritabilidade, explosividade, agressividade, querelância, viscosidade, instabilidade de humor e outros sinais muitos bem delineados pelo trabalho de Lúcia Coelho. Também se vêem na prática clínica, outras alterações mais patológicas e responsáveis por alterações da sensopercepção, tais como alucinações e ilusões, não citadas por essa autora e encontradas em pacientes com alterações eletroencefalográficas do lobo temporal.

Inegavelmente a epilepsia resulta de um distúrbio fisiológico do Sistema Nervoso Central e não de conflitos intrapsíquicos, embora, sem dúvida, estes possam coexistir. Assim, os transtornos epileptiformes da personalidade seriam muito mais secundários a alterações funcionais do Sistema Nervoso Central, do que motivados por razões exclusivamente emocionais, cogitando-se, inclusive, que muitos dos sentimentos esboçados por tais pacientes sejam consequência deste distúrbio funcional. (veja outros traços de epilépticos em [Epilepsia, Personalidade e Agressividade](#)).

Entendido isto, vamos ter que a epilepsia é uma síndrome com diversas manifestações clínicas e, entre as quais, pode apresentar um conteúdo psicopatológico de perda da consciência. Este é um dos elementos na Epilepsia que adquire maior significação jurídica, tendo em vista que a **Lei nº 9.777** de 26/12/98, em seu **Art. 26**, diz 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*".

Nosso problema é saber se esta síndrome, por si, seria um determinante inexorável para a impunidade ou não. É por isso que o enfoque pericial da síndrome epiléptica deve levar em consideração propostas conceituais, como é o caso, por exemplo, da concepção da Personalidade Epileptiforme.

A Perícia Psiquiátrica Forense deve se manifestar diante dos seguintes aspectos:

- a) Exame clínico da pessoa.** Aí são analisados os antecedentes familiares, pessoais e o estado psiquiátrico atual, incluindo todos exames necessários, como por exemplo, a Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética do cérebro, Eletroencefalograma, sorologia do líquido e, especialmente, recorrer aos subsídios de um psicodiagnóstico.
- b) Considerações médico-legais teóricas.** Procura-se verificar a existência de um diagnóstico da patologia, se existir, bem como eventual diagnóstico da personalidade, a semiologia do delito sob o ponto de vista criminológico e, finalmente, o diagnóstico psiquiátrico-forense. Como vemos, devemos sempre procurar uma inter-relação entre os componentes da tríade criminológica delinqüente-delito-causa.
- c) Conclusões.** A perícia finaliza com as conclusões, as quais devem sintetizar tudo aquilo previamente exposto.

Uma vez elaborado o diagnóstico da Epilepsia e/ou de algum Transtorno de Personalidade, caberá tentar determinar se o delito cometido pode ser consequente a

alguma das modalidades das diversas formas sintomatológicas da Epilepsia, notadamente se pode ser atribuído a algum dos elementos psicopatológicos fundamentais deste quadro, ou seja, da inconsciência ou dos automatismos.

Dentro do primeiro elemento psicopatológico, cabe destacar a possível ocorrência de amnésia, respeitando-se suas características de ser espontânea, total, completa, homogênea e compacta. Nas Crises Tônico-Clônicas (convulsões), nas Crises Parciais Complexas (psicomotoras) e nas Crises Generalizadas de Ausência há perda da consciência. Nas duas primeiras modalidades a recuperação da consciência é gradual. Existe uma fase intermediária que precede a lucidez total e completa, a qual se caracteriza por uma grande sensação de estranheza, perplexidade e desorientação, durante a qual alguns comportamentos automáticos podem ter lugar.

Nesta fase (pós ictal imediata) pode se manifestar a conduta delituosa do epilético. Segundo Gisbert-Calabuig (1991), esta fase se caracteriza pelas seguintes particularidades:

- 1) A ação é imotivada, portanto, o ato delituoso independe das circunstâncias exteriores, faltando assim um motivo suficiente para provocá-lo.
- 2) Ausência de premeditação, caracterizando as reações como impulsivas e francamente bruscas.
- 3) A ação é inesperada e surpreendente, estando claramente em desacordo com as tendências habituais da pessoa.
- 4) Há furor brutal e extraordinária violência. As atitudes agressivas desencadeadas nesses estados epiléticos não se saciam mesmo depois de conseguido o objetivo da agressão. Algumas vezes, logo depois desse rompante explosivo a pessoa adormece profundamente.
- 5) Há amnésia do episódio.
- 6) Há semelhança fiel com outros episódios anteriores.
- 7) Há influência favorável com tratamento anti-epilético.

É extremamente importante a psiquiatria forense reconhecer que o epilético pode produzir delitos não só durante as crises de sua doença, como também antes ou depois das mesmas. Quando o ato se dá antes das crises, pode ser que tenha ocorrido durante as chamadas auras epiléticas ou pródromos da crise.

Durante a crise é o menos provável, devido a natureza dos ataques com perda da consciência. Não obstante, algumas vezes pode haver violências acidentais, como por exemplo, um acidente de trânsito provocado por um motorista que sofre uma crise convulsiva ou de ausência.

Depois da crise, como vimos, a pessoa pode manter-se em estado vigil, porém, com acentuada confusão mental ou crises de automatismo. Algumas vezes este estado de consciência estreitada (ou mesmo obnubilada) pós-convulsiva pode durar horas ou dias, resultando o chamado Estado Crepuscular, outras vezes esses estados podem ser desencadeados por algum estímulo ambiental, como é o caso da bebida alcoólica, estado febris infeccioso ou foto-estimulação intermitente.

