PSIQUIATRIA FORENSE

MANUAL DO PERITO *bom*

GUIDO ARTURO PALOMBA

Atheneu

PSIQUIATRIA FORENSE

MANUAL DO **BOM PERITO**



SAL

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO LEITOR

Tel.: 08000267753

www.atheneu.com.br

(21) 99165-6798 Facebook.com/editoraatheneu Twitter.com/editoraatheneu Youtube.com/atheneueditora

PSIQUIATRIA FORENSE

MANUAL DO BOM PERITO

GUIDO ARTURO PALOMBA

Contém **40** casuísticas criteriosamente comentadas.

Atheneu
Rio de Janeiro • São Paulo
2026

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Maria Paula, 123 – 13º andar
Conjuntos 133 e 134
Tel.: (11) 2858-8750
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74 – lojas A e B
Tel.: (21) 3094-1295
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Pré-Produção e Produção Gráfica: Equipe Atheneu

Capa: Victor Gerhardt | Calliope

Produção Editorial: Know-How Desenvolvimento Editorial

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

P212p

Palomba, Guido Arturo

Psiquiatria forense : manual do bom perito / Guido Arturo Palomba. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2026.

24 cm.

Inclui bibliografia e índice

ISBN 978-85-388-1259-3

1. Psiquiatria forense - Brasil. 2. Peritos - Manuais, guias, etc. I. Título.

26-105466.0 CDU: 343.98(81)

Meri Gleice Rodrigues de Souza - Bibliotecária - CRB-7/6439

29/05/2026 01/06/2026

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2026.

EDITOR

GUIDO ARTURO PALOMBA

Psiquiatra Forense. Membro Emérito e Ex-presidente da Academia de Medicina de São Paulo. Diretor Cultural e Decano de Diretoria da Associação Paulista de Medicina. Professor convidado de Faculdades de Medicina, Psicologia e Direito. Foi Médico-chefe da Casa de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de São Paulo (antigo Manicômio Judiciário).

DEDICATÓRIA

Dedico à memória dos meus pais,
Giovanni Palomba e Cecilia Faggiano Palomba;
à minha querida filha, Maria Cecilia Jabur Palomba;
à minha querida neta, Maria Jabur Palomba Varo;
e ao meu querido neto, Arthur Jabur Palomba Varo.

INTRODUÇÃO

Há uma frase de Bernardo Houssay, Prêmio Nobel em 1947, que faz a comparação entre o mau médico e a besta-fera, a qual, adaptada à psiquiatria forense, ficaria assim: "é mais perigoso um perito despreparado ser nomeado para fazer perícia do que uma fera solta". Sim, pois o animal bravio é evitável, enquanto o perito improvisado, tanto os juízes e promotores quanto os advogados o aceitam, convencidos de que passou por rigorosa seleção e aprendizado, ocasião em que se excluíram os ineptos e imorais. Nada mais falso e perigoso, pois não há prova de proficiência para o médico fazer parte da "lista de peritos" dos tribunais judiciários, sendo necessário tão somente entrar no *site* do respectivo tribunal do Estado no qual exerce a Medicina e inscrever-se, dando nome, endereço, atestado de bons antecedentes, e praticamente é o quanto basta.

A psiquiatria forense sempre foi uma superespecialidade e hoje, no Brasil, passa por momento difícil, que não vem ao caso tratar a fundo dos motivos, o que refoge do objetivo deste livro.

Aqui interessa o caminho para ser um verdadeiro e eficiente perito e cumprir honestamente com o seu mister. Não é difícil, mas, como tudo o que diz respeito à *ars curandi*, é fundamental, obrigatório, ter vocação: sentimento invencível que orienta e dirige a vontade no sentido do encontro gratificante e feliz do querer com o fazer. A inclinação inata para a atividade naturalmente levará à formação científica específica, ao domínio da técnica da especialidade e à consciência de sua missão. A recompensa, por sua vez, vem desde os primeiros momentos do exercício da profissão, quando o esforço é retribuído pelo prazer intelectual ao término de cada laudo, de cada parecer, de cada trabalho honestamente concluído.

Para adquirir a formação científica, não há outro caminho: autodidatismo. Não existem e nunca existiram residências médicas ou escolas especializadas para o ensino da psiquiatria forense. Quanto aos cursos que se dizem "pós-graduação", alguns não passam de estelionatos praticados contra os alunos, pois induzem à falsa concepção de que, ao término, serão especialistas, embora apenas e quando muito estarão encapados com arremedos de ciência. A maioria desses cursos é virtual, ensino a distância (EAD), e os semipresenciais não vão além de humildes simulacros mutilados das residências médicas. Estas exigem estrutura, hospital de ensino, com presença de preceptores e supervisores com formação teórica e prática ao longo de, no mínimo, duas mil e oitocentas horas a serem concluídas entre dois e cinco anos. Já os EADs são cerca de trezentas e sessenta horas, nos finais de semana, quase sempre alternados, e alguns nem foram aprovados pelo Ministério da Educação e Cultura.

E, mais que isso, os cursos de pós-graduação em psiquiatria forense, mesmo os oferecidos por instituições renomadas, algumas estatais, custam caro e não possuem professores gabaritados em número suficiente para dar aulas. Normalmente são psiquiatras clínicos que fizeram poucos laudos e se aventuram no magistério da forense.

O grande problema é que, embora nada ensinem e às vezes até prejudiquem dando aos alunos noções erradas, o término do EAD vem acompanhado de diploma de especialização, quando, na prática, não se é especialista em nada. Como há procura, há oferta, e tanto as instituições públicas quanto as privadas encontraram um novo filão lucrativo nesse tipo de curso.

Então o leitor poderá perguntar: se não há residência médica, os cursos não são adequados, que fazer para se tornar psiquiatra forense verdadeiro?

A bem ver, a formação em psiquiatria forense será pessoal, individual e, para tanto, repetindo, o autodidatismo é o caminho. Este compreende enfrentar as dúvidas sozinho, buscar respostas nos livros e exemplos, conversar com outras pessoas, perguntando e escutando, sejam especialistas ou não, e tirar as próprias conclusões. A ciência e a destreza psiquiátrico-forenses se constroem dia a dia e a prática da especialidade ensina muito: nela, o bom perito irá adquirir a técnica. Recorde-se que o cirurgião adestra a mão cortando, o psiquiatra forense, por sua vez, capacita a mente periciando e escrevendo. Dessarte, é importante trabalhar em local onde haja demanda de perícias psiquiátricas: penitenciárias, casas de custódia e tratamento psiquiátrico, centros estaduais de perícia, institutos de medicina legal, tribunais judiciários, varas criminais, de família, cíveis e trabalhistas são locais adequados.

O conceito inicial que precisa ficar claro é que existe um abismo instransponível entre a psiquiatria clínica e a psiquiatria forense, lembrando que a improvisação de um psiquiatra clínico na psiquiatria forense é uma lástima. Note-se que o primeiro examina o periciando como se fosse um paciente que vai ao seu consultório procurar ajuda. Ou seja, dará enfoque errado ao encontro: não está habituado a casos forenses, as suas indagações são as de consultório, a fim de tratar, aliviar o sofrimento ou confortar o examinando. O forense, por sua parte, não, nada tem a ver com isso: o seu objetivo é dirigido à ação jurídica, onde há interesses do periciando e das partes envolvidas na questão judiciária. Portanto, as atitudes e os relatos do examinando podem vir modificados propositada ou acidentalmente, consciente ou inconscientemente.

Aqui é bom lembrar Vincenzo Palmieri, o perito canonista, que diz que "um ótimo clínico pode ser um bem medíocre perito". Na verdade, nenhum clínico está habilitado a ser perito, tal qual nenhum cardiologista clínico é capacitado à cirurgia cardíaca. Ambos são cardiologistas, mas em áreas de atuação bem distintas.

