

VERSÃO  EBOOK

*Albino Julio Sciesleski*



# ser humano

O desafio na vida e no trânsito!



6<sup>a</sup>  
edição

*méritos*  
editora



*Albino Julio Sciesleski*  
(Organizador)

**ser**  
humano:  
o desafio na vida e no trânsito!

6<sup>a</sup>  
edição  
revisada

*méritos*  
editora

© 2020

Livraria e Editora Méritos Ltda.

Rua do Retiro, 846

Passo Fundo, RS, CEP 99074-260

Fones: (54) 3313-7317

Página na internet: [www.meritos.com.br](http://www.meritos.com.br)

E-mail: [sac@meritos.com.br](mailto:sac@meritos.com.br)

*Charles Pimentel da Silva*

Editor

*Jenifer B. Hahn*

Auxiliar de provas

*Leo Hélio Dellazzari*

Revisão final

◆ Desde que não signifique cópia literal com fins comerciais, qualquer parte deste livro pode ser reproduzida desde que citados o nome do(s) autor(es), o título, a página consultada e o que mais for necessário para conformar a norma de referência da ABNT. Eis o modelo básico de citação:

SCIESLESKI, Albino Julio. *Ser humano: o desafio na vida e no trânsito!* Passo Fundo: Méritos, 2020. 178 p.

---

S481 Ser humano: o desafio na vida e no trânsito! organizado por  
Albino Julio Sciesleski – 6ª ed. – Passo Fundo: Méritos, 2020.  
178 p.

1. Psiquiatria 2. Psicologia 3. Ser humano  
I. Sciesleski, Albino Julio ( Org. )

CDU: 159.922

---

Catálogo na fonte: bibliotecária Marisa Miguellis CRB10/1241

ISBN 978-85-8200-064-9

*Impresso no Brasil*

*A* Maria de Lourdes, à Adriane e à Carolina.



*Nosso primeiro agradecimento se volta a nossos pacientes. Com certeza, foram eles que nos ensinaram, que nos tornaram mais preocupados, que nos desafiaram a buscar mais, a pensar, a refletir, a quebrar tabus, a vencer regras e a dividir nossos pensamentos.*

*Agradecemos, também, àqueles que conosco convivem: filhos, pais, amigos, parentes próximos e distantes que contribuíram, de alguma maneira, com nossa formação; presentes em nossas vidas, às vezes próximos, às vezes distantes, sempre ou quase nunca...*

*E a algumas pessoas que muito, mas muito mesmo, auxiliaram-nos: nossas secretárias, daqui e de longe, que interpretaram nossas ideias, dando-lhes forma, luz, cor e sabor.*



# Prefácio

*T*ornamo-nos amigos durante a sua residência no Hospital das Clínicas de São Paulo, no Departamento de Neuropsiquiatria, em 1971, quando eu havia recém tomado posse como assistente daquele departamento.

Trazia na fala o típico sotaque gaúcho. O Dr. Albino era rápido e entusiasmado no que fazia. Chamou-me a atenção. Recém-chegado de Pelotas, era um jovem muito interessado em aprender e principalmente em trabalhar. Onde havia pessoas, lá estava ele, conversando, agitando, *virando-se* em múltiplas funções.

O interesse pelo trânsito foi outra característica dele, que logo conquistou minha simpatia. Nenhum dos meus colegas de turma, nem mesmo dos meus contemporâneos, havia se interessado por esta área. Eu achava exótica a sua escolha.

Mas o seu gosto, talento, esforço e empenho fizeram-no vencedor na Medicina de Trânsito. Para começar, Dr. Albino foi fundador e presidente nas três primeiras gestões da Associação Brasileira de Medicina de Trânsito. Isso há 30 anos. Conhecedor que eu era destas suas características empreendedoras, sabia que ele deveria estar envolvido em algum outro projeto relacionado ao trânsito. Foi quando o encontrei em 2005, em Passo Fundo, onde eu estive para proferir uma palestra. Ainda, o Dr. Albino lembrou-se que nos encontramos há alguns anos no aeroporto de Congonhas e que ele tomou a iniciativa de me perguntar se eu me lembrava dele. Não só confirmei, mas também lhe disse em alto e bom tom: “Você não mudou nada, Albino!” Como poderia eu esquecer-me dele? Nesses encontros de aeroporto, um chegando, outro partindo, tudo é rápido e a nossa conversa também. Ficou a promessa de entrarmos em contato algum dia.

Em Passo Fundo, comprometi-me a escrever o prefácio do seu livro que ora apresento a vocês, leitores.

Quem pegou este livro, leu, ou recebeu uma recomendação de lê-lo, já deve ter percebido a sua importância.

Apontem-me alguma pessoa física, social e mentalmente saudável que esteja totalmente livre do trânsito. Acredito que não exista.

Perguntem a qualquer um se já sofreu ou causou algum acidente de trânsito. Poucos confessam, mas a maioria vai logo justificando que a culpa é do outro, que se fez o melhor possível, mas não teve jeito de escapar etc.

Difícilmente encontraremos alguém que não tenha escapado por pouco de ser atropelado de um acidente que aconteceu em sua frente, do qual poderia ter sido vítima.

Uma das características dos acidentes de trânsito é o responsável sentir-se vítima de outros motoristas. De vilão do trânsito passa a se justificar como agente passivo, para eximir-se da culpa. Nem um bêbado admite estar embriagado num volante.

Este livro *Ser humano: o desafio na vida e no trânsito* elucida e ajuda para que não sejamos, de fato, vítimas e muito menos algozes do trânsito.

Depois de ler esta obra, podemos até concluir que é um milagre estarmos vivos no trânsito. Quem tem consciência do perigo sobre rodas, o de arriscar a qualquer momento, de morrer ou de matar alguém, será, com certeza, um bom sobrevivente.

Ninguém pode garantir que aquele que *fechou a sua frente*, fez uma ultrapassagem irregular, não usa o cinto de segurança ou abusou da potência e velocidade do carro, está com saúde psíquica suficientemente conservada para dirigir defensivamente.

São tantas as patologias que comprometem as pessoas, que lhes tiram a faculdade de dirigir. Isso nos obriga a estarmos ainda mais atentos do que já costumamos estar.

Para enumerar alguns motoristas que nos cercam, seja de ônibus, caminhões, carros, motos, bicicletas, carroças, e para enumerar os pe-

destres que andam soltos pelas ruas, avenidas e estradas, cito algumas situações de risco (que têm a ver com a mente) que o Dr. Albino trabalha neste livro: desatentos, hiperativos, suicidas, prepotentes, onipotentes, envelhecidos, epiléticos, depressivos, esquizofrênicos, fóbicos, compulsivos, alcoólatras, drogados, ousados, fugitivos, apressados, criminosos, intolerantes, criminosos violentos, paranoicos, abusados, bipolares, maníacos, panicosos, infartantes, desmaiantes, possuídos por ciúmes, cegos de ódio etc.

Dr. Albino explica o problema, orienta para procedimentos adequados e lança uma luz no seu poema final:

*O que está feito, está feito.  
Mas tudo pode começar de novo.  
Pois tu podes com o último alento.*

Recomendo a leitura deste livro, não só a vocês, que já se cuidam, mas também aos seus amigos, parentes e filhos. Se todos se cuidarem, teremos vida mais saudável, menos acidentes de trânsito e melhor qualidade de vida.

*Içami Tiba*  
Psiquiatra e escritor

*São Paulo, inverno de 2008*



# *Sumário*

PREFÁCIO .....	9
INTRODUÇÃO .....	15
CRIANÇAS PRECISAM DE AJUDA.....	18
QUE CRIANÇA É ESTA?.....	22
DEPRESSÃO .....	28
FOBIA SOCIAL.....	32
HUMANIDADE, QUE DROGA? .....	34
TRANSPARÊNCIA OU FOFOCA?.....	38
ÉTICA .....	40
MENTIRA E LOUCURA.....	42
VINGANÇA.....	45
TRANSTORNO DO HUMOR E DO AFETO.....	50
PARANOIA .....	55
DOENÇA DO PÂNICO .....	58
COMPULSÃO OU OBSESSÃO?.....	60
ANOREXIA E BULIMIA.....	64

ESQUIZOFRENIA .....	68
TERAPIA: UM MAL OU UM BEM NECESSÁRIO?.....	73
ELETRONVULSOTERAPIA .....	77
VAMOS ESCOLHER PELA VIDA .....	82
EPILEPSIA E TRÂNSITO: UMA RELAÇÃO ESTREITA.....	88
ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS DO HOMEM NO TRÂNSITO .....	94
MOBILIDADE URBANA E BICICLETAS.....	100
MOTOCICLISTAS E VIDA NO TRÂNSITO .....	102
CINTO DE SEGURANÇA.....	106
ACIDENTES DE TRÂNSITO: RESPONSABILIDADE DE QUEM?.....	112
REFLEXÕES SOBRE A REALIDADE DO TRANSPORTE NO BRASIL .....	117
DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS EM COMORBIDADE COM A DROGADIÇÃO E OS ACIDENTES DE TRÂNSITOS: O MAL DO SÉCULO .....	123
A VIOLÊNCIA E A CRIMINALIDADE .....	132
ENVELHECIMENTO HUMANO.....	135
ALZHEIMER E DEMÊNCIA.....	139
DESAFIO .....	143
TRÂNSITO: UM TEMA ATUAL E CONTROVERSO .....	149
NOTAS DE FIM E REFERÊNCIAS .....	157
OS AUTORES .....	161
ANEXOS.....	164

# *Introdução*

*E*screvemos muito.... Talvez. A verdade é que sempre estamos buscando refletir sobre assuntos que nos desafiam, sejam os de nossa área de atuação, com preocupação de enriquecimento e especialização profissional, sejam os de áreas afins, dentro do campo da psiquiatria, preocupadas em entender a humanidade nos seus comportamentos, relações e dificuldades. Fazemos isso conversando, dialogando, lendo e escrevendo.

Quando escolhemos escrever, queríamos atingir o maior número de pessoas possível, não apenas as de nossa convivência, mas as que vivem distantes, os amigos, os conhecidos, os que sabem bastante, os que sabem pouco, de todas as classes, de todas as tribos.

Por isso, compilamos neste livro, subdividido em capítulos, alguns resultantes de pesquisas, outros de meras reflexões, de modos de ver a vida, o complexo humano. Muitos desses textos já foram publicados em periódicos científicos ou reflexivos, o que faz com que os capítulos tenham autonomia entre si. Assim, o leitor pode alternar a leitura de acordo com seu interesse. Basta consultar o sumário, onde os assuntos estão ordenados e classificados.

Escrever ou inscrever-se de forma a não poder voltar atrás... “Você disse!? Não, não fui eu quem disse isso!” “Você escreveu!? Sim, e não tem como apagar.” O que foi escrito somente poderá ser refeito, acrescido, modificado ou até mesmo autocontestado.

Vocês mesmos, caros leitores, poderão analisar isso. Perceberão ideias que se repetem e se reforçam, outras que se modificam. Afinal, estamos aqui – na terra, no mundo e na vida – para aprender, aprender

sempre. E quanto mais aprendemos mais temos a certeza de que nada sabemos.

Escrever e inscrever-se, estar desnudo, ter pensamentos expostos, compartilhados. *Eis nosso desafio!*

Nós o assumimos com singeleza e simplicidade e estamos aguardando a interação de vocês. Critiquem-nos, elogiem-nos, sugiram-nos.

*Desafiem-se!*

*Os autores*

◆ *CRIANÇAS PRECISAM DE AJUDA*  
18

◆ *QUE CRIANÇA É ESTA?*  
22



# *Crianças precisam de ajuda*

---

*Albino Julio Sciesleski, Marisa Potiens Zilio*

*I*niciar uma reflexão com este título parece contraditório, pois crianças sempre necessitam de ajuda, para crescer, para se desenvolver, para aprender, para se socializarem. Enfim, quanto menor a criança, maior a sua dependência. No entanto, queremos falar de crianças que necessitam de ajuda especial, crianças cujo comportamento preocupa, crianças com depressão.

*Muitos devem se perguntar: é possível pensar em criança deprimida? Não é a infância a idade da alegria, do prazer, da despreocupação?*

Em resposta a essas questões, podemos dizer que a depressão é um mal silencioso que atinge tanto adultos como crianças. A depressão infantil vem sendo observada, diagnosticada e tratada nos últimos anos. A Organização Mundial da Saúde, em suas últimas estatísticas, mostra que até os 12 anos de idade, aproximadamente 3 a 4% das crianças convivem com sintomas depressivos leves, moderados e graves. A depressão infantil, quando não tratada, pode aparecer em outros momentos da vida e tornar-se mais complicada.

O transtorno depressivo infantil é um transtorno do humor capaz de comprometer o desenvolvimento da criança ou do adolescente e de interferir no processo de maturidade psicológica e social, chegando a causar problemas graves no lar, na escola. Se não percebido a tempo, pode inclusive levar ao suicídio.

As crianças, quando depressivas, não sabem o que realmente acontece com elas. A tendência é que tentem contornar as dificuldades de

maneira imperceptível, até mesmo para elas. Nessa fase, seu comportamento muda sutilmente. Os pais, por conviverem por mais tempo com os filhos, são os que notam as mudanças de atitude. Porém, apesar da gravidade da depressão na infância e na adolescência em relação à qualidade de vida, ao suicídio, às dificuldades na escola, no trabalho e no ajuste pessoal, esse quadro não tem sido devidamente valorizado por familiares e pediatras, nem adequadamente diagnosticado. Os pais, muitas vezes, não se aproximam para saber o que está acontecendo, sem repreender e sem prestar a devida atenção. Na escola, não raro, muitos professores não percebem ou não têm habilidade suficiente para notar e avaliar a mudança no comportamento do aluno.

Pais, professores e médicos devem ser os principais observadores das modificações comportamentais, queixas e sintomas que ocorrem com crianças e adolescentes, para poderem diferenciar o que é uma tristeza comum, causada por episódios esporádicos, e o que pode ser uma possível depressão. É preciso saber identificar as perdas, as tristezas, os choros, o sono e verificar se não existe histórico semelhante na família, já que para que se tenha um bom diagnóstico, deve-se observar os casos de reação, bem como os de hereditariedade.

Embora na maioria das crianças a sintomatologia da depressão seja atípica, algumas podem apresentar sintomas clássicos, tais como tristeza, ansiedade, expectativa pessimista, mudanças nos hábitos alimentares ou no sono, e, ainda, problemas físicos, como dores inespecíficas, fraqueza, tonturas, mal-estar geral, que não respondem ao tratamento médico habitual.

Na criança e no adolescente, a depressão, em sua forma atípica, esconde-se sob uma máscara de irritabilidade, agressividade, hiperatividade e rebeldia, com violação das regras sociais anteriormente aceitas, oposição à autoridade, preocupações e questionamentos de adultos. As crianças mais novas, devido à falta de habilidade para uma comunicação que demonstre seu verdadeiro estado emocional, também manifestam a depressão atípica, notadamente com hiperatividade.

Isso tudo pode ter início com a perda de interesse pelas atividades que habitualmente eram interessantes, manifestando-se como uma espécie de aborrecimento constante diante dos jogos, brincadeiras, esportes, passeios com amigos etc., além da apatia e redução significativa da atividade. Às vezes, pode haver tristeza. De forma complementar, aparece diminuição da atenção e da concentração, perda de confiança em si mesmo, sentimentos de inferioridade e baixa auto-estima, ideias de culpa e inutilidade, tendência ao pessimismo, transtornos do sono e da alimentação e, dependendo da gravidade, ideação suicida.

Analisando agora especificamente o comportamento, a depressão nessas faixas etárias pode causar deterioração nas relações sociais, seja com familiares seja com amigos, perda de interesse por pessoas e isolamento. As alterações cognitivas da depressão infantil, principalmente relacionadas à atenção, raciocínio e memória, interferem sobremaneira no rendimento escolar.

Um dos males desse tipo de depressão é a superproteção, causada por superpais ou superavós, pessoas que exageram em zelar pelos filhos, excedendo-se em cuidados de todo tipo, não permitindo que a criança ou o adolescente desenvolva autoimagem e autoestima positivas.

O tratamento de uma criança ou adolescente com depressão precisa ser adequado e contar com a ajuda de todos os envolvidos no processo – familiares, amigos, professores – e, ainda, precisa ser constante. Começa por saber ouvir a criança ou o adolescente; acreditar nas suas reclamações, notar seus sintomas. Deve-se pedir o auxílio aos professores quanto a dúvidas de comportamento, por exemplo, já que muitas crianças ou adolescentes passam mais tempo com seus professores do que com os pais. Afinal, uma conversa pode esclarecer muitas preocupações.

Evidentemente que, para todos os casos, deve-se procurar também a ajuda de um profissional da saúde, um médico de confiança da família. É importante frisar que, em casos preocupantes, é preciso que a família fique unida, não agindo com superproteção ou autoritarismo, mas com práticas sociais, escolares, esportivas e de lazer, para aumentar a autoconfiança da criança, buscar uma terapia psicológica e/ou psiquiátrica e, se necessário, seguir a receita de medicação, sempre evitando recaídas.

Não podemos esquecer que a depressão é a terceira doença do mundo desenvolvido e a que mais cresce no momento. O bom contato e o bom relacionamento, com afeto, são fundamentais, tanto para evitar como para descobrir e tratar a depressão em crianças.

---



---

### *Exemplo de caso*

Maria tinha nove anos de idade, estava na 4ª série do ensino fundamental. Era considerada uma aluna *nota dez*. Essa criança, porém, começou a sentir fortes dores de estômago, também sentia tonturas e vomitava toda vez que se aproximava do horário de ir à escola.

Após um mês, seus pais decidiram nos procurar. Após várias entrevistas com eles (aparentemente bem estruturados, sendo a mãe professora e o pai agricultor), sentíamos que havia, ainda, algum segredo não revelado.

Maria foi avaliada em sessões semanais e, aos poucos, foi adquirindo confiança e se desnudando mentalmente, porém continuava se negando a ir à escola.

Finalmente, o *problema* emergiu: o pai havia se envolvido com outra mulher.

O medo de perder o pai, o medo do problema ser focado em ambientes sociais, o medo de se expor, levou Maria a uma depressão somatizada. Na sua cabecinha, o segredo tinha que ser guardado. Ao desvelar o que a afligia, Maria sentiu um alívio, pois estava protagonizando a dor de todos, que agora podia ser dividida. O que era segredo, passou a ser problema e para problemas buscam-se soluções. O medo e a vergonha foram substituídos pelo desejo de enfrentamento. Maria foi medicada por curto período. A família se organizou. Maria pôde voltar à escola.

# Que criança é esta?

*Albino Julio Sciesleski, Marisa Potiens Zilio*

Crianças com falta de atenção ou superativas têm o que se chama de transtorno de *deficit* de atenção / hiperatividade (TDAH). Recordamos aqui algumas queixas de pais a seus filhos:

“ – Que mania é essa de deixar as portas abertas, as roupas pelo chão, as luzes acesas?”

“ – Por que nunca presta atenção no que eu falo, fazendo com que tenha que repetir?”

“ – Por que esquece sempre o que foi dito ou combinado?”

“ – Onde é que você está com a cabeça?”

Essas perguntas, que parecem ser frequentes a todos os pais de crianças pequenas, na verdade não são tão comuns, acontecem em 3 a 9% das famílias que possuem filhos com TDAH.

No início, os pais pensam que a criança é agitada, às vezes, muito esperta; que não sabem esperar, tampouco ouvir. Dizem: “ – Quando percebemos..., já fez!”. Esse “já fez” não raramente é inadequado, ou melhor, cheio de imprecisões, mas necessariamente não pouco inteligente, pelo contrário TDAH não tem a ver com inteligência.

Depois de algum tempo, as preocupações parecem aumentar:

“ – Esta criança é muito impulsiva, não conseguimos educá-la! Não se senta direito à mesa, derruba quase tudo; está sempre desleixada e suas coisas são uma bagunça! É impossível lidar com ela! Os parentes?! Bem, já achamos que nossa visita não é tão agradável assim... Já não nos convidam para muita coisa... Na escola, então, é um problema. A professora diz que ela não presta atenção, não para quieta, não obedece

às ordens e incomoda os amiguinhos. Suas tarefas de casa e seu caderno são incompletos. Desse jeito não irá passar de ano!”

Esse transtorno prejudica a criança não apenas na escola, onde apresenta níveis baixos de desempenho e disciplina, transtornos na leitura, repetições, mas também afeta sua família e todos os ambientes nos quais participa.

Na adolescência e na vida adulta (principalmente quando não se faz tratamento), resulta em mau desempenho e mediocridade no aproveitamento acadêmico e profissional. Adultos tendem a permanecer em situação socioeconômica mais baixa, mudam constantemente de emprego, são advertidos e multados no trânsito e levam muito mal suas uniões, resultando em separações. Enfim, o índice de fracassos socioeconômicos e afetivos aumenta consideravelmente em indivíduos portadores desse transtorno.

O diagnóstico deve recorrer a uma entrevista cuidadosa, com observância relevante das queixas familiares; deve preencher os critérios (no mínimo seis) estabelecidos pelos códigos internacionais de doenças (DSM-IV).

As crianças com desatenção apresentam os seguintes sintomas frequentes:

- a) falha em prestar atenção em detalhes, trabalhos ou outras tarefas por descuido;
- b) dificuldade em manter a atenção em tarefas ou em atividades lúdicas;
- c) parecem não ouvir quando lhes falam diretamente;
- d) não seguem instruções por completo, não concluem tarefas e afazeres no local de trabalho;
- e) têm dificuldades em organizações quaisquer;
- f) sempre evitam, rejeitam ou são relutantes em se envolver em tarefas que exijam esforço mental constante;
- g) perdem coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo: brinquedos, lápis, livros e ferramentas);
- h) distraem-se facilmente com estímulo externo;

i) têm esquecimento das atividades diárias.

Já as crianças com hiperatividade apresentam os seguintes sintomas frequentes:

- a) movimentam nervosamente as mãos ou os pés e até se contorcem no assento;
- b) levantam-se quando estão em sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneçam sentadas;
- c) correm para lá e para cá, descem e sobem excessivamente em situações nas quais isso é inapropriado (em adolescentes e adultos pode se limitar a sentimentos subjetivos de inquietação);
- d) têm dificuldade em jogar ou de se envolver tranquilamente em atividades de lazer;
- e) em todos os lugares, estão *de saída* ou agem como *movidos a motor*;
- f) falam muito.

Crianças impulsivas apresentam os seguintes sintomas:

- a) respondem impulsivamente antes que as perguntas terminem;
- b) têm dificuldade em esperar sua vez;
- c) interrompem ou se intrometem com os outros (por exemplo: em conversas ou jogos).

Quando tratada, a criança sente menos a ansiedade e impulsividade, tornando-se mais atenta e humanizada às situações coletivas. Suas relações sociais melhoram e passa a ser mais aceita. Porém, o tratamento é longo e sua eficácia, parcial.

A comorbidade (associação com outras doenças) é comum em portadores de TDAH. Há que considerar, também, que crianças e adultos não tratados têm dificuldades de conviver com seus próprios limites e com a rejeição, sendo levados a distúrbios emocionais, como depressão, baixa autoestima, pânico. O uso de drogas lícitas e ilícitas é sempre frequente. O portador da doença busca meios para conter sua ansiedade, impulsividade e até mesmo sua depressão.

Quanto ao tratamento para este transtorno, os psiquiatras, psicólogos, neuropediatras e psicopedagogos são profissionais habilitados para trabalhar nesses casos. A investigação nessa área requer, muitas vezes, uma boa *anamnese*, avaliação psicológica e/ou psiquiátrica, avaliação da inteligência e investigação do cérebro (tomografia, eletro), qualidade da respiração e do sono.

O tratamento implica o uso de medicamentos (próprios para cada caso) e a psicoterapia, que trabalhará focada na aprendizagem e na reconstrução do equilíbrio emocional (tanto para o paciente quanto para seus familiares). No caso da criança e do adolescente, o psicopedagogo deverá trabalhar também com a escola para que os prejuízos sejam cada vez menores.

---



---

### *Exemplo de caso*

J. R. não tinha limites desde criança. Na escola, rendia pouco, para tristeza de sua mãe, uma excelente e dedicada professora. Foi morar com os tios, sendo que a tia trabalhava noutra cidade. Logo de início, foram combinados códigos de mútua ajuda para que tarefas como guardar roupas, fechar portas e organizar a agenda pudessem ser cumpridas. Foi criado um ambiente de aceitação e de achar tudo engraçado quando acontecia algo, até mesmo indesejado, ao invés de recriminar adequadamente.

Na adolescência, acabou envolvendo-se com drogas e com más companhias. A convivência familiar tornou-se impossível, com muitas implicâncias e discussões.

Bater o carro, derrubar pessoas dentro do ônibus, deixar a geladeira aberta ou espalhar as roupas eram fatos encarados como comuns e toda a família ajudava a compensá-los.

Mais tarde, precisou ser encaminhado para um psiquiatra. Passou a fazer tratamento medicamentoso e psicoterápico e, atualmente, é um adulto feliz. Concluiu o curso superior e chefa a produção em uma empresa da família. Foi até considerado um ótimo diretor.

Um bom diagnóstico e um bom tratamento sempre terão resultados positivos.



- ◆ *DEPRESSÃO*  
28
- ◆ *FOBIA SOCIAL*  
32
- ◆ *HUMANIDADE, QUE DROGA?*  
34
- ◆ *TRANSPARÊNCIA OU FOFOCA?*  
38
- ◆ *ÉTICA*  
40
- ◆ *MENTIRA E LOUCURA*  
42
- ◆ *VINGANÇA*  
45



# Depressão

*Albino Julio Sciesleski, Marisa Potiens Zilio*

Em junho de 2001, fomos ouvintes, nos Estados Unidos, das maiores autoridades mundiais, que abordaram assuntos ligados à globalização da economia, centralizados na melhoria da qualidade de vida da pessoa humana.

As discussões giraram em torno das ideias de uma globalização voraz, de uma competição, muitas vezes, desleal, desprovida de caráter social e, portanto, atingindo a competitividade na área profissional de modo nocivo à sociedade, atrelando todos a interesses de grupos econômicos e empresariais, inclusive profissões e profissionais liberais. Nesse enfoque, já podemos concluir que a ética, a liberdade e a moral ficam comprometidas. Dessa forma, não nos surpreende que, aliado ao assunto da globalização, fosse abordado com maior ênfase o tema *transtorno afetivo bipolar*, ou seja, a *depressão*, sob os enfoques de depressão de caráter hereditário, a de formação reativa e a depressão em desenvolvimento.

Para os profissionais da saúde que se dedicam à pesquisa e ao tratamento da doença, às dificuldades da pessoa depressiva e do seu entorno (família, trabalho), ficam mais claras a intensidade de sentimentos (de tristeza e de euforia), as oscilações de humor e a inadequação do comportamento. Para os leigos, ou melhor dizendo, para os familiares, fica claro que o que *está por vir* em forma de explosão é sempre uma incógnita, uma insegurança, um não-saber-por quê.

Para entender a globalização voraz *versus* depressão podemos começar pelo conhecimento do desajuste do homem moderno que, na busca de si mesmo, que encontrou na evolução científico-tecnológica respostas para o mundo, necessidades inimagináveis e um vazio imenso em si

mesmo e no significado da vida. Talvez essa seja a razão que explica a doença do século: a depressão.

Os sintomas são por nós conhecidos: tristeza, desânimo, vontade de chorar, insegurança, medo inexplicável, isolamento, desejo de ficar só, evitando o encontro em festas, encontros com a família e, quando mais grave, ideias pessimistas e suicidas, com o risco de cometer suicídio.

Como se trata de doença bipolar, acompanham-na sentimentos antagônicos, maníacos, ou seja, insônia, fala exagerada, inquietação, nervosismo, ansiedade, compulsividades, como compras exageradas (sem ter condições para tal), saídas sem rumo, falas de grandeza, falas sem significado, desconexas.

Voltando um pouco ao início da nossa argumentação neste artigo, quando nos referíamos ao encontro do qual participamos, lembramos a abordagem feita sobre o extraordinário desenvolvimento por que passa o mundo em todas as áreas do conhecimento. Nesse campo, estão em primeiro lugar as pesquisas de saúde e saúde pública. Foram debatidos prognósticos de que, em 2020, alcançaremos tamanha evolução que a maioria das doenças será controlada por vacinas, como, por exemplo, a AIDS. Outras poderão ser monitoradas pela tecnologia, como diabetes e hipertensão arterial. Há ideias fantásticas também de caráter ecológico, como o emprego de materiais degradáveis e o uso adequado de invólucros, hoje de vidro e de plástico, que seriam, ou melhor, serão substituídos por materiais confeccionados de resíduos agrícolas, tornando o continente e o conteúdo produtos com o mesmo ou igual tempo de validade.

Tais discussões nos empolgam, porém não foram menos calorosas as discussões sobre o consumo de água potável, em falta a partir de 2020, e sobre as doenças que necessitarão de atendimento durante a vida toda. As vacinas, as novas descobertas da genética, a evolução dos transplantes, os novos produtos químicos recuperadores resolveriam isso, em boa parte, e a medicina preventiva teria uma ênfase especial. Mas a medicina curativa, de acompanhamento contínuo, também foi amplamente discutida, principalmente as doenças de caráter psíquico, como a depressão.

A depressão é considerada (inclusive naquele encontro) a principal doença nos Estados Unidos não só do ponto de vista dos danos à pessoa, mas também dos danos à nação pelos dias de serviços perdidos, com prejuízos incalculáveis, seja pelo afastamento do trabalho, seja pelo tratamento exigido pela mesma.

A depressão leva a outras doenças, isto é, às vezes, incita à procura do álcool, que funciona como remédio, depois, ao vício, à dependência, associando-se às drogas, ou, então, passa a somatizar, a colocar no corpo ainda outras doenças, às vezes, intratáveis por terem sua origem no psiquismo humano.

As manias (parte da sintomatologia), às vezes são estados inebriantes de prazer e de euforia, mas interferem de fato nos relacionamentos, na produtividade. A pessoa depressiva faz um grande mal a si mesma. A doença maniaco-depressiva tem tratamento, tem medicação, no entanto, o principal problema está na recusa dos pacientes em aceitar os métodos de cura.

Há um estigma em relação à mesma, que conduz a pessoa a negá-la a si mesma e aos outros, principalmente por medo e insegurança. É uma doença que altera o estado de humor, os pensamentos, que destrói a fase racional. É orgânica, fisiológica nas suas origens, mas dá a impressão de ser psicológica.

A depressão é a principal doença do mundo desenvolvido. No entanto, queremos reforçar que a maioria dos pacientes não procura os médicos e, quando o fazem, são por queixas somatizadas. Deveriam procurar os especialistas, os psiquiatras e deixar o medo e os estigmas para trás.