Nestes Estados Crepusculares é comum o automatismo motor, quase sempre com atitudes sem objetivo prático e expressão facial sugestiva de medo ou agressividade. Havendo agressividade durante o Estado Crepuscular, podemos falar em Furor Epilético, distúrbio responsável por graves danos sociais e familiares. Passado o episódio,

normalmente o paciente não guarda uma lembrança nítida do ocorrido. Durante estes Estados Crepusculares podem ser cometidos delitos violentos.

Devemos lembrar que estes Estados Crepusculares são transtornos da (qualidade) da consciência que a pessoa teria esporadicamente, como um hiato entre estados de consciência normais. Esta característica (de antecedentes normais) é de suma importância para diferenciar uma atitude epiléptica de uma sociopática ou psicopática.

Algumas vezes a relação direta entre o delito e a Epilepsia é de constatação mais fácil e evidente. Isso acontece nos casos de Transtornos Psicóticos que se aceitam sobre uma "personalidade epiléptica" prévia, marcados por graves tendências a rompantes de explosividade.

De qualquer forma, tendo em vista a natureza paroxística da epilepsia, em todos os tipos de delito possivelmente relacionados a essa doença, a ocorrência de tais delitos também é paroxística (periódica) intercalada por períodos de perfeita normalidade.

Não se deve atribuir à Epilepsia os variados transtornos de conduta, seja por agressividade ou atitudes anti-sociais, quando cronicamente detectados na vida da pessoa. Nada impede que, além de epiléptico, o indivíduo seja também uma "má pessoa", perfeitamente capaz de cometer delitos ou crimes e, nada também, nos autoriza a permitir que os epilépticos possam cometer agressões impunemente por serem "pessoas irritáveis".

A Periculosidade dos Epilépticos

Na realidade é na epilepsia que a Psiquiatria Forense tem encontrado a maioria de suas dificuldades. Em tese, considera-se que a Epilepsia essencial não seja "curável" através dos medicamentos antiepilépticos mas, apenas e felizmente, tem suas crises controladas com eles. Essas crises tendem fortemente a reaparecer caso o tratamento seja suspenso. Também devemos considerar que, excetuando-se os episódios de "crise manifesta", seja ela do tipo que for, no restante do tempo a pessoa aparenta normalidade plena. Também tem sido impossível à medicina prever o aparecimento de novas crises epilépticas.

Além disso, a psiquiatria tem opinião mais ou menos consensual de que, fora tais crises epilépticas, precisamente delimitas no tempo, ainda existe o problema da **Personalidade Epiléptica**, cujos traços podem ser responsáveis pelo desenrolar do delito. Mesmo em se tratando dessa maneira crônica de ser, proporcionado por um tipo de personalidade, como a Personalidade Epiléptica, mesmo assim os momentos propícios ao delito são extremamente paroxísticos e imprevisíveis.

Mas a justiça não prevê esses casos onde o descontrole (e conseqüente delito) pode ser muito esporádico ou nunca mais reaparecer, como acontece com a Epilepsia. Sendo assim, não parece adequado atestar-se a periculosidade, uma vez que essa implicaria na decretação de medida de segurança com internação em serviço especializado. Como vimos, fora das crises essas pessoas podem ser absolutamente normais, pois, de acordo com os Arts.108 do Código de Execuções Penais (Título V) "*O condenado a quem sobrevier doença mental será internado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico*".

Se caso o epiléptico delituoso seja considerado inimputável, deve-se decretar sua periculosidade? Atestando-a, deverá, de acordo com os **Art.108** supracitado, ser ele internado num hospital de custódia? Apesar dessas questões serem de responsabilidade exclusiva da justiça e não da medicina, o médico, também um cidadão consciente, sente-se incomodado em compactuar acontecimentos tão esdrúxulos assim.

A cessação da periculosidade é requisito indispensável para que o réu deixe o hospital de custódia e aí aparece outro problema para a Psiquiatria Forense; saber quando, exatamente, cessa a periculosidade do epilético. Essa questão não depende do critério de cura, já que não se pode falar em cura para a maioria das epilepsias, nem para aquilo que se entende por Personalidade Epiléptica.

Alguns autores sugerem (Cabello -1981) que se leve em conta os seguintes elementos para ajudar na questão da cessação de periculosidade do epilético:

- 1) A personalidade prévia;
- 2) A forma clínica da Epilepsia;
- 3) Sua característica evolutiva;
- 4) A gravidade do fato cometido, e
- 5) As condições vivenciais que terá o egresso do hospital de custódia.

À psiquiatria forense não compete apenas atestar que este ou aquele réu é epilético mas, sobretudo, avaliar se o ato delituoso cometido por esse epilético é, de fato, uma consequência direta de sua condição de saúde. Há, com frequência, maior probabilidade da epilepsia não ter nenhum papel na criminalidade, o que vale dizer que, muitas vezes, o delito possa ser cometido por um epilético mas sem que haja nenhuma relação com sua enfermidade. A epilepsia não deve ser considerada sistematicamente como uma marca de impunidade.

Ballone, Geraldo José – *Algumas epilepsias e a lei* - in. PsiqWeb, Internet, disponível em:

<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=31&sec=78>

Acesso em: 09.ago.2006.