O mesmo com a psiquiatria clínica e a psiquiatria forense. De caminho, diz-se que até santo tem ofício: a quem pediu a São João que lhe desse um matrimônio, na canção junina ele diz "não, isso é lá com Santo Antônio".

Ainda sobre a técnica no exercício da especialidade, há um tema divisor de águas entre o perito improvisado e o bom perito: o uso de testes psicológicos. O primeiro costuma pedi-los e o bom perito, por sua vez, nunca os pede, pois sabe muito bem que a complexidade de um ser humano não cabe em quaisquer diagramas, por mais que tenham sido bem elaborados, uma vez que os humanos são apenas parecidos, não iguais. Singulares é o que são. A Medicina é uma arte exercida "à beira do leito", um a um, singularmente, e os testes vão na contramão dessa característica. São feitos pelo critério estatístico da média, ou maioria considerada. Se podem ser úteis ao clínico, ao forense não passam de ordenamentos de mera previsibilidade, pelo simples fato de que todos nós somos únicos. Esse tema será abordado em pormenor no corpo do livro.

Outro ponto importante é a formação da consciência do psiquiatra forense, cujo fim é imbuir-se de que jamais deverá escrever ou concluir algo sobre o qual não esteja totalmente convencido. Se, no redigir do seu *dictamen*, depois de debruçar-se sobre os livros, de ler todo o processo, de examinar envolvidos e testemunhas, disso e daquilo, e ainda não tiver chegado a conclusão segura, diga-o com franqueza. Ao fazê-lo, estará honrando a profissão; se não o fizer e inseguro concluir, é fechar os olhos para a realidade apenas porque determinados protocolos ou prazos, ou seja o que for, motivaram a ação. Se assim agir, perderá os seus foros de perito. Porém, se já entregue o trabalho vir que errou, desculpar-se é sublime e próprio das mentes elevadas. O seu contrário, a teimosia, por sua vez, é ato balordo. Se não há verdade, não pode haver justiça.

O bom perito tem a consciência de que é um simples médico que estudou e estuda para exercer com honestidade o seu mister, o qual o colocará diuturnamente em contato com juízes, advogados, promotores de justiça, delegados de polícia, que se formaram em Direito. Estes, por força da profissão que exercem, às vezes dão ordens, e os peritos improvisados, como não são do ramo, ao receberem uma intimação do tipo "cumpra-se sob pena da lei", ou algo nesse sentido, atemorizam-se e passam às determinações, às vezes totalmente contrárias à sua natureza de médico. Por exemplo, psiquiatra clínico (muito comum em cidades do interior) receber intimação para elaborar perícia judiciária. E, mesmo sentindo-se constrangido e incapaz para o mister, vai e o faz, por medo de ser punido. O bom perito, não, nunca, jamais. Se refugir à sua especialidade ou não quiser fazer, seja qual for o motivo, deve recusar, com segurança e firmeza, expondo os motivos determinantes de sua posição. Estará respaldado tanto pela legislação do país quanto pelo Conselho Federal de Medicina. Além do mais, ficará em paz com o tribunal de sua própria consciência, que é o mais importante de todos.

Outro ponto que separa a formação da consciência do perito improvisado e a do bom perito é quanto a certas disposições legais erradas, inexequíveis, que constam das leis nacionais. O perito improvisado, inseguro e pouco preparado, segue-as, pois é incapaz de mostrar o certo aos magistrados, para que estes, aceitando-o e convencidos, possam distribuir o justo. Um dos exemplos típicos de estrovengas legais, cujos enunciados são incompossíveis com a psiquiatria forense, diz respeito ao Estatuto da Pessoa com Deficiência, também conhecido como Lei da Inclusão (Lei n. 13.146/2015), que acaba com a possibilidade de o paciente ser totalmente incapaz de praticar os atos da vida civil. Somente existe a interdição relativa a certos atos. E mais: o deficiente pode eleger duas pessoas para prestar-lhe apoio nas decisões sobre atos da vida civil. Se isso funciona na deficiência física, na mental, via de regra, prejudica.

Em outros termos, não existe mais a incapacidade total e, quanto ao relativamente incapaz, este pode escolher quem quiser para gerir os seus negócios. Ora, há casos em Medicina em que os pacientes são, sim, totalmente incapazes para tudo (sequelas graves de acidente vascular cerebral, tumores cerebrais, demências verdadeiras, psicoses de várias espécies etc.). Esses pacientes precisam de interdição total, de curador para gerir as suas pessoas e administrar os seus bens. E, mais que isso, há pacientes que não têm condições sequer de expressar os termos "bom dia, boa tarde", muito menos aptidão para escolher apoiadores. E se ainda podem falar, com os seus psiquismos desorganizados, deixá-los manifestar interesse por este ou por aquele personagem para ajudar a gerenciar seus bens é inimaginável se o que se pretende é a salvaguarda do examinando. A interdição é uma instituição jurídica que tem essa finalidade, e se a lei, por sua vez, diante de algumas situações médicas é esdrúxula e não contempla o necessário, o bom perito dirá isso aos magistrados, mostrando a impossibilidade de o paciente ter qualquer capacidade mental de escolha. Dirá também que a lei não se aplica, que é inexequível naquele caso, do ponto de vista médico, psiquiátrico-forense. Esses e outros aspectos serão abordados em pormenor no corpo do livro.

Outro ponto marcante sobre a formação da consciência do bom perito, esteja na posição de assistente técnico ou do juízo, é jamais defender ou atacar um ou outro lado, como se estivesse advogando para uma das partes. O bom perito é um técnico, médico, sua lógica é aristotélica: princípio de identidade; não contradição; e terceiro excluso. A mulher está grávida ou não está e não há terceira possibilidade. Nunca o bom perito advoga para este ou aquele lado. Advogados, juízes, promotores têm outra lógica, a dialética: tese (uma parte); antítese (outra parte); síntese (sentença). Para dois advogados, diante de um mesmo fato, é possível defender argumentos diametralmente opostos. É o chamado jogo do contraditório, ou princípio do contraditório, no qual tudo cabe. Para dois médicos, isso não existe, é um lado só. Para estes, o que ocorre é erro. Para aqueles, o que existe é estratégia. Médicos baseiam-se em evidências científicas. Operadores do Direito, por sua vez, agem por tática. Com isso, estabelece-se que o bom perito não se presta a fazer o jogo do contraditório, como fazem advogados e demais profissionais do Direito. A verdade em Medicina é uma só e o bom perito, com ciência, técnica e consciência, busca atingi-la.

Este livro é dividido em três partes, a seguir.

Parte 1

Na Parte 1, aborda-se o conceito de normalidade mental. Desde já, a concepção é a médica, baseada na ausência de patologia. A seguir, vem o capítulo sobre o perito e o assistente técnico, diferenças e semelhanças, modos de proceder, decálogo que rege os especialistas.

Um dos pontos fundamentais nesta Parte 1 é o Capítulo 3 – Laudos e Pareceres, pois lá estão em minúcias o curso e o conteúdo desses documentos para fins judiciais. São modelos a serem seguidos, completos, que se adéquam a qualquer tipo de perícia, sejam diretas ou indiretas, retrospectivas ou atuais, com as achegas necessárias a cada situação.

Nesse mesmo aspecto, porém já no Capítulo 4 – Características dos Laudos e Pareceres Impróprios, mostra-se como reconhecer peritos improvisados, os quais soem cometer deslizes próprios dos que não são do ramo e que, por isso, tanto mal fazem à Justiça. Neste capítulo consta também o tema das réplicas e tréplicas.