O mais importante no tratamento é o ato do indivíduo, do paciente, em decidir se tratar. Essa é a primeira evolução benéfica e produtiva. Chegar ao especialista com tal decisão, certamente é o primeiro grande passo para o controle (cura) da doença.

Uma boa entrevista dará ao paciente a segurança e a confiança necessárias, para, então, estender-se ao uso de psicofármacos. Os primeiros resultados começam a aparecer em aproximadamente oito dias. O tempo do tratamento será determinado pela gravidade da doença,

podendo perdurar para sempre e nunca (ou quase nunca) por menos de um ano, às vezes continuado.

Voltamos a lembrar que os danos sociais e relacionais que a mesma provoca necessitam ser recuperados e redimensionados pela psicoterapia de sustentação para que o paciente possa compreender e administrar melhor os seus problemas e o seu próprio tratamento.

Podemos concluir que a recuperação está em primeiro lugar no paciente, ao procurar o tratamento; em segundo, no terapeuta; em terceiro, no remédio e, por fim, na ajuda e na compreensão da família. Ninguém quer adoecer. A doença vem sem aviso prévio. Depende de todos (paciente, terapeuta e família) devolver a felicidade, a qualidade de vida, a busca de um meio psicossocial adequado e produtivo ao doente.

# Fobia social

---

*Albino Julio Sciesleski, Marisa Potiens Zilio*

A fobia social (transtorno de ansiedade generalizada) é uma forma de ansiedade social grave, com frequência incapacitante, que acontece em aproximadamente 5% da população geral. Caracteriza-se pelo medo de ser observado e avaliado pelos outros. Diante disso, os indivíduos com fobia social temem fazer ou dizer algo que lhes cause constrangimento e humilhação. Por isso, evitam situações que possam causar indignações ou desconforto por acarretar comprometimento do desempenho e da qualidade de vida. Em consequência, as pessoas que sofrem de fobia social são propensas a ter poucas amizades, mau relacionamento social. Até abandonam a escola; sentem dificuldades em se apresentar em público e rejeitam promoções etc.

Dessa forma, podem sentir-se desmoralizadas e depressivas, além de, por vezes, incidirem, concomitantemente, na comorbidade do uso de drogas lícitas (álcool) e ilícitas (cocaína, maconha, craque etc.), que inicialmente servem como *remédio*, aliviando os sintomas, mas aumentando o consumo. Daí vem o hábito, o vício e, então, desenvolvimento da comorbidade psiquiátrica.

Os sintomas começam com medo, rubor do rosto e palpitações, sempre relacionados a exposições públicas, como, por exemplo, falar e comer perto de outras pessoas. Em seguida, aparecem outros sintomas: tremores, suor excessivo, tensão, diarreia, inquietação, dificuldade de concentração e alteração do sono, sempre ligadas às situações de exposição, seja em reuniões sociais, seja ao falar com autoridades, professores, empregadores.

A fobia social era considerada doença rara, com outra visão epidemiológica ou, melhor dizendo, não tratada ou vista como doença, mas como inibição natural e/ou timidez excessiva. Atualmente, na psiquiatria, as doenças mais frequentes são a depressão e a doença do pânico. Depois, há outras, como a epilepsia, os transtornos obsessivos compulsivos e a esquizofrenia.

A falta de reconhecimento da doença por parte dos clínicos é visível, o que leva à negligência e ao tratamento inadequado, fazendo-se uso de medicação imprópria, na maioria dos casos.

Como tratamento básico, após o diagnóstico estabelecido, deve-se fazer psicoterapia com uso de medicamentos. Sabemos que a psicoterapia está cada vez mais distante, em função dos custos e atendimento pelos convênios, e o paciente acaba não cumprindo com as exigências terapêuticas. O prognóstico é bom e a psicoterapia importante para ajudar na mudança dos pensamentos.

Quando a doença for crônica, pode necessitar de tratamento prolongado. Às vezes, o paciente pode interromper o tratamento, inclusive por causa de sua profissão. Há também que se considerar que a medicação surte efeitos colaterais indesejados, como dor de cabeça, náuseas, vômitos, sudorese, boca seca, tremores, constipação, palpitações, também, muitas vezes, atingem a função sexual, com diminuição da libido. A boa notícia é que tais situações são administradas com facilidade e desaparecem.

Concluimos que, junto ao diagnóstico, o paciente deve iniciar um tratamento psicoterápico e, quando necessário, medicamentoso, até desaparecerem os sintomas. O tratamento só deve parar quando concluído, para evitar recaídas, as quais devem ser novamente tratadas adequadamente, se ocorrerem.

As causas da fobia social podem ser biopsíquicas ou de formação reativa diante de fatos traumáticos. Nessa segunda hipótese, a terapia é indispensável, embora em ambos se recomende a medicação e a psicoterapia.

# Humanidade, que droga?

---

*Albino Julio Sciesleski, Marisa Potiens Zilio*

*Há terapeutas que dizem àqueles que os procuram: “É preciso que você ame mais a você mesmo...” E o pobre se entrega, então, à impossível tarefa de se tornar objeto de amor para si mesmo. Esse foi o terrível erro de Narciso... Só há uma forma de amarmos a nós mesmos: quando perdemos a consciência de nós mesmos, por estarmos totalmente cheios com a beleza do mundo (Rubem Alves)<sup>2</sup>.*

**P**rocuramos, desde a mais remota Antiguidade, algo que tivesse a propriedade de aliviar as dores, serenar as paixões, livrar-nos das angústias, dos medos, da insegurança para poder ter vida, alegria, felicidade e realização. A alegria e a realização pessoal estão ligadas ao fato de se ter uma mente privilegiada, capaz de poder prever, sem fantasias, o futuro, de se ter coragem de enfrentar as dificuldades da vida, as tristezas, o vazio ou nossas manias grandiosas sem necessitar buscar resultados doentios através das drogas.

A demonstração da vida nos ensinou que tanto ontem como hoje o ser humano sempre encontra justificativas para o modo como procura sua felicidade, seu bem-estar, mesmo que mediante o uso de drogas.

Muitas vezes, sufocamos a nossa memória (um ato bom, para libertar-nos de recordações), esquecemos as disputas doentias (como o ciúme, a inveja, os maus pensamentos), esquecemos a tristeza da vida, ou exatamente o contrário, as euforias, que podem ser agravadas com a fantasia. Essa *sufocação* pode se dar pela atividade, pelo trabalho, pelos

bons pensamentos ou até pelo uso de drogas, principalmente, quando se trata de personalidades doentias.

Isso poderá ocorrer com qualquer pessoa que está sofrendo daquilo que chamaria de “ausência da felicidade”. A tristeza, assim como a alegria, é contagiante. Acontece que nossa *dor* transfere para o outro sensações igualmente angustiantes, o que leva ao desejo de atuar sobre essa dor, tanto em episódios depressivos como maníacos (euforia), o que pode oferecer a droga, como meio para nosso alívio. *Quem “já teve reza” para não passar novamente pelo problema? Quem não teve, não sabe a confusão mental dos neurônios durante a depressão. A droga (lícita ou ilícita) alivia momentaneamente os sintomas, as dores, mas por tempo limitado. Isso pode virar hábito e, conseqüentemente, um vício, na busca fantasiosa da cura.*

As disritmias, o *transtorno afetivo bipolar*, que na sua maioria têm caráter hereditário, levam o indivíduo a buscar fantasiosamente os etílicos, a cocaína, a morfina, a maconha, o craque, os anestésicos, entre outros, cujo principal objetivo é aliviar as *dores*.

Experiências também nos mostram que, nos episódios agudos de intoxicação e dependência que conduzem o indivíduo à intervenção, após a desintoxicação, reaparecem os sintomas de depressão ou euforia, que levam à repetição do uso de drogas.

As drogas, necessariamente, não produzem dependência, mas sim fazem a pessoa passar a ser dependente. Não devemos subestimar que a administração, com uso repetitivo e frequente de produtos lícitos ou ilícitos, também pode levar à dependência física, psíquica e química.

### *O que fazer?*

Um dos recursos terapêuticos é a psiquiatria. O tratamento psiquiátrico adequado permite diagnosticar se o indivíduo traz consigo desde o nascimento predisposição de caráter hereditário, desenvolvimentista ou de personalidade.

A observação feita na clínica psiquiátrica é a de que o hábito acaba em toxicomania, em dependência, pois toda a droga, no caso, é usada para compensar direta ou indiretamente a falta de prazeres na vida. Ainda temos de refletir que, com o tempo, as disputas doentias da huma-

nidade (que levam às guerras, envolvem famílias, religiões e governos) estimulam o uso da droga. Desde 1950, aproximadamente, as *tramas diabólicas* permitiram aos traficantes o acesso a um percentual muito elevado de dependentes. Atualmente, estamos condicionados pela dependência psíquica e física, que são reforçadas pela dependência social. Todos nós utilizamos algum tipo de droga.<sup>24</sup>

A análise profunda dos fatores que levam ao uso de drogas revela distúrbios de comportamento que se apresentam na mais tenra idade, sempre ligados a fatores familiares, escolares, profissionais, sociais. Voltamos a reforçar que a grande maioria tem cunho biológico comprovado em estudos mais recentes.

Outra referência necessária relaciona-se às *perdas* importantes, como de pessoas próximas, perdas financeiras, doenças acometidas, traumas de acidentes pessoais ou coletivos, estresse pós-traumático de formação reativa. Tudo isso gera sintomas de depressão ou mania/euforia que podem levar às drogas, para aliviar os sintomas. Tomemos como exemplo a crise de 11 e setembro de 2001 nos Estados Unidos, ou as queimadas nos campos da Europa em 2003. Enfim, foram *batalhas* coletivas, com sintomas e reações também coletivas.

Estamos descrevendo problemas que afetam a sociedade de nossos tempos numa proporção antes nunca vista. Estudos mostram os sérios comprometimentos individuais e sociais da depressão, levando a ser grande a preocupação dos Estados Unidos pelos dias de serviço perdidos por causa dessa psicopatologia. Resulta em consequências sérias para a saúde e o convívio social, comprometendo profundamente as relações humanas grupais no mundo desenvolvido atual. As estatísticas ainda nos mostram que 5% das pessoas têm depressão e 10 a 20% vão sofrer depressão em algum momento de suas vidas. Proporcionalmente, cerca de 25% das mulheres e 10% dos homens vão sofrer depressão em algum momento da vida<sup>13</sup>. No mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde, em média, 5% das crianças de até 12 anos têm algum sintoma de depressão.

A vida não é fácil para ninguém. Parece pior ainda para a pessoa deprimida. Não adianta o sol lindo da manhã cruzar os limites da ja-

nela e dar bom-dia, se os olhos mal conseguem abrir; se o gosto da boca é ruim; se o telefone tocando incomoda; se o banho é quase obrigação; se os pensamentos estão doentes; se quer morrer; se seu corpo quer sumir e sua mente lamenta cada segundo. *Por que isso tudo não acaba? Por que as pessoas não o deixam em paz? Felicidade? Que felicidade? Solidão total. Não adianta demonstrar preocupação, amor, simpatia. A pessoa deprimida quer mesmo desaparecer. Não sabe para onde, não sabe se do outro lado vai ter paz, mas deseja ir. Os caminhos, todos, são malcriados e parecem sem paciência. Por que o olham assim? Por que não o entendem? Por que sim? Por que não? Sim por quê? Não por quê?*<sup>6</sup>

Finalmente, a batalha deve continuar com objetivos e ideias saudáveis, com a participação dos jovens e adultos nas decisões familiares, escolares, sociais e nacionais. Assim, as inconformidades passam a ser exploradas de uma maneira objetiva, para a melhoria da qualidade de vida, a grande meta humana.

*O olho, para ser bom, não pode ver a si mesmo. O bom olho é transparente. O olho que se vê é cego. O corpo, para ser bom, não pode se sentir. O corpo que se sente é o corpo doente. O corpo doente, por se sentir, não pode ver, nem ouvir; nem cheirar; nem sentir o prazer do gosto e do toque. Amar é ter alegria na relação com um objeto. Nessa alegria, eu perco a consciência de mim mesmo: estou imerso na alegria do objeto. O corpo amoroso é o corpo onde mora um jardim (Rubem Alves).*

É necessário devolver ao depressivo a capacidade de amar, para que a razão da vida seja o seu maior prazer de viver.

# Transparência ou fofoca?

*Albino Julio Sciesleski, Marisa Potiens Zilio*

*A*dequamos palavras bonitas para justificar ações nem sempre tão éticas, verdadeiras ou justas. Aliás, *tudo* é possível e justificável nos tempos atuais.

Há, sem dúvida, uma inversão de valores: bandido é aplaudido, como assistimos na televisão; é saudado com fogos de artifício; o poder não está mais na mão dos incorruptíveis, ao contrário, quanto maior for a corrupção, maior será o poder.

Em nome da transparência, por exemplo, apresentam-se os amantes da sociedade, fira a quem ferir (familiares, padrões morais e religiosos) e nega-se o roubo *na cara-dura*, alterando-se documentos, burlando-se regras. Muitos se utilizam de uma suposta transparência para se manter no poder... Pura fofoca!

Transparência não tem duas verdades, tampouco duas caras. Transparência não faz acordos diferenciados. Transparência não beneficia alguns em detrimento de outros. Transparência não é beneficiar a si próprio. Transparência envolve respeito e amor.

Fofoca, inveja, desrespeito, maledicência...

*Quando estamos sendo transparentes? Quando estamos agindo com más ou vis intenções? É muito simples! Se meu ato for de amor e construção; se nele estão implícitos os valores com os quais quero viver o resto de minha vida; se o *sim* e o *não*, assim como a *ação*, forem iguais para com todos, independente de credo, raça, cor ou condição social, ou quando sustento minhas palavras e atos, aí estou sendo transparente.*

Transparência tem sim tudo a ver com equilíbrio pessoal e muito pouco com *dizer tudo na cara*. Muitas vezes, *dizer tudo que se pensa* significa ofender, projetar seus próprios medos, rancores e inseguranças. Não se diz *tudo*. Prudência é muito bom! Dizer *tudo* significa *despejar* sem autocritica, com muita raiva, violência e nenhum pudor.

Vivemos numa sociedade esquizofrênica. Uma sociedade que perdeu o senso de realidade. Uma sociedade onde as pessoas acreditam nas suas percepções, pendendo o senso da verdade, do coletivo. Uma sociedade confusa, perplexa, desorientada. Relacionamentos se tornaram difíceis, pessoas ficam na defensiva. As *armas*, todas servem, todas se justificam.

Há elementos que contribuem para este estado de coisas, para a fofoca, para a antidemocracia. É necessário prestar atenção, fazendo uma hetero e uma autoanálise.

Na hetero-análise, pergunta-se:

- *Quais os valores dos meus grupos de convivência (trabalho, social, familiar)?*

Na autoanálise, pergunta-se:

- *Como, com quem e onde gasto meu tempo, meu dinheiro, meus pensamentos, meus sentimentos?*

- *Sinto-me ameaçado?*

- *Corro mais do que deveria?*

- *Faço acordos pessoais para manter-me no poder, no cargo, na função... trabalhando por debaixo dos panos?*

- *Sinto como se o mundo me escapasse?*

- *Sinto-me estressado? Decepcionado? Agrido com facilidade?*

- *Falo ou penso mal dos outros?*

- *Como estou vivendo?*

- *Quais são meus reais valores?*

Transparência só acontece quando sou transparente comigo mesmo. Quando reconheço minhas qualidades e meus defeitos, quando oportunizo no outro crescimento e aprendizado dos atos de amor, confiança e respeito.

# Ética

*Albino Julio Sciesleski, Marisa Potiens Zilio*

É um tema amplo, complexo e filosófico; nasceu com Sócrates, que distinguiu o bem do mal. Paradoxalmente, dizia que “a culpa é apenas erro, quando o erro torna-se uma culpa”. Já seu discípulo, Platão, afirmava que “aquele que conhece verdadeiramente o bem não pode fazer o mal”. No decorrer dos tempos, diversos filósofos dissertaram sobre a ética, dizendo que “é o princípio ordenador da sociedade”.

Ciência centenária, a ética tem dentro de si mesma várias subdivisões. A bioética dedica-se ao estudo da sociedade humana, cuja responsabilidade é multidisciplinar. Há a macroética, que está ligada à ecologia, ao meio ambiente e à saúde coletiva. Existe a microética, que trata das questões individualmente, fruto da ética, mas constituída de um modo geral. Aos médicos, torna-se difícil conciliar os conceitos éticos e legais na profissão. A evolução tecnológica, a competição, as questões legais e formais levam ao seu desrespeito. Nossa preocupação está em preservar a ética. Princípios como a família do paciente, as suas condições sociais, financeiras e emocionais são fundamentais à ética médica.

Como filhos da terra, começamos nossa vida preparando-a com limpeza, adubação. Lançamos a semente para a germinação, o crescimento, a floração, a frutificação e a colheita. Colhemos os frutos com carinho, com amor, com orgulho, contribuindo para alimentar a humanidade. Essa experiência com a terra preparou-nos para uma vida na qual o respeito à natureza nos ensina os primeiros princípios de apoio à sustentação da ética.

É certo que a educação começa no lar, por uma família bem constituída, bem formada. Depois vem a Igreja, com ensinamentos morais a serem praticados. Posteriormente, vem a escola primária, a secundária e, finalmente, a universidade. Os professores, no ambiente escolar, de-

vem ter a preocupação com o ensino, com o desenvolvimento humano, com a educação e a ética.

A modernidade trouxe a mídia como fator decisivo na formação ético-moral das pessoas. A mídia é a divulgadora universal das notícias e sugere o que se deve e o que não se deve fazer. Mostra, inclusive, as vantagens e os prejuízos do que se compra e do que se vende, até ideias.

É com o apoio da educação, da mídia, na saúde que se conseguirá quebrar preconceitos sobre o *status* social, cultural e econômico.

Nós, médicos, contribuímos para a segurança no trabalho, elaborando projetos de segurança; contribuímos com o uso obrigatório do cinto de segurança, uso de capacete pelos condutores de moto; contribuímos na reformulação do Código Nacional de Trânsito, apesar de não haver fiscalização eficiente e nem mesmo punição adequada aos infratores. São bons exemplos para grande parte de nossa sociedade que não sabe reivindicar seus direitos e não sabe de seus deveres.

A justiça é morosa e falha. Somos muito complicados. Esquecemos que, para receber amor, temos de saber receber e dar também. Esse deve ser nosso permanente objetivo, mas esquecemos que temos direitos e também deveres que devem ser assumidos conjuntamente. Devemos aprender a conviver, a trabalhar com justiça, ética e igualdade social.

Há sempre em nossas vidas questionamentos que nos inquietam ante as negligências que existem e persistem. A incompetência, igualmente às informações enganosas que visam a tirar vantagens, conduzem a processos antiéticos.

Como médicos peritos, sempre levamos em consideração as informações e as hipóteses diagnósticas. A preocupação sempre foi e será a justiça, mas não é muito fácil atender, pois devemos levar em conta tudo. Mesmo com informações duvidosas, jamais podemos humilhar nossos semelhantes, nossos pacientes.

Justiça é para todos e não para os plagiadores do poder. Se todos pensarem assim, a humanidade viverá na fraternidade e na paz.<sup>12</sup>

Maria Montessori já dizia: “Ao homem consciente não é permitido fazer o mal sem querer e o bem por acaso”.

# Mentira e loucura

---

*Albino Julio Sciesleski, Marisa Potiens Zilio*

*Perdi-me nesta selva que é a vida e agora tenho de encontrar as migalhas que deixei no caminho, antes que os passarinhos as comam, e fugir antes que a bruxa da casa dos doces dê comigo.*

O conceito de mentira passa por reflexões filosóficas, éticas, morais e psicológicas. No dicionário, encontramos que *mentir* é apresentar como verdadeiro o que é falso, degenerar, cessar de ser bom, legítimo ou verdadeiro, falhar, não vingar, não se realizar, não se concluir, iludir, enganar.

*Mentir* e *mente*, palavras oriundas da mesma raiz, mostram a proximidade entre o delírio, a alucinação e a consciência.

Da palavra *mentir*, queremos destacar os aspectos que se referem a degenerar, cessar de ser bom, falhar, não vingar, não se realizar. Podemos refletir em dois sentidos: aquilo ou aquela verdade que se degenerou ou ainda aquele que se degenera pela mentira, que deixa de ser, de se realizar. Da palavra *mente*, ressaltamos o cérebro, a inteligência, o intuito, a memória, a imaginação. Assim, podemos concluir que *mentira* e *loucura* estão muito próximas.

Em muitos dos distúrbios mentais, as pessoas *mentem*, ou melhor, *alucinam*. Elas vivem o que não aconteceu como se fosse a mais pura verdade; enxergam o que não está presente; fantasiam o mundo e a si mesmas; saem da realidade.

No entanto, há os que mentem consciente e intencionalmente. Como exemplo, nos últimos tempos, temos assistido na política verdadeiros descabimentos em relação à verdade.

Entretanto, queremos falar de outro aspecto da mentira, adentrando na psicologia humana. Por isso, perguntamos: *Pode alguém enlouquecer por mentir?*

Voltamos à questão: *mentir e mente*. Quem mente trai a própria mente. Quantos de nós já tivemos que ocultar a verdade em prol de um bem maior e, mesmo assim, ainda que conscientemente, nos sentimos desconfortáveis, com medo de sermos desvelados, desnudados.

Há também os que mentem por banalidades, como contando grandezas, por exemplo, buscando autoafirmação e aceitação nos grupos dos quais participa. Essas mentiras são banais e pouco comprometem a pessoa, mas sem dúvida comprometem a confiança. Essas são pessoas nas quais não se pode acreditar, são pessoas que não podem ser levadas a sério.

Contudo, há uma situação mais grave e que se refere à mentira de ocultação de si mesmo. Pessoas adoecidas em seus egos, que perderam a confiança em si mesmas e que possuem uma imagem negativa tendem a ocultar estes sentimentos, mentindo até para si – “Eu sou o máximo, você é o mínimo”. “Faça tudo certo e você não”. “Só eu tenho a verdade”. “Não sou responsável pelos meus fracassos, todos vocês é que são”. Pessoas assim, vivem aquilo que não são e aos poucos vão se perdendo, distanciando-se do seu *eu*.

Muitas vezes, ainda, para não admitir o próprio erro, inventam inverdades para ocultar os verdadeiros fatos. Então, aos poucos, já não sabem mais de si mesmas. Nesse momento, a verbalização (necessidade de falar) se torna condição e compulsão. Quanto mais fala menos escuta os outros e sua própria consciência. Esses são os caminhos da loucura.

Diante desta situação, apenas a terapia poderá ser a grande auxiliar, podendo permitir ao sujeito a reconstrução de si mesmo.

No dicionário, a palavra *verdade* significa qualidade pela qual as coisas se apresentam como realmente são, conformidade com a realidade, veracidade, autenticidade. *Verdade* também tem a mesma raiz de ver, de verbalizar, de verbo (palavra).

Quem não consegue ver a si mesmo, falar de si mesmo com autenticidade, perde seu próprio *eu*. *Verdade* tem a ver com conformidade com a realidade. Estar *em verdade* ou *na verdade* implica desejo e cumplicidade com seu verdadeiro *eu*. Nesse ponto, já podemos deduzir o quanto a mentira nos afasta de nós mesmos e o quanto isso pode ser enlouquecedor.

Enlouquecer não tem a ver só com verdade ou mentira, também enlouquecemos por disfunções orgânicas ou por outros distúrbios mentais, assunto este que poderemos abordar em outro momento.

Este texto tem a pretensão de ser um alerta ao indivíduo e seu comportamento, além de uma reflexão para a realidade social e política, tão nefasta e mentirosa que pode nos enlouquecer coletivamente.

# Vingança

*Albino Julio Sciesleski, Marisa Potiens Zílio*

*Tudo muda  
Tudo muda. Começar de novo  
Tu podes, como o último alento.  
Mas o que está feito, está feito. E a água  
Que atirastes ao vinho, não podes  
Mais retirar.  
O que está feito, está feito. A água  
Que atirastes ao vinho, não podes  
Mais retirar, mas  
Tudo muda. Começar de novo  
Tu podes com o último alento.  
(Bertoldo Brecht)*

*Que sentimento é este que faz tanto mal quanto aquele que, em momentos de ira, desejamos a outros? Que rouba tempo, sono e criatividade? Que gera culpa, insatisfação e impotência?*

Embora a vingança seja um dos sentimentos mais frequentes do ser humano, são raros os estudos sobre ela.

No dicionário, encontramos dois significados para a palavra *vingança*. São significados controversos e contraditórios, porém próximos, pelo menos do ponto de vista psicológico: a) vingança como desforra ou cobrança; b) vingança de vingar, dar certo, dar frutos, produzir.

Vingança consiste na retaliação contra uma pessoa ou grupo, em resposta a algo que foi percebido ou sentido como prejudicial. Embora muitos aspectos da vingança possam lembrar o conceito de igualar as

coisas, na verdade, tem, em geral, um objetivo mais destrutivo do que construtivo. Quem busca vingança deseja forçar o outro lado a passar pelo que passou e/ou garantir que não seja capaz de repetir a ação nunca mais.

Sobre as bases morais, psicológicas e culturais da vingança, a filósofa Martha Nussbaum<sup>16</sup> escreveu:

*O senso primitivo do justo — notadamente constante de diversas culturas antigas a instituições modernas... — começa com a noção de que a vida humana... é uma coisa vulnerável, uma coisa que pode ser invadida, ferida, violada de diversas maneiras pelas ações de outros. Para essa penetração, a única cura que parece apropriada é a contrainvasão, igualmente deliberada, igualmente grave. E para equilibrar a balança verdadeiramente, a retribuição deve ser exatamente, estritamente proporcional à violação original. Ela difere da ação original apenas na sequência temporal e no fato de que é a sua resposta em vez da ação original — um fato frequentemente obscurecido, se há uma longa sequência de ações e contra-ações.*

Quando algo perturbador acontece, gerando sofrimento ao indivíduo, a sua imaturidade psicológica se sente ameaçada. É algo tão forte que, mesmo raciocinando conscientemente, não consegue se desvincular das manifestações desconhecidas que traz armazenadas em seu inconsciente, exigindo reparação, desforra e mesmo a aniquilação do seu opositor.

Inicia-se, então, uma acirrada disputa entre o lado racional, procurando resistir a esse tipo de atitude, por identificar essa falha do caráter, e o lado irracional, revestido de toda uma bagagem sombria, de manifestações inesperadas e inconsequentes, desconhecidas da personalidade do indivíduo.

Esses impulsos doentios emergem de áreas desconhecidas do ego e induzem o indivíduo a um trabalho de desenvolvimento perseverante de odiosidade, instaurando-lhe no mais profundo de seu ser a revolta e o desconforto ante o opositor, que se lhe apresenta como um perigo constante para sua segurança. Entretanto, nem sempre a figura do opositor é real, mas sim fruto da imaginação e do inconsciente.

O fenômeno ocorre tanto individualmente como em grupo. No indivíduo, esse comportamento provoca o perverso mecanismo conflitivo, que o leva ao desespero, e mesmo quando o outro já não mais lhe representa perigo algum, mesmo depois de se render ou ser aniquilado, os efeitos desastrosos da vingança não desaparecem, frustrando a quem aparentemente estaria vitorioso. No grupo, como nas nações, por exemplo, esse fenômeno desencadeia as guerras.

Invariavelmente neurótico, o enfermo indivíduo que assim age, vitimado quase sempre pela repressão sexual infantil ou dominado pela sede do poder e da ambição, vive a competir com os demais, os quais passa a invejar por se encontrarem em melhores situações psicológicas que a dele.

A vingança é um transtorno neurótico, torpe, que liberta do inconsciente forças desordenadas sob o estímulo do *aniquilamento* do inimigo.

Curioso é notar que o inimigo não é aquele que se torna combatido, mas sim o seu próprio *eu*, que transfere para o outro, em fenômeno de projeção, o que guarda internamente. Ao armar-se de calúnia e de outros mecanismos de perseguição, contra aquele a quem odeia, está realizando uma luta inconsciente contra si mesmo, uma vez que está apenas projetando o lado escuro e sombrio da sua personalidade que o mantém preso à ignorância.

Fixa-se no adversário com implacável disposição de conseguir a sua extinção, que enganosamente para ele dependerá sua liberdade a partir desse momento.

Além da inferioridade moral que tipifica o vingador, o seu primarismo emocional elabora razões ponderadas que são arquitetadas pela mente em desalinho, para justificar o prosseguimento de tal façanha. Em outras oportunidades, sua inferioridade se projeta e não se sente devidamente capaz de competir contra valores significativos, os quais invariavelmente não possui.

Se, por acaso, tiver a oportunidade de se harmonizar com o inimigo, não o perdoa interiormente – embora possa ser, na verdade, o maior merecedor de perdão –, ruminando o que considera sua derrota até

encontrar novos argumentos para dar prosseguimento à sanha doentia de vingança, pela sua libido atormentada.

Aqueles que se apoiam em mecanismos vingativos foram vítimas de repressão na infância ou juventude. Sentiram-se desprezados pelo grupo social e transferem agora suas frustrações para quaisquer outros, desde que isto os transformem em pessoas de poder ou ambiciosos dirigentes de *qualquer coisa*, em que a personalidade esquizoide, paranoide, maneirosa, falsamente humilde ou pretensiosamente dominadora, passe a ser homenageada.

Os indivíduos que assim procedem, levados pelo sentimento desequilibrado e doentio da vingança, estarão sempre sujeitos a desviar-se de seus objetivos de vida ou até virem a ter crises psicossomáticas podendo transformarem-se em personalidades psicopatas perigosas.

Quando perguntado se perdoava a quem o tinha ofendido, Gandhi respondeu: “Mas ninguém me ofendeu”. Essa frase aponta para uma mente sadia, capaz de perdoar ou de legitimar suas intenções, sem que opositores lhes pareçam inimigos ou pessoas a serem combatidas.

Se agirmos em represália, os nossos direitos, mesmo que legitimados por termos jurídicos, perdem sua legalidade. Devolver na mesma moeda não constrói nem transforma a natureza humana.

As pessoas podem viver em harmonia, desde que respeitem suas divergências, suas diferenças e seus direitos. Também é importante saber que sentimentos nascem no mais íntimo do nosso ser e, como já dito neste artigo, nem sempre reconhecidos por nós. Para isso, existem as terapias, o diálogo, a busca da espiritualidade e tantos outros mecanismos que não apenas farão bem à pessoa como a toda a humanidade.

- ◆ *TRANSTORNO DO HUMOR E DO AFETO*  
50
- ◆ *PARANOIA*  
55
- ◆ *DOENÇA DO PÂNICO*  
58
- ◆ *COMPULSÃO OU OBSESSÃO?*  
60
- ◆ *ANOREXIA E BULIMIA*  
64
- ◆ *ESQUIZOFRENIA*  
68
- ◆ *TERAPIA: UM MAL OU UM BEM*  
73
- ◆ *ELETROCONVULSOTERAPIA*  
77



# *Transtorno do humor e do afeto*

*Albino Julio Scieszleski, Marisa Potiens Zilio*

## *Exemplo de caso*

Lúcia era uma jovem alegre e simpática, daquelas pessoas que tomava conta da festa, vestia-se bem, estudava, trabalhava. Aos poucos, começamos a perceber uma irritação momentânea, por motivos torpes.

“ — Você está estressada? Quem sabe é hora de rever sua vida, suas atividades?” Perguntavam os amigos.

Lúcia queixava-se constantemente do mundo e de todos. Parecia que o mundo, bem como todos, estavam totalmente errados.

“ — Não gosto do Fulano porque isso, porque aquilo...” Dizia ela.

Ou: “ — Viu só o jeito do Sidano?”

Ainda:

“ — Se ele não chegar até as 7h como combinado tal coisa...”

Exigências à parte, aquela moça alegre e simpática foi dando lugar a uma jovem irritante e irritada, que todos passaram a evitar.

Isso quando não se achava a toda poderosa, tomando conta das conversas, contando grandezas, mentindo, e ainda acreditando ser verdade o que dizia, dentre outras atitudes similares.

Contrariá-la? Nem pensar! Era guerra na certa!

Lúcia não tinha escuta. Pior, não ouvia a si mesma. Sofria, mas não admitia, não procurava ajuda. Estava indo para o *fundo do poço*! Já era triste e desanimada até para trabalhar.

São vários os transtornos do humor e do afeto. Ou melhor, são vários os sintomas e suas classificações, mas todos eles são de um grande sofrimento tanto para a pessoa doente quanto para os que estão ao seu redor. Vejamos como podem se classificar e serem tratados.

O transtorno do humor e do afeto é a doença de maior enfoque no momento; é a afecção que mais cresce no mundo desenvolvido; é a terceira doença mundial. Dados apresentados em estudos e colhidos de nossa própria experiência apontam para essa realidade social. Economicamente, o transtorno do humor e do afeto, tanto para o indivíduo, quanto para os pais, causa profundos danos.

*Hipomania*: O transtorno do humor pode iniciar com leves distúrbios, sintomas mais leves, com os quais as pessoas conseguem viver socialmente. São características dos hipomaniacos (menos que maníacos) falar demais, comportou-se sempre com jovialidade e jocosidade; às vezes são impulsivos, têm pouco sono, mas a autoconfiança exagerada, assim como otimismo. Costumam ter gastos exagerados e comportamento e manifestações sexuais desinibidos.

*Ciclotimia*: Pessoas com essa doença são portadoras de distorções ora depressivas, ora hipomaniacas; são instáveis emocionalmente, jovens que se apresentam com rupturas sociais, tais como fracassos na linha de trabalho, extravagâncias financeiras, mudanças em cursos universitários, mudanças de moradia. Têm uma vida com muitos altos e baixos. Sua autoconfiança se apresenta boa ou ruim, está na tristeza ou na alegria, fala pouco ou demais, chora ou ri sem explicação. Têm pensamento lento ou rápido ou repetitivo. Isso caracteriza a ciclotimia,

instabilidade emocional que pode comprometer no trabalho, na escola, com amigos e com a família. Na adolescência, é mais frequente, podendo ser diagnosticada quando o comportamento ciclotímico é exarcebado.

*Hipermaníaco:* É difícil ver os limites entre temperamento, comportamento hipermaníaco e normalidade. Por quê? O hipermaníaco é exuberante, jovial, jocoso, otimista, exagerado, inquieto, falando muito sempre com autoconfiança “eu sou isso, sou aquilo, eu fiz isso, fiz aquilo”. Tem muita disposição e muita energia em muitos projetos e planos, muito versátil, envolvido e intrometido, desinibido e sem medo de riscos, vive bem profissionalmente e socialmente, mas, muitas vezes, tem que buscar alguém para melhorar sua qualidade de vida, administrando melhor seus conflitos, de comportamento social e sexual desinibido.

*Mania:* A fase maníaca faz parte do transtorno afetivo bipolar, que aparece do mesmo modo como o episódio depressivo, que pode desenvolver a depressão espontaneamente ou até desencadeado pelo uso de antidepressivos no tratamento. Por isso, o acompanhamento psiquiátrico-psicológico é importante para esse controle. A mania começa com insônia, ansiedade, fala exagerada, risos sem motivos e exagerados. Quando o quadro se altera mais, vêm os delírios de grandeza, desconfiança, por vezes mania de perseguição, acusações de que falam mal da pessoa com mania. Quem tem esse distúrbio chega a gastar mais do que pode e paga com cheques sem fundos, sem controle e sem bom senso.

*Quadros depressivos:* A depressão, em diferentes graus, afeta corpo e mente. O portador de depressão leve poderá apresentar sintomas emocionais e físicos associados ou independentes, tais como: agressividade, distúrbio do apetite, impulsão, compulsão, tristeza, ideação suicida, dores, tonturas, baixa energia, alteração do sono. Os sintomas iniciam com nervosismo, tristeza, desânimo, vontade de chorar, baixa energia e uma pequena alteração do sono.

Quando a depressão já está na fase moderada, as queixas são maiores, pois mais intensos são os sintomas.

Na fase avançada, depressão é grave porque os sintomas aumentam mais ainda, ansiedade, tristeza, desânimo, choro, medos inexplicáveis, sensação de que algo ruim vai acontecer logo. A pessoa depressiva tende a ficar só, no escuro; evita encontros, festas, passeios, enfim, evolui a sensação que ninguém gosta dela, acompanhada de pessimismo, ideias negativas, tentativas de suicídio. Às vezes, o depressivo começa a usar álcool e drogas que, no início ajudam a combater os sintomas, mas que depois os aumentam e levam ao vício, aí instalam-se duas doenças. Por vezes, a pessoa tem crises de pânico, associadas à depressão.

Há também a depressão pós-parto que é perigosa, sendo mais frequente em quem já teve crise depressiva, mas pode aparecer pela primeira vez após o parto e deve ser tratada imediatamente.

*Depressão reativa:* Quando se perde um ente querido por morte, ou perde-se dinheiro ou emprego, todas essas dificuldades tendem a adoecer a pessoa. Aqueles que têm a personalidade característica, têm crises mais fáceis, tanto depressivas como maníacas, o que exige que o tratamento seja feito com muito cuidado, sejam administradas doses certas, remédios bons e no tempo certo até curar a pessoa enferma.

Se, por outro lado, ela não tem características genéticas e de personalidade para o mesmo caso, o tratamento pode ser realizado com mais tempo, o que, geralmente, garante uma resposta rápida e melhor.

É preciso lembrar que as recaídas podem ocorrer. Isso é normal, porém, são mais frequentes quando algum tratamento não foi bem feito. E para evitar isso, a dosagem deve ser administrada corretamente. O remédio indicado deve ser consumido no tempo certo. Assim, evita-se a cronicidade da doença.

Atualmente, a medicina preventiva vem evoluindo, fazendo com que o nível de vida das pessoas melhore e a idade média aumente. Ninguém quer ficar doente, mas as doenças vêm sem avisar, algumas por caracteres genéticos hereditários, como o diabetes, a pressão alta etc.

A depressão também pode ser vista assim: 80% da doença é de caráter hereditário e 20% é reativa. Por isso, temos que nos educar para enfrentar a doença. Em primeiro lugar, a pessoa enferma tem que

aceitar e realizar o tratamento efetivamente; conhecer a história de sua doença; buscar o terapeuta; usar a medicação indicada, na dosagem e no tempo necessário.

A contribuição da família, dos amigos, dos colegas de trabalho, da sociedade é importante. A boa relação com o terapeuta, médico-psiquiatra-psicológico, é importantíssima para uma psicoterapia comportamental-cognitiva, o que certamente ajudará no resultado mais efetivo dos psicofármacos (remédios), e isso faz com que se entenda mais a doença, realizando adequadamente o tratamento. Assim, obtém-se ótimo resultado, melhorando a vida com a família, com os amigos, com os colegas de trabalho e com a sociedade.

# Paranoia

---

*Albino Julio Sciesleski, Marisa Potiens Zilio*

Em dicionários, paranoia é tida como um estado mental caracterizado por lesão parcial da inteligência e da sensibilidade e no qual o indivíduo se supõe perseguido, incompreendido e superior a seu meio. A paranoia também pode ser definida como uma doença psiquiátrica cuja característica central é um delírio bem organizado; o termo pode ser utilizado para designar, vulgarmente, a mania da perseguição. Ainda, a paranoia é descrita como um termo utilizado por especialistas em saúde mental para descrever desconfiança ou suspeita altamente exagerada ou injustificada. Entretanto, diferente de outros estados psicóticos, apesar dos delírios, há uma curiosa manutenção da clareza.

As doenças mentais e/ou as emocionais que podem atingir pessoas de quaisquer idades associam-se, muitas vezes, a queixas clínicas e/ou comportamentais socialmente aceitas, pois se revestem de necessidades e justificativas. Um fator emocional pode causar ou agravar comportamentos antes compensados (dentro de limites aceitáveis) ou mesmo gerar doenças físicas (orgânicas) de difícil diagnóstico.

Segundo o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*<sup>15</sup>, “os fatores psicológicos afetam adversamente essa condição, influenciando no curso do tratamento [...], exacerbando ansiedade”, por exemplo. Assim, pode-se dizer que para todo transtorno mental existem causa e consequência que podem ser biológicas (do corpo), sociológicas (do comportamento relacional) ou psicológicas (envolvendo questões do afeto primário do indivíduo).

Pode-se, então, classificar a paranoia em três categorias distintas:

a) *Distúrbio paranoide de personalidade* – que inclui sentimentos de desconfiança (o mundo é ameaçador), sensibilidade exacerbada, com comportamento excessivo de defesa e hostilidade, frieza nas relações com medo de envolvimento. Nessa categoria, é marcante um tipo de delírio como persecutório (a pessoa se sente perseguida e ameaçada); outro tipo é o delírio do ciúme (perda da confiança por ciúmes da pessoa com quem está envolvida emocionalmente); também pode ocorrer uma *fixação romântica* ou delírios eróticos, como acreditar que recebe presentes ou telefonemas de admiradores ocultos; podem ocorrer ainda delírios de grandeza e hipocondria (manias de doença). As pessoas portadoras deste distúrbio são as que se irritam com facilidade e não raramente provocam conflitos em seus relacionamentos.

b) *Esquizofrenia paranoide* – os delírios podem ser extremamente bizarros (como, por exemplo, ser engolido por teias de aranha) e, pouco a pouco, a pessoa perde o contato com a realidade, o pensamento torna-se desorganizado e confuso. O paciente pode apresentar desconfiança, medo, insônia, acha que *falam mal dele*, ou que pode *tudo*, ouve vozes, fala muito, tem delírio de autorreferência e grandeza.

As causas da paranoia, em geral, podem ser muitas, porém, neste capítulo do livro, queremos tratar especificamente de uma em especial: o estresse ou a tensão exagerada provocada por um mundo onde (de um lado, a segurança e, de outro, as cobranças) estão tornando a vida difícil, estressante e, o que é pior, levando à desconfiança e à insegurança.

Atualmente, o nível de violência pode ser comparado aos provocados pelas guerras. Como não delirar frente a fatos concretos de assaltos, balas perdidas, traições? Como saber distinguir ações carregadas de boas intenções daquelas que tentam nos emaranhar em *armadilhas*, *passar-nos para trás*, abusar de nossa boa vontade e até mesmo de nossa inocência? Criaram-se ideias pouco éticas de convivência, como se nota nos ditos: “O mundo é dos espertos!” ou “Cada um que se vire!”.

Estamos nos desagregando como sociedade (que está esquizofrênica) e como indivíduos (com nossos distúrbios delirantes). Estamos comprometidos também com os delírios dos grupos e esta paranoia é

bem mais difícil de superar, pois, no grupo, um reforça o delírio do outro, fazendo-o parecer real e verdadeiro. Constatou-se que muitos preferem o delírio à realidade, entregando-se às drogas, por exemplo, ou buscando justificativas (projetivas) para suas fantasias delirantes.

*Solidariedade, confiança, saúde mental, harmonia, despreocupação, prazer, segurança, amor, compreensão, perdão, onde estão vocês?*

Como disse Veronica A. Shoffstall, inspirada em algumas palavras de Shakespeare, “Um dia a gente aprende... Um dia você aprende...”

*Depois de algum tempo, você aprende a diferença, a sutil diferença, entre dar a mão e acorrentar uma alma. E você aprende que amar não significa apoiar-se; que companhia nem sempre significa segurança e começa a aprender que beijos não são contratos; que presentes não são promessas. Começa a aceitar suas derrotas com a cabeça erguida e olhos adiante, com a graça de um adulto e não com a tristeza de uma criança; aprende a construir todas as suas estradas no hoje, porque o terreno do amanhã é incerto demais para os planos, e o futuro tem o costume de cair em meio ao vão. Depois de um tempo, você aprende que o sol queima se ficar exposto a ele por muito tempo, e aprende que, não importa o quanto você se importe, algumas pessoas simplesmente não se importam. Aceita que não importa quão boa seja uma pessoa, ela vai feri-lo de vez em quando e você precisa perdoá-la por isso. Aprende que falar pode aliviar dores emocionais e descobre que se leva anos para se construir confiança e apenas segundos para destruí-la, e que você pode fazer coisas em um instante, das quais se arrependerá pelo resto da vida; aprende que verdadeiras amizades continuam a crescer mesmo a longas distâncias, e o que importa não é o que você tem na vida, mas quem você tem na vida, e que bons amigos são a família que nos permitiram escolher (Tradução livre).<sup>26</sup>*

# *Doença do pânico*

---

*Albino Julio Sciesleski, Marisa Potiens Zilio*

O distúrbio do pânico é uma afecção debilitante que atinge, pelo menos, uma em cada 75 pessoas no Brasil e no mundo. Os sintomas começam com crises inesperadas de medo, medo sem explicação, de ficar só, de dirigir, de ficar em grupo, de altura, de lugares fechados. Nesses episódios, ocorrem palpitações, o coração dispara e ao mesmo tempo parece que vai parar. A pessoa com essa doença é acometida de crises de ansiedade generalizada, inclusive sentindo medo da morte, medo de ficar louca. Sofre, ainda, sintomas complementares, como mal gástrico, abdominais, sudorese, tonturas, dor de cabeça, formigamento, falta de ar, acarretando sintomas variados psicossomáticos.

O pânico, muitas vezes, leva o indivíduo a buscar consolo em bebidas alcóolicas e em drogas, que são usadas como remédios no princípio, porque amenizam os sintomas, mas, aos poucos, as doses aumentam, levando essas pessoas ao vício.

A maior parte dos casos tem origem hereditária, ou seja, provém de membros na família que possuem a mesma doença com as mesmas características.

O indivíduo que possuir as características da doença do pânico deve ter auxílio técnico e ser tratado. Para que isso aconteça, familiares e amigos devem auxiliar na busca do terapeuta, pois muitas vezes o estado é tão grave que o paciente já não tem autocritica e não percebe a gravidade da situação.

Nos casos reativos, toma-se como exemplo as pessoas que apresentavam um assalto grave, ou são assaltadas com armas ou sofrem um acidente que resulta em perda de um amigo ou parente querido. A partir

disso, o indivíduo passa a apresentar uma síndrome do pânico, reativa ao episódio. Os casos reativos são menos expressivos e graves e os tratamentos resultam melhores e de mais fácil resolução.

Porém, se o indivíduo não for tratado adequadamente, poderá passar por conflitos no local de trabalho com colegas e com o chefe, além de sofrer uma diminuição no rendimento. Em casa, poderá desentender-se com os familiares e, em caso de ainda estar estudando, ter uma conflituosa convivência na escola, perante os colegas e professores.

Se a doença não for bem administrada e tratada corretamente, o rendimento de vida, de um modo geral, perderá qualidade, tornando a pessoa debilitada e fazendo com que deixe de buscar a felicidade.

Deve-se proceder da seguinte maneira com pessoas com a doença do pânico:

- Aceitação e tolerância: fazer com que o paciente procure tratamento, devendo aceitá-lo e administrá-lo ao mesmo tempo. É o primeiro passo e o mais importante;
- Entendimento e colaboração por parte da família;
- Tratamento cognitivo comportamental-psicoterapêutico;
- Tratamento farmacológico: psicofármacos, antidepressivos, ansiolíticos e acompanhamento de um bom terapeuta.

# Compulsão ou obsessão?

*Albino Julio Sciesleski, Marisa Potiens Zilio*

## *Exemplo de caso*

Em nossa experiência, vários casos chamaram a atenção e, em especial, o de uma menina de 10 anos, filha única.

Essa garotinha menor de idade, acompanhada de seus pais assustados, veio até nós. Relataram que a menina possuía muitos tiques (movimentos involuntários) e que eles não sabiam mais o que fazer. Ao ver a criança, confessamos que também nos impressionou o estado em que se encontrava. Eram tantos os movimentos que a menina estava extenuada, suava muito e se queixava de cansaço. Havia emagrecido consideravelmente nos últimos meses.

A primeira atitude foi encaminhá-la ao neuropediatra para uma investigação neurológica. A segunda, foi a realização de várias entrevistas com os pais e com a criança. O pai estava comprometido com uma grave doença e a mãe muito infeliz com o casamento. Descobrimos que ambos colocavam sobre a criança todas as esperanças de que a vida pudesse ter algum sentido. Tomada pelo desejo dos pais, a menina desenvolvera várias atitudes obsessivo-compulsivas. Repetia os temas escolares, tomava vários banhos demoradamente, alisava os lençóis da cama várias vezes antes de deitar, não saía de casa antes de verificar se tudo estava em ordem, ligava e desligava repetidamente interrup-

tores, abria e fechava portas, verificava várias vezes se o gás do fogão encontrava-se realmente desligado etc.

Após o exame neurológico ter apontado normalidade, a menina passou a ter acompanhamento do psiquiatra, foi medicada e recomendada à terapia cognitiva comportamental (TCC), tanto para ela quanto para a família.

De imediato, os tiques foram significativamente amenizados e, com o tempo, desapareceram.

Na terapia, foi possível trabalhar as questões da percepção de si mesma, para que a criança fosse se desvinculando dos desejos dos pais. Com os pais, trabalhamos com a reconstrução de suas visões, valores e significação de vida, bem como suas atitudes e condutas em relação à filha.

O tratamento durou um ano e o afastamento da terapia foi espontâneo.

*N*as sociedades globalizadas é comum que todas as pessoas tenham acesso a informações advindas de diferentes evoluções científicas e tecnológicas. Essas informações acabam por contribuir para que todos possam ser mais preventivos e atentos aos problemas, sejam de caráter social, sejam científicos, ecológicos ou tecnológicos.

Nesse sentido, a medicina tem se popularizado. Há, nos diferentes meios de comunicação, pessoas especializadas em colher informações e passá-las à população. Todos estão ganhando e a saúde está melhor.

No entanto, apesar de toda essa evolução, ainda nos deparamos com doenças de pouca compreensão e solução, às vezes também com linguagens pouco compreendidas. Uma dessas doenças é o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), muitas vezes difícil de ser avaliada, diag-

nosticada e tratada. Está ligada a transtornos da personalidade, com histórias de somatizações e sintomas psiquiátricos. É uma doença de evolução, que pode se tornar crônica, porque, geralmente, passa despercebida e quando diagnosticada já tem longa duração. Tanto pode surgir de forma abrupta, após algum evento desencadeante, quanto insidiosamente, sem que esteja associada a algum evento estressante sério.

As características fundamentais dos pacientes portadores do TOC são as compulsões e obsessões. Entretanto, esses sintomas costumam estar presentes em vários outros quadros psiquiátricos, notadamente nos depressivos e ansiosos.

Nas obsessões, os sintomas observáveis são a dúvida, a ruminação e o perfeccionismo. Entre os obsessivos, registrou-se, além disso, as obsessões impulsivas, a hipocondria obsessiva e as fobias, as obsessões suicidas e homicidas, as obsessões de culpa, as de antecipação, as mágicas, e as obsessões ecomofóbicas (temor a objetos pontiagudos e afiados).

As compulsões consistem em *comprovação*, como, por exemplo, lavar repetitivamente as mãos, verificar portas (fechá-las várias vezes antes de dormir). O mesmo vale para quem verifica o registro do gás repetidamente ou formula perguntas mórbidas e rituais. Outros sintomas avaliados frequentemente referem-se ao estado de ânimo/humor, ansiedade e, ainda, aos sintomas psicóticos e ao abuso de álcool e drogas.

Quando os sintomas do TOC aparecem de forma aguda ou desconcertante, é normal a procura de ajuda pelo paciente e/ou pela família. No entanto, há sintomas sutis, como a necessidade de ter sempre tudo absolutamente limpo e ordenado (mania de limpeza), voltando a repetir atos já executados, como tirar o pó da casa várias vezes ao dia. Isso, num primeiro momento, pode ser confundido com uma qualidade (virtude) da pessoa, tornando crônica a obsessão, que fragiliza e confunde-a, tornando mais difícil o tratamento.

*Por que este comportamento?*

*Está na história vital do paciente?*

*É fruto de traumas, de vivências?*

*Há componentes orgânicos, psíquicos?*

São respostas difíceis de encontrar, sendo que os estudos geralmente apontam para os sintomas e poucos falam de suas causas.

Podemos considerar o TOC o fruto do medo excessivo: de adoecer, de engordar ou de emagrecer, de não fazer direito, de ser culpado, de morrer ou de matar, do escuro, de determinados objetivos, das críticas. O que queremos dizer é que o medo é um dos desencadeadores do transtorno, assim como uma variedade de anormalidades biológicas, entre as quais estão nascimento traumático, sofrimento cerebral, alterações cromossômicas.

Os tratamentos para o TOC envolvem psicoterapia e farmacologia. Numerosas pesquisas sugerem um forte envolvimento da serotonina, um neurotransmissor, na fisiologia do TOC. Esses estudos se baseiam nas respostas terapêuticas de 40 a 60% dos pacientes tratados com antidepressivos que proporcionam a recaptação de serotonina.

Um aspecto importante do tratamento do TOC é a chamada terapia cognitivo-comportamental (TCC). Considerado um dos tratamentos de primeira linha, juntamente com os medicamentos. A TCC baseia-se na constatação de que quando o paciente desafia seus medos, expondo-se às situações que evita ou tocando nos objetos que considera contaminados (exposição), ao mesmo tempo, deixa de realizar os rituais de descontaminação ou verificações (prevenção da resposta). Embora num primeiro momento a aflição aumente, em pouco tempo a mesma tende a diminuir até desaparecer por completo e espontaneamente (habituação).

Por fim, o importante é procurar ajuda o mais cedo possível, não permitindo que a doença e seus sintomas se tornem crônicos. É preciso buscar uma vida mais ajustada e produtiva.

# Anorexia e bulimia

*Albino Julio Sciesleski, Marisa Potiens Zilio*

## *Exemplo de caso*

Um dos casos mais impressionantes sobre anorexia foi o de uma moça, internada em uma clínica multidisciplinar, caso este, inclusive, apresentado em um congresso.

A equipe composta por psicólogo, psiquiatra, psicopedagogo, assistente social e terapeuta ocupacional apresentou o caso revelando que em um dos processos terapêuticos adotaram uma tabela, onde a moça deveria registrar, de hora em hora, o que havia conseguido ingerir.

Durante algum tempo (semanas), ela escrevera na tabela: "Tomei um copo d'água". "Fumei um cigarro".

A tabela aos seus olhos estava totalmente preenchida.

Quando questionada se havia conseguido se alimentar, ela dizia:

" — Mas vocês não estão vendo?! Enchi toda a tabela. Não é suficiente?!"

Esta distorção da imagem que se tem de si mesma (gorda/magra) também acabou se refletindo na imagem que se tem do que se faz...

*Como conduzir o paciente que não quer ver a realidade?*

Nestes últimos tempos, muito se tem falado sobre a anorexia e a bulimia, doenças silenciosas que se instalam em nossos lares e vão tomando conta de nossos entes mais queridos. Quando nos damos conta de sua presença, às vezes, poderá ser tarde demais para buscar ajuda médica adequada.

*Contudo, o que são anorexia e bulimia? De que maneira estas doenças afetam aqueles que amamos? Por que elas são, de certa forma, tão monstruosas? Com o que exatamente estamos lidando?*

Para começar, anorexia e bulimia não são exatamente a mesma coisa, apesar de ambas estarem diretamente ligadas a transtornos alimentares. Entretanto, enquanto a anorexia caracteriza-se pela recusa do indivíduo em se alimentar (sem significar perda de apetite), a bulimia consiste na ingestão compulsiva de uma quantidade de alimento definitivamente maior da real necessidade do indivíduo, aliado a métodos compensatórios, como provocar vômitos, por exemplo.

Assim, os temas *anorexia* e *bulimia*, tão explorados atualmente, assim como outras doenças do trato psicológico, exigem não apenas o olhar sobre a saúde física e mental, como também uma análise cultural, política, social e educacional, já que podem atingir pessoas de todas as camadas sociais, de todas as raças, de todos os graus de escolaridade e de ambos os sexos, embora predominantemente em mulheres.

Como ambas têm origem psíquica, vale a pena resgatar sua principal origem: o culto do belo e da perfeição. Dessa forma, as características essenciais da anorexia e da bulimia se confundem: obsessão de magreza e medo mórbido de ganhar peso. A anorexia limita a ingestão de alimentos e a bulimia busca mecanismos (provação de vômitos) para eliminar o excedente.

A cultura do belo tem remotas origens no passado da humanidade. Gregos, romanos e egípcios já possuíam, na Antiguidade, seus conceitos de beleza. Somos escravos de uma sociedade que dita regras e impõe padrões de beleza, mas a premissa de “uma mente sã em um corpo sã”

não pode ser esquecida. Não há corpo belo sem saúde, não há saúde quando a mente perde o controle sobre o corpo.

*Dessa forma, não é estranho que alguém se sinta culpado por ter se alimentado, que busque alternativas ou métodos compensatórios depois de ingerido o alimento? Ou, ainda, não é estranho que alguém negue a própria fome e o desejo de comer? O culto pelo belo, pelo perfeito é tão ou mais importante que saciar nossos desejos mais primitivos como a necessidade de se alimentar?*

A pirâmide de Maslow, a qual apresenta as necessidades humanas, mostra-nos que, para galgarmos os degraus, chegando às necessidades mais nobres e espirituais, ao patamar da transcendência de nossas limitações humanas, é necessário que todas as outras necessidades mais fundamentais tenham sido contempladas: as físicas (alimento, sono), as sociais (estudo, trabalho, produção), as psíquicas (de pertencimento, amor, dedicação).

*Então, por que abrimos mão do que é tão fundamental à nossa humanidade?*

A educação também tem sua parcela de participação no processo que chamaríamos de “desumanização”. O papel da família e a escola estão, aos poucos, sendo modificados, muitas vezes esquecidos de seus reais valores da vida e de seus reais objetivos, que deveriam ser a busca da educação destes novos tempos no que tange a ensinar, criar e principalmente pensar e refletir.

*Falta de consciência? Inversão de valores?*

Somente a consciência de si mesmo poderá trazer de volta sua própria valorização. Precisamos (re)aprender a olhar para nós mesmos, buscando todas as “nossas reais belezas”, sejam elas físicas, psíquicas ou espirituais, aprendendo a (re)construí-las.

A paz interior e exterior nasce de um desejo. É necessário recriar nossos desejos, nossos valores e nossos conceitos.

A anorexia e a bulimia têm cura. São transtornos que podem ser tratados e recuperados, mas, assim como todas as doenças psíquicas, o primeiro passo para sua cura depende do querer do paciente, da aceita-

ção do distúrbio como doença. Existem profissionais altamente capacitados que poderão auxiliar no tratamento, indicando a terapia que melhor convém ao paciente. No entanto, cabe lembrar que o trabalho realizado por profissionais competentes só terá validade quando amparados pelo grupo familiar e social em que o indivíduo está inserido, bem como na capacidade de discernimento do paciente em aceitar e querer o tratamento. Estas doenças ainda podem estar associadas a outras. Por isso requerem uma boa avaliação e consequente diagnóstico para se efetivar um tratamento adequado e de bom resultado.

Para trazer de volta a consciência e o equilíbrio à mente, os profissionais da área psíquica são indispensáveis. No entanto, tais doenças supõem equipe multidisciplinar para a investigação e o tratamento adequado dos fatores que causaram e as possíveis sequelas que geraram, como, por exemplo, as de ordem metabólicas, cardiovasculares, imunológicas, infecciosas e gastroenterológicas.

Melhorias iniciais, no começo de qualquer tratamento, não significam nada. O tratamento da anorexia e da bulimia pode se arrastar por muito tempo. As recaídas e a cronificação com baixo peso e isolamento social são mais frequentes do que a cura completa.

Por isso, mais uma vez ressaltamos a importância do acompanhamento familiar para o sucesso do tratamento que será efetivado com antidepressivos, psicoterapia e acompanhamento endócrino e nutricional e internação hospitalar, se necessário.

Também é importante lembrar que os principais objetivos do tratamento da anorexia e da bulimia são os de salvar a vida do paciente e para tanto é preciso que o mesmo ganhe peso e trate as intercorrências orgânicas da desnutrição.

Voltamos a afirmar, em tom de alerta, que como quaisquer outras doenças, o tratamento tem mais eficácia quando for procurado o mais rápido possível.

*Estejamos atentos!*

# Esquizofrenia

*Albino Julio Sciesleski, Marisa Potiens Zilio*

Vivemos, atualmente, uma realidade conturbada, a qual, algumas vezes, faz com que duvidemos de nossa própria sanidade e da dos outros. Também é comum ouvirmos expressões do tipo: “O mundo está louco!” ou “As pessoas estão transtornadas!” O limite entre a fantasia e a realidade, a verdade e a mentira, a racionalidade e a irracionalidade está cada vez mais tênue. Porém, não é dessa insanidade ou desse mundo que queremos falar, mas, sim, de uma doença que atinge um percentual significativo da população, um transtorno conhecido por muitos: a esquizofrenia, uma doença mental que se caracteriza por uma desorganização ampla dos processos mentais. É um quadro complexo, que apresenta sinais e sintomas na área do pensamento, das percepções e das emoções, causando marcados prejuízos ocupacionais e também nas relações interpessoais e familiares.

Nesse quadro, a pessoa perde o sentido de realidade, ficando incapaz de distinguir a experiência real da imaginária. Essa doença se manifesta em crises agudas, com sintomatologia intensa e intercalada com períodos de remissão, quando há um abrandamento de sintomas, restando alguns deles em menor intensidade.

A esquizofrenia é uma doença do cérebro, com manifestações psíquicas, que começa no final da adolescência ou no início da idade adulta, antes dos 40 anos. O curso desta doença é sempre crônico, com marcada tendência à deterioração da personalidade do indivíduo.