Além disso, na Parte 1 abordam-se questões diretamente ligadas aos documentos que chegam aos peritos, por exemplo, atestados, relatórios médicos e prontuários hospitalares quando aparecem nas perícias. Desde já, o valor em perícia é relativo, pois podem ser rejeitados no todo ou em parte, conforme estabelece a legislação do Conselho Federal de Medicina. Outro ponto importante são as perícias virtuais e retrospectivas, cujo *modus operandi* tem certas características que não devem ser ignoradas.

Nesse mesmo tema, muita atenção foi dada aos testes psicológicos, vistos em pormenor, para concluir que somente o perito pechisbeque é que terceiriza o seu cérebro, usando de padronizações em forma de testes mentais, às vezes tão chinfrins e impróprios à perícia que apenas revelam e atestam a incompetência de quem os pediu.

Completando a Parte 1, são abordados, em capítulos diversos, três estados mentais, os quais são praticamente desconhecidos dos psiquiatras clínicos; quando muito, a maioria deles apenas ouvir falar, e, por sua vez, em perícia, é fundamental conhecê-los bem, saber os seus limites, diferenças e em que circunstâncias aparecem, além de suas implicações forenses: período de acalmia, intervalo lúcido e período médico-legal das doenças mentais.

Parte 2

A Parte 2 trata das perícias cíveis e criminais, começando por mostrar o que é perícia virtual e perícia retrospectiva, para, em seguida, sempre em capítulos próprios, abordar os diversos tipos de ações, cíveis e criminais, em que ocorrem as perícias.

A mais vezeira de todas, no Direito Civil, é a interdição, exposta em capítulo no qual se observa o fato de ser procedimento *ex nunc* (daqui para a frente), não *ex tunc* (desde então), confusão que o perito improvisado costuma fazer e, por isso, cai em ciladas de advogados que desejam interditar, não para nomeação de curador para administrar, daqui para a frente, os bens do interditando – que, às vezes, não tem mais nada –, mas, isto sim, visando futura ação de anulação de negócio jurídico, usando o laudo do perito improvisado de prova emprestada retroativa da incapacidade. Aborda-se o assunto em pormenor, bem como a desinterdição, quando cabe, quando não.

Na sequência vem o capítulo sobre anulação de testamento, de suma importância, uma vez que são comuns nomeações de peritos e assistentes técnicos em ações dessa natureza. A perícia será póstumo-retrospectiva, na qual o perito, como se estivesse diante de um quebra-cabeça, recolhe uma peça aqui, outra ali e monta a imagem da mente do testador no ano, mês, dia e hora da lavratura da ata das últimas vontades. Note-se que o exame grafotécnico da assinatura aposta no documento é uma peça importante que, se possível, deve ser ponderada no conjunto geral dos fatos. Aborda-se, também, quais os cuidados que o idoso deve ter ao testar para evitar que, depois de sua morte, não sejam cumpridas as suas vontades deixadas em testamento.

Imediatamente após esse capítulo, um outro sobre anulação de negócio jurídico e anulação de casamento, perícias as quais, a bem ver, guardam semelhança com procedimento utilizado na verificação de capacidade psicológica para testar.

Outros capítulos importantes são os que tratam da guarda de menor, pois aí estão embutidos não somente a guarda, mas o valor do depoimento infantil, principalmente em acusação de pedofilia. E, retenha-se com segurança, depoimento de menor, desacompanhado de outras provas, indícios e evidências, não tem valor algum. Repetindo por ênfase: em psiquiatria forense não se dá valor a depoimento de menor.

Por quê? A resposta está no capítulo que trata do tema, no qual consta que nem no *Malleus Maleficarum,* que tantos inocentes levou às fogueiras na Inquisição, dava-se crédito à fala de uma pessoa se esta não estivesse apoiada em outros fatos concretos. Ora, se o código que fez mal a milhares de pessoas não condenava com base na palavra de adulto, com maior razão não se pode calcinar reputações com apoio tão somente na fala de menores. Então vem a pergunta: se o que dizem os de menor idade não tem valor, como, então, chegar-se ao culpado, ou inocentar alguém acusado de pedofilia, já que essa prática não deixa vestígios, é feita às escondidas e daí para a frente? Resposta: examine-se o acusado, pois nele, e nas suas circunstâncias, está a verdade. O delicado tema é tratado de modo específico e minudente.

Ainda sobre menores de idade, abordou-se a comum ocorrência da alienação parental, cujo assunto está em capítulo isolado, uma vez que há diversas nuances que merecem ser ponderadas. Como reconhecer a prática, se a forma é dolosa ou culposa são questões abordadas.

Ainda na Parte 2, muitas vezes há nomeação de perito para verificar dano moral e dano psíquico. Aborda-se o que são, como verificá-los, modo de realizar a perícia, que nada mais é do que um exame psiquiátrico-forense completo no qual se procurará saber se há dano moral ou dano psíquico. Desde já, retenha-se que o dano moral não envolve psicopatologia na acepção exata do termo. Porém, quem padece de dano moral poderá passar a sofrer de dano psíquico, ou seja, com presença de psicopatologia. Não é que um seja mais grave do que o outro. Apenas são diferentes em espécie. Outro detalhe, os dois não podem coexistir: ou é dano moral ou é dano psíquico; este tem psicopatologia; o outro, somente dor moral.

A seguir entra-se na infortunística, acidente de trabalho, causas, tipos, consequências, principais ocorrências, e aí está uma das áreas mais críticas da peritagem no Brasil: a Justiça do Trabalho. No que concerne à psiquiatria forense, embora haja muitas ações trabalhistas que reivindicam indenizações por acidente do trabalho e transtornos mentais, o número de peritos psiquiatras é pequeno. Essa área jurídica tem o seu próprio corpo de peritos, que se inscrevem em *site* específico para fazer parte dos tribunais trabalhistas. Às vezes são médicos de áreas totalmente distintas da psiquiatria, e quando vão se avir com casos de psiquiatria forense, normalmente, se não se apoiarem em especialistas verdadeiros, a tendência é erro cego.

Existem mais três pontos determinantes que envolvem a infortunística.

O primeiro é a alegação de certas doenças que não existem, como *burnout*. Sim, isso mesmo, não foi escrito errado, *burnout* não existe e o bom perito jamais poderá se esquecer disso, caso um dia esteja se avindo com perícia trabalhista na qual o obreiro alega que padece dessa criação sem fundamento. Os critérios para esse diagnóstico não são científicos ou técnicos, não existem, são apenas invenções de protocolos que, se aplicados em jovens, adultos e idosos, todos serão portadores de *burnout*, nos graus leve, moderado ou grave. Ninguém escapa. Obviamente, pode existir estresse, fadiga, esgotamento físico e mental devido ao trabalho, e isso não se chama *burnout*, cujo termo, como dito, não é científico, mas, isto sim, conforme a manifestação clínica, a etiologia, o fator desencadeante e suas circunstâncias, receberá o nome nosográfico adequado.

O segundo ponto determinante diz respeito aos tipos de acidente de trabalho, se têm ou não nexo causal com a doença alegada, e até se foi o próprio transtorno mental que desencadeou o acidente.

O terceiro foco refere-se ao valor de atestados médicos que os trabalhadores levam ao exame para tentar licença-saúde, aposentadoria etc.

Ainda sobre Justiça do Trabalho, explana-se um de seus pontos nevrálgicos, que é quando o trabalhador entra em estado de paranoia litigante e se põe, ininterruptamente, a procurar os seus direitos trabalhistas, convencido de que sofre de algum mal adquirido no exercício da profissão, quando, em verdade, é tão somente fixação psíquica ou desenvolvimento delirante paranoide que, às vezes, nasceu de um comentário feito por médico, ou de um atestado qualquer emitido sem os devidos critérios. E, finalmente, no capítulo Infortunística aborda-se a litigância predatória ou serial, verdadeira praga forense com origem nos criminosos que se valem das brechas da lei para entupir as varas trabalhistas, cíveis e outras, de processos, com o intuito único de prejudicar, ou intimidar ou coagir a outra parte, cujas ações não têm fundamento legal e provas ou documentos idôneos.