Até hoje, não se conhece nenhum fator específico causador da esquizofrenia. Há, no entanto, evidências de que seria decorrente de uma combinação de fatores biológicos, genéticos e ambientais que contribuiriam em diferentes graus para o aparecimento e o desenvolvimento

da doença. Sabe-se, também, que filhos de indivíduos esquizofrênicos têm uma chance de aproximadamente 10% de desenvolver a doença, enquanto, na população geral, o risco de desenvolver a doença é de aproximadamente 1%.

A esquizofrenia pode desenvolver-se gradualmente, tão lentamente que nem o paciente nem as pessoas próximas percebem que algo vai errado. Só mesmo quando comportamentos abertamente desviantes se manifestam. O período entre a normalidade e a doença deflagrada pode levar meses.

Por outro lado, há pacientes que desenvolvem a esquizofrenia rapidamente, em questão de poucas semanas ou mesmo de dias. A pessoa muda seu comportamento e entra no mundo esquizofrênico, o que, geralmente, alarma e assusta muito os familiares.

Dessa forma, não há uma regra fixa quanto ao modo de início: tanto pode começar repentinamente e eclodir numa crise exuberante, como começar lentamente, sem apresentar mudanças extraordinárias e somente depois de anos surgir uma crise característica.

A princípio, os primeiros sintomas são dificuldade de concentração, prejudicando o rendimento nos estudos; estados de tensão de origem desconhecida, inclusive pela própria pessoa; insônia; desinteresse pelas atividades sociais e o conseqüente isolamento.

A partir de certo momento, mesmo antes da esquizofrenia ter deflagrado, as pessoas próximas se dão conta de que algo errado está acontecendo. Nos dias de hoje, os pais poderão pensar que se trata de drogas, os amigos podem achar que são dúvidas quanto à sexualidade, outros julgarão serem dúvidas existenciais próprias da idade. A permanência da dificuldade de concentração levará à interrupção dos estudos e perda do trabalho. É comum, nessa fase, o desleixo com a aparência ou mudanças no visual em relação ao modo de ser, como a realização de tatuagens, *piercing*, cortes de cabelo, indumentárias estranhas e descuido com a higiene pessoal. Desde o surgimento dos *hippies* e dos *punks*, essas formas diferentes de se apresentar deixaram de ser tão *esquisitas* aos

nossos olhos e, talvez, por isso, o doente pode até ser confundido com um *rebelde*, um *desviante social*, um *idealista*, um *extremista*.

A fase inicial pode durar meses, enquanto a família espera por uma recuperação do comportamento. Contudo, o tempo pode passar e os sintomas se aprofundarem. Então, o paciente apresenta uma conversa estranha, irreal, passa a ter experiências diferentes e não usuais, o que leva as pessoas próximas a pensarem ainda mais que o paciente está fazendo uso de drogas ilícitas. É possível que o paciente já tenha sintomas psicóticos antes de ser levado a um médico.

Quando um fato grave acontece não há mais meios de se negar que algo muito errado está ocorrendo, seja por uma atitude fisicamente agressiva, seja por uma tentativa de suicídio. Os acometidos por essa doença podem até pensar serem outra pessoa, falarem com mortos ou com imagens fantasiosas.

Como as pessoas são diferentes entre si, os quadros de esquizofrenia podem variar de paciente para paciente. No entanto, a esquizofrenia é uma combinação em diferentes graus dos sintomas a seguir relacionados:

- *Delírios*: o indivíduo crê em ideias falsas, irracionais ou sem lógica. Em geral, são temas de perseguição, grandezas ou místicos;
- *Alucinações*: o paciente percebe estímulos que na realidade não existem, como ouvir vozes ou pensamentos, enxergar pessoas ou vultos. Esse tipo de sintoma pode ser muito assustador para o paciente;
- *Discurso e pensamento desorganizado*: o paciente esquizofrênico fala de maneira ilógica e desconexa, demonstrando uma incapacidade de organizar o pensamento em uma sequência lógica;
- *Expressão das emoções*: o paciente esquizofrênico tem um afeto inadequado ou embotado, ou seja, uma dificuldade de demonstrar a emoção que está sentindo – alegria ou tristeza, por exemplo –, tendo dificuldade de modular o afeto de acordo com

o contexto, mostrando-se indiferente a diversas situações do cotidiano;

- *Alterações de comportamento*: os pacientes podem ser impulsivos, agitados ou retraídos, muitas vezes apresentando risco de suicídio ou agressão, além de exposição moral, como por exemplo falar sozinho em voz alta ou andar sem roupa em público.

Para obter o diagnóstico da esquizofrenia, o médico realiza uma entrevista com o paciente e sua família, visando obter um histórico de sua vida e de seus sintomas, com o maior detalhamento possível. Até o presente momento, não existem marcadores biológicos próprios dessa doença, tampouco exames complementares específicos, embora existam evidências de alterações da anatomia cerebral, demonstráveis em exames de neuroimagem e de metabolismo cerebral sofisticado, como a tomografia computadorizada, a ressonância magnética, entre outros.

Além de fazer o diagnóstico, o médico deve identificar qual é o subtipo clínico que a pessoa enferma apresenta. Essa diferença se baseia nos sintomas que predominam em cada indivíduo e na evolução da doença, que é variada conforme o subtipo específico. Os principais subtipos são:

- Paranoide – delírios e alucinações de perseguição;
- Desorganizada ou hebefrênica – predomínio de alterações da afetividade e desorganização do pensamento;
- Catatônico – alterações da motricidade, fica parado, sem iniciativa;
- Simples – diminuição da vontade e afetividade, empobrecimento do pensamento, mal nos estudos;
- Residual – estágio crônico da doença, com muita deterioração e pouca sintomatologia produtiva, sem cuidado pessoal com embotamento mental.

O tratamento exige o uso de medicação acompanhada, impreterivelmente, pelo médico psiquiatra, por terapia cognitiva-comportamental

e intervenções psicossociais, as quais incluem: terapia familiar, reabilitação social, cognitiva e ocupacional.

Pela gravidade da doença, muitas vezes as internações são imprescindíveis, mas o suporte dado à família é fundamental para que, apesar da gravidade da doença, todos possam manter-se mais saudáveis.

Que a esquizofrenia é uma doença grave, ninguém duvida. Ela afeta as emoções, o pensamento, as percepções e o comportamento. É, também, sem dúvidas, a doença mais grave da psiquiatria. Até hoje a medicina não desenvolveu nenhum método para sua cura, mas apenas recursos para controle dos sintomas, entre eles as medicações e a eletroconvulsoterapia. Em casos mais graves há, ainda, necessidade do isolamento do paciente.

No entanto, até chegarmos a essa decisão temos caminhos a percorrer que incluem, além da medicação e da eletroconvulsoterapia, saber lidar com a doença e defender os próprios egos.

# *Terapia:*

## *Um mal ou um bem necessário?*

---

*Albino Julio Sciesleski, Marisa Potiens Zilio*

*S*empre que falamos em terapia, estamos considerando a presença de uma doença no organismo que necessita de cuidados e tratamentos especiais.

Chamamos de “organismo” todos os componentes que formam o ser humano – físico, mente, alma –, podendo também ser referência de outros seres da natureza.

Quando a doença é física, a dor e os sintomas são mais evidentes, são palpáveis e, aparentemente, mais desconfortáveis. Por isso, e também por questões culturais, já aprendemos a procurar um médico.

No entanto, para as doenças psíquicas e emocionais, ainda não temos uma boa referência quanto à terapia ou, ainda, as consideramos “coisa de louco” ou “artigo de luxo” e, conseqüentemente, não fazem parte da grande maioria do universo dos cidadãos brasileiros.

Porém, contrariando nosso pensamento e comportamento, há um crescente aumento das doenças psíquicas e emocionais, como depressão, vícios e problemas de aprendizagem, por exemplo. Essas, a exemplo das doenças físicas, também trazem sofrimentos intensos que conduzem à traumatização não somente de quem possui o distúrbio, mas de todos que o cercam.

*Por que este aumento significativo das chamadas “doenças da mente e das emoções”? E por que a resistência em procurar ajuda?*

Encontramos várias respostas para o que chamamos de doenças da psique humana. Basta olhar para o mundo que nos cerca e para o modo como estamos vivendo e logo surgem algumas explicações: a necessidade crescente de consumo, a insatisfação, a violência, as exigências sociais, a ausência de valores, o pouco cultivo da espiritualidade, a agitação, a falta de tempo.

Silva<sup>27</sup> aponta que:

*Há os carros do ano, os televisores, os computadores, os bens e insumos da tecnologia de ponta; há os mostruários, as vitrines dos luxuosos shoppings, que definitivamente estão fora do alcance dos deserdados pela sorte. Isso é desequilíbrio social; é violência generalizada. As pessoas dos centros urbanos destes tristes tempos tornaram-se agressivas, desassossegadas, ansiosas, tensas, estressadas, demasiadamente grosseiras. A amizade, a sinceridade, a solidariedade, a preocupação com o semelhante, a empatia etc. são valores perdidos pela sociedade urbana. Gemem os famintos desnutridos, os doentes sem assistência médica hospitalar: Da mesma forma murmura a multidão carregada de encargos sociais, impostos, taxas exorbitantes e pesados aluguéis etc. As dívidas e a inadimplência têm pego a todos; da mesma forma que nos devem, devemos aos outros. Ninguém vive com tranquilidade, todos estão mergulhados nas preocupações, que estão despedaçando o cérebro e ninguém mais tem felicidade.*

Chamamos estas questões de “fatores externos”. Porém, não podemos esquecer que são criações humanas e que consciente ou inconscientemente nos sentimos co-responsáveis e até *culpados* por muitas situações que estão a nossa volta.

Há também o que chamamos de “fatores internos”. Para a psicologia e a psicanálise, por exemplo, importa buscar as causas do comportamento em algo que internamente não foi elaborado, aceito ou assimilado. Para a neuropsiquiatria, muitos destes fatores internos são distúrbios orgânicos advindos do mau funcionamento cerebral e hormonal. Para a psicopedagogia, podem ser aprendizagens mal elaboradas, distúrbios na constituição do sujeito (falta de referência ou referência negativa acerca de si mesmo) ou incapacidade para aprender. Tais doenças não

apenas são difíceis de diagnosticar como também de serem admitidas. Por exemplo, para a criança ou a pessoa que não aprende, é mais fácil dizer que ela é “preguiçosa”, é “burra”; para a pessoa que bebe, que é “mau caráter”, “sem-vergonha”; para o depressivo, que “merece uma boa surra”, que é “vagabundo”, que “não quer trabalhar”.

Diante dessas questões, percebemos o quanto é difícil procurar o tratamento adequado e necessário. Muitas vezes, quando o fazemos, a doença já está cronicada e sua cura bem mais difícil.

Temos que admitir também que os terapeutas deverão abrir-se para as realidades socioeconômicas. A tendência é de que a medicina se socialize cada vez mais, tanto nos aspectos relativos ao conhecimento quanto nas questões que dizem respeito aos convênios, honorários e até mesmo atendimentos pelo SUS e/ou em plantões ambulatoriais. O que queremos destacar é a importância de tornar nossos serviços acessíveis e compreensíveis a toda população.

É preciso reaprender nossa missão em relação à saúde e a nossa responsabilidade sobre ela. Outra aprendizagem, decorrente desta compreensão, é o estabelecimento dos limites de ação entre os diferentes profissionais da alma humana e como desenvolver ações conjuntas e interdisciplinares com outras áreas médicas, sem que o paciente se sinta cindido, partido em seu bolso e em seu tempo.

*A quem procurar?* Essa deve ser a pergunta que paciente e família angustiadamente fazem diante das dificuldades e da doença. Para isso respondemos: “Sem sombra de dúvidas, o médico e/ou o terapeuta de sua confiança”. Por certo, se ele estiver adequado ao seu tempo, agirá interdisciplinarmente, dando ao caso a direção necessária.

Por fim, é necessário trilhar os caminhos da ciência, mas também é necessário abrir-se ao mundo e às suas novas e futuras realidades, esclarecendo e permitindo a todos o acesso à saúde e à cura. Por certo, isso não virá apenas de vontade política, mas também da vontade e da consciência de todos nós.

Admitir que estamos doentes também é um passo importante para a busca da terapia e da cura. Depressão, transtornos e vícios são doenças

silenciosas e até mesmo invisíveis ou imperceptíveis aos olhos dos outros. Muitos pacientes ficam tentando driblar a doença e seus sintomas com muito esforço e com o pensamento onipotente de que poderão obter a cura sozinhos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2020, a depressão será a segunda maior causa de incapacitação da população mundial, perdendo apenas para a doença cardíaca isquêmica.<sup>11</sup>

Lembramos que doença é doença e somente mãos e mentes preparadas poderão trazer a saúde de volta.

Reconhecer estar doente não é sinal de fraqueza, mas de sabedoria, ainda mais quando se aplica à alma os mesmos cuidados dedicados ao corpo.

# *Eletroconvulsoterapia*

---

*Albino Julio Sciesleski*

A terapia convulsiva foi introduzida em 1934 por Ladislav Joseph von Meduna, neuropsiquiatra húngaro. Por acreditar que epilépticos poderiam ser protegidos do desenvolvimento de sintomas psicóticos típicos da esquizofrenia, levantou a hipótese de que a indução de convulsões em pacientes com esquizofrenia poderia reduzir os seus sintomas. Dessa forma, Von Meduna produzia crises convulsivas generalizadas, induzidas quimicamente, em pacientes esquizofrênicos, com base na crença equivocada de que a esquizofrenia e a epilepsia eram mutuamente incompatíveis. Apesar da falsa lógica, logo se tornou evidente que a terapia convulsiva, geralmente, resultava em expressiva melhora clínica dos pacientes psiquiátricos.

Substituindo a indução de convulsões com químicos por indução com eletricidade, em 1937, os neuropsiquiatras italianos Ugo Cerletti e Lucio Bini descobriram que assim era mais fácil induzir as convulsões, ou seja, regular a eletricidade era mais prático do que administrar agentes farmacológicos. Esse método passou a ser conhecido como eletroconvulsoterapia (ECT), que em poucos anos tornou-se o principal método de tratamento biológico, não apenas para a esquizofrenia, como também (e principalmente), para transtornos do humor.

Esse método é conhecido pelos leigos como “eletrochoque”, sendo um tratamento marcado por preconceitos e críticas infundadas. Também é visto como um tratamento *medieval* e agressivo, que pode chegar às vias da tortura ou do castigo. Entretanto, na realidade, é um tratamento padronizado, utilizado no mundo todo e realizado com anestesia

geral, controle cardiológico e eletroencefalográfico. Atualmente, a eletroconvulsoterapia é um dos tratamentos mais eficazes para a depressão e mania (euforia).

Pela sua rápida eficácia e baixo risco para a saúde do paciente, é indicado para casos de depressão com risco de vida eminente (por inanição ou por risco de suicídio), ou em pacientes que não respondem à medicação.

Por sua tolerabilidade e por não possuir efeitos colaterais medicamentosos, é o tratamento de primeira escolha nos episódios efetivos em mulheres grávidas (por ser mais seguro para o feto), como é também recomendado para o uso em idosos.

Contudo, como dissemos, o tratamento com a ECT é considerado controverso e polêmico. Sua própria natureza, assim como seu histórico de abuso, contribuíram para que o contexto da eletroconvulsoterapia fosse visto de forma distorcida, porém, seguramente, não passa de pura especulação ou falta de informação.

Com uma voltagem muitíssimo menor, comparada à do choque para reanimação cardíaca, o choque da ECT é aplicado nas têmeoras, sendo de menor risco para o paciente.

*Será que as pessoas acreditam, de fato, que a morte por parada cardíaca é mais letal que a morte causada pelo suicídio, aceitando um tipo de choque e não outro?*

Assim, como qualquer outro tipo de tratamento, quando bem indicado e aplicado, a ECT é segura e pode salvar vidas, com resultados rápidos, de baixo custo e sem efeitos colaterais.

Ao contrário do que a população leiga e, curiosamente, alguns profissionais da área de saúde mental costumam imaginar, a eletroconvulsoterapia continua sendo empregada de forma eficaz pela moderna psiquiatria. É uma técnica efetivamente consagrada em todos os continentes e, comparada aos medicamentos psicotrópicos, de um

modo geral, as evidências apontam para um benefício maior da ECT, frequentemente exercendo um bom efeito, a curto prazo.

A eletroconvulsoterapia foi introduzida na psiquiatria e foi comumente usada como tratamento de primeira escolha para a depressão e a esquizofrenia, principalmente, a do tipo catatônico. Com pouco e relativamente benignos efeitos colaterais, é muito bem empregada, mediante o uso de anestésicos e relaxantes musculares. Portanto, a imagem do paciente sendo arrastado por truculentos enfermeiros, amarrado à força na cama e queimado por dois eletrodos na cabeça pertence apenas à imaginação de alguns ou a filmes sensacionalistas.

Pesquisas recentes indicam que nos Estados Unidos aproximadamente 80% dos pacientes que recebem ECT são advindos de quadros de depressão maior ou grave, com risco de vida e com esquizofrenia. Esse tratamento tem sido, hoje, nos EUA e na Europa a principal medicação para os casos de risco de vida (suicídio), tendo tido resultados mais rápidos e objetivos.

Os casos mais comuns aos quais se indica essa terapia são:

- risco de suicídio;
- episódios depressivos resistentes;
- episódios depressivos graves com sintomas psicóticos;
- episódios depressivos em idosos;
- episódios depressivos em gestantes;
- episódios maníacos em gestantes;
- episódios maníacos graves com sintomas psicóticos;
- episódios maníacos resistentes;
- depressão da doença de Parkinson;
- síndrome neuroléptica maligna.

A eletroconvulsoterapia, antes associada à punição e tortura, é usada com sucesso em casos graves de depressão. Contudo, uma boa avaliação médica sempre se fará necessária. Por isso, é indispensável

combater a desinformação em relação à ECT, assim como filtrar as opiniões sobre o tema, as simpatias mais apaixonadas. Isso deve acontecer também em relação à psiquiatria eminentemente biológica, psicológica, farmacológica, alternativa, entre outras.

Em Passo Fundo, por exemplo, há equipamentos de última geração para a realização dessa terapia. Entretanto, cabe lembrar que se faz necessária a formação de uma equipe com profissionais competentes para que a pessoa enferma não seja exposta a riscos. Tal procedimento, preferencialmente, também deve ser realizado em hospitais. Já tivemos a oportunidade de submeter pacientes a centenas de eletroconvulsoterapias, principalmente em São Paulo, mas também em Passo Fundo, quando fundamos o Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes e o Hospital da Cidade, sempre com bons resultados, sem sequer um único inconveniente clínico.

Para maximizar benefícios e minimizar os riscos da eletroconvulsoterapia, o diagnóstico deve ser correto. Além disso, essa terapia só deve ser administrada para os casos específicos descritos anteriormente. Em contrapartida, os eventuais efeitos adversos devem ser comparados aos riscos e eficácia do tratamento medicamentoso.

Pode haver mudanças cognitivas e o impacto da ECT no *status* mental, particularmente com respeito à orientação e à memória, deve ser avaliado durante o curso da terapia. Tal avaliação deve ser conduzida antes do começo do tratamento, para estabelecer um nível da linha de base que funcione e se repita ao menos semanalmente, durante todo o curso de ECT.

Sugere-se que a avaliação cognitiva seja feita, pelo menos, 24 horas depois de uma aplicação de eletroconvulsoterapia, para evitar a contaminação da cognição pelos seus efeitos fisiológicos agudos. A avaliação pode incluir a orientação e a memória, até medidas mais formais.<sup>3,7</sup>

- ◆ *VAMOS ESCOLHER PELA VIDA?*  
82
- ◆ *EPILEPSIA E TRÂNSITO: UMA RELAÇÃO ESTREITA*  
88
- ◆ *ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS DO HOMEM NO TRÂNSITO*  
94
- ◆ *MOBILIDADE URBANA E BICICLETAS*  
100
- ◆ *MOTOCICLISTAS E VIDA NO TRÂNSITO*  
102
- ◆ *CINTO DE SEGURANÇA*  
106
- ◆ *ACIDENTES DE TRÂNSITO: RESPONSABILIDADE DE QUEM?*  
112
- ◆ *REFLEXÕES SOBRE A REALIDADE DO TRANSPORTE NO BRASIL*  
117
- ◆ *DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS EM COMORBIDADE COM A DROGADIÇÃO E OS ACIDENTES DE TRÂNSITOS: O MAL DO SÉCULO*  
123



# *Vamos escolher pela vida?*

---

*Albino Julio Scieszleski, Marisa Potiens Zílio*

Quem já não ouviu aquela máxima popular: “A vida é resultado das suas escolhas”? Podemos, sim, escolher algumas coisas na vida. Distinguir o bem do mal. Os sentimentos nobres dos menos dignificantes. O que fazer em momentos cruciais. Com quem conviver. Como proteger nossas famílias, nossos bens e saber o que de fato é um bem em nossas vidas... enfim, muitas escolhas dependem de nós. Outras, porém, quase nunca fazem parte de nosso consentimento. São os chamados “imprevistos”, “acidentes” ou “desastres”.

No contexto do tráfego, estamos sujeitos a infortúnios vários quando dirigimos, pilotamos, navegamos ou quando simplesmente caminhamos sobre uma calçada. Somos responsáveis pelo que provocamos no trânsito, sendo, por vezes, vítimas.

Um estudo sobre acidentes e seus fatores, apresentado por Letícia Marin e Marcos S. Queiroz, num dos Cadernos de Saúde Pública, em maio de 2012, ilustra uma realidade em números que vale a pena citar, porque permite, inclusive, saber onde investir esforços em prevenção. Os autores lembram que o aumento da frota de veículos tem acontecido em nível mundial, ao passo que o mesmo não ocorre com as vias de trânsito. Nos Estados Unidos, entre 1970 e 1988, o volume de tráfego aumentou de 1,78 trilhões de km percorridos para 3,24 trilhões.

Essa maior participação do automóvel na vida diária trouxe, além da falta de convivência social, que afeta a qualidade de vida (o que não é um problema qualquer), muitos acidentes de trânsito, que se conver-

teram em um grande problema de saúde pública, e, ainda por cima, custam de 1 a 2% do PIB, para os países menos desenvolvidos.

No que diz respeito a programas de prevenção de acidentes de trânsito no Brasil, destaca-se o trabalho de Adorno (1989), que realiza uma revisão dos modelos de comportamento das propostas humanistas de educação em saúde e prevenção de acidentes de trânsito. Esse estudo faz, também, um levantamento das propostas técnicas e projetos para as campanhas realizadas e as medidas dirigidas ao aumento da segurança do pedestre.

Enquanto a lei, a sociedade e a justiça brasileiras são excessivamente tolerantes com motoristas alcoolizados, na Europa e nos EUA, a lei não faz muita diferenciação entre um motorista alcoolizado que mata uma pessoa e um crime premeditado. Comparada com países mais adiantados na prevenção dos acidentes de trânsito, nossa legislação é permissiva e a aplicação da lei, muito morosa. Somente após o Novo Código Nacional de Trânsito, promulgado em fevereiro de 1998, é que se começou a vislumbrar alguma mudança nesse aspecto. Acreditamos que este tem sido importante para a tomada de consciência do problema, mas o controle real dos infratores é limitado, uma vez que a caracterização do estado de embriaguez ficou, na prática, restrito à perícia do Instituto Médico-Legal.

No contexto de países desenvolvidos ou em desenvolvimento, a grande diferença nos níveis de acidentes de trânsito está estreitamente vinculada à responsabilidade que o poder público tem de implementar políticas adequadas e fazer cumprir a lei. No Brasil, os índices calamitosos desses acidentes estão associados à falta, tanto de uma legislação, como de políticas públicas adequadas a esse fenômeno. O Novo Código Nacional de Trânsito constitui um marco dos mais importantes para que haja uma modificação dessa triste realidade. Diante do fato de que os acidentes de trânsito estão fortemente relacionados à falha humana, a despeito das limitações operacionais e das arestas constitucionais que ainda não foram aparadas, o novo código tem o grande mérito de con-

tribuir para tornar o motorista brasileiro mais consciente e responsável ao volante.

De acordo com uma análise da OMS (1984), sobre o desempenho de diversos países com segurança no trânsito, os industrializados têm conseguido estabilizar o problema, porém com gastos escalares. Já nos de nível intermediário de desenvolvimento, os acidentes de trânsito estão entre as principais causas de mortalidade, principalmente entre jovens. Quanto aos países em desenvolvimento, estes não têm conseguido diminuir a mortalidade nem os custos dos problemas decorrentes dos acidentes de trânsito (SODERLUND & ZWI, 1995), o que corrobora a informação apresentada na III Conferência Anual de Transportes, Segurança de Trânsito e Saúde, promovida pela OMS, em Washington, de que a cada 100 pessoas mortas em acidentes de trânsito no mundo, 70 são habitantes de países subdesenvolvidos, sendo que, destes, 66 são pedestres (e um terço, crianças) (LUNDEBYE, 1997).

*Como se dá o erro no trânsito?* Kaiser (1979) dá importância especial à tomada de decisão no trânsito, a qual sofre intervenção de percepção, juízos, motivações e de outras atividades psíquicas. As situações de trânsito obrigam o indivíduo a tomar decisões em frações de segundos, dentro de uma multiplicidade de impressões do mundo circundante, e encaixá-las no mosaico das situações momentâneas. Assim, é fácil tomar uma decisão inadequada em razão de uma perturbação transitória, como nos casos de fadiga, estresse, sobrecarga emotiva ou embriaguez.

Uma pesquisa com 1.600 motoristas identificou três tipologias de comportamentos aberrantes ao dirigir: 1) lapsos ou comportamentos de esquecimento; 2) erros de julgamento ou observação potencialmente perigosos para outros; 3) transgressões, contravenções intencionais às práticas de seguridade no trânsito (PARKER et al., 1995). Pôde-se concluir, ainda, que os homens, em maior frequência que as mulheres, cometeram elevado número de erros. As mulheres relataram mais lapsos, em associação à percepção de si como más motoristas.

Quanto às transgressões de trânsito, estas se associaram mais à juventude, ao sexo masculino, à autoqualificação como “bom motorista” (soberbia do bom condutor) e à elevada quilometragem anual.

Em 73% dos casos, os principais envolvidos nesse tipo de acidentes são do sexo masculino.

Um estudo de Manstead et al. (1991, apud Parker et al., 1995) com adolescentes e jovens, observou que estes não apresentam falta de habilidades nas tarefas de direção simulada, porém suas respostas a um questionário nem sempre mostraram atitudes e opiniões compatíveis com uma direção segura. Os jovens são as principais vítimas de acidentes de trânsito e representam a faixa etária que contém um número mais significativo destas, com 24,32% do total. É a que vai dos 15 aos 24 anos (DENATRAN, 1997).

Os adolescentes e os jovens ao volante sentem necessidade por *adrenalina*, o que os leva a agir perigosamente e desafiar a morte.

É comum, a maioria dos adolescentes, um certo cultivo pela irresponsabilidade, por quererem medir e transgredir todos os limites, inclusive os seus próprios, para impressionar aos demais.

Hoje, as habilitações podem ser dadas aos 18 anos, e, em casos especiais, aos 16. Todas as estatísticas ainda referem que o maior número de mortes e mutilações graves ocorrem em jovens de 18 a 21 anos de idade. Também cabe lembrar que é nesta perigosa idade que o uso de bebidas e outras drogas é mais frequente.

Ora, isso não vale apenas para os jovens, qualquer um que faça uso de drogas tem sua consciência e sua responsabilidade comprometidas.

Murray & Lopez (1996), ao analisarem a mortalidade no sexo masculino, utilizando o cálculo de anos potenciais de vida perdidos, observaram que os acidentes de trânsito constituem a segunda causa de morte precoce no mundo todo. Em alguns países, esse tipo de óbito entre homens de 15 a 24 anos representa metade ou mais das mortes por todas as causas, havendo uma diminuição após os 25 anos de idade (WHO, 1976). Klein (1994) mostra o predomínio masculino em mortes no trânsito, em especial no grupo de 20 a 64 anos, atinge cinco vezes mais homens do que mulheres.

McGuire (1972, apud WEST et al., 1993b) estudou 2.727 solicitantes de carteira de motorista através de testes e questionários e levantou a incidência de acidentes de trânsito nos dois anos subsequentes. Observou que o envolvimento nesses tipos de acidentes associava-se a sentimentos de hostilidade, agressividade e antecedentes de conflitos familiares.

Estudiosos que se preocupam com uma abordagem psicanalítica do problema têm apontado a vulnerabilidade de adolescentes e adultos com personalidade imatura na condução perigosa de veículos motorizados. O carro constitui uma compensação para o ego angustiado e apático e torna-se uma segunda pele do indivíduo. Ainda mais que a velocidade que o carro permite atingir oferece sensações de grandeza e fantasia de onipotência para algumas pessoas. A música no carro favorece a sensação de isolamento e, assim, aumenta a ilusão de grande independência. Em sentido extremo, o automóvel passa a exercer a função de separar o motorista de seus semelhantes, que são visualizados exclusivamente como oponentes (HILGERS, 1993).

Analisando, agora, as origens da mistura fatal (álcool e trânsito), Stewart et al. (1996) descrevem que os indivíduos bebem por razões diferentes: 1<sup>o</sup>) para reduzir ou evitar emoções negativas; 2<sup>o</sup>) para socializar-se, reunir-se com outros; 3<sup>o</sup>) para facilitar emoções positivas. Ao estudar uma amostra de 314 voluntários (alunos de graduação de Psicologia de duas universidades do Canadá), esses autores concluíram que a maioria (85%) referira “beber” como comportamento social, embora os homens, principalmente os menores de 21 anos, tivessem apresentado pontuação significativa no quesito hábito de *beber para facilitar emoções positivas*.

Outro aspecto importante é a influência da publicidade sobre o comportamento e a formação de valores. Ainda segundo a OMS (WHO, 1976), frequentemente veiculam-se anúncios que associam carros velozes à *virilidade*. Isso pode ter grande influência no grupo de risco de jovens motoristas, pela vulnerabilidade mental destes, determinada pela própria condição de transformação da personalidade. Erros de cálculo de distância ou de tempo e também de fatos inesperados, como buracos ou chão escorregadio, convertem-se em acidentes por excesso de velocidade.

As crenças relacionadas à manutenção da saúde são importantes como um fator que determina comportamentos em favor da vida. Dentre esses, de importância na prevenção de acidentes de trânsito, podemos citar o hábito de não ingerir bebidas alcoólicas ao dirigir e o uso de cinto de segurança. Crenças sobre a importância de hábitos de saúde também levam a atitudes positivas em relação à legislação, bem como nas decisões de políticas sociais e nos programas de promoção de estilo de vida saudável.

Após esta rápida amostra dos riscos no trânsito, extraída do estudo de Leticia Marin e Marcos S. Queiroz, torna-se evidente que o trânsito depende em grande parte da educação dos condutores. Não é difícil notar que essa educação está constantemente sendo repassada à população em forma de campanhas de conscientização das mais diversas naturezas. Ou seja, são assuntos com os quais já temos familiaridade, principalmente, com nossas responsabilidades: dirigir dentro dos limites de velocidade, usar o cinto-de-segurança, navegar e pilotar com total controle dos comandos etc. Enfim, quando erramos, por certo, não podemos simplesmente nos eximir, dizendo “Eu não sabia”.

Mas se isso ainda não for suficiente, é necessário que limites sejam melhor definidos no trânsito através do cumprimento da legislação competente.

Não há como esconder-se atrás de debates quando assuntos iminentes urgem atenção, como, por exemplo, epilepsia, aspectos psicopatológicos, motocicletas, cinto de segurança, responsabilidade em acidentes de trânsito, distúrbios psiquiátricos em comorbidade com a drogadição, todos objetivando diminuir os números de mortes e mutilações que têm tornado a vida mais difícil para muita gente.

Ao caro leitor que chegou até aqui, nossas congratulações, pois escolheu o caminho do saber. E, nos capítulos a seguir, entenderá como estes assuntos iminentes relacionam-se com o trânsito: através do conhecimento dos fatores subjetivos que fazem do *ser humano* um desafio na vida e no trânsito.

# *Epilepsia e trânsito:*

## *Uma relação estreita\**

---

*Albino Julio Scieszleski*

Associada a possessões divinas e demoníacas, a doenças contagiosas ou até mesmo à loucura, a epilepsia encontrou diferentes formas de definição, diagnóstico e tratamento no decorrer da história. Em decorrência disso, muitos portadores foram e são vítimas de preconceito, fato que colabora para que numerosas pessoas tornem-se resistentes a admitir o diagnóstico ou a consentir em iniciar um tratamento adequado.

Teoricamente, a epilepsia é a doença que provoca uma alteração temporária e reversível do funcionamento do cérebro. Entretanto, para ser considerada epilepsia, as convulsões não são necessariamente desencadeadas por febre, drogas ou distúrbios metabólicos.

A partir de estudos e pesquisas, em 1982, foi publicado na *Revista Brasileira de Medicina do Tráfego*, o artigo *Epilepsia e a medicina do tráfego*, discorrendo sobre epilepsia relacionada ao trânsito.<sup>25</sup>

Na época em que foi escrito, vivíamos num Brasil em desenvolvimento, com uma população de 120 milhões de habitantes, uma frota em torno de 10 milhões de veículos, resultando em 22 mil mortes em acidentes de trânsito/ano. O índice de analfabetismo da população brasileira era de cerca 42% e uma significativa parcela da população não possuía acesso às condições básicas de saúde e moradia. Da mesma

---

\* Conferência apresentada no Hospital de Clínicas da USP/Departamento de Neuropsiquiatria e no 9º Congresso Internacional da Associação Intern. de Medicina e Acidentes de Trânsito (1983).

forma que o atendimento da saúde pública era precário, o acesso aos exames periódicos para motoristas era restrito, chegando quase que à inutilidade dos testes previstos em função da má aplicabilidade dos mesmos. Éramos, de certa forma, um país doente.

Com base nesses dados, foi realizado um trabalho junto ao Departamento de Trânsito do Estado de São Paulo, que demonstrava a condição do indivíduo portador de epilepsia e a sua relação com o trânsito. Nesse estudo, constatou-se o seguinte:

- que a pessoa epiléptica geralmente encobre sua doença e não a menciona no momento do exame médico;
- que o motorista portador de epilepsia não tratado é perigoso tanto para si, quanto para os familiares e os demais;
- que o eletroencefalograma (EEG), quando bem feito, é um exame complementar de grande apreço, quando há suspeita de epilepsia;
- que o teste psicotécnico, quando realizado seriamente, também contribui para uma boa seleção;
- que o exame médico minucioso é ainda o melhor exame para a habilitação de motorista.

---



---

### *Exemplo de caso*

Dois motoristas colidiram no centro de uma cidade (inclusive esta notícia foi amplamente divulgada nos órgãos da imprensa), tendo como final trágico o fato de um motorista de arma em punho ter assassinado o outro. No exame, foi constatado que o agressor tinha um FTE no EEG (um distúrbio neurológico) e em sua história pregressa havia outros acidentes e agressões.

A Organização Mundial da Saúde estima que cerca de 50 milhões de pessoas no mundo sejam portadoras de epilepsia, sendo que 40 mi-

lhões destas estão em países subdesenvolvidos. Apesar desse cenário alarmante, a organização afirma que 70% dos novos casos diagnosticados podem ser tratados com sucesso, desde que a medicação seja usada de forma correta. Embora apenas cerca de 2% da população mundial seja portadora da referida doença, existe, ainda, a dificuldade do paciente em tratar-se e, muitas vezes, há interrupção do tratamento, seja por falta de conhecimento, seja por dificuldades financeiras, culturais ou de acesso ao atendimento médico especializado.

A relação epilepsia *versus* trânsito é mais estreita do que parece: se para pessoas em condições normais de saúde, o trânsito nem sempre é dos melhores, para portadores de epilepsia ele pode ser ainda pior. Além de habilitações inadequadas e sinalização precária, deparamos-nos com uma realidade cada vez mais presente: desrespeito e descaso para com as regras básicas de trânsito. Contudo, sabemos que dirigir automóveis, para muitos, é uma necessidade, muitas vezes uma profissão, como é o caso dos motoristas profissionais. Dessa forma, do ponto de vista social, a *proibição* de dirigir veículos é provavelmente um dos aspectos mais incapacitantes da epilepsia.

---



---

### *Exemplo de caso*

Um motorista, na Rua São Carlos do Pinhal, desceu do carro com uma picareta e tentou agredir o outro motorista. Ao ser examinado, também apresentou EEG anormal.

Há de se levar em consideração que os fatores estressantes do trânsito (poluição sonora, cansaço e altas velocidades, dentre outras), além de habilitações inadequadas, sinalização precária e desrespeito às regras básicas de trânsito (que podem gerar congestionamentos, atrasos e, principalmente, acidentes), podem desencadear os sintomas da

epilepsia. Por ordem, os principais fatores desencadeadores de crises convulsivas são:

- 1º) O uso concomitante de bebidas alcoólicas e outras drogas lícitas ou ilícitas;
- 2º) O cansaço, a tensão nervosa e a sonolência provocados pelo próprio mau desempenho do tráfego e as horas excessivas de trabalho;
- 3º) A falta de preparo para a função, inclusive pelas dificuldades socioeconômicas e a falta de atendimento médico básico.

---



---

### *Exemplo de caso*

Um motorista bebeu durante todo o fim de semana. Na segunda-feira, guiava um caminhão-tanque de gasolina e, no mesmo momento em que chegou ao posto para descarregar, teve uma crise aguda, ao que foi imediatamente conduzido ao pronto socorro e após encaminhado a psiquiatras. Louvável a atitude do socorrista!

Diante disso, a restrição para dirigir veículos é reforçada pela percepção do perigo potencial de um indivíduo portador de epilepsia ter uma crise ao dirigir um veículo. Note-se que o perigo é representado tanto para o paciente quanto para outros usuários das estradas. Entretanto, de acordo com várias estatísticas, a frequência de acidentes de trânsito com epiléticos pouco difere de acidentes causados por outros tipos de doença:

- A bebida alcoólica representa até mil vezes mais a causa de acidentes no trânsito dos que as crises epiléticas;
- A morte súbita, presumivelmente de origem cardíaca, quando na direção de um veículo automotor, também é mais prevalente que o acidente fatal por epilepsia;

- Os índices de acidentes envolvendo motoristas portadores de epilepsia controlada são discretamente aumentados e similares àqueles provocados por condutores com outras condições médicas crônicas menos restritivas legalmente, como o diabetes *mellitus*, por exemplo.

Recentes avanços na área da saúde, no que tange ao diagnóstico e tratamento da epilepsia, aperfeiçoaram de modo significativo o controle da mesma. Assim, faz-se necessária a revisão das estatísticas apresentadas quanto aos acidentes de trânsito que envolvem essa enfermidade. É válido citar que, para habilitar alguém como motorista, o candidato deverá submeter-se ao exame de aptidão física e mental (artigo 147 da lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997). Todavia, existem recomendações que devem ser feitas ao indivíduo com epilepsia que quer dirigir:

- estar livre de crises no mínimo há um ano e com acompanhamento médico;
- dirigir somente veículos da categoria B, isto é, carro de passeio;
- não ser motorista profissional, isto é, não conduzir veículos pesados e de transporte público, mesmo livre de crises há anos.

---



---

### *Exemplo de caso*

Um motorista de ônibus, alcoolizado, fechou o caminho de um carro particular. O motorista deste veículo queria parar o ônibus. Para isso, colocou seu carro à frente do coletivo. Dali mesmo, arremessou o macaco no para-brisas do outro; infelizmente o atingido foi um passageiro. Ambos foram inabilitados.

A princípio, a condição de portador de epilepsia e o fato de usar medicamentos antiepilépticos não incompatibilizarão o candidato à direção de veículos, salvo se o quadro não estiver controlado, sujeitando-o a frequentes crises com alteração de consciência. Pessoas com intervalos

curtos entre as crises não devem dirigir e aquelas com longos intervalos entre suas crises podem ser consideradas capazes de dirigir com segurança.

A permissão para dirigir veículos ou a renovação da habilitação para pessoas portadoras de epilepsia é um problema que envolve peritos e examinadores, bem como médicos que promovem o tratamento destes pacientes. A epilepsia é uma condição médica reconhecida como de risco para a segurança de direção veicular.

Em janeiro de 1998, entrou em vigor o novo Código de Trânsito Brasileiro, que tem como principal objetivo transformar o trânsito em algo mais humano e civilizado, ou seja, combater da melhor maneira possível os acidentes de trânsito. Esse código prevê várias medidas no sentido de aprimorar a educação no trânsito e para o trânsito, estabelecendo medidas mais severas para a punição das infrações nesse ambiente.

Desde os primeiros estudos e pesquisas realizados e passados 25 anos desde a publicação do artigo *Epilepsia e a medicina do tráfego*, os dados estatísticos apresentados foram substituídos. Levando em consideração o aumento demográfico, o Brasil, atualmente, possui uma população de mais de 189 milhões de habitantes e a frota aumentou para mais de 42 milhões de veículos. Diante disso, percebemos, também, um aumento significativo no número de acidentes de trânsito: mais de 36 mil acidentes com vítimas fatais.

Devemos lembrar que dirigir é um privilégio, não um direito. E para que consiga este privilégio é necessário que a pessoa esteja apta, tanto física como mentalmente.<sup>4,10</sup>

# *Aspectos psicopatológicos do homem no trânsito*<sup>21</sup>

---

*Albino Julio Sciesleski*<sup>17</sup>

*Esta tendência de alcoólatras, mesmo quando sóbrios, provocando maior número de acidentes, pode ser explicada por distúrbios causados pela ingestão abusiva de etílicos e posteriormente sofrerem distúrbios visuais, sonolência, reflexos retardados, hipoglicemia, crises ou equivalentes epiléptiformes na crise de abstinência, além do componente de sua personalidade.*

Já em 1976, quando apresentamos o trabalho *O comunicador social e a prevenção de acidentes no trânsito*, dissemos que as tensões da vida contemporânea fizeram do automóvel um instrumento de evasão, libertação e fuga. Ao volante de um carro, o indivíduo que perdeu sua identidade, massacrado pela sociedade de consumo, isola-se do mundo e coloca-se contra ele, torna-se machão, atropela, mata e morre.

Aí se encontra praticamente todo o conteúdo do assunto que iremos abordar: aspectos psicopatológicos do homem no trânsito.

O acidente de trânsito é, sob o ponto de vista médico-epidemiológico, uma doença crônica de discutíveis conhecimentos etiológicos, senão subjetivos e cuja prevenção é simplesmente suprimir o tráfego de veículos. Porém, bem sabemos que isso no mundo atual seria uma ideia sem a mínima condição de ser aceita, mas também são inaceitáveis as consequências traumáticas que o seu incumprimento provoca, sendo imprescindível que se examinem os problemas aventados e as soluções

de eficácia comprovada, procurando, ao mesmo tempo, aliviar as perspectivas futuras com base em investigações recentes.

Nos relatórios divulgados anualmente pelas repartições competentes, foram atribuídas às chamadas “falhas humanas”, parcelas cada vez mais expressivas da responsabilidade pelos acidentes, embora só recentemente elas venham sendo objeto de investigação de caráter científico, isso porque dados da própria ONU mostram a mortalidade universal do trânsito. Nenhuma doença mata, individualmente, mais que o tráfego de veículos terrestres.

Nos dias de hoje, com o advento da medicina psicossomática, sabemos que os acidentes não acontecem por nada, mas, sim, são provocados, ora por deficiência de conservação do veículo, ora por má conservação das estradas, ora pelos pedestres, ora pelo condutor. Há sempre a participação do homem em todos os casos.

Mas devemos, agora, voltar nossa atenção aos acidentes provocados diretamente pelo homem, seja como pedestre, seja como motorista.

Nós admitimos, em psicologia, que o homem é acionado por dois impulsos antagônicos: o *impulso de vida* e o *de morte*. O acidente é uma expressão do instinto da morte. E o indivíduo procura por ela do modo mais disfarçado possível, de tal modo que ele próprio não percebe.

A afinidade traumática ou traumatofilia (descrita por France Dumber na pesquisa em companhias de seguros norte-americanas, demonstrando que certos indivíduos eram vítimas de repetidas fraturas e fazendo um perfil psicológico da pessoa tendente ao acidente), basicamente poderá ser vista inclusive no trânsito.

São pessoas que possuem muitos familiares acidentados, muitas pessoas já desastradas, inclusive de automóvel. São indivíduos sadios que não têm preocupação com doença; que não aceitam médico nem remédio; que têm a vida pontilhada de acidentes desde a infância. São pessoas instáveis, ansiosas, com tendência a interromperem tudo o que começaram; pessoas com dificuldade na profissão e no trabalho; pessoas com a atenção voltada a valores imediatos; pessoas sem capacidade de previsão e que não pensam no futuro. Os que sentem um sabor sensa-

cionalista ao enfrentar o perigo e o impulso aventureiro tendem a viver intensamente o momento. São pessoas que cultivam as tendências neuróticas desde a infância; pessoas que em determinado momento usam, se necessário, bebidas alcoólicas ou tóxicos, de um modo geral com a fantasia de ter melhor *visão mental*.

Pode-se dizer ainda que gostam de assistir a esportes violentos, entretenimentos com mortes e enfrentamentos. Porém, quando algo lhes ocorre, dão uma explicação simplória e assumem uma atitude de fatalismo ou atribuem tudo ao azar. Quem sabe, nesse grupo, encontram-se os motoristas que fazem as competições clandestinas noturnas.

A nossa experiência de oito anos atendendo a motoristas enquadrados no art. 77 do Código Nacional de Trânsito (antigo CNT) e a convivência diária com a medicina do tráfego, permite afirmar com lucidez que, nesse grupo, encontram-se os indivíduos mais perigosos, que mais acidentes provocam e geralmente os que provocam os mais graves.

Em exames psiquiátricos e psicológicos, eles nem sempre mostram as tendências contra si e ou contra os demais. São indivíduos que não têm coragem de cometer suicídio ou homicídio agudo e ficam namorando a morte, às vezes também de outras formas: com o etilismo, com tóxico e muito bem chamados por Karl Mennenger como “forma de morrer no varejo” (o homem contra si mesmo).

São perigosos porque se consideram sadios. Às vezes, fazem uso de etílicos e tóxicos de maneira sintomática, isto é, para comemorar algo, para esquecer algo, para fazer alguma coisa, mas na realidade serve para poderem suportar a vida, para poderem fazer seus instintos fluírem com mais liberdade. E, para isso, o álcool ou o tóxico passam a ser a bengala necessária para se *autoafirmarem*.

Já o alcoólatra habitual tem melhor visão de suas fraquezas, suas limitações, e às vezes consegue tomar mais cuidado no trânsito que o alcoólatra sintomático.

O alcoolismo, de modo geral, é perigoso para o trânsito, tanto que em minha experiência constatei ser esta a maior causa determinante de acidentes no tráfego, com mortes ou mutilações. Basta observar de

sexta-feira à noite até domingo, acontecerem só em São Paulo 60% dos acidentes de trânsito do país.

O indivíduo alcoolizado, segundo West & Coll. (1968)<sup>29</sup> (que estudaram em dois anos 871 casos de colisão contra obstáculos com apenas um carro envolvido, onde o motorista morreu quinze minutos após o acidente), 74% dos que faleceram nesta condição estavam embriagados e com uma concentração média de 1,9 g/l.

Smart e Schmidt<sup>28</sup> demonstraram que mesmo motoristas estando sóbrios em acidentes, há entre os acidentados duas vezes mais alcoólatras do que o esperado numa amostra populacional.

Essa tendência de alcoólatras, mesmo quando sóbrios, provocando maior número de acidentes, pode ser explicada por distúrbios causados pela ingestão abusiva de etílicos, seguidas de distúrbios visuais, sonolência, reflexos retardados, hipoglicemia, crises ou equivalentes epileptiformes na crise de abstinência, além do componente de sua personalidade já descrita. Fumar ou falar ao celular enquanto se dirige, também são características determinantes de acidentes.

Além do indivíduo que se pode distinguir em função de estudos da personalidade, há aquele praticamente patológico. Aí temos o doente mental e o deficiente mental, cujas fronteiras com a normalidade são imprecisas, o que torna a tarefa difícil para o examinador.

Vamos enumerar aqui, com a finalidade puramente didática, alguns estados mórbidos mais caracterizados, uma vez que o fronteiro, além de ser mais difícil de se distinguir, é o mais comum, e, segundo Freud, todos temos recalques e neuroses, a questão é apenas de quantidade.

Nesse grupo, há a personalidade psicopática, caracterizada previamente pelo indivíduo com distúrbio de conduta. São pessoas tenebrosas, desprovidas de senso de responsabilidade, agressivas, inquietas, desconfiadas e que estão sempre na expectativa de agredir, mentir e enganar. São pessoas realmente perigosas, que não têm autocritica e vivem rondando a morte, pois não têm noção de perigo. São indivíduos imaturos emocionalmente e que enfrentam a vida puerilmente. Por

isso, um automóvel nas mãos dos mesmos passa a ser praticamente uma arma.

É de grande importância ressaltar as psicoses, em virtude do grande número de pessoas acometidas por tal doença. São doentes mentais que não têm noção de realidade, que muitas vezes se sentem perseguidos, desconfiados, com alucinações, delírios, com manias ou então com astenia-melancolia, com dificuldade de comunicação, levando a intenso distúrbio de conduta e atenção, porque estão voltados para dentro de si. Apresentam, conforme o estado da doença, aumento ou diminuição dos reflexos.

A complexidade desses sintomas enumerados mostra a você, caro leitor, a dificuldade que tal pessoa enfrentará para dirigir adequadamente um automóvel, pois, na maioria das vezes, seus sintomas são transferidos para o trânsito e para os outros motoristas em forma de projeção, estabelecendo-se aí o conflito, que torna o doente mental perigoso. Às vezes, esses indivíduos estão em tratamento especializado com psicotrópicos, medicamentos usados amplamente e com sucesso no combate aos sintomas retroexpostos, mas que embora combatam os sintomas não deixam de apresentar alguns efeitos colaterais, na maioria das vezes, inconvenientes ao motorista, por apresentarem sonolência, tonturas, vista turva, diminuição dos reflexos e da atenção.

Devemos ter cuidado para fazer uma avaliação objetiva e de bom senso em tais casos.

É importante, também, fazer uma breve consideração ao epiléptico, principalmente o não-controlado, que além de crises convulsivas e ausências ao volante, pode apresentar outros sintomas como agressividade, irritabilidade, ansiedade, desconfiança, na maioria das vezes, emotiva. Temos vários casos enumerados em nosso serviço, onde o acidente foi provocado por crises convulsivas ao volante e temos outros casos inclusive com agressões e morte entre motoristas.

Para o diagnóstico da epilepsia, temos o EEG, um exame de valor relativo, porque há casos em que seu resultado vem alterado, com foco disrítmico cerebral ou crises de ausência, no entanto, o indivíduo pode

nunca ter uma manifestação clínica. Também existem pessoas que sofrem crises convulsivas ou crises de ausência, no entanto, apresentam eletroencefalograma normal.

Ao nosso ver, o EEG é um instrumento a ser valorizado quando dá o resultado como *anormal*, caso contrário a interrogação continua.

Nos EUA, a epilepsia é levada tão a sério que o motorista ou candidato faz um juramento dizendo que não sofre de epilepsia e, se algum dia vier a sofrer crise ou equivalente, deixará de dirigir até ser reavaliado.

O epiléptico torna-se ainda mais problemático para o trânsito, quando faz uso de etílicos e tóxicos, quando fica sem dormir, estafado ou sob efeito de luzes fortes ou sons estridentes, fatores que podem desencadear crises.

Concluimos que o epiléptico deve sempre ser bem assistido pelo seu médico e que o diagnóstico do mesmo é fundamental para o seu tratamento e recuperação. E a melhor maneira de fazê-lo é por meio de um bom exame médico.

Enfim, temos o deficiente mental ou oligofrênico, cuja característica é o atraso no aprendizado, na inteligência. São pessoas que oferecem perigo no trânsito porque têm dificuldade em criticar o perigo, brigam facilmente, entram em conflito e se desestruturam, porque suas defesas psicológicas são incompletas, vulneráveis e sua autocrítica é prejudicada.

A conclusão tirada após oito anos examinando motoristas envolvidos em acidentes de trânsito, enquadrados no art. 77 do antigo CNT, é que o exame médico deve ser encarado com muita responsabilidade e feito minuciosamente. Inclusive, se necessário, deve-se pedir exames complementares com estudo da personalidade como salvaguarda na prevenção dos acidentes de trânsito, que é o nosso grande objetivo.

# Mobilidade urbana e bicicletas

---

*Albino Julio Sciesleski, Marisa Potiens Zílio*

*J*á reparou que muitas vezes vale mais a pena ir em bicicleta ou mesmo caminhando ao seu destino? Pois é, as cidades estão cada vez mais cheias de carros e isso as torna mais lentas, quentes e irritantes. Usar racionalmente os veículos de transporte vem a ser, então, o cerne da questão em torno das discussões sobre mobilidade urbana. Houve um tempo, quando não havia tantos automóveis, em que era comum ver ruas inteiras ocupadas por automóveis com apenas uma pessoa dentro. Hoje ainda acontece muito disso, porém tal fato já está sendo visto como uma falta de bom senso, pois por onde poderiam locomover-se cinco pessoas há apenas uma, ocupando o mesmo espaço urbano. Essa forma de locomover-se é irracional para os dias em que estamos vivendo.

Exemplos de bicicletários em Paris, de corredores de ônibus em Curitiba e Bogotá (COL), de rodízios em São Paulo são estratégias inteligentes que têm dado resultados positivos ao fluxo de trânsito, mas ainda não são suficientes em muitos lugares onde o crescimento populacional é incompatível com a área urbana e a ocupação veicular é maior do que o limite das vias permite, causando lentidões, muitas vezes seguidas de engarrafamentos quilométricos.

*Porque não usamos bicicletas?* Algumas respostas a esta pergunta apareceram numa pesquisa recorrente publicada na *Zero Hora* de 4 de agosto de 2012, onde 781 estudantes da UFRGS apresentaram motivos como insegurança no trânsito, falta de ciclovias, de bicicletários, risco de assaltos, distâncias muito longas etc. Já os outros 355 entrevistados, que responderam usar bicicleta, justificaram o ato como saudável,

menos poluente, econômico, alternativo e ágil e por notarem o transporte público insatisfatório.

Por mais que o Plano Diretor da capital gaúcha tenha como meta 495 km de ciclovias, havia apenas 40,5 km de expansão projetada para anos próximos, mas ainda não iniciados. Isso revela uma questão de mentalidade entre usuários e poder público, que se reflete na maioria das grandes cidades brasileiras. Ademais, muitos cultivam a ideia de *status* associada ao carro em detrimento da bicicleta, levando pessoas a privilegiarem um veículo sob quatro rodas em vez de garantir um teto para suas famílias, por exemplo. Logo, tem-se aí um desafio educacional.

Todavia, a bicicleta está galgando espaço na preferência dos mais conscientes. Também vale citar um exemplo, derivado de outras cidades, que está em funcionamento em Porto Alegre, o projeto Bici Anjo, que constitui-se de voluntários dispostos a instruir ciclistas a trafegar no trânsito evitando acidentes, também a exemplo do *site* Vá de Bike.

Porém, ações governamentais é que farão a diferença na mobilidade urbana. Precisamos de melhorias no transporte público, em vez de no privado, e também de investimentos em meios não-motorizados de locomoção. Precisamos tomar um ônibus em vez de três para chegarmos ao nosso destino. Que o serviço seja democratizado, por fim. Isso tudo significa construir mais corredores para ônibus, em vez de viadutos privilegiando automóveis. Gomide (apud Schindewein<sup>24a</sup>) lembra que 20% dos usuários das vias públicas ocupam 80% delas. Ora, já está mais que na hora de criarmos um projeto que mude a história dos transportes neste país, lembrando que pelo caminho podem ficar o sonho do carro próprio (que não deve ser confundido com sucesso pessoal) e o estacionamento dos dois lados da rua. *Que tal subir nas bicicletas e fazer a diferença no trânsito?* Há até uma vasta legislação sobre esse uso, mas há que conhecê-la, praticá-la, passá-la adiante. Ciclistas! Não esqueçam: quando trafegarem em rodovias, façam-no pelo acostamento e no sentido inverso do tráfego da pista de rolagem, para que possam ver os veículos que vêm em sua direção! As soluções para muitos problemas sempre surtirão efeito quando forem antecipadas. *Que tal discutirmos melhoras para o tráfego de 2025 no Brasil?*

# *Motociclistas e vida no trânsito*

---

*Albino Julio Scieszleski, Marisa Potiens Zílio*

Nos últimos tempos, houve uma verdadeira explosão no aumento de motocicletas no trânsito. Economia, acessibilidade, praticidade, facilidade para estacionar e dirigir são alguns dos fatores que contribuíram para que a motocicleta caísse no gosto popular.

Até a segunda metade da década de 60, as motos praticamente não existiam aqui no Brasil. Em 1974, instalou-se no país a primeira grande fábrica de motocicletas, iniciando seu processo de popularização. Atualmente, o uso desses veículos é muito diversificado, sendo utilizado tanto para fins de lazer quanto para profissionais.

Porém, alguns aspectos negativos estão aliados ao aumento do número de motos nas estradas e cidades brasileiras. O mais sério é o alarmante incremento de acidentes graves envolvendo motociclistas. Em 2007, acidentes com motocicletas representaram 48% das indenizações pagas pelo seguro obrigatório dos veículos automotores (DPVAT), conforme dados da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG).

O Comitê Estadual de Prevenção dos Acidentes de Moto do estado do Pernambuco (criado pelo decreto nº 36.568, publicado no Diário Oficial de 28/05/12) tomou frente ao combate desse tipo de acidente com medidas que foram desde a criação de estratégias até o engajamento de entidades afins. Uma de suas publicações traz importantes estatísticas e alertas sobre o tema, como, por exemplo, o fato de que, naquele estado, em 2010, as mortes por acidentes com motos alcançaram 27%

dos óbitos ficando atrás apenas do índice de homicídios. Entre outras coisas, extratificou que 89% das vítimas eram homens, sendo que, destes, 65% tinham idades entre 20 e 39 anos. E os registros de motos já eram maiores que os de carros (por exemplo, 100 mil *versus* 82 mil, respectivamente). O Comitê revelou, ainda, que nos últimos quatro anos 12.461 condutores tiveram o direito de conduzir suspenso, sendo que 7.590 destes (60,91%) eram motociclistas.

De acordo com a Associação Brasileira de Medicina do Tráfego, a cada óbito provocado por acidente de moto, 5 pacientes são internados em estado grave em hospital de alta complexidade. O problema é que, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), cada paciente vítima de acidente de moto, custa R\$ 152 mil dos cofres públicos, só na rede hospitalar, situação essa que, se considerada socialmente (pré-atendimento, hospital, licença, aposentadoria, entre outros), eleva a cifra para 952 mil. A agravante maior fica para: lesões crônicas e amputações, que mudam desagradavelmente a vida dos acidentados, quando esta ainda resta às vítimas.

Tal situação não é exclusiva do Brasil. Na Alemanha, por exemplo, apesar da diminuição dos acidentes fatais com automóveis na última década, o mesmo não ocorreu com as motocicletas.

Há de salientar, também, que, como a moto é utilizada para fins profissionais, neste caso, em especial, o surgimento dos *motoboys* contribuiu para um aumento significativo do número de acidentes. A concepção de que *tempo é dinheiro* (infelizmente presente em muitos de nós), faz com que estes profissionais também *corram contra o tempo*. E por que não dizer *contra a própria vida*, já que trafegam em alta velocidade na maioria das pistas de rolagem da zona urbana.

Eis o grande desafio: *Como minimizar este quadro de acidentes e vítimas?*

Alguns estudos<sup>22, 8</sup> comprovam que a imprudência acarreta o aumento desse tipo de estatística. Assim, recomendações de caráter edu-

cativo tornam-se necessárias, a fim de evitar acidentes. Dentre as quais, destacamos:

- Fazer curso de direção defensiva normal e procurar realizar um de direção defensiva exclusivamente para motos.
- Escolher motocicletas de acordo com o tipo físico do condutor.
- Ter certeza de que pode guiar com segurança a motocicleta, antes de adentrar no trânsito.
- Manter sempre o farol aceso ininterruptamente, noite e dia, para que a motocicleta torne-se mais visível.
- Usar sempre capacete com visor, luvas e calças. Evite o uso de bermudas ao conduzir.
- Preferencialmente, utilizar roupas claras, bem como coletes e acessórios reflexivos, para facilitar a visibilidade pelos demais.
- Não circular entre os carros parados num congestionamento ou próximo a um farol, caso não tenha espaço suficiente. Isso evita causar algum acidente, caso alguém coloque o braço para fora, abra a porta ou faça alguma manobra brusca, por exemplo.
- Guardar distância do veículo que vai à frente.
- Andar, preferencialmente, pelo lado direito do tráfego, para evitar as *fechadas* por falta de visibilidade.
- Quando houver um grupo de motocicletas, procurar andar em fila indiana. Evitar andar em *leque*, para não dificultar a passagem aos demais veículos.
- Fazer revisões e/ou manutenções periódicas no veículo (freios, embreagem, pneus, faróis etc.).
- Redobrar os cuidados quando atingir um cruzamento, reduzindo a velocidade na aproximação e parando sempre que necessário ou indicado.
- Aguardar o semáforo abrir para passar. E, quando o fizer, não acelerar rapidamente para evitar colisão com outro veículo que passou com o semáforo em amarelo (retardatário).
- O cansaço e a tensão prejudicam os reflexos e a visão. Por isso, é aconselhável dirigir somente quando estiver completamente

disposto. A 100km/h o ângulo da visão é de apenas 40°, enquanto que a 60km/h o ângulo aumenta para 65°. A 40km/h vai para 100°.