Na Parte 2, expõe-se, a fundo, a psiquiatria forense criminal. É um dos pontos mais sublimes da especialidade, quando o perito irá examinar criminosos, às vezes de altíssima periculosidade ou que praticaram crimes bizarros, bizarríssimos. Abordam-se, em capítulos distintos, a classificação dos criminosos e o estudo das vítimas, tão importante em psiquiatria forense, considerando que todos os crimes têm vítima e vitimizador.

Conhecer esse binômio aumenta sobremaneira o modo de compreender psicológica, social, cultural e biologicamente o crime e o criminoso.

Cuidou-se, em pormenor, do estudo da imputabilidade penal. Não há segredo. O exame é direto e normalmente as peças processuais já de antemão mostram com quem o perito irá se avir, sem grandes dificuldades periciais.

Raramente, repetindo por questão de ênfase: raramente, depara-se com simulação de loucura, a qual, para o leigo, seja algo corriqueiro e difícil de surpreender. Não, absolutamente não. É simples: nenhuma simulação pode lograr êxito se o perito tiver um mínimo de experiência. Transtornos mentais não são estabelecidos com base no que o paciente está a dizer. Isso conta, mas pouco. O bom perito irá examinar o processo, as peças, o que ocorreu quando o acusado foi preso, o que dizem as testemunhas, os que o prenderam, o próprio depoimento do acusado, a morfologia do crime etc. A lista é longa, tal qual um quebra-cabeça com muitas e muitas peças que se encaixam umas nas outras para formar a imagem nítida.

No caso da simulação é como se aparecessem, na composição da montagem das peças, uma de outra ordem, ou melhor, de outra caixa de quebra-cabeça, a qual não se ajusta a nada. Ou, ainda, nesse mesmo sentido figurado, todas as peças encaixadas mostram que aquilo tudo é uma farsa, uma simulação. Volta-se a insistir: nenhuma simulação tem possibilidade de sucesso, mesmo porque o bom perito sabe que o corpo tem linguagem não verbal, que fala tanto quanto esta, basta que seja ouvida, lida, interpretada e ponderada no conjunto dos fatos.

Quanto ao exame de verificação de cessação de periculosidade, chama-se a atenção para o fato de que nesse aspecto separa-se completamente o perito pechisbeque do bom perito. O primeiro é uma lástima, não vê periculosidade em lugar algum, o que se compreende, pois sua formação é a de psiquiatra clínico, totalmente diferente da formação do psiquiatra forense. O clínico, como já dito, quer tratar. Então, vê o paciente naquele momento em que está examinando. Não valoriza o passado, o crime cometido, as características do mal do qual padece e tantos outros detalhes.

Às vezes o paciente está internado em uma casa de custódia e tratamento psiquiátrico, recebe três refeições, cama, roupa, não precisa trabalhar para ganhar a vida, não tem armas à disposição etc., e, ao exame, como toma remédios, está calmo, lúcido, atento, colaborante, não alucina e não delira; então, o perito improvisado não vê justificativa para manter o paciente internado. Porém, não é isso que se está a examinar: o que interessa é a periculosidade social do paciente, a possibilidade de voltar a praticar outros crimes. E, nesse passo, é fundamental não apenas conhecer e valorar o passado e o momento atual do examinando, mas, muito mais: qual será o meio que irá recebê-lo. Aqui entra o conceito de temibilidade e, como bem sabe o bom perito, *yo soy yo y mi circunstancia,* ou seja, mudadas as circunstâncias tudo se modifica: se receber alta, estará exposto a outras vivências e a rejeições possíveis, aumentando a possibilidade de recidivar.

O exame de verificação de cessação de periculosidade é delicado, porém preciso, seguro e objetivo. São 35 itens expostos.

A Parte 2 termina com as técnicas para realizar o exame criminológico. Note-se que esses exames eram por lei obrigatórios todas as vezes em que um condenado pleiteava passar do regime fechado para o semiaberto, ou vice-versa, deste para o fechado.

Como os pareceres criminológicos eram, na maioria, contrários à progressão, acarretou-se sobrecarga de internados no já combalido sistema prisional brasileiro. E, assim, aboliu-se o exame criminológico e tornou-se automática a passagem para o semiaberto, bastando cumprir uma porcentagem da pena original e ter atestado de bom comportamento carcerário, emitido pelo diretor do presídio. Claro que isso é ridículo, embora funcione para desafogar as prisões cada vez mais lotadas. Rigorosamente ponderando, é um estelionato social-legal, pois o paciente foi condenado, por exemplo, a 30 anos de reclusão e depois de 5 está na rua, ou seja, o Leitor tem crédito de 30 reais para receber de uma pessoa, e esta lhe paga 5 e fica por isso mesmo, sob o manto protetor da lei. Ora, não eram 30, por que 5? Dissesse 5, tivesse palavra, não enganasse as pessoas.

A diminuição do tempo efetivo da sansão penal causa sensação de impunidade, o que é péssimo, pois a pena tem que ser educativa, como diz a lei, e a melhor educação para quem não a cumpre é a punição. E deve também ser intimidativa, para inibir aquele que porventura esteja prestes a delinquir. O indivíduo praticou delito e a pena lhe oferece benesses grandes, entre elas a redução da sanção; pergunta-se: qual a mensagem que passa à sociedade e por que a redução da punição educa o criminoso?

Embora o exame criminológico tenha sido abolido, o juiz pode, em certos casos, pedi-lo. Então, no capítulo próprio, mostra-se o que precisa ser ponderado para a realização desse tipo de exame, do ponto de vista psiquiátrico-forense: basicamente, examinar e ponderar a morfologia do crime, o comportamento carcerário, o aproveitamento das oficinas profissionalizantes e estudos, bem como os antecedentes pessoais, antecedentes criminais, tempo de apenação na sentença original, tempo de reclusão, grau de arrependimento sobre o crime praticado, planos para o futuro etc.

Parte 3

Essa parte do livro inicia-se com introdução à psicopatologia aplicada. São abordadas as diversas partes do psiquismo, seus distúrbios e modos de identificá-los, tudo de forma prática.

A bem ver, é a análise do psiquismo do indivíduo e das possíveis alterações psicopatológicas, algumas delas indicativas de certos distúrbios mentais, por exemplo, a fuga de ideias é própria da psicose maníaco-depressiva; a desagregação do pensamento encontra-se na esquizofrenia paranoide etc. Claro que o diagnóstico será sempre multifatorial, biopsicossociocultural, mas, como dito, determinadas psicopatologias são vistas aqui e ali, não lá e acolá.

Outro capítulo de relevo na Parte 3 diz respeito a certas informações importantes para o exercício da psiquiatria forense, pouco mais ou menos lembretes ao bom perito.

A seguir vem capítulo importantíssimo, qual seja, *Classificação Psiquiátrico-forense de Transtornos Mentais* (*CP-F*), em que se faz correlação direta entre a linguagem

jurídica (doença mental, desenvolvimento mental incompleto, desenvolvimento mental retardado e perturbação da saúde mental) e a linguagem médica. Na CP-F estão todos os diversos transtornos mentais, respeitando, rigorosamente, as regras da nosotaxia, entre elas ser sintética. Mostra a ordem, o gênero, a espécie e a subespécie das moléstias, bem como qual categoria jurídica as encaixilham.

A nosografia utilizada respeita a psiquiatria clássica erigida por mestres mundiais, que dedicaram a vida ao estudo da alma humana, examinaram milhares de pacientes, leram muitos livros, escreveram inúmeros artigos e livros para depois de profunda reflexão propor nomes de transtornos mentais, que passaram a ser mundialmente aceitos, bem diferentes desses catálogos que se tornaram "bíblias" da psiquiatria ocidental, Classificação Internacional de Doenças (CID) e o seu arremedo americano, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), feitos por milhares de pessoas desconhecidas, em compilações aleatórias de termos, às vezes vazios de conceitos e reunidos sob patrocínio das indústrias produtoras de remédios. Pior, tudo aprovado pela maioria da massa compacta convidada sob patrocínio, o que se choca frontalmente com as sutilezas da essência humana, cujos delicados e complexos assuntos exigem conhecimentos profundos adquiridos e construídos racionalmente e especificamente. Assim, tornou-se imperioso adequar a linguagem médica à linguagem jurídica, com a recomendação veemente para que o bom perito não use a CID nem o DSM ou, se o fizer, antes exponha o diagnóstico que comporta ao periciando, baseado na literatura médica consagrada pelos grandes pensadores da psique, fixada em livros e tratados da especialidade, reunidos criteriosamente na CP-F. Depois, se desejar, faça a correlação com a CID e o DSM, apenas como corolário, sempre tendo em mente que é dever do perito esclarecer para instruir.

E, finalmente, o livro termina com um pouco de história da milenar especialidade, com ênfase na psiquiatria forense paulista.

Em todas as partes que compõem a obra, procurou-se evitar citações, para ficar tão somente no objetivo principal: praticidade e aplicabilidade no dia a dia das perícias, a fim de mostrar um norte simplificado e seguro para o exercício da psiquiatria forense.

Por esse mesmo motivo, vários capítulos trazem casuística específica, constituída de casos clínicos verídicos e completos, que poderão servir de modelos práticos.

Este livro não é o fim, mas o começo: *ars longa, vita brevis* (a arte é longa; a vida, breve. Hipócrates). Que possa ser útil, é o único motivo que levou o autor a escrevê-lo.

São Paulo, ano de 2025.

Guido Arturo Palomba

SUMÁRIO DAS CASUÍSTICAS

CASUÍSTICA 1

Críticas acerbas ao trabalho de médica funcionária pública que atuou como perita. *Caso de esquizofrenia paranoide*, sem intervalos lúcidos, necessitando de cuidados médicos permanentes, fato totalmente ignorado pela perita **49**

CASUÍSTICA 2

Críticas acerbas ao "laudo pericial", em que *não se manteve a neutralidade indispensável que peritos devem manter*, mas "advogou" para uma das partes, distorcendo o resultado da perícia, a merecer denúncia no Conselho de Medicina por conduta balorda. A paciente é incapaz para o exercício de todos os atos da vida civil e para gerir a própria pessoa, com alta vulnerabilidade. Aborda-se a paranoia em minúcias, mal do qual padece. Foi dada pela perita improvisada como capaz mentalmente **54**

CASUÍSTICA 3

Críticas ao laudo do perito do juízo, que comete *seis erros insuperáveis*, os quais tornam o trabalho pericial totalmente impróprio **58**

CASUÍSTICA 4

Críticas ao laudo de exame de sanidade mental realizado pelo Instituto de Medicina Social e de Criminologia e à *surpreendente aceitação pela Meritíssima Senhora Doutora Juíza de Direito*. O quadro clínico da paciente é deveras pronunciado, e dizê-la normal mentalmente é bizarro **62**

CASUÍSTICA 5

Críticas acerbas ao uso de testes psicológicos em delicada perícia de guarda de menor, no qual a incompetente perita teve, entre outras, a cachimônia de indicar uma amiga para fazer terapia particular nos envolvidos **85**

CASUÍSTICA 6

Paciente examinada indiretamente; depois, de modo direto. Apresenta grave perturbação da saúde mental crônica e se encontra em *estado de acalmia*, no qual tem capacidade psicológica para praticar certos atos da vida civil **96**

CASUÍSTICA 7

Paciente em quadro psiquiátrico grave devido a *degeneração neuronal senil*, cuja incapacidade mental começou quatro anos antes do exame a que se submeteu, pois já estava apresentando pródromos da doença, em *período médico-legal das doenças mentais* **105**

CASUÍSTICA 8

Perícia virtual por telemedicina de indivíduo que assassinou quatro policiais a tiros, em franco episódio delirante-alucinatório, por padecer de *psicose esquizoafetiva*, de prognóstico ruim, que, à época do crime, o deixava totalmente incapaz de entender o caráter criminoso da ação, resultando em inimputabilidade penal **118**

CASUÍSTICA 9

Perícia retrospectiva indireta, com base em publicações, aparições em mídia, entrevistas etc., de famoso político, para fins de elaboração de perfil psicológico e verificação de capacidade mental para o exercício de função pública, resultando em *perturbação da saúde mental de etiologia orgânica e consequências comportamentais* **133**

CASUÍSTICA 10

Perícia póstumo-retrospectiva de paciente que praticou ato jurídico e depois foi internado várias vezes, por problemas físicos. Sofreu processo de interdição e foi *interditado relativamente a certos atos*. O que praticou é totalmente válido pois, à época, era capaz de entender o que fazia e podia não fazer se quisesse, uma vez que não existe no processo, ou fora dele, nada em contrário **149**

CASUÍSTICA 11

Perícia indireta de paciente com *dependência de cocaína*, uso de álcool e, ocasionalmente, drogas sintéticas. Em consequência, incapaz para gerir a própria pessoa e para administrar os seus bens. Caso de interdição total **171**

CASUÍSTICA 12

Exame direto para fins de verificação da capacidade psicológica para gerir a própria pessoa e administrar os seus bens. *Paciente normal mentalmente* **181**

CASUÍSTICA 13

Paciente com 91 anos que apresenta total capacidade psicológica para exercer atos da vida civil e gerir a própria pessoa. Na perícia, discute-se o fato de que *envelhecer não é adoecer* **188**

CASUÍSTICA 14

Perícia póstumo-retrospectiva de *anulação de testamento feito de próprio punho*, por senhora incapaz psicologicamente de testar. Perícia baseada em entrevistas, documentos médicos e outros procedimentos, como depoimentos de médicos e análise grafotécnica do documento anulando, o qual foi comparado com uma receita de bolo. A examinanda apresentava *evidente quadro psicótico*, ou seja, ruptura com a realidade, donde a incapacidade para testar **206**

CASUÍSTICA 15

Perícia póstumo-retrospectiva de anulação de testamento de paciente com gravíssima dependência etílica e consequente incapacidade para testar, uma vez que não entendia moral e materialmente o que fazia. Perícia baseada em entrevistas com pessoas que conheceram o periciando, no atestado de óbito, em dados processuais e na doutrina **231**

CASUÍSTICA 16

Paciente capaz para testar; porém, se sofresse processo de interdição, seria incapaz para certos atos da vida civil. Discute-se o fato de que, embora portadora de perturbação da saúde mental incapacitante para a prática administrativa, trato mercantil e outros atos que exigem comunicação mútua de ideias entre duas ou mais pessoas (por exemplo, comprar, vender, hipotecar, emprestar), pode perfeitamente fazer testamento, expressando livremente sua vontade, uma vez que estão íntegras certas esferas psíquicas, de modo qualitativo, sendo os déficits de que padece quantitativos **247**

CASUÍSTICA 17

Paciente faleceu com grave *tumor cerebral* e, já em estado avançado da doença, *praticou ato jurídico, sem capacidade mental plena* para entender o que fazia. Perícia baseada em entrevistas, prontuários hospitalares, opiniões de neurologistas e de neurocirurgiões, bem como no quadro clínico manifesto, na agressividade do glioblastoma multiforme, sua localização cerebral e devida evolução clínica **257**

CASUÍSTICA 18

Ato jurídico (testamento) praticado por captação da vontade, portanto nulo, no qual se comenta a opinião dos notários, os quais, embora tenham fé pública, são leigos, mesmo se forem muito cultos, pois não estão completamente capacitados para reconhecer, por exemplo, uma perturbação mental manifesta ou larvada que limite a capacidade psíquica da pessoa **265**