- Orientar o carona para que suas atitudes e cuidados sejam os mesmos que os do motorista, já que a motocicleta transporta até duas pessoas e, em caso de acidente, condutor e passageiro sofrem ferimentos.
- Evitar dirigir à noite, mas se não houver outra opção que se dirija com muita cautela, pois nesse horário a noção de profundidade é menor em função do ofuscamento provocado pelos faróis de outros veículos.
- Verificar com atenção as condições da via, principalmente no que poderá desequilibrar o motorista, como pista molhada, faixas escorregadias, buracos etc.
- Jamais misturar álcool, drogas e direção.

Um estudo europeu concluiu que a maior parte dos acidentes acontecem nos cruzamentos, sendo que as partes do corpo mais atingidas são os membros inferiores, os superiores e a cabeça. Noutra conclusão importante a que os especialistas chegaram, diz-se que os fatores predominantes para a ocorrência de acidentes por falha humana são a falta de atenção e os movimentos repentinos, que causam desequilíbrio, dentre outros.

Valendo-se da máxima de “que não é o veículo que é perigoso; perigosas são as atitudes de quem o conduz”, com certeza, se nos utilizarmos de hábitos saudáveis e corretos, contribuiremos para a redução dos acidentes.

*Cada um é responsável por todos!*

# Cinto de segurança

*Albino Julio Sciesleski, Marisa Potiens Zilio*

Os cintos de segurança foram patenteados em 1903 e usados desde 1922 em carros de corrida, mas só foram instalados em carros de passeio na década de 60 nos Estados Unidos. Porém, a partir de 1966, todos os fabricantes de automóveis passaram a instalar cintos dianteiros e traseiros<sup>5</sup> em suas produções.

Cinto de segurança é um assunto que pode parecer corriqueiro para a maioria das pessoas. É justamente aí que está o perigo. *Por que?* Por causa da sensação de domínio que o ser humano costuma experimentar depois de haver executado a mesma tarefa várias vezes, como, por exemplo, dirigir com apenas uma das mãos, estacionar habilidosamente o carro sem olhar no retrovisor, fazer curvas em alta velocidade etc. A questão é que somos seres humanos, ou seja, não-máquinas, e erramos quando muito confiantes em rotinas, pois, como seres biológicos, somos afetáveis pelo ambiente externo o tempo todo.

Neste capítulo, conheceremos um pouco das *agravantes* em acidentes de trânsito, bem como da cinemática dos corpos dentro de veículos envolvidos em acidentes, uma vez que estes são fatores fundamentais para a diagnose ou a previsão de potenciais lesões adquiridas nestes eventos.

Através da biomecânica, podemos relacionar elementos de engenharia e medicina, considerando as forças físicas envolvidas nas colisões e a anatomia humana. Tomemos como exemplo um choque frontal, onde os passageiros sem cinto de segurança podem sofrer um impacto de até 50 vezes o peso do próprio corpo. *Que estrutura humana aguenta tal força?* Com o cinto de segurança, esse número reduz-se a 11 vezes o próprio peso. E isso já é uma significativa ajuda, estando aí a grande diferença que salva muitas vidas no trânsito.<sup>5</sup>

*Por que o corpo sofre esse imenso impacto?*

Isso acontece porque o automóvel perde toda a sua velocidade em uma fração de segundos quando colide. Mais precisamente, essa desaceleração se dá num espaço de centímetros. Numa colisão frontal contra uma árvore ou um poste, por exemplo, segundo montadoras brasileiras, um veículo nacional pequeno ou médio (de 1.100 a 1.350 kg), a 50 km/h (ou 13m/s), deforma 50 centímetros, enquanto um grande (de 1.750 kg) deforma 81 centímetros. Considerando que essa desaceleração acontece em pouco mais de um décimo de segundo, pode-se prever que uma pessoa de 70kg tem que vencer uma força de aproximadamente 800kg, o que nem o homem mais forte do mundo conseguiria. Assim, não há alças de teto, encostos ou bancos em que agarrar-se, pois nem estes suportam tal impacto. O cinto de segurança sim, porque está projetado para forças de dois mil quilos.<sup>18</sup>

*E o que dizer sobre a falácia de que o cinto de segurança pode emperrar em um acidente e prender o passageiro, que fica vulnerável a queimaduras e afogamentos?*

Isso pode ser facilmente respondido com outra pergunta: *Como alguém poderá ajudar-se estando inconsciente?* É bom lembrar que o passageiro sem cinto, no momento de uma colisão, se não for arremessado imediatamente para fora do carro, vai debater-se contra as partes internas do veículo, tendo muito provavelmente a cabeça atingida e a consequente perda de consciência. É uma das funções do cinto de segurança é evitar que isso ocorra.<sup>18</sup>

Além do que, num impacto, o fecho do cinto tem muito menos probabilidade de ser atingido (e travar) do que as portas do carro. Assim, está-se colocando o problema num objeto diminuto que necessita apenas de uma das mãos do passageiro para que aperte o botão e libere o cinto. Depois disso, é claro, ele terá que abrir a porta ou baixar o vidro do carro para escapar de situações de água ou fogo iminentes.<sup>18</sup>

*Está sempre seguro quem viaja no banco de trás?*

Muitas pessoas acham que na parte de trás do carro não é necessário usar cinto de segurança, porque que os bancos dianteiros supostamente protegem de um eventual impacto, além de haver os encostos, alças de teto para agarrar-se.<sup>18</sup> O problema é que não há tempo para

pensar em se segurar ou se esquivar, sem contar que muitas vezes os impactos ocorrem nas laterais do veículo, onde os passageiros sem sinto de segurança ficam soltos e perigosamente em risco de impacto direto. Não é por nada que os especialistas consideram o banco traseiro o “reino da ignorância”.

Há vários casos de passageiros ocupantes do banco traseiro que, por não estarem usando o cinto de segurança em colisões, foram arremessados para fora. E as consequências desse movimento brusco são: a morte, a mais óbvia, senão escoriações diversas, fraturas, invalidez etc.

Ademais, não usar o cinto no banco de trás, pode agravar a situação das pessoas que estão à frente, mais especificamente por esmagamento, pois nem mesmo o banco dianteiro pode suportar certos golpes com o peso de mais de uma pessoa.

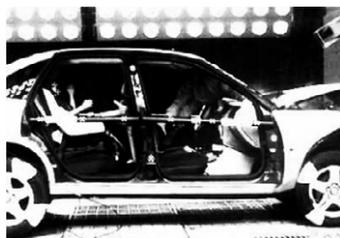
*O cinto de segurança é o único item de segurança de um veículo?*

É o mais eficaz, sem dúvidas, mas não é o único. Um carro, por exemplo, tem itens de *segurança ativa*: tudo o que pode evitar um acidente, como freios anti-bloqueio, pneus aderentes, visibilidade dos vidros, espelhos, ergonomia, e também itens de *segurança passiva*: tudo o que pode evitar os efeitos passivos do acidente: carroceria de deformação programada, barras de reforço nas portas, *airbags*, cintos de segurança etc.<sup>18</sup>

*Por que tanta precaução?*

As lesões por acidentes de tráfego são as principais causas de morte por traumatismo e a décima causa das mortes em todo o mundo. É é muito lógico que ninguém gostaria de ferir ou ser ferido cronicamente, tampouco de morrer ou tirar a vida de alguém.

Mas vejamos só, os acidentes de trânsito são a terceira causa de morte no mundo, sendo a segunda o homicídio, e a primeira o suicídio. No



Neste teste de colisão com dois bonecos (*dummys*) ocupando o banco traseiro, reparem que aquele que usava cinto permaneceu no assento, enquanto o outro que não usava, foi arremessado contra o para-brisas.

Brasil, de 1980 a 2006, os acidentes de trânsito eram a segunda causa de morte.

Vamos ampliar o momento de uma colisão de trânsito. *Você sabia que ela acontece em três níveis?*

O primeiro nível de colisão se dá com o próprio carro, que vai deformando-se até um limite (dependendo da velocidade).

O segundo, com ocupantes do veículo (deslocando-se a uma velocidade igual à que estava o carro) contra as partes internas do automóvel, em caso de não estarem usando o cinto de segurança. E, nesse caso, nenhuma redução dessa velocidade vai acontecer até que alguma parte do corpo atinja a estrutura interna do automóvel, primeiramente os joelhos contra o painel de instrumentos, depois a cabeça e o tórax contra o volante (no caso de motoristas) e o painel e o para-brisa (no caso dos caronas). Ao cinto de segurança restará absorver um pouco da força (devido à elasticidade do cadarço), configurando-se aí um pré-segundo impacto.

O terceiro nível de impacto é o golpe que os órgãos internos sofrem contra a estrutura óssea do corpo humano (cérebro na caixa craniana; coração e pulmão na caixa torácica), derivando daí esfacelamentos, ou rupturas e graves hemorragias internas.

O trabalho do cinto de segurança, então, é aumentar o tempo de desaceleração e reduzir as lesões graves, geralmente causadas por impactos secos, como também impedir a ejeção do ocupante do veículo.

Que fique claro que o uso do cinto em colisões não impedirá alguns ferimentos, mas em todos os casos evitará os graves. Principalmente, nos membros inferiores dos ocupantes dos assentos dianteiros, que costumam sofrer escoriações, por motivos óbvios de redução desse espaço quando em uma colisão frontal.

Por outro lado, em alguns casos, devido ao uso do cinto de segurança, um dano que pode ocorrer ao passageiro é o chamado “efeito chicote”, que consiste no movimento brusco para a frente e para trás hiperextendendo e hiperflexionando o pescoço. A agravante se dá em situações em que o encosto de cabeça está mal posicionado ou indisponível quando do movimento brusco de rebote de uma colisão, daí advindo fraturas na coluna cervical e ou lesão medular.

De qualquer forma, o cinto de segurança impede que braços, pernas e cabeças de passageiros golpeem-se contra o interior rígido do automóvel, como já sabemos, e também absorve grande parte da energia do impacto, distribuindo a restante pelos pontos mais fortes do corpo, além de manter os ocupantes no lugar quando de paradas bruscas ou curvas acentuadas, o que contribui para que seja menos cansativo dirigir.

### *Gestantes devem usar cinto?*

Para as mulheres grávidas, a recomendação é que usem o cinto de segurança de três pontos, atentando para que a parte pélvica deste fique abaixo da protuberância abdominal, ao longo dos quadris e na parte superior da coxa, sendo que a faixa diagonal deve cruzar o meio do ombro, passando entre as mamas e lateralmente ao abdome, nunca sobre o útero. Ademais, se a gestante estiver conduzindo, as indicações são de que afaste o banco do volante (desde que permita ter um bom controle com os braços na direção e os pés nos pedais) para criar um espaço que, em caso de colisão, com a folga do cinto de segurança, não golpeie a condutora contra o mesmo.<sup>1</sup>

Por mais que muitas gestantes pensem que usar o cinto é prejudicial ao feto, o de três pontos é, na verdade, o único que confere proteção na imensa maioria dos casos de colisões.<sup>1</sup>

### *Como proteger nossas crianças?*

Todos sabemos que uma criança é um ser em formação, logo sua estrutura óssea e órgãos internos são significativamente menos resistentes do que os de um adulto, não importando o seu tamanho, pois o amadurecimento do corpo só ocorrerá com o avanço da idade.

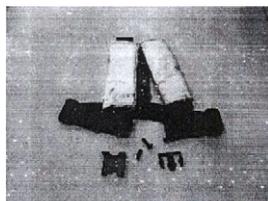
Sendo assim, faz-se necessário um dispositivo de retenção adicional para crianças, uma vez que os cintos convencionais para adultos podem representar muita carga no momento de um impacto. Para essa função, surgiram as popularmente conhecidas *cadeirinhas*, que são fixas ao veículo pelo cinto de segurança para absorverem mais uma parcela da energia dos cadarços, minimizando o efeito ao pequeno passageiro.<sup>23</sup>

É verdade que, muitas vezes, não é fácil acomodar crianças naquele espaço delimitado, pois elas geralmente são irrequietas e imprevisíveis, sendo a disciplina a tarefa pela a qual o adulto deve zelar, sempre com paciência e atenção, para que tão logo a criança saia da maternidade já

vá se acostumando à cadeirinha. Vale lembrar que uma criança solta dentro do carro pode prejudicar a atenção do motorista. Segundo a norma NBR 14400, há quatro tipos de dispositivos de retenção para crianças: a) até 13 kg, para as de zero a 6 meses; b) 9 a 18kg, para crianças de 4 a 32 meses; c) 15 a 25 kg, para as de 18 a 60 meses; d) 22 a 36 kg, para crianças de 50 a 90 meses.

Crianças maiores, a partir de 5 anos aproximadamente, já conseguem suportar as cargas dos cintos tradicionais, porém, como não têm altura suficiente, devem ser colocadas sob um assento especial chamado *buster*. Assim, o cinto pode cruzar pelos lugares mais fortes de seu corpo (clavícula e pélvis, respectivamente para os cadarços diagonal e subabdominal). Almofadas não servem para esse tipo de ajuste, pois podem, em uma colisão, fazer a criança escorregar.<sup>24</sup>

Romaro e Fonseca<sup>24</sup> também verificaram que algumas marcas de cintos de segurança infantis (anunciadas em 2004 como mais confortáveis, por permitirem liberdade à criança), na verdade, feriam o conceito de retenção estabelecido pela NBR 14400 da ABNT, que estabelece requisitos de segurança para esse tema. A pesquisa mostrou que tais cintos, testados a um impacto de 50 km/h, em vez de reter a criança (simulada com um boneco de 15 kilos, representando uma idade aproximada de 3 anos), arrebentavam, próximo do fecho ou no meio do próprio cadarço.



O mesmo teste foi aplicado a bonecos de 28 kg (criança de aproximadamente 6 anos), tendo obtido iguais resultados negativos, e os mesmos deslocamentos para a frente e posterior ricochete.

É por isso que diversos especialistas aconselham escolher um dispositivo de retenção de crianças, aprovado e certificado pela norma brasileira NBR 14400 ou pelas normas europeia ECE R44 ou americana FMVSS213.

# *Acidentes de trânsito:*

## *Responsabilidade de quem?*

---

*Albino Julio Scieszleski*

Em 1976, quando apresentamos o trabalho *O comunicador social e a prevenção em acidentes de trânsito*, dissemos que as tensões da vida moderna fizeram do automóvel um instrumento de evasão, de libertação e de fuga. O indivíduo, hoje, parece ter perdido sua identidade, massificado e massacrado pela sociedade de consumo, num processo agravado pela globalização da economia, com a qual ele se isola do mundo; coloca-se contra ele, fica *machão*; e, ao volante de um carro, para autoafirmar-se na sua insegurança, atropela, mata e morre. A indústria automobilística tem apresentado um avanço extraordinário, mas o carro continua sendo praticamente uma arma de guerra, quando em mãos de irresponsáveis.

Os aspectos psicossociais e médicos analisados na segurança do trânsito, na recuperação das vítimas, dos parentes, com as consequências de tudo isso, refletem o que vivemos cotidianamente. Pelo número de acidentes, suas consequências e efeitos na sociedade, é possível entender (mas não aceitar) os 36 mil óbitos, aproximadamente, por ano no Brasil. Isso sem contar o número de feridos com sequelas graves, que se tornam usuários de cadeiras de rodas ou passam a viver em fundos de quintais, isolando-se socialmente.

O que assusta é que a opinião pública se mantém apática, sem ser despertada, principalmente pela mídia, que só noticia as desgraças. Não se mostram os defeitos e as correções necessárias, o modo como os cidadãos devem ser educados e esclarecidos para o trânsito. No caso, o

*silêncio não é de ouro*, mas é impróprio. Os números absurdos causam menos impressão do que doenças conhecidas e temidas. Basta que alguns casos de cólera suscitem emoção para que a região atingida seja posta no *index* e evitada, ao passo que se tolera um número cada vez maior de mortes nas ruas e nas estradas.

Nos países e nas regiões desenvolvidas, os acidentes matam um número bem maior de crianças e de adultos do que a tuberculose ou qualquer outra doença infectocontagiosa. Salvo melhor juízo e estatística, entre as causas de óbito, somente as doenças mentais (depressão) com suicídio, as cardiovasculares e o câncer encontram-se à frente dos acidentes de trânsito. Atualmente, mais de 50% dos óbitos de crianças de cinco a quatorze anos ocorrem no trânsito.

No combate à opinião fatalista, segundo a qual os acidentes de trânsito são inevitáveis e são obras de destino, é nossa função apresentar, inclusive, dados do êxito alcançado na indústria e na construção civil com o trabalho preventivo e educativo para evitar os acidentes de trabalho. Os acidentes de trânsito não constituem exceção e a prevenção deve dar ênfase à seleção de motoristas, com bom exame médico e psicológico, bom treinamento e, especialmente, educação, desde a pré-escola e em nível multidisciplinar.

Da pré-escola deveriam sair os primeiros ensinamentos de respeito à lei, aos semáforos, aos cintos de segurança, aos capacetes, a como acomodar as crianças nos veículos, como respeitar a faixa de segurança, enfim, um ensinamento básico que servirá para a vida toda. Assim, a complexa interação: homem *versus* veículo *versus* estrada *versus* meio seria um assunto educacional globalizado. Observando as causas que provocam determinados tipos de acidentes, também se devem pôr em prática, com rapidez e determinação, medidas eficazes para evitá-los.

No passado, as estatísticas atribuíam a responsabilidade ao motorista por 70% dos acidentes de trânsito; outros 30% representavam a má conservação e má construção das rodovias, conservação do veículo e desinformação do pedestre. Nos dias atuais, os números mudaram, e o

motorista praticamente é o responsável por 90% dos acidentes, embora os outros 10% restantes também sejam de responsabilidade indireta do ser humano, nos itens referidos à pessoa: veículo, estrada, meio ambiente, inclusive com pedestres.

Diante disso, do ponto de vista epidemiológico, acidente de trânsito é uma doença crônica de discutíveis conhecimentos etiológicos, senão subjetivos, cuja prevenção seria reprimir o trânsito de veículos, condição que não é aceita em nosso tempo. Porém, os acidentes não acontecem por si. Eles são provocados. Por isso, são inevitáveis assim como as consequências traumáticas que provocam. É imprescindível que se examinem os problemas e as soluções de eficácia comprovada, procurando, ao mesmo tempo, atenuar as perspectivas futuras com base nas últimas investigações. Admitimos que o homem é acionado por dois impulsos antagônicos: “o de vida e o de morte”. O acidente é a explosão do impulso de morte, e o indivíduo procura-o de modo mais disfarçado, mais subjetivo possível, de maneira que ele próprio não o percebe. O uso do cinto de segurança em países desenvolvidos tem a frequência entre 75 a 90%, com que se reduz em 30% o número de mortos, mutilados e inválidos.

Diante do exposto, concluímos que a educação para a prevenção de acidentes é a principal meta. Os exames de motorista devem merecer cuidados especiais, avaliando a personalidade e o comportamento, que podem repercutir concomitantemente a outros sintomas originários de qualquer mal coadjuvante, como a ansiedade, a depressão, o etilismo, a drogadição, a epilepsia ou problemas mentais, entre outros.

Na realidade, a impunidade dos condutores faz da justiça algo comprometedor. Por exemplo, *qual é a pena para condutores que cometem mortes ou lesões graves, com seqüela de invalidez, quando andam em velocidade abusiva ou alcoolizados? Qual seria a pena para o indivíduo que mata e atropela intencionalmente?* Modificar a legislação e a aplicação de penalidades faz-se urgente e necessário. Raramente um crime de trânsito é considerado doloso porque, mesmo dirigindo imprudente ou negligentemente, é difícil provar que o indivíduo teve o objetivo de matar ou de ferir alguém. Mesmo quando, em rede nacional televisiva, vemos o motorista sair cambaleando de seu automóvel, sendo interce-

dido por um policial. *É de acreditar que em casos assim, pode-se escapar de punições severas?* Urgem leis específicas sobre contravenções, sobre rachas e outras atitudes de violência no trânsito. *Qual a pena por se matar alguém num assalto ou num bar?* Cadeia. Julgamos que a justiça tem de mudar para acabar com a impunidade e impedir que o motorista continue agredindo a si mesmo e à sociedade.

\*\*\*

Em reunião da Associação Médica Brasileira, ocorrida em 25 de março de 1983, em Goiânia, depois de longa luta por nós desenvolvida para a criação da especialidade de medicina do tráfego, pelo uso obrigatório do cinto de segurança nos automóveis e pelo uso do capacete pelos motoqueiros, obtivemos resultados compensadores. Inclusive alguns, que foram inseridos em leis, para facilitar a mobilidade de deficientes físicos nas cidades, como, por exemplo, rebaixamentos em calçadas ao nível das ruas, escadas de ônibus adaptadas, acessos para deficientes a bancos, universidades etc.

O trabalho efetuado por 16 anos foi baseado no número de mortes, de mutilados e de inválidos no trânsito, cuja idade preocupante fica entre 18 e 30 anos, a mais produtiva da pessoa humana para si e para a nação. Dessa forma, mantivemos a nossa dedicação à medicina preventiva, assistencial e legal, baseados no transporte aéreo, marítimo e terrestre.

A indústria automobilística tem apresentado um avanço técnico inimaginável. Máquinas potentes são armas de guerra nas mãos de irresponsáveis. A motocicleta, por exemplo, que ocupa um espaço três vezes menor que o automóvel, é mais econômica, mais ágil, mais veloz, circula em espaços menores muitas vezes impróprios, facilita a locomoção e a execução de trabalhos, como o dos *motoboys*, por exemplo. Porém, constitui grande risco pela maneira como é usada, pois não tem proteção. Estatísticas comprovam que elas causam quatro vezes mais acidentes, atingindo os membros inferiores, os membros superiores e levando a fraturas no plexo braquial. Em grande percentual, a cabeça, quando sofre trauma cranioencefálico, leva à morte. Entretanto, para os casos em que se usa capacete as mortes podem reduzir em 67%.

Há maneiras de proteção que poderiam ajudar o motoqueiro, além do uso do capacete, como roupas especiais (coloridas), luvas, farol aceso, evitar circular entre os carros, usar sempre a via direita do tráfego, usar a moto de acordo com seu tipo físico, fazer revisão da moto regularmente, não usar pneus *carecas*, evitar a chuva, cansaço, estresse, álcool e psicotrópicos, que sempre diminuem a atenção.

Atualmente, a maioria dos acidentes se dá com jovens do sexo masculino, nos primeiros anos. Na França, constatou-se que 44% dos acidentes ocorriam com menos de mil quilômetros rodados. Por isso, o treinamento é importante, assim como o aquecimento do corpo antes de sair. As arrancadas bruscas nas saídas ou nas passagens pelo semáforo, colidindo com atrasados ou adiantados, podem ser evitadas com os rigores da lei.

A moto é um meio de locomoção eficiente, ágil, econômico, mas perigoso quando não se respeitam as regras básicas que devem ser explicadas nas motoescolas.

Os exames para motoristas e motociclistas, portanto, devem ser feitos com extrema responsabilidade. Se necessário, há que pedir exames complementares, como estudo da personalidade e outros, como salvaguarda na prevenção de acidentes de trânsito, que é o objetivo de toda a sociedade humana, para a melhoria da qualidade de vida.

# *Reflexões sobre a realidade do transporte no Brasil*

---

*Albino Julio Sciesleski, Marisa Potiens Zílio*

*A* título de aumentar nosso espectro sobre o trânsito, vale a pena comentar sobre o transporte associando-o à economia, pois, como bem sabemos, esta depende do transporte, e este evolui em função da economia, sendo esta relação determinante do desenvolvimento do país.

O Brasil é grande, é imenso, mas tem muito em que se desenvolver, desde os paradigmas de comportamento até a infraestrutura física. Solo fértil e imensidão de recursos temos de sobra, precárias são as formas como se transporta a produção no país, e dessa precariedade, assim como da escolha dos tipos de transporte advém toda uma problemática de erros de logística, gastos exagerados e acidentes de trânsito.

No Brasil, segundo Colavite e Konish<sup>5a</sup>, cinco são os tipos de transportes de cargas mais utilizados: rodoviário, ferroviário, aquaviário, aéreo e dutoviário. O problema é que há um desequilíbrio no uso destes modos, que atrapalha o escoamento da produção e conseqüentemente o deslocamento das pessoas. Por conta disso e de uma logística mal elaborada, temos grandes perdas na economia e eventualmente acidentes.

O ponto fulcral é a preferência e incentivos ao transporte de cargas do tipo rodoviário, apesar de todas as desvantagens que este significa, em vários âmbitos. Vejamos: o transporte rodoviário é responsável por 58% dos transportes de volumes no Brasil, segundo Benavides<sup>3a</sup>, porém dos 1,7 milhões de quilômetros de estradas abertas que o país

tem, 1,3 milhões não são pavimentadas, ou seja, 80% não têm pavimento adequado para o transporte rodoviário, tal como informa o *Anuário Estatístico de Transportes 2010-2016*<sup>3b</sup>. Some-se a isso que insistir em trafegar por rodovias mal planejadas, mal sinalizadas e mal fiscalizadas é incorrer em desgaste de equipamento, potenciais acidentes de trânsito e lentidão de deslocamento. Caminhões que transportam frutas, por exemplo, como expõe Benavides<sup>3a</sup>, por conta da lentidão do transporte em estradas precárias, têm boa parte da mercadoria estragada quando chega no destino.

É inegável que o setor de transportes está diretamente vinculado ao que se pode chamar de crescimento econômico, ou, em outros tempos, progresso de uma nação. E isso motiva cálculos, como o que revela Benavides<sup>3a</sup>, que fala da falta de pavimentação e de logística que causam perdas de mais de 25% na competitividade e nos lucros do empresariado nacional, além, é claro, das perdas em vidas humanas. Para se ter uma ideia da gravidade da situação, o *Anuário Estatístico de Transportes 2010-2016*<sup>3b</sup> 99% dos acidentes de tráfego ocorrem no transporte rodoviário.

Em números específicos, segundo o mesmo *Anuário*, a quantidade de acidentes em rodovias federais, de 2010 a 2016, reduziu 47,5%, ou seja, de uma média de 183 mil acidentes registrados em 2010, tivemos 96 mil em 2016. Houve redução dos acidentes com mortes também, da ordem de 26%, sendo que, de 8,6 mil mortos em 2010, o número baixou para 6,4 em 2016.

Por outro lado, o *Relatório do status global em segurança viária 2015*, editado pela ONU<sup>18a</sup>, estimou em 46 mil as fatalidades no trânsito em geral no Brasil, ou seja, 23 mortes por 100 mil pessoas.

Quanto às estatísticas de transporte ferroviários, tivemos uma redução de 40% dos acidentes de 2010 a 2016, segundo o *Anuário Estatístico de Transportes 2010-2016*<sup>3b</sup>, porém 60% destes acidentes não foram fatais. Em números específicos, foram registrados 1.136 acidentes ferroviários em 2010 e 687 acidentes em 2016, tendo sido os principais motivos: atropelamento em áreas urbanas e descarrilamento.

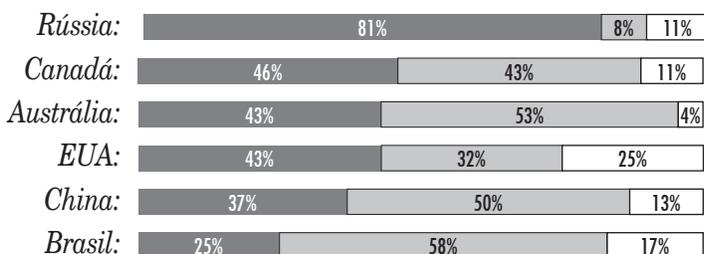
Em relação ao transporte aéreo, 80% dos acidentes registrados no mesmo período não foram fatais. Os principais motivos foram: falha de motor ou perda de controle, em que em 78% dos casos as aeronaves estavam sendo operadas por aviação agrícola ou aviação privada e executiva, e 1% pela aviação regular, sem fatalidades, segundo o *Anuário Estatístico de Transportes 2010-2016*<sup>3b</sup>.

Convenhamos que os números de acidentes registrados no transporte rodoviário são muito altos, apesar da redução no período mencionado. Isso só nos mostra que há muito que melhorar em nosso país para evitar mortes desnecessárias.

E o que dizer frente à informação de que a malha ferroviária produtiva no Brasil é praticamente a mesma da do tempo do Império? Conforme afirma Valéria França<sup>8a</sup>, dos 27.782 km de malha ferroviária, apenas um terço é produtivo, sendo o resto subutilizado. É relativamente fácil perceber que a logística no Brasil será um investimento para um futuro. O que sim causa expectativa nada positivas são as constatações de técnicos, como Rodrigo Vilaça, quem informou em 2014 que “a eficiência [da malha ferroviária] só virá com 52 mil quilômetros interligados a portos, rodovias e hidrovias”. Isso dá muito o que pensar: afinal, em quantos anos este futuro chegará?

*E como se sai o Brasil quando comparado a outros países também de grandes dimensões territoriais, em termos de tipos de transporte utilizados?*

Vamos analisar os dados citados por Colavite e Konish<sup>5a</sup>, com base na Associação Brasileira de Indústria de Base (2003), para transportes ferroviário ■, rodoviário □ e hidroviário □:



É notável que as ferrovias são bastante usadas pela grande maioria dos países em análise, e, ao contrário, o transporte hidroviário é o menos utilizado, mas vale a pena lembrar que este tipo de transporte, ressaltando-se as condições físicas de cada país em executá-lo, é o mais eficiente, o que causa menos acidentes e o de mais barata operação. Temos aqui então um ponto de importantes reflexões acerca do transporte hidroviário.

O Brasil, segundo a Confederação Nacional do Transporte, citada por Colavite e Konish<sup>5a</sup>, tem aproximadamente 8 mil quilômetros de costas e mais 40 mil de vias potencialmente navegáveis em lagos e rios. A última lei que reformulou este tipo de transporte é de 1993 e abriu para maior participação privada nas operações, mas ainda se tem muita burocracia, baixa eficiência e paradoxalmente custos elevados neste âmbito.

Por outro lado, a pesquisa de Colavite e Konish<sup>5a</sup>, comparando a competitividade entre os tipos de transporte, revelou dados surpreendentes em favor do hidroviário. Vejamos o quadro abaixo:

	Barco	Trem	Caminhão
Peso morto por tonelada de carga transportada	350 Kg	800 Kg	700 Kg
Força de tração - 1 CV arrasta	4.000 Kg	500 Kg	150 Km
Energia: 1 Kg de carvão mineral leva 1 tonelada	40 Km	20 Km	6,5 Km
Investimentos para transportar 1000 toneladas, em	0,75	2,5	3,0
Quantidade de equipamento para transportar 1000 toneladas	1 empurrador e 1 balsa	1 locomotiva e 50 vagões	50 cavalos mecânicos e 50 reboques
Vida útil em anos de uso	50,0	30,0	10,0
Custo (R\$ por Km) Tonelada por Km transportado	0,009	0,016	0,05600

Segundo Colavite e Konish<sup>5a</sup>,

*O transporte rodoviário (maioria no Brasil) é mais caro em relação ao ferroviário (3,5 vezes mais barato) e hidroviário (6,22 vezes mais barato), o transporte rodoviário tem um vida útil muito menor que o ferroviário (20 anos a mais) e que o hidroviário (40 anos a mais) a questão energética, também deve ser analisada, tanto o trem (20km) quanto o barco (40km) possuem uma autonomia muito maior em relação ao caminhão (6,5km).*

*Todavia, por mais que o transporte hidroviário seja o mais viável, em vários sentidos de análise, o Brasil está muito atrasado em investimento nesse setor.*

Nossa intenção com estas informações não é entrar em assuntos econômicos, mas sim racionais, em defesa de atitudes e mudanças que levem em consideração a vida humana.

Nosso esforço, que parte da Abramet, é o de incentivar as vozes que rogam por bom senso na administração pública e nos destinos de nossa nação. Nossos governos, federais e estaduais, precisam pensar num Brasil, é verdade, mas que também se solidarize com as vidas humanas em meio à problemática dos tipos de transportes.

Sabemos que nos últimos anos pela fiscalização mais efetiva houve uma diminuição nos acidentes rodoviários. No entanto estamos muito distantes em nossos programas de prevenção eficientes, em comparação a outros países. Vale a pena lembrar do Plano Estratégico de Segurança Viária da Espanha, implantado em 2005. Até 2011 os acidentes neste país foram reduzidos em 59%. Entre outras estratégias, os espanhóis criaram o Observatório Nacional de Segurança Viária; aumentaram o efetivo de agentes de trânsito no Conselho Superior de Segurança Viária; incentivaram campanhas de informação; reformularam o modelo de habilitação; desenvolveram planos municipais de segurança viária; implantaram dispositivos tecnológicos de vigilância, com forte investimento em propaganda conscientizadora.

*Será que no Brasil veremos investimentos similares, com incentivo do desenvolvimento em ferrovias e no transporte aquaviário?*

Como bem lembra Valéria França<sup>8a</sup>, investimentos vultuosos e execução de longo prazo são coisas que desanimam governantes brasileiros em investir, por exemplo, na ampliação da malha ferroviária. Gastar muito em um projeto é correr o risco de que este seja inaugurado na gestão de algum político adversário. Isso nos leva a pensar que só veremos investimentos de grande benefício ao desenvolvimento e consequentemente de preservação à vida quando mudarmos os paradigmas desde os pequenos âmbitos da sociedade para que uma nova forma de pensar chegue aos altos escalões decisórios em nosso país.

Temos que dizer um basta aos governantes que só agem em troca de vantagens pessoais; temos que dizer um basta à compra de votos; temos que ser a mudança na classe política; temos que parar de ver o investimento em qualidade de vida como um simples “custo”, pois desenvolvimento tem que vir com segurança e os esforços serem tratados como investimentos.

É nesse sentido que a Abramet vem tentando fazer a diferença. As mortes por acidentes de trânsito diminuíram, reconhecemos e comemoramos, mas há muito por se fazer, as leis ainda são ainda brandas e por aí tem-se uma série de questões para discutirmos, como a fiscalização de exames de condutores, se estão sendo feitos de acordo com as leis; a repercussão jurídica de acidentes, considerando ricos e pobres, que deveria ser a mesma e os possíveis representantes políticos, desde que dignos, que poderiam ser aliados das causas da Abramet.

Fato é que força que hoje a Abramet possui já permite lutar por estas e ainda mais questões, sempre visando uma melhor convivência no trânsito, em todas as suas formas.

Bem que esta poderia ser a nossa nova meta!

# *Distúrbios psiquiátricos em comorbidade com a drogadição e os acidentes de trânsito: o mal do século\**

---

*Albino Julio Sciesleski*

O tema drogadição vem chamando a atenção de todos em âmbito mundial, seja pelo consumo de drogas lícitas ou ilícitas, pois esta é uma questão de saúde pública e atinge diferentes esferas sociais. Uma das últimas medidas relacionadas ao consumo de drogas lícitas, tomada pelo governo brasileiro, foi o aumento dos impostos IPI, 23% sobre o cigarro e 20% sobre o maço do cigarro, na tentativa de diminuição desses consumos. Pesquisas relatam a diminuição em 4% nos países desenvolvidos, e de 8% em países em desenvolvimento. Medida esta tomada com a promessa de que a verba arrecadada estaria destinada à saúde pública (hoje precariamente desassistida), às obras sociais e à educação, bem como ao ensino técnico e investimento em universidades.

Precisamos de coragem na prevenção e na ação curativa. Hoje ambas atuam somente na diminuição da drogadição, a qual representa atualmente um risco imensurável à educação, à saúde, à segurança, à justiça. Com punições objetivas e democráticas e com encaminhamento ao trabalho, acredito que os resultados serão mais objetivos.

---

\* Conferência proferida no 9º Congresso Brasileiro de Medicina do Tráfego, em Porto Seguro - Bahia.

Tomemos como exemplo a medida tomada pelo governo americano em relação ao consumo do tabaco, quando da crise econômica e financeira mundial, quando triplicou os impostos e aumentou as restrições do consumo em locais públicos e privados, medidas estas que levaram à diminuição do uso de tabaco consideravelmente. As estatísticas mostram que o tabagismo é causa de morte de 440 mil pessoas nos EUA e de 200 mil mortes no Brasil, ao ano, mortes estas decorrentes de males advindos desta prática.

Em 1996, iniciaram as campanhas contra o uso de cigarros no Brasil, como, por exemplo, a restrição dos horários das propagandas. Em 1998, delimitaram-se locais para fumantes; no ano de 2000, foi proibida a propaganda na mídia e, em 2001, a proibição atingiu as promoções culturais que tivessem como patrocinador as marcas de cigarros.

A indústria tabagista movimenta uma importante fatia do mercado quando da criação de empregos diretos e indiretos, porém torna-se a principal vilã no que diz respeito às questões médicas e sociais. Alertam os fumicultores, comerciantes, políticos e industriais que o desemprego na indústria tabagista é assustador e a queda do PIB é significativo, pois a indústria de tabaco emprega 2,4 milhões de pessoas, mais do que a construção civil, e recolhe 7 bilhões de reais em impostos. Porém, os danos provocados pelo uso do fumo vão desde o mau cheiro até o câncer, sem deixar de considerar problemas como má circulação sanguínea, problemas cardíacos, do sistema gástrico, respiratório e danos cerebrais, acarretando num aumento de PIB muito maior, com gastos em saúde pública. E, ora, o dinheiro não é mais importante que a saúde das pessoas.

Há longa data, a Associação Médica do Rio Grande do Sul vem se dedicando ao trabalho intitulado “Fumo Zero”, incentivado pela ONG Vida Solidária da AMRIGS, do qual sou fundador, e se destaca pelo trabalho educacional, preventivo e curativo que vem desenvolvendo. Nossas pesquisas mostram que a diminuição no consumo do cigarro, culmina na diminuição de consultas médicas, internações, dias de serviço perdidos, estados de invalidez e morte.

Podemos ir além e refletirmos sobre quantos acidentes de trânsito são provocados pelo uso de drogas lícitas e ilícitas. Neste livro, no capítulo “Aspectos Psicopatológicos do homem no trânsito”, referimos que o uso do álcool e o ato de dirigir são os maiores contribuintes para os acidentes de trânsito com morte. Devemos votos louváveis à Lei Seca, iniciada por nós no Congresso ABRAMET (Goiânia), em 1985. Desde então, esperamos controle da ingestão de bebidas alcoólicas nas cidades após as 23 horas, nos restaurantes e bares, principalmente pelos menores que, hoje, apesar da Lei Seca, ingerem bebidas alcoólicas sem controle, não havendo fiscalização adequada.

A ganância respaldada pelo capitalismo seja talvez a maior responsável pela propagação e manutenção das dependências químicas, cobiça esta movida pela busca cega por poder e dinheiro, causa maior da violência e criminalidade. Com a crise econômica mundial, poucas pessoas em seis importantes países se destacam, porém esquecem os atentados e a pirataria que gera violência e agressão globalizada direcionada na maioria das vezes a inocentes.

Pensando na questão das drogas ilícitas, podemos observar as constantes manifestações da mídia a respeito da maconha e sua legalização. *A Revista Veja*, n. 2.107, e o *Jornal Zero Hora* de 12/04/2009, p. 28, e 25/03/2010, p. 41, mostram dados surpreendentes sobre o tema. No *Jornal Zero Hora* vimos declarações do ex-presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, um dos coordenadores da Comissão Latino-americana sobre Drogas e Democracia.

Já foram apresentadas propostas na Comissão de Entorpecentes da ONU, em Viena e na Áustria, mantendo a política de “Guerra às Drogas” com articulações para com a saúde pública e política de redução de danos devido ao aumento do consumo de entorpecentes e a gravidade da situação que estamos vivendo.

Tratando da legalização ou não da maconha, devemos refletir sobre os modelos já existentes, o repressivo, que vem sendo implantado em países como EUA, Rússia e Japão e o modelo aplicado pela Holanda, mais liberal em relação ao consumo da droga.

Acreditamos que se deve pensar em novas alternativas; deve-se discutir de forma mais objetiva e democrática as formas de prevenção e combate. O uso de maconha poderia talvez ser comparado ao do cigarro e do álcool, existindo leis que normatizassem seu uso; possibilitando realizar estudos comparativos dos danos. E quanto às drogas lícitas proporcionando análise por uma bancada multiprofissional.

Pensar e discutir novas alternativas e posicionamentos em relação às drogas é dever de todos: Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, empresários, polícias civil, federal e militar, sociedade e amigos de bairros, escolas, universidades, hospitais e todos os profissionais, principalmente os da área da saúde, para que analisem os prós e contras, em reuniões em ONGS em órgãos representativos.

Podemos nos questionar: Por que o cigarro e o álcool são vistos de forma mais amena? E por que frequentemente ouvimos que: “a maconha é porta de entrada para outras drogas?” Ora, o tabaco e o álcool também são portas de entrada para drogas mais pesadas, como é o caso da cocaína e do *crack*. Os que defendem a venda da maconha normatizada, assim como do tabaco e do álcool, sinalizam que tal atitude traria mais impostos e mais recursos para o meio social, educação e saúde, menos tráfico, menos criminalidade e violência, menos prejuízo em todos os sentidos.

Além da problemática vista, quando da abordagem de um usuário de maconha, sendo que este ato não é considerado crime, mas quando abordado pela polícia, usando maconha, muitas vezes acaba por ser julgado com arbitrariedade e condenado, conforme interesses (os mais diversos) e com várias interpretações da polícia e da justiça. No presídio será abusado da forma mais humilhante e depois de introduzido na máfia do crime. É uma escola dentro e fora do presídio que tem no Brasil mais de 580 mil presos e mais 230 mil ainda sem julgamento.

Compartilhamos, nesse sentido, com o ex-presidente da República, Fernando Henrique Cardoso e a sua adorável esposa Rute, estudiosa do assunto. Precisamos rever a legislação brasileira para esse aspecto. Como exemplo, temos o projeto do deputado Tom Ammiano, que, para

ajudar o estado da Califórnia (EUA), a sair do vermelho, propõe a liberação do consumo de maconha.

Com a produção e o consumo regularizados, o governo poderia taxar o produto e engordar a receita dos cofres públicos em cerca de US\$ 1,4 bilhões de dólares (R\$ 2,66 bilhões) ao ano. Na Califórnia, o uso de maconha é permitido, para fins medicinais. No Canadá, Holanda e Israel, a venda e o consumo são autorizados em cafeterias cadastradas pelo governo. Na Argentina, a justiça liberou o consumo recentemente, como já feito no Equador e na Espanha.

O deputado californiano é mais audacioso, pois quer regulamentar o consumo para maiores de 21 anos para arrecadar impostos. A ideia seria cobrar a taxa de US\$ (R\$ 94.00) por onça (equivalente a 28.38 gramas). O *déficit* de 26 bilhões (R\$ 48.91) levou o próprio governador Arnold Schwarzenegger a pedir em maio um estudo sobre a legalização e taxação da mesma. No entanto, diante do ano eletivo, as pesquisas davam 47% contra a liberação da maconha e 53% favoráveis.

A sociedade deve ser bem informada, educada, ou seja, esclarecida sobre as questões da dependência química. Segundo Classificação Internacional de Doenças, CID-10, dependência química é doença.

*Como ficam os casos de uso compulsivo, intoxicados, em crise e que provocam crimes?*

No âmbito do tratamento hospitalar se deve prestar muita atenção com o que pode estar mascarado com o uso compulsivo de qualquer droga. Um exemplo prático é de que os pacientes internados no hospital Psiquiátrico da cidade de Passo Fundo por dependência de álcool, em estudo, apresentavam um consumo lento e progressivo, pois eram afetados por sintomas de ansiedade, insônia, problemas familiares e principalmente na depressão ainda mal entendida e mal aceita.

Já tivemos esquizofrênicos viciados, buscavam cocaína e o *crack* para aliviar seu sofrimento, dos delírios e alucinações e momentaneamente as drogas ajudavam, levando assim ao hábito ao vício.

Fizemos tratamento para a doença com eletroconvulso-terapia, após continuaram com neurolepticos e não mais voltaram as drogas.

É necessário lembrar que a droga, inicialmente, produz um bem-estar, pois aumenta a dopamina para euforia. Já ao diminuir o bem-estar, tem-se ansiedade e depressão, o que leva à reincidência no uso da droga para reestimular a liberação da dopamina. É neste momento que começa a dependência e o vício.

Para pessoas adoecidas, a droga muitas vezes funciona de forma terapêutica, aliviando os sintomas, porém instala-se o hábito. A consequência é a internação, o tratamento, e só assim pode-se fazer o entendimento de quais os motivadores que levam o sujeito à drogadição.

### *Qual seria o objetivo?*

A sociedade deve unir-se no combate as drogas, principalmente às mais nocivas, como a cocaína e o crack. O momento é incontrolável no seu uso e tratamento, resultando em violência e criminalidade, e em outras drogas letais, causadoras de um verdadeiro caos social. Com isso, estaremos combatendo não somente o tráfico de drogas, como também o tráfico de influências, de armas e a violência e a criminalidade, causadoras de tantas mortes e mutilações.

Não podemos ser cegos, surdos, mudos e principalmente coniventes. O medo existe, mas será cada vez maior se a negligência sobressair-se à coragem.

O órgão mais importante do corpo humano é o cérebro, devemos defendê-lo, tendo uma boa articulação, e, se necessário, um bom ataque, assim como num bom time de futebol. O jogo ainda não começou, mas o objetivo é que seja bom, saudável e justo, pois para vencer esta partida devemos jogar juntos.

Desse modo, nossa sugestão é a de que, como já dissemos, sejam criados comitês e sejam possibilitadas as criações de ONGs, para que cada um responda com sugestões, prós e contras, sobre a produção de maconha, venda e também sobre compradores, todos credenciados, a fim de discutir mensalmente a problemática exposta e combatida. Buscar a citada prevenção, a curativa, a repressão adequada é a via positiva para a solução da conflitiva drogadição, porém a punição, a intolerância, a negligência e a omissão são direta e indiretamente motivadoras da drogadição.

Em nossos presídios há mais de 500 mil presos, sendo que mais de 250 mil estão sem julgamento e lá é só punição, sem educação nem tratamento, tampouco há reabilitação social. É, na verdade, uma escola de crime, onde se instiga a ira e a vingança. Há mais drogas dentro que fora dos presídios, sem contar que o crime continua dentro dos muros. Há, inclusive, muitos doentes psiquiátricos sem tratamento nos presídios. A nossa proposta de um presídio público privado já foi encaminhada para o governo do Rio Grande do Sul e foi apreciada.

Temos que analisar com mais perspectivas o cérebro humano, pois cada caso é um caso. Tudo o que é usado abusivamente, com obsessão e compulsão insere-se psicologicamente do mesmo quadro. Considere-se aí lanches e chocolates, dependência química em comorbidade genéticas (distúrbios afetivos, esquizofrenias, pânicos, T.O.C.).

*Preferir crack, ao invés de um prato delicioso, por quê?*

*Por que 80% dos presidiários voltam para a cadeia?*

*O presídio é melhor que a família e a sociedade?*

O problema é mental. A mente é que manda em nossa vida e no mundo em que vivemos.



- ◆ *A VIOLÊNCIA E A  
CRIMINALIDADE*  
132
- ◆ *ENVELHECIMENTO HUMANO*  
135
- ◆ *ALZHEIMER E DEMÊNCIA*  
139
- ◆ *DESAFIO*  
143



# *A violência e a criminalidade*

---

*Albino Julio Sciesleski, Marisa Potiens Zilio*

*A* violência e a criminalidade são assuntos debatidos no mundo inteiro, contudo, nos últimos tempos, estes assuntos têm recebido maior enfoque.

É incrível como a violência e a criminalidade ganharam espaços na sociedade, na comunidade, nas famílias, nas mídias. É um problema que começa a ser questionado no casamento, durante a gravidez, no nascimento. É discutido no berço, no próprio lar – que é o princípio de tudo. A discussão propaga-se nas ruas, nas escolas, entre amigos e professores. E a inquietude continua nas ruas, nos bares e chega aos grandes debates políticos, nas câmaras e no Senado. Por fim, até a imprensa escrita, falada e televisada, que são órgãos importantíssimos na divulgação e nos ensinamentos, envolvem-se na polêmica.

Temos que reconhecer que todos somos responsáveis por isso: sociedade, polícia, justiça, políticos e governo. Temos que ser mais humildes, objetivos e práticos para melhorar a nossa segurança. Educação, saúde, administração e punição, com certeza, aos responsáveis.

No exame da questão, formulamos algumas perguntas:

*O que há de comum na violência? Ela é um fenômeno novo?*

A humanidade, desde os primórdios, vem manifestando sua agressividade por diferentes causas ou por diferentes formas, porém motivada pelo poder. De um lado, *bandidos* que lutavam com seus instintos destrutivos; de outro, os que lutavam orientados ou eram pagos como mercenários. A igreja também estava envolvida através de seus

superiores (cardeais) para conquistar ou defender o poder. Se revisarmos a Antiguidade, encontraremos respostas na própria Bíblia, principalmente quando no relato em que Caim matou seu irmão Abel. Nas cavernas, os humanos demonstravam distúrbio de comportamento, cujas manifestações eram os conflitos e as agressões, com violência e morte pelo poder, ciúme ou subsistência.

A violência e a criminalidade não escolhem classe social, tampouco credo ou raça. Elas estão em toda parte, sejam nas favelas ou nos bairros nobres, nos grandes centros ou nas periferias. Elas estão onde habitam ricos ou pobres.

O assunto em questão nos leva a refletir muito e logo o associamos a drogas (álcool), homicídios, acidentes de trânsito, agressões, prostituições, roubos, sequestros e uma infinidade de atrocidades que se repetem estampados nos jornais, televisão, em nossos lares, nossos locais de trabalho, nossas escolas.

*Quem não conhece alguém que sofreu um assalto?*

*Ou tem algum familiar com problemas com drogas ou álcool?*

*Ou, ainda, perdeu um conhecido por bala perdida?*

*Ou, até mesmo, foi vítima de agressão?*

Fatores de ordens socioeconômicas, culturais e institucionais podem ser alguns dos desencadeantes da violência e da criminalidade.

Estudos recentes demonstram que acidentes de trânsito são a segunda causa de morte violenta, às vezes a terceira, ficando somente atrás do suicídio e do homicídio, que ocupam, respectivamente, primeiro e segundo lugares.

Para exemplificar o que representam economicamente ao Brasil, apenas os acidentes de trânsito em rodovias brasileiras, trazemos a informação de que equivalem, anualmente, a cerca de 1,2% do Produto Interno Bruto (PIB), segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Sem contar os danos causados à saúde física, emocional e/ou mental das pessoas envolvidas direta ou indiretamente.

Sabemos que a saúde pública anda muito precária. Nossos hospitais estão lotados; nossos médicos, em greve; faltam remédios; falta aten-

dimento. Evidentemente, que uma das maiores parcelas que contribuem para o agravamento da situação são as doenças mentais que, quando não tratadas adequadamente, são agravadas pelo uso de drogas e álcool.

Há, contudo, maneiras de auxiliarmos na solução deste grave problema. Por exemplo, em Diadema, cidade da Grande São Paulo, durante a crise energética ocorrida em 2001, foi limitado o horário de funcionamento de bares e restaurantes. Essa atitude, preconizada inclusive pelo secretário de Segurança Pública do Estado do Rio Grande do Sul, senhor José Francisco Mallmann, comprovadamente reduziu em 40% os acidentes de trânsito e em 60% a criminalidade no município. Esse bom exemplo demonstra que alternativas não faltam. O que falta é atitude.

*Quem é o responsável pela venda de bebidas alcoólicas a menores de idade? Pais? Justiça? Polícia? Comerciantes?*

Talvez a Lei Seca devesse ser aplicada em todo o país, inclusive nas estradas.

Devemos, então, buscar soluções para minimizar estes problemas, garantindo uma melhor qualidade de vida para nós mesmos. Afinal, a violência e a criminalidade são um problema de todos. Precisamos começar a administrar isto urgentemente. A violência, em suas diversas formas de manifestação, sempre existiu e sempre existirá. Caberá, pois, à humanidade tratar, melhorar e administrar suas raízes, sua formação. Deverão ser aproveitados os instintos saudáveis da sociedade, usando todos os meios disponíveis para diminuir a agressividade humana.

Estudos nos mostram que sem afeto adequado, sem senso de família, sem crença e fé, todo ser humano se animaliza.

*Como resgatar a nossa ética?*

Esse é um trabalho longo, mas persistente, que deve povoar nossos objetivos.

# Envelhecimento humano

---

*Albino Julio Sciesleski, Marisa Potiens Zilio*

O título remete às publicações realizadas por professores da UPF, os quais, há muito tempo, em várias áreas do conhecimento, vêm se dedicando ao assunto. Hoje, já são várias as publicações científicas. Porém, esta pretensão este capítulo não tem. Deseja apenas transmitir uma reflexão baseada nas próprias vivências e em confidências colhidas durante a experiência profissional.

Dessa forma, várias são as questões que nos vêm à mente e mexem com nossos sentimentos, quando pensamos em envelhecimento humano, tais como a questão da longevidade, da qualidade de vida, da saúde, do atendimento, da garantia da dignidade e da autonomia. Um dos olhares que mais nos chama a atenção é o fato de que, inversamente à criança, que cresce, aprende, adquire força, competência e independência, o ser que envelhece vai perdendo essas capacidades, e, por mais que se queira retardar, é impossível, pois são perdas inerentes à própria vida.

Outro olhar que nos desafia é o da ausência de um convívio, ou talvez, o das grandes transformações na cultura e no comportamento familiar, que, na atualidade, não permitem mais manter a convivência ou a responsabilidade que uns devem ter sobre os outros do mesmo grupo familiar. *Será uma questão de cultura? Exigências da vida moderna? Mudanças nas relações afetivas e sociais?* Sejam quais forem as respostas, podemos, a olhos vistos, perceber os que ainda dependem (crianças) e/ou os que estão voltando a depender (os idosos) estão praticamente à mercê da caridade humana.

Sem ser saudosistas, vale a pena lembrar que o lugar principal à mesa, a poltrona diante da TV, o melhor quarto, o melhor espaço, a comida especial eram oferecidos aos nossos avós, cultura esta ainda presente no mundo oriental, mas não vem ocorrendo tanto no ocidente. Hoje, raramente temos tempo para uma boa conversa, um bom carinho.

O que o Estado faz ou como ele está se organizando para promover uma velhice digna?

*Que tipo de ações a sociedade civil está mobilizando?*

Não nos cabe continuar vivendo este paradoxo: de um lado, pregamos a qualidade e a dignidade da vida; de outro, não nos organizamos efetivamente para a garantia das mesmas.

*O que realmente já conquistamos para os idosos?*

Podemos citar os movimentos de terceira idade, que, talvez, sejam os que ofereçam oportunidades para a manutenção de uma vida mais plena, apesar das limitações do ser humano. Podemos também lembrar os asilos, as casas-dia, os hospitais e outros sistemas que abrigam e cuidam de idosos, mas que, na maioria das vezes, não têm o preparo necessário para os atendimentos, tornando-se verdadeiros *depósitos* de espera pelo fim de uma vida, não com olhar na vida que ainda existe, que é presente e pode (por que não?) ser extremamente participativa, com privacidade, com dignidade. Lya Luft<sup>14</sup> nos explica que

*a idade madura não precisa ser o começo do fim, idade avançada não precisa ser isolamento e segura. Podem-se fortalecer laços amorosos, familiares, de amizade, variar de interesses, curtir melhor o gozo das coisas boas. Existir é poder refinar nossa consciência de que somos demais preciosos para nos desperdiçarmos buscando ser quem não somos, não podemos, nem queremos ser (2003, p. 94).*

Continua Luft:

*é assim o tempo: devora tudo pelas beiradinhas, roendo, corroendo, recor-tando e consumindo. E nada nem ninguém lhe escapará, a não ser que faça dele seu bicho de estimação (2003, p. 92-93).*

*Quantas colaborações e lições ainda podem ser dadas pelo acúmulo do saber que somente a longevidade e a experiência da vida construíram?*

O que propomos não é apenas a criação de espaços em formas cooperativas, essenciais aos tempos de hoje, mas também a formação de conselhos consultivos junto a instituições, de espaços para a troca, para o conto, para a história, para a inserção social permanente. Falamos tanto em inclusão e excluímos os que, pela própria idade, tanto contribuíram e tanto têm a contribuir. Excluímos os que mais merecem nosso respeito e nossa humildade.

Kofi Annam<sup>19</sup> lembra sabiamente um provérbio africano, que diz: *“Quando morre um velho, desaparece uma biblioteca”*.

Nossos velhos estão desafiados a sobreviver, não a viver. Sentem-se como um peso, quando ainda podem ser uma alavanca.

É necessário, pois, que a sociedade se organize para que possamos resgatar o verdadeiro valor que queremos dar à vida.

*Tratar bem as crianças e os idosos não será um resgate de valores que verdadeiramente bloqueará a violência?*

Em países desenvolvidos já encontramos espaços disponibilizados para os idosos. No Japão, por exemplo, há uma ilha onde existem prédios com apartamentos que proporcionam conforto e lazer. O apoio à saúde e à vida é permanente, assim como a assistência social, a psicoterapia, a psicologia, a medicina geriátrica. Os atendimentos não se limitam às urgências; presta-se atendimento regular e sistemático de controle.

No Brasil, em razão do aumento da longevidade, é necessário que se crie um clima favorável para que pensemos em alternativas dignas para a terceira idade. Efetivamente, já existem algumas iniciativas, como, por exemplo, o Hospital da Cidade de Passo Fundo, que possui um clube de campo estruturado para receber seus funcionários com conforto, oferecendo alternativas de lazer, vida social, assistência psicossocial e geriátrica. Ainda podemos citar a Universidade de Passo Fundo, que, no Centro Regional de Estudos e Atividades para a Terceira Idade (CRE-ATI), oportuniza aos adultos maduros e idosos de Passo Fundo e região

situações de convivência, aprendizagem e serviço, com vista a resgatar a cidadania e a dignidade, buscando inserção social e um envelhecer saudável.

Muitas são as conversas que povoam os nossos consultórios e que nos revelam situações até então inusitadas. Pais idosos queixam-se de seus filhos, que ainda são dependentes economicamente, pouco afetuosos e não têm obrigações com filhos e netos. Porém, essa dependência econômica não é a maior fonte de queixas, mas, sim, a ausência afetiva. Essa mudança – quase uma crise – faz com que o idoso busque alternativas sadias de prolongamento da vida, ou melhor, de estar presente e ativo; *vivo*, completa e plenamente *vivo*.

Como muitos precisam trabalhar, mesmo depois de aposentados, em funções alternativas para ajudar os filhos, aprendem a estabelecer limites para si e para os que estão a sua volta, aprendem a buscar lazer e saúde nos movimentos de terceira idade ou acadêmicos; estão mais ativos e presentes; estabelecem novas amizades ao invés de ficarem na dependência afetiva dos filhos e netos, estes mais distantes a cada dia.

Lya Luft nos lembra que:

*Não é preciso consenso,  
nem arte,  
nem beleza ou idade:  
a vida é sempre dentro  
e agora  
(a vida é minha  
para ser ousada.)  
A vida pode florescer  
numa existência inteira.  
Mas tem de ser buscada, tem de ser  
conquistada.*

Em outras palavras, é preciso viver sempre da forma mais plena possível. *Esse é o desafio de todos nós!*

# Alzheimer e demência

*Albino Julio Sciesleski, Marisa Potiens Zilio*

Nada mais difícil, para os que estão envelhecendo, do que pensar e, até mesmo, encarar os problemas de saúde decorrentes das perdas naturais da própria idade. Porém, é ainda mais difícil saber da possibilidade das perdas mentais e das dificuldades decorrentes dos planos pessoais, familiares, ambientais, sociais.

As doenças que dizem respeito aos pacientes idosos podem ser diagnosticadas como demências frontotemporais.

*Já ouviram falar de alzheimer e demência vascular? Quais são os sintomas destas doenças? Como e quando elas aparecem? Qual a gravidade? Têm cura? Têm tratamento? Como a família deve agir?*

Quando temos algum esclarecimento (ou porque estudamos, ou porque convivemos, com casos semelhantes), tentamos organizar o nosso futuro, para que se tal coisa acontecer, não venha a ser um peso, um estorvo para nossa família. Tal preocupação é real. É muito difícil sofrer e lidar com a demência (depressões, ansiedade, ausência de comunicação etc.)

Os sintomas mais prevalentes nos casos de demências são perda de memória, choro fácil, labilidade emocional, insônia, crises de agitação agudas com agressividade física, desconforto, sensações físicas de dor, calor sem causa existente, condutas antissociais, desinibidas e sem censura, sem crítica de relacionamento.

Nem sempre os exames como eletroencefalograma, tomografia computadorizada e ressonância magnética detectam alguma alteração, embora sejam eficazes nos casos de demência vascular, mas uma avaliação neuropsicológica pode auxiliar psiquiatra e psicologicamente na identificação do problema, bem como a ressonância magnética do cérebro poderá detectar o diagnóstico.