CASUÍSTICA 19

Pai acusado pela mãe de ter problemas mentais, entre eles, alcoolismo crônico e tentativa de suicídio; portanto, não teria capacidade de exercer o pátrio poder nem visitação de suas duas filhas gêmeas menores de idade. *Ao exame, revelou total capacidade psicológica* para ambas as atividades, sem qualquer risco para as menores, embora já tivesse sofrido reação primitiva hiponoica e alcoolismo habitual (não crônico) 283

CASUÍSTICA 20

Mãe assassina, fria de sentimentos e dissimulada, portadora de condutopatia (psicopatia, loucura lúcida, loucura moral, sociopatia, transtorno do comportamento etc., termos sinônimos); matou o marido com um só tiro na cabeça, depois esquartejou o corpo e jogou os pedaços em estrada próxima à capital. *Pleiteia a guarda da filha de três anos*, cuja pretensão foi negada na perícia, em face de ser portadora de grave perturbação da saúde mental. A perícia foi indireta, uma vez que a pericianda se recusou a entrevista direta com o perito – o qual se baseou em vários depoimentos de pessoas, testemunhas, babás, além de todas as peças do processo crime, no qual constam detalhes e pormenores do crime que praticou, entre eles, seus depoimentos em juízo e na polícia, bastante ricos para o estudo do comportamento –, resultando na incapacidade mental para o que pleiteava 291

CASUÍSTICA 21

Pai acusado pela mãe de praticar atos libidinosos diversos da conjunção carnal em seu filho menor de idade. A acusação não se sustenta, pois parte somente da interpretação da mãe sobre suposta fala do menor. Observe-se que havia conflito entre pai e mãe e nenhum elemento extra fala infantil a corroborar o depoimento, aliás não confirmado pelo próprio menor em entrevista com psicóloga 320

CASUÍSTICA 22

Avós acusados de ato sexual com a neta, à época com 2 anos de idade. O avô foi condenado (a avó não) a 16 anos de reclusão, com base em declaração da criança, interpretada pela mãe e parecer de psicólogos. O advogado do condenado elaborou cinco quesitos sobre depoimento infantil, valor de sessões lúdicas para determinar se a criança foi abusada, como saber se um acusado é ou não culpado de ter praticado ato sexual contra crianças de tenra idade, se o condenado é pedófilo e outras explicações necessárias. *O resultado foi o de que não é pedófilo, a sentença é injusta e precisa ser reformada, a criança não foi abusada* etc. Além disso, se fosse caso de culpa, não faz sentido somente o avô ser apenado, pois a avó também teria que ser, por conivência 327

CASUÍSTICA 23

Avós acusados de praticar pedofilia com o neto, por possível finalidade de alienação parental. A acusação parte da mãe da menor e da avó materna, baseadas no depoimento da criança e em seu comportamento, que seria muito erotizado.

A perícia afastou, categoricamente, essa possibilidade pedofílica. Foram considerados, entre vários elementos, o severo litígio entre pai, mãe e os avós acusados;

também se considerou a erotização da criança e possível disfunção cerebral mínima. Observe-se que a acusação se mostrou bizarra e pode ter sido culposa ou dolosamente construída para fins de alienação parental 346

CASUÍSTICA 24

Examinanda alega transtorno mental em razão do trabalho. Para tanto, apresenta vários atestados médicos impróprios, os quais receberam críticas acerbas, por serem padronizados (termos repetidos, com datas bem diferentes), e conteúdo repleto de erros crassos, contradições etc. A conclusão da perícia foi pela capacidade laboral plena, em face de vários considerandos 366

CASUÍSTICA 25

Caso grave de psicose maníaco-depressiva, também conhecida como *transtorno bipolar*. No Parecer, discutem-se a importante doença mental, o seu histórico, a marcha da doença, o quadro clínico, a questão do intervalo lúcido e o prognóstico. *Conclui-se pela incapacidade laboral da pericianda.* 379

CASUÍSTICA 26

Filha espancada pelo pai entra, anos depois, com ação de dano moral, material e patrimonial, alegando que o genitor lhe impingia martírio, fato que durou cerca de dez anos. A paciente apresenta transtorno mental, epilepsia de origem hereditária. Embora com anormalidade mental, *não há nexo com o fator que alega ser a causa* 393

CASUÍSTICA 27

Marido e mulher injustamente presos, acusados e processados por estelionato. Sofreram significativa vivência dolorosa, não somente por causa do período e circunstâncias em que estiveram presos, mas também durante todo o curso do processo, ao todo quatro anos. O marido desenvolveu dano moral e a mulher, dano psíquico, sendo totalmente *procedente o pedido de indenização pela dor moral e pelo comprometimento psíquico resultantes do fato que injustamente enfrentaram* 400

CASUÍSTICA 28

Paciente alega ter sofrido abuso sexual desde os 14 anos de idade e por muitos anos seguidos, praticado por famoso apresentador de programa de televisão. Passados cerca de 10 anos do início da alegada prática, entrou com *processo de dano psíquico por consequência do fato. Ao exame, embora tenha passado pela vivência que diz causadora do dano psíquico, não o apresentou* 407

CASUÍSTICA 29

Aborda o litigante em série, que processou inúmeras pessoas, entre juízes, promotores, peritos, desafetos etc., para aplicar golpes e safar-se de condenações. *Indivíduos dessa natureza são criminosos habituais/fronteiriços e incorrigíveis*, cujo meio de proteção para a sociedade é condená-los à reclusão prolongada 428

CASUÍSTICA 30

Excerto de parecer sobre uso coletivo de ayahuasca ("vinho da morte" ou "vinho das almas"), poderoso alucinógeno usado em seita chamada Santo-Daime, na qual as pessoas ingerem a bebida coletivamente e entram em estado de alucinação e de delírio coletivo, ou seja, *psicose coletiva*. Trata-se de droga perigosa e maléfica para a saúde mental, que não deveria ter saído de seu núcleo originário (indígenas não aculturados) e ser difundida como milagrosa **443**

CASUÍSTICA 31

Acusado nega ter matado e estuprado quatro mulheres. Porém, *o seu perfil psicológico não excluiu a possibilidade de ser o culpado.*

Passado um tempo, a polícia descobriu provas concretas que o condenaram a muitos anos de prisão, o que o levou a ser conhecido como maníaco de Ribeirão Pires **447**

CASUÍSTICA 32

Cirurgião plástico convidou paciente para ir à sua clínica, anestesiou-a e a matou. A seguir, dissecou pedaços da pele do rosto e das mãos, esquartejou-a e, quando ia se desfazer dos pedaços do corpo, acabou preso. Consta que a vítima telefonava incessantemente para o médico, sendo certo que em um só dia chegou a fazer mais de 800 ligações. O criminoso é epiléptico, com implicações na capacidade psíquica de imputação de ato delitivo. *No laudo, discutem-se o papel da vítima no crime e o estado crepuscular epiléptico (estreitamento de consciência) na doutrina e no comportamento do réu, o seu quadro clínico, a etiologia da moléstia, bem como a morfologia do delito e aspectos legais*. Curiosamente, depois de uns anos de reclusão, o periciando foi posto em liberdade.

Não muito tempo depois, a polícia iria prendê-lo novamente e, para surpresa de muitos, ao entrar na casa na qual residia sozinho, os policiais viram uma cena bizarra. Foi uma espécie de *gran finale*: suicídio ritualístico **460**

CASUÍSTICA 33

Conhecido como o Matador da Peruca, *praticou vários homicídios*. Usava duas perucas carnavalescas (uma *black power*; outra loira); ficava esperando as vítimas, às vezes por horas, no mesmo lugar, e atirava pelas costas. Acreditava que essas pessoas o perseguiam.

Caso clássico de esquizofrenia paranoide e de inimputabilidade. Aborda-se, na perícia, de modo crítico e contundente, um médico que se prestou a "advogar normalidade mental" do paciente, a funcionar como assistente técnico do Ministério Público. Esse médico agiu de modo balordo, distorceu a verdade, além de se valer de descrições pseudocientíficas para enganar leigos, ainda que cultos.

Trata-se de caso de inimputabilidade e de *altíssima periculosidade social* **478**

CASUÍSTICA 34

O periciando, embora portador de perturbação da saúde mental (condutopatia), não tem diminuição da capacidade de entender o caráter criminoso do ato que

praticou, tampouco diminuição da capacidade de se determinar de acordo com esse entendimento. Trata-se de caso de tráfico de droga. Na perícia, discute-se o *diagnóstico de condutopatia* e de imputabilidade **497**

CASUÍSTICA 35

Mãe matou seu filho recém-nascido arremessando-o ao solo, com consequente traumatismo cranioencefálico. *Na perícia, evidenciou-se que a paciente negava a gravidez para os outros e para si mesma*.

Reconheceu que matou o filho, mas sem ter plena capacidade de entender o que fazia e com total incapacidade de se determinar de acordo com esse precário entendimento, considerando o comprometimento de sua constituição, de origem epiléptica, o seu estado de gravidez, as circunstâncias do parto, a incompreensibilidade psicológica depois de praticado o delito, necessitando, outrossim, de *tratamento psiquiátrico ambulatorial, por apresentar periculosidade social compatível com essa medida de segurança restritiva de direitos* **518**

CASUÍSTICA 36

Mãe mata filha de 13 meses sem qualquer relação com algum fator específico às mulheres que porventura pudesse ter alterado o seu psiquismo. Foi diagnosticada como esquizofrênica, recebeu medida de segurança detentiva consistente em internação em casa de custódia e tratamento psiquiátrico. Reexaminada para fins de verificação de cessação de periculosidade, a conclusão da perícia foi a de que: 1) não era caso de esquizofrenia, mas, isto sim, de *epilepsia psicótica*; 2) portadora de periculosidade social; 3) necessidade de permanecer internada para tratamento, para o seu bem-estar e para a segurança da coletividade **523**

CASUÍSTICA 37

Assassina de seus pais, mancomunada com dois comparsas, pleiteia progressão do regime penitenciário fechado para o semiaberto. Ao exame, recusou-se a conversar com o perito, o qual realizou minudente exame indireto, baseado em farto material jurídico, penitenciário e médico, além de exame acurado de prontuários do local em que estava cumprindo pena. Nesses documentos, encontram-se testes psicológicos, entrevistas feitas durante o período de cumprimento da sentença. O perito baseou-se também na observação pessoal da pericianda, ainda que esta tenha se recusado a falar sobre o assunto. *Resultado: não apresenta as mínimas condições de progressão*, por ser portadora de transtorno de personalidade, com ausência total de sentimentos superiores, ausência de remorso sobre o crime que praticou, carência de capacidade crítica, propensa a manipular as pessoas e sem planos para o futuro, entre outros dados **533**

CASUÍSTICA 38

Exame de verificação de cessação de periculosidade de doente mental que matou outro doente mental dentro do hospital psiquiátrico em que estavam internados. Foi removido para o Manicômio Judiciário de São Paulo. O *diagnóstico é de epilepsia*, mal

polimorfo que, no paciente, manifestava-se por episódios psicóticos. *Periculosidade mantida*, deve continuar internado para a salvaguarda dele e da coletividade **541**

CASUÍSTICA 39

Paciente internado no Manicômio Judiciário de São Paulo, o qual matou a companheira por esgorjamento (vários cortes feitos na região do pescoço da vítima), foi diagnosticado como *portador de esquizofrenia*.

Porém, *depois de 15 anos de internação, embora ainda doente, não tem periculosidade social*, podendo ser removido para hospital psiquiátrico comum, onde dará continuidade ao tratamento **544**

CASUÍSTICA 40

Discute-se a temibilidade. Paciente praticou vários furtos simples e insignificantes, é portador de transtornos mentais advindos de severo trauma de crânio. Foi julgado como irresponsável pelos crimes cometidos (inimputabilidade), estava em medida de segurança restritiva de direitos, consistente em tratamento ambulatorial. Deverá fazê-lo, porém, desvinculado da justiça, pois *não tem periculosidade social nem temibilidade social* **546**

SUMÁRIO

PARTE 1 – FUNDAMENTOS DA PSIQUIATRIA FORENSE 1

1 CONCEITO DE NORMALIDADE MENTAL 3

1.1 Conceito de normalidade mental 3
1.2 Conclusão 5

2 PERITO E ASSISTENTE TÉCNICO 7

2.1 Perito e assistente técnico 7
2.2 Diferença entre a lógica do Direito e a lógica da Medicina 7
2.3 Para se especializar em psiquiatria forense 8
2.4 O médico pode recusar a nomeação para ser perito 11
2.5 Suspeição e impedimento do perito 11
2.6 Precauções para aceitar a indicação de assistente técnico 11
2.7 Procedimentos do perito do juiz e do assistente técnico em exame conjunto 12
2.8 Penalidades legais que podem ser aplicadas ao perito incompetente 12
2.9 Sinais de perito improvisado 13
2.10 Cautelas que deve ter o perito no exercício da perícia 14
2.11 Decálogo do perito 15

3 LAUDOS E PARECERES 17

3.1 Laudo e parecer 17
3.2 Partes que compõem o laudo e o parecer 18
3.3 Da capa 18
3.4 Da introdução 19
3.5 Da qualificação do examinando 21
3.6 Dos fatos criminais e dos fatos processuais 21
3.7 Da denúncia 21
3.8 Da versão do examinando sobre o crime cometido 22
3.9 Dos outros subsídios 22
3.10 Dos antecedentes pessoais 23
3.11 Dos antecedentes hereditários 24
3.12 Do exame físico 25
3.13 Dos exames subsidiários 27
3.14 Do exame psíquico 28
3.15 Modelo de exame psíquico de Guido Palomba 29
3.16 Da síntese e conclusão 33
3.17 Das correlações psiquiátrico-forenses 34
3.18 Dos quesitos 34
3.19 Da bibliografia 35
3.20 Do uso da inteligência artificial na perícia 36

4 CARACTERÍSTICAS DOS LAUDOS E PARECERES IMPRÓPRIOS 39

4.1 Introdução 39
4.2 Ausência de plural majestático 40
4.3 Lapsos de revisão 40
4.4 Uso de escrita hermética 41
4.5 Uso de sigla 41
4.6 Ambiguidades e contradições 41
4.7 Uso da Classificação Internacional de Doenças ou do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 42
4.8 Uso de testes psicológicos 43
4.9 Afirmações conclusivas sem fatos objetivos 44
4.10 Uso deformado de termos jurídicos 44
4.11 Escritórios de perícia 45

4.12 Réplicas e tréplicas 47
- **Casuística 1 49**
- **Casuística 2 54**
- **Casuística 3 58**
- **Casuística 4 62**

5 ATESTADOS, RELATÓRIOS E PRONTUÁRIOS MÉDICOS 69

5.1 Introdução 69
5.2 Atestado e relatório médico 69
5.3 Prontuários hospitalares 70
5.4 Resoluções dos conselhos de medicina 72

6 VALOR DOS TESTES PSICOLÓGICOS EM PSIQUIATRIA FORENSE 75

6.1 Introdução 75
6.2 Variáveis que independem do testando 76
6.3 Subjetividade do avaliador 76
6.4 Medição do momento da avaliação 77
6.5 Padronizações generalizadas 78
6.6 Miniexame do Estado Mental (MEEM) 78
6.7 Montreal Cognitive Assessment (MoCA) 82
6.8 Teste de Rorschach 82
6.9 Avaliação neuropsicológica 83
- **Casuística 5 85**

7 ESTADO DE ACALMIA E INTERVALO LÚCIDO 91

7.1 Introdução 91
7.2 Estado de acalmia 91
7.3 Intervalo lúcido 92
- **Casuística 6 96**

8 PERÍODO MÉDICO-LEGAL DAS DOENÇAS MENTAIS 103

8.1 Introdução 103
8.2 Caraterização do período médico-legal das doenças mentais 104
- **Casuística 7 105**

PARTE 2 – PERÍCIAS CÍVEIS E CRIMINAIS DA PSIQUIATRIA FORENSE 113

9 PERÍCIA VIRTUAL 115

9.1 Introdução 115

9.2 Regras da perícia virtual 117

- **Casuística 8 118**

10 PERÍCIAS RETROSPECTIVAS 129

10.1 Introdução 129

10.2 Perícias retrospectivas diretas 129

10.3 Perícias retrospectivas indiretas 131

10.4 Valor da observação psíquica dos notários 132

- **Casuística 9 133**
- **Casuística 10 149**

11 INTERDIÇÃO E LEVANTAMENTO DE INTERDIÇÃO 165

11.1 Introdução 165

11.2 Estatuto da Pessoa com Deficiência e seus limites 166

11.3 Perícia de interdição 168

11.4 Levantamento de interdição 169

- **Casuística 11 171**
- **Casuística 12 181**
- **Casuística 13 188**

12 ANULAÇÃO DE TESTAMENTO 201

12.1 Introdução 201

12.2 Método da perícia póstumo-retrospectiva 201

12.3 Cuidados do idoso para testar 204

12.4 Distúrbio mental e conservação da aptidão para testar 205

- **Casuística 14 206**
- **Casuística 15 231**
- **Casuística 16 247**

13 ANULAÇÃO DE NEGÓCIO JURÍDICO E DE CASAMENTO 253

13.1 Introdução 253

13.2 Método da perícia 254

13.3 Coação 254

13.4 Captação da vontade 255

13.5 Anulação de casamento 256
- **Casuística 17 257**
- **Casuística 18 265**

14 GUARDA DE MENOR 277

14.1 Introdução 277
14.2 Perícia de guarda de menor 277
14.3 Tipos de guarda de menor 279
14.4 Inconveniência da guarda compartilhada 280
14.5 Importância das normas para as crianças 281
14.6 Exame do menor 282
- **Casuística 19 283**
- **Casuística 20 291**

15 PROBLEMAS DO DEPOIMENTO INFANTIL 309

15.1 Introdução 309
15.2 A verdade não está na fala dos menores 309
15.3 Da impossibilidade de atingir a verdade por meio de testes, depoimentos especiais etc. 312
15.4 Vulnerabilidade do psiquismo dos menores 314
15.5 Menores são portadores de desenvolvimento mental incompleto 315
15.6 Litígio entre pais pode deformar o depoimento dos menores 316
15.7 Síntese sobre depoimento infantil 317
15.8 Epílogo: *Malleus Maleficarum* 317
15.9 Como obter a verdade 318
- **Casuística 21 320**
- **Casuística 22 327**

16 ALIENAÇÃO PARENTAL 343

16.1 Introdução 343
16.2 Exame dos genitores 344
- **Casuística 23 346**

17 INFORTUNÍSTICA 359

17.1 Introdução 359
17.2 Infortunística, transtorno mental e método da perícia 359
17.3 Síndrome do estresse pós-traumático em infortunística 361
17.4 *Burnout* em infortunística 362

17.5 Transtorno bipolar em infortunística 363
17.6 Reivindicação de suposta doença mental 364
17.7 Litigância predatória ou serial 365
- **Casuística 24 366**
- **Casuística 25 379**

18 DANO MORAL E DANO PSÍQUICO 391

18.1 Introdução 391
18.2 Dano moral 392
18.3 Dano psíquico 392
18.4 Graduação do dano 392
- **Casuística 26 393**
- **Casuística 27 400**
- **Casuística 28 407**

19 CLASSIFICAÇÃO DOS CRIMINOSOS 417

19.1 Introdução 417
19.2 Criminosos impetuosos 418
19.3 Criminosos ocasionais 418
19.4 Criminosos habituais 419
19.5 Fronteiriços criminosos 420
19.6 Loucos criminosos (doentes mentais) 421
19.7 *Folie a deux* e epidemia psíquica 423
19.8 Famílias de criminosos 425
19.9 Facções criminosas 426
19.10 Perfil psicológico de suspeito de prática de crime 427
- **Casuística 29 428**
- **Casuística 30 443**
- **Casuística 31 447**

20 VITIMOLOGIA 455

20.1 Introdução 455
20.2 Classificações curiosas 456
20.3 Periculosidade vitimal 457
20.4 Vítimas no Direito Civil 459
20.5 Programas de proteção à vítima 460
- **Casuística 32 460**

21 IMPUTABILIDADE PENAL 473

21.1 Introdução 473

21.2 Esquema estático de imputabilidade penal 477

- **Casuística 33 478**
- **Casuística 34 497**

22 MODIFICADORES DA RESPONSABILIDADE PENAL ESPECÍFICOS ÀS MULHERES 511

22.1 Introdução 511

22.2 Período menstrual 511

22.3 Período de gravidez e parto 513

22.4 Puerpério 514

22.5 Menopausa 515

22.6 LGBTQIA+ 517

- **Casuística 35 518**
- **Casuística 36 523**

23 VERIFICAÇÃO DE CESSAÇÃO DE PERICULOSIDADE E EXAME CRIMINOLÓGICO 527

23.1 Introdução 527

23.2 Exame criminológico 527

23.3 Verificação de cessação de periculosidade 528

23.4 Política “antimanicomial” 531

23.5 Tratamento psiquiátrico de condenados 532

- **Casuística 37 533**
- **Casuística 38 541**
- **Casuística 39 544**
- **Casuística 40 546**

PARTE 3 – EPÍLOGO 349

24 INTRODUÇÃO À PSICOPATOLOGIA APLICADA 551

24.1 Introdução 551

24.2 Aparência do examinando 552

24.3 Contato 553

24.4 Distúrbios da vontade 553

24.5 Distúrbios da consciência 553

24.6 Atenção 554
24.7 Inteligência 554
24.8 Orientação auto e alopsíquica 555
24.9 Curso do pensamento 555
24.10 Conteúdo do pensamento 556
24.11 Alterações da memória 556
24.12 Sensopercepção 557
24.13 Distúrbios do humor 557
24.14 Afetividade 558
24.15 Autocrítica 558
24.16 Julgamento de valores ético-morais 559
24.17 Pragmatismo 559
24.18 Planos para o futuro 560
24.19 Conclusão 560

25 DESTAQUES 561

25.1 Introdução 561
25.2 Destaques 562

26 CLASSIFICAÇÃO PSIQUIÁTRICO-FORENSE DE TRANSTORNOS MENTAIS 567

26.1 Introdução 567
26.2 Conceito de doença mental 569
26.3 Conceito de desenvolvimento mental retardado 569
26.4 Conceito de desenvolvimento mental incompleto 569
26.5 Conceito de perturbação da saúde mental 571
26.6 Classificação Psiquiátrico-forense de Transtornos mentais (CP-F) 571
26.7 Modo de usar 575

27 HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA FORENSE 577

27.1 Introdução 577
27.2 Primórdios 578
27.3 Apogeu no século XX 579
27.4 Decadência da psiquiatria clínica e forense no século XXI 580
27.5 Bastiões de resistência 583
27.6 Psiquiatria forense em São Paulo 585