Lembro de uma senhora, no início do processo de demência que, provavelmente por perceber que algo estava lhe acontecendo, demonstrava sofrimento. Ela escolheu uma frase, com a qual respondia a todo e qualquer questionamento que lhe fosse feito: *“Cada um com a sua!”*

Aos poucos, foi perdendo a memória, o reconhecimento de lugares e pessoas, o controle dos esfíncteres. Comia se lhe alcançassem o alimento. Dormia se a colocassem na cama. Não reconhecia pessoas nem lugares. Enfim, sua vida foi sendo de total dependência, até que nunca mais saiu de seu leito (por mais de 5 anos) até falecer.

A repetição de frases muitas vezes também se torna um sintoma (a pessoa apresenta ecolalia).

Não estamos preocupados, neste capítulo, em separar os sintomas das demências frontotemporais do Alzheimer ou demências vasculares. Nosso objetivo é repassar informações para que possamos nos cuidar melhor e buscar em tempo rápido as soluções a cada caso. Na verdade, ainda não existem tratamentos preventivos significativos, mas pelo menos há tratamentos que diminuem os sintomas e que permitem melhor qualidade de vida. Também não podemos descartar os novos estudos que vêm sendo realizados, os avanços que poderão, em futuro breve, trazer soluções para estes problemas. Mas todo tipo de demência é um processo degenerativo que tende ao agravamento gradativo da doença.

Não importa o diagnóstico sobre o tipo de demência, alguns procedimentos são comuns a qualquer caso. O primeiro aspecto a ser observado diz respeito às perdas e alterações. Perdas cognitivas (de memória, confusão de ideias), comportamentos agressivos, alienados, sem censura ou autocrítica.

A partir desta avaliação inicial, deve-se orientar a família e o paciente para como manejar e melhorar a convivência. *Quais as expectativas que devem ter; o que esperar; o que não podem exigir; enfim, como reconstruir todo o ambiental e psicossocial?*

Paralelamente, o médico irá definir a melhor medicação, orientação e trabalho com a família, devendo observar os efeitos da mesma sobre os sintomas mais agudos e prevalentes.

Todas as condutas são feitas no sentido de melhorar a qualidade de vida, seja para o paciente, seja para a família ou para os *cuidadores*.

Na maioria dos casos, os doentes não possuem condições para continuar gerenciando suas vidas e necessitam de cuidadores permanentes, principalmente na evolução e no agravo.

As perdas cognitivas dificultam que o paciente comunique suas necessidades e desejos (desconforto, dores, fome), levando-o à agitação, inquietação e ansiedade; dificultam executar as tarefas do dia-a-dia (vestir-se, alimentar-se etc.); dificultam suas relações. O uso de medicação é importante para o controle dos sintomas das doenças. Muitas vezes, o paciente apresenta concomitantemente sintomas como depressões e ansiedades, com tristeza, desânimo e insônia, que também devem ser tratados.

É importante também lembrar que, quando confinado ao lar, alguém (marido, mulher, filho, neto) terá que abrir mão de sua vida própria para despender os cuidados necessários. As famílias ricas recorrem a enfermeiras, por turnos, porém não é esta a realidade da maioria. Frequentemente, alguém da própria família tem que se dedicar a esse cuidado, senão outra opção que acaba tornando-se a solução imediata são os asilos ou casas geriátricas.

O médico (psiquiatra, neurologista, geriatra) é fundamental na orientação do tratamento dos sintomas, como também na orientação da família. Doenças demenciais comprometem e impedem a boa qualidade de vida para todos os membros da família.

Acreditamos que em um futuro breve a ciência irá descobrir como prevenir ou até mesmo curar este mal que tanto sofrimento gera. Não bastam melhores medicamentos controladores. Nossa expectativa é para com a cura que, esperamos, seja descoberta brevemente.

Terapias alternativas têm sido de grande eficácia tanto no tratamento, quanto na prevenção, como a musicoterapia, terapia ocupacional. Pesquisas revelam que, entre as pessoas de maior estudo, os sintomas costumam a aparecer, mas depois se aceleram, comparando com as pessoas de menos estudo.

Isso mostra que o *exercício cerebral* (leitura, jogos) podem ser grandes aliados no retardamento da doença (dançar, fazer caminhadas, executar tarefas).

Muitos, quando chegam ao consultório, queixam-se de depressão (e assim são tratados), mas, na verdade, eles estão reagindo aos sintomas que percebem ter como a perda de memória, por exemplo, e se entristecem, deprimem-se. No início, o diagnóstico é sempre difícil.

Embora as demências sejam doenças senis (do envelhecimento) existe a doença de Pic, rara, que se trata da demência precoce pré-senil.

Com o aumento dos anos de vida, as doenças demenciais tendem a ser mais presentes. Alguns países desenvolvidos estão criando programas especiais em clínicas bem estruturadas para atendimento de idosos portadores de demências com assistência médica (*interde e mult*) com lazer.

A mente tem que ser exercitada, assim como o corpo. Eles dependem de nós. Como disse Kennedy (parafrazeando Joan Osborne<sup>20</sup>): “não adianta acrescentar anos à vida, é necessário acrescentar vida aos anos”.

# Desafio

*Albino Julio Sciesleski, Marisa Potiens Zílio*

*“Morrer! E pensas no morrer! Descer do leito do amor à pedra fria dos mortos! [...] Morrer é a dúvida que afana a existência, [...] o pressentimento que resfria a fronte do suicida, que lhe passa nos cabelos como vento de inverno e nos empalidece a cabeça, [...] é a cessação de todos os sonhos, de todas as palpitações do peito, de todas as esperanças...”*  
(Claudius Hermann. Conto V. Noite na taverna, de Álvares de Azevedo).

**D**esafio, isto é o que nos motivou a escrever este livro, porque a vida é um constante desafio. O maior deles é vencer a nós mesmos; vencer a nossa condição humana. Somos os poderosos e os mais frágeis de toda a natureza; os mais sábios, e ao mesmo instante que reinventamos continuamente a vida, somos capazes de destruí-la com o mesmo vigor.

Podemos tratar a questão da destruição sob várias ópticas e ciências: a social, a psicológica, a psicossocial, a ecológica... *Por que não dizer que todas as ciências têm como meta compreender a própria vida, o que a sustenta e como torná-la melhor, mais digna e mais longa?*

Nosso objetivo, neste texto, é refletir sobre o que tratamos em nosso livro como um todo e resgatar, talvez, a nossa maior incompreensão humana: a destruição do outro e de si mesmo – homicídio e suicídio.

Se levarmos em consideração alguns ensinamentos da psicanálise e da psicologia, veremos que oscilamos entre “dois mundos” dentro de nós mesmos. De um lado, as nossas pulsões, instintos e desejos e, de outro, a nossa consciência, ou inconsciência, moral, ética, estética. Nelas é que

se traduzem em emoções dois instintos: o da vida e o da morte, ou por assim dizer: a sexualidade e a agressividade. Tais pulsões não podem ser consideradas más ou boas, são instintos de sobrevivência, que garantem, se bem vividos, nosso equilíbrio e nossa existência.

Quando uma emoção (pulsão, instinto) se manifesta, nossos princípios, adquiridos socialmente, estão dispostos a reprimi-la ou não. Acontece que, muitas vezes, não nos conhecemos o suficiente para saber o que estamos reprimindo. Isso nos deixa insatisfeitos porque um lado de “nós mesmos” desejou e “outro” anulou sem escolher nossa decisão. Esta frustração causou desequilíbrio e começamos a viver como se não nos reconhecêssemos.

A agressividade positiva que me leva a conquistas como, por exemplo, a lutar pelo que quero, gosto, desejo (meu estudo, meu trabalho, minha realização); que me faz também me proteger do mal ou impede minha realização (quando frustrada e não compreendida porque não reconheço minha emoção e não me reconheço nela) acaba por ser mal usada, mal colocada contra “mim mesmo” ou contra o “outro”. Torno-me destrutivo. Posso ser levado, literalmente ou implicitamente, ao ato de matar-me ou matar alguém, destruir-se ou destruir.

Como diz o Dr. Albino, tais atos, atitudes, aparecem “no atacado” como suicídio e/ou homicídio (acidentes graves de trânsito, por exemplo), ou “no varejo” como a prática de ações destrutivas, como o uso de drogas lícitas e ilícitas, principalmente, a irresponsabilidade no trânsito ou, diria também, como a incapacidade de construir-se e construir. *Quantas pessoas vivem ao nosso redor somente destruindo e autodestruindo-se?* Não reconhecem a si mesmos. Frustram-se e não controlam seus próprios instintos.

Um dos autores que estudou o homicídio e o suicídio foi Menninger (1870). Entre outras *falas* dele, espanta-nos quando indica quantas vezes, por patologias das mais diversas, uma pessoa tenta destruir-se. Idealizamos, segundo o autor, nossa própria morte. Algumas patologias levam a várias tentativas. Parece haver nas pessoas suicidas um *continuum*, um desejo maior que as levará a completar o ato quando isso

não for tratado, não auxiliado. Porém, devemos lembrar que a doença (patologia) e o tratamento nem sempre vencem o “desejo” interior de matar-se ou matar. Menninger diz, por exemplo, que é possível que o suicídio esteja ligado a um desejo maior de voltar ao útero.

Não queremos aqui fazer uma abordagem científica, mas sim dividir nosso conhecimento e nossa preocupação com esse ato humano, talvez o de maior incompreensão para todos.

Ao retomar o pensamento freudiano, pode-se dizer que ninguém se mata sem que esteja ao mesmo tempo matando um objeto com o qual se identificou, e também voltando contra si mesmo um desejo de morte antes dirigido contra outrém. Suicídio é, antes de tudo, um homicídio, o homicídio de si próprio. Todo suicida, a nosso ver, é um homicida em potencial e vice-versa, dependendo da forma de buscar ou praticar o ato em si. Ser morto, então, pode ser compreendido como uma forma de submissão, e matar um ato de extrema agressão.

Todo sujeito que se relaciona com a morte é um representante da falta. Seja qual for sua história, haverá sempre uma perda irreparável, uma desestruturação de sua própria mente. Quando não pode ver-se como um ser, apenas como um objeto de dor, incompreendido, espectador de algo ou alguém que não reconhece ou compreende, nada mais resta do que a destruição.

Não é nossa intenção esgotar esse assunto, que continua incompreendido e inaceitável. Queremos, sim, lembrar que homicídio e suicídio acabam nas folhas de jornais, nas cadeias e tornam-se objetos da *ciência* que lhes julgará o direito. *Será que o direito, as leis, poderão tratar de um assunto isoladamente das outras ciências?*

Sentimos, por exemplo, uma enorme indignação diante de fatos, como o de pais que matam seus próprios filhos, que se matam diante de quem os ama. Sentimos indignação pelos suicídios coletivos. Sentimos repulsa com tantos acidentes de trânsito e com o excessivo uso de drogas, que leva à destruição de milhares de jovens por morte e invalidez. Sem falar dos depressivos que usam como arma o automóvel para fazer o mesmo.

*Será que o Direito poderá dar conta das implicações que geraram estas questões? Também no Direito a vida é o bem maior, e cabe ao Estado a sua proteção. Mas como dar conta de uma prática tão complexa?*

Talvez, uma saída, seria implantar nas escolas, Detran's, delegacias, pronto-socorros, presídios, equipes multidisciplinares formadas por médicos, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, a fim de estudar os conflitos gerados e solucionar problemas, bem como para o estudo de acidentes graves de causas desconhecidas. Evitaríamos a reincidência de atos, transgressões, infrações, delitos... muitas vezes cometidos por pessoas portadoras de transtornos mentais, sem diagnóstico e sem tratamento. Para ratificar esta informação, já estivemos em presídios como o Carandiru, em São Paulo, e em alguns do Rio Grande do Sul.

A extensão deste tema nos convoca a propor que todo o ato suicida e homicida seja estudado multidisciplinarmente. É necessário que as ciências se "encontrem" para melhor compreensão dos distúrbios humanos. É preciso também que as escolas e as famílias estejam mais atentas às crianças e aos jovens e que lhes sejam oferecidos profissionais capazes de reconstruir suas vidas quando a significação das mesmas está comprometida. No Congresso de Psiquiatria de 2009, em São Paulo, um pesquisador americano falou que a primeira causa de morte violenta no mundo sempre foi o suicídio, mas ultimamente o homicídio vem surpreendendo nas estatísticas. É interessante que 25% dos homicídios são provocados por pessoas com transtorno mental, inclusive os acidentes de trânsito.

A este texto podemos acrescentar, ainda, que o atendimento à saúde mental dos detentos é de fundamental importância. Mentis insanas só tendem a agravar as condições de nossas prisões, situações estas que vão desde ambientes promíscuos, falta de atividade laboral, falta de objetivo, falta de grupos saudáveis terapêuticos. Poderíamos nos perguntar: *Prender para que? Proteger a sociedade? Proteger o indivíduo de si mesmo? Não seria melhor se pudéssemos responder que o principal objetivo de nossas cadeias é a recuperação do ser humano? Castigo? Ou escola para continuar a criminalidade? Será que o presídio é melhor do que a sociedade e a família, considerando que mais de 80% retornam à prisão?*

Pesquisando o hospital psiquiátrico da Carolina do Norte, onde os internados ou presos vinham da guerra do Vietnã, drogaditos, violentos, psicóticos..., constatamos que quando saíam recebiam *chips* para monitorá-los e mantê-los em tratamento para não oferecerem risco. O presídio deve ser também um centro de recuperação da vida, da saúde mental, educação para o trabalho social e familiar.

Novamente, vale a pena lembrar que em nossos presídios há mais de 500 mil presos, sendo que a metade não foi julgada ainda. O problema é que lá só tem punição, presos comuns e usuários de drogas simples junto de criminosos graves, traficantes, sem falar das pessoas que cometem crimes por serem portadoras de distúrbios mentais. Por isso, é necessário, nos presídios, a recuperação pela educação, mais um bom tratamento mental, social e direcionado ao trabalho, não à reincidência em crimes. Ademais, que é pública a informação de que nestes locais há quase que uma oferta maior de drogas do que nas ruas. Dos que ganham a liberdade, 80% voltam ao presídio. Um dos motivos é o pensamento de vingança. Isso é destrutivo... sem falar que no presídio tem comida, drogas e salário. Que isso sirva para pensamento e julgamento dos leitores.

Em 06/04/2010, o *Jornal Zero Hora*, p. 41, mostrou um exemplo ótimo de Santa Rosa, onde ex-presidiários criaram uma cooperativa a fim de romper o preconceito e buscar a recuperação familiar, profissional e social, com acompanhamento médico e da sociedade.

Enfim, ciência e fé devem ser devolvidas ao ser humano. Para isso foram criadas. Para isso devem ser usadas.

A humanidade tem a tarefa de ressignificar-se e somente poderá fazê-lo se objetivar trazer de volta o verdadeiro sentido de viver, *ser*.

Certamente, este é o grande desafio da *vida*. Para prevenir a violência e a criminalidade, só mesmo com educação, saúde, segurança, justiça e trabalho. *Este é o caminho!*

(Obs.: Texto apreciado pela então governadora do estado, Yeda Crusius, em 2011)



# *Trânsito: um tema atual e controverso*

---

*Albino Julio Sciesleski*

Nossa conversa, neste artigo, tem a ver com os eventos de 2020, em torno das novas legislações de trânsito. É fruto de mais uma reflexão, igual àquelas que há muito tempo, pode-se dizer, desde 1976, venho expondo em forma de preocupação, artigos e as quais tenho transformando em discussões fecundas. Na ocasião, era médico perito do Detran. Mais exatamente, como médico perito judicial, sentia um grande desafio diante das questões que envolviam acidentes de trânsito com mortes ou mesmo os que deixavam as pessoas com lesões permanentes.

Não à toa, fui me interessando cada vez mais em criar uma entidade médica dedicada a discutir diversas questões em torno do trânsito, e para isso tive o apoio de grandes colegas, cujos nomes já foram citados noutros artigos, livros e discursos de minha autoria, muitos desses nomes, inclusive, aparecem neste livro: *O ser humano – o desafio na vida no trânsito*.

Fundamos a Abramet e constatamos, em pesquisas mais recentes, que a causa de óbitos no trânsito em 1988, por motivos externos ato de dirigir, ou seja, circunstanciais, eram de 12%, sendo que 30% envolviam acidentes decorrentes de má sinalização, má conservação das estradas, irresponsabilidade e/ou despreparo dos motoristas. Ainda, 80% desses

óbitos se davam entre os mais jovens, de 15 a 19 anos. Não havia, à época, muita exigência quanto a estar habilitado para poder dirigir no Brasil, nem tão pouco, controle policial eficaz.

Com frequência adolescentes (geralmente dos 15 anos em diante) pegavam carros de seus pais e saíam para encontros e festas, ocasionando, pelo evidente despreparo, grandes problemas no trânsito, incluindo acidentes mutilantes e fatais. Essa realidade se transformou quando, de fato, os pais passaram a responder criminalmente por acidentes causados pelos seus filhos.

Lembro que em 17 de fevereiro de 1982, em ofício encaminhado ao Sr. Homero Honório Ferreira, na ocasião Delegado Geral da Polícia do Detran em São Paulo, assim me expressei: “A Associação Brasileira de Medicina do Tráfego – Abramet, de cunho científico, voltada à medicina preventiva, assistencial e legal, tem como preocupação maior atuar no campo de prevenção dos acidentes de tráfego, ao diminuir o número destes, diminuem-se as sequelas por eles provocadas, assim como o número de casos fatais.” Estávamos recém-começando a fazer aconselhamentos pontuais, a fim de reduzir o número de acidentes em nosso país.

Vale lembrar que, antes disso, em 1977, as mortes no trânsito foram de 55.240, e, surpreendentemente, em 1987, este número subiu para 94.421 (Fundação IBGE). Pena que, à época, não encontramos referências amplas sobre o aumento da frota de veículos e o quanto isto pudesse ter influenciado o elevado número de fatalidades. Por outro lado, sabemos que a frota circulante de automóveis, comerciais leves, caminhões, ônibus e motos que tivemos nos anos seguintes (até 1980/81) teve um crescimento de 119%.

A parte feia é que muitos desses acidentes (que, aliás, ocorriam em 60% dos casos com carros, 40% com motos e 20% com caminhões) deixavam as pessoas realmente incapacitadas. Em geral, essas estatísticas tinham como informação central o número de mortes, só que isso não diz respeito à realidade ampla, pois grande parte desses acidentes originavam (e originam) pessoas incapacitadas, que acabam não fazendo parte dos números oficiais. Ao pensar em pessoas incapacitadas, temos

que considerar que, além do grande sofrimento para a própria pessoa e sua família, também o Estado e a economia sentem o baque, e o ônus é muito significativo. Em outras palavras, seria o mesmo que dizer que a perda de vidas impacta diretamente nas custas econômicas e sociais da nação.

Não à toa, nesse século XXI, especificamente em 2011, a ONU decretou a “Década de Ação pela Segurança no Trânsito” porque continuava sendo terrível o impacto que os infortúnios de trânsito causavam no mundo. Lembro que, motivados pelo desafio lançado pela ONU, foram novamente analisadas aquelas velhas questões causadoras de acidentes, quais sejam, as condições das rodovias, a falta de sinalização, o crescente número de veículos nas ruas, assim como a cada vez maior quantidade de veículos muito velhos em circulação (os quais, como se sabe, oferecem pouco ou nenhum tipo de segurança em caso de choques sérios). No entanto, embora todos os órgãos competentes no âmbito da defesa pela vida no trânsito tenham lutado por criar aditivos para diminuir acidentes, era flagrante a escassez de regras de controle e punição no trânsito brasileiro.

Na primeira década deste século XXI, muitas causas de acidentes de tráfego tiveram relação com as motocicletas. Decorreram, por exemplo, do aumento da circulação de motos, da prática de rachas ou pegas (muito comum entre os jovens), do transporte de passageiros em excesso, do não uso do equipamento de segurança e da falta de espelhos retrovisores e de outros itens de segurança essenciais ao bom uso dos ciclomotores. Em 2019 aumentou o número de acidentes no trânsito, mas, pelo menos, caiu o número de mortes daí decorrentes.

Lembro que nos anos 70, após fundarmos a Abramet, e incentivarmos interpretações sérias sobre as estatísticas de trânsito, tivemos bom apoio da mídia, de políticos e de autoridades de estudos sobre o trânsito. Sempre vou lembrar com orgulho que, durante os meus três mandatos de gestão, como presidente dessa instituição, solicitei a criação de alguns elementos de segurança, a exemplo do cinto de segurança de 3 pontas, do capacete para motociclistas, do rebaixamento dos calçamentos para

pessoas idosas e/ou com dificuldades de locomoção e também do uso da cadeirinha para as crianças. Lutamos muito para que estes itens se tornassem lei e que punissem mais severamente os infratores.

No ofício recém-mencionado, enviado ao diretor-geral do Detran de São Paulo, a Abramet sugeriu 24 regras a serem aplicadas aos motociclistas durante a condução de seus veículos, tais como: andar de faróis acessos; usar o capacete; não circular entre os carros parados; não acelerar bruscamente na abertura dos semáforos; andar sempre do lado direito; andar em fila indiana; não pilotar cansado ou se tiver ingerido bebidas alcoólicas, entre tantas outras sugestões consideradas necessárias para salvar vidas no trânsito. Na época, como se vê, a Abramet já desempenhava um papel relevante junto aos órgãos competentes, tal como faz hoje.

Agora, na contemporaneidade de 2020, embora acompanhe as ações da Abramet à distância, ainda posso destacar o papel relevante que esta instituição desempenhou na construção da mais nova reforma na lei de trânsito brasileira. Aspectos relevantes dela foram sugeridos, pela Abramet, através de seu presidente Dr. Antonio Edson Souza Meira Júnior, membros da diretoria e outros integrantes.

A associação discorreu sobre a importância do médico e da medicina do tráfego e também defendeu a manutenção dos exames para avaliação das aptidões físicas e mentais dos condutores de veículos, entre tantas outras intervenções e sugestões dadas aos parlamentares.

Hoje podemos dizer que a nova lei 3.267/2019 vem atender algumas destas solicitações/reivindicações, já existentes à época de sua elaboração, mas talvez hoje com maiores exigências. A nova lei ainda não está em vigor, mas já passou pelo Congresso e caminha rumo à sanção do presidente Sr. Jair Messias Bolsonaro. A expectativa é de que seja aprovada na íntegra.

Entretanto, desde a minha posição de psiquiatra e experiência no assunto, e também com o apoio da psicopedagoga Marisa Potiens Zilio, fazemos aqui algumas ressalvas sobre alguns aspectos da lei, não de sua totalidade. Elencamos, então, resumidamente ideias, que são, aliás,

possíveis de aplicação/revisão/reflexão mesmo depois do sancionamento da nova lei.

Dentro das grandes mudanças propostas pela lei 3.267/2019 chama a nossa atenção, primeiramente, o incremento do número de pontos para certas infrações de trânsito, incluindo perda ou suspensão da CNH – Carteira Nacional de Habilitação. O acúmulo máximo atual (de 20 pontos), que resulta na perda da CNH, vai subir para 40 pontos, dentro de alguns condicionamentos. O condutor que tiver duas infrações gravíssimas em 12 meses perde a carteira logo ao acumular 20 pontos. Com uma infração gravíssima nesse mesmo intervalo de tempo perde a carteira apenas se acumular 30 pontos. O limite de 40 pontos só é aplicável aos que não tiverem nenhuma infração grave em 12 meses.

Embora, haja graduação e diferenciação das punições, como se vê, no geral, houve um abrandamento nesse relativo, e isso não condiz com a lógica da internalização de regras pelo ser humano. Quanto mais frouxas as normas, menos elas se fazem valer.

Em segundo lugar, reparamos no aumento da validade da carteira (CNH). Para cidadãos com até 50 anos, vai valer por 10 anos, isto é, não há necessidade da renovação da mesma antes deste período, desonerando assim os órgãos competentes; pessoas entre 50 e 69 anos terão a validade da carteira por 5 anos, e, depois dos 69, em diante, a validade será de 3 anos. Aqui temos especial preocupação, dentro dessa lógica do afrouxamento do controle. Alguém já se perguntou a quantas alterações de saúde, de visão, de equilíbrio emocional, neuropsíquicas e outras doenças incapacitantes as pessoas estão suscetíveis num intervalo de 10 anos? Já vimos neste livro que, pessoas, por inúmeros fatores subjetivos, podem fazer dos veículos verdadeiras armas contra si ou contra os demais.

Em terceiro lugar, a nossa preocupação recai sobre a circulação de motos. A nova lei faz referência aos corredores de circulação e aos itens de segurança, como o capacete com viseira sempre abaixada. Tudo bem, porém a nova lei não contemplada coisas óbvias que havíamos notado ainda lá em 1982, após estudos profundos feitos pela Abramet. Crianças,

por exemplo, não deveriam ser transportadas em motos, nem mesmo a partir dos 10 anos.

A quarta preocupação é em relação às multas leves, que sugerem uma advertência e nenhuma multa com fins de criar hábitos de segurança nos motoristas. Um ponto a elogiar é a manutenção da obrigatoriedade da cadeirinha para transporte de crianças em carros. Ela passará a ser obrigatória até aos 10 anos ou enquanto a criança tiver menos de 1,45 m de altura. Isso é importante de se preservar porque, obviamente, como já mostramos neste livro, mesmo os impactos a velocidades de 50 km/h já são capazes de causar graves danos às pessoas que conduzem ou às que são conduzidas por veículos.

Acreditamos que o mais adequado para criar hábitos saudáveis em motoristas seria aumentar a punição (via sentenças severas) para aqueles que dirigirem embriagados, principalmente se eles causarem dano à vida alheia. Não deveriam ser-lhes aplicadas penas alternativas.

Mas, enfim, sempre existe a esperança de que as pessoas realmente cumpram a lei e que ela valha para todos, sem quaisquer protecionismos para parlamentares ou outras pessoas que carreguem em si alguma proteção social, política ou econômica. Todavia, convenhamos, sem alguma forma de castigo contra as infrações, estaremos cada vez mais longe de um trânsito seguro.

Talvez a própria forma com que a lei foi gestada tenha a ver com o maior desafio no Brasil. Em nossa opinião, os autores da nova lei deveriam ter ido aos órgãos especializados em trânsito e também ter consultado a sociedade, para que todos pudessem ter participação e assim sentirem maior comprometimento, como verdadeiros agentes que são do trânsito neste país. Lançamos algumas questões para quem deseja investigar esse assunto: Qual participação tiveram as entidades especializadas em trânsito na construção dessa nova lei? Foram elas consultadas? Qual será a interferência dessas instituições no cumprimento das leis?

Após anos acompanhando resultados de legislações de trânsito, podemos dizer que toda reforma nas regras deveria ser uma tentativa de

diminuir os danos materiais, hospitalares e principalmente as mortes e os danos irreversíveis (em relação às pessoas). Sem uma educação adequada ao trânsito e, ademais, exigente (porque só assim mudanças de hábito ocorrem), não vamos sair do *status quo* em que nos encontramos. Leis, por si, não bastam. Para que sejam realmente cumpridas as leis, faz-se necessário estímulos, campanhas, educação e, especialmente, punição. Assim, as pessoas verão sentido em dar o exemplo para as próximas gerações.

Motorista que burlou as leis uma vez e não sofreu nenhuma sanção vai se acostumando com a pouca consciência e, cada vez mais, incorrendo em novos erros. Assim não se muda a realidade do trânsito brasileiro porque a educação e a punição ao descumprimento da lei não são efetivas. Além de tudo, temos que pensar que as pessoas devem estar gozando de saúde física e mental para conduzirem veículos. Resulta que os exames médicos devem ser mais efetivos, não o contrário. Com educação, saúde e cumprimento da lei tem-se um tripé estável que serve de pivô para as grandes mudanças pretendidas na sociedade.<sup>30</sup>

A título de analogia, vejamos hoje a questão do Covid 19, uma pandemia que assola a muitas sociedades, e muito se sabe sobre isso nos meios de comunicação. Agora, quantas pessoas estão realmente tomando os devidos cuidados contra ela? Não falamos apenas em relação à proteção de si, mas também da proteção da humanidade. É por isso que vale a pena enfatizar: simplesmente não se cria consciência se a educação for falha ou insuficiente!

Nosso papel, neste momento (como contribuintes intelectuais e, às vezes, materiais e financeiros às questões de preservação da vida no trânsito), não é apenas analisar a lei em seus aspectos positivos ou negativos, pois sempre teremos opiniões divergentes. Aqui o que nos move é tornar as pessoas atentas ao cumprimento de medidas que garantam o seu próprio bem-estar. Fazemos isso há tanto tempo e com tanto afincamento porque, como se sabe, a lei prevê as mudanças, entretanto não as executam. Nós é que devemos ajudar a internalizar as leis! Não

desejamos que o trânsito seja um “território de ninguém”, uma área de “salve-se-quem puder”.

Nosso intuito maior é fazer com que as pessoas possam ter um comportamento diferenciado, sempre que isso ajude a diminuir os mortos e os mutilados por acidentes de trânsito. Encontramos na mídia notícias permanentes como: não corra, não beba, não use o celular, preste atenção etc. Muito louvável, mas estas ideias precisam ser desenvolvidas também em escolas, igrejas e famílias, sem nunca esquecer que não são as leis de *per se* que mudam os nossos comportamentos no trânsito, mas sim a educação, com punição! Há que sancionar aquelas pessoas que ainda não compreenderam o seu papel na sociedade.

Sou um entusiasta dessas ideias, entre outros motivos, porque já senti na pele a perda de pessoas emocionalmente significativas e importantes para a minha vida. Perdi uma filha de 23 anos, uma de 17 e também a minha esposa, todas vítimas de um único acidente de trânsito. Espero que seja possível imaginar o quanto isso doeu, e também o trauma que isso me causou. Continuarei, portanto, junto à Abramet, ou mesmo pessoalmente, lutando cada vez mais para que diminuam não apenas os acidentes, mas todas as questões que os causam.

Nunca é demais repetir: a educação eficiente, a boa sinalização, o bom estado das rodovias e as proporcionais punições aos infratores são elementos que, se aliados às mudanças no uso dos meios de transportes rodoviário, ferroviário, hidroviário e aéreo,<sup>31</sup> geram resultados bastante positivos.

Como de *praxe*, para finalizar, lançamos algumas perguntas: Quando tratamos de trânsito não devemos voltarmos a todas as modalidades? Ou o trânsito é considerado apenas o rodoviário? Quantas melhorias poderiam vir da otimização das estradas de ferro, das hidrovias, dos transportes aéreos?

Sempre que pudermos, lutaremos pelas ideias aqui expostas. Esta será sempre a nossa grande luta. Acreditamos num Brasil que não dorme “em berço esplêndido”. Está na hora de fazer valer o lema inscrito em nossa bandeira: “Ordem e Progresso”.

## *Notas de fim e referências*

- <sup>1</sup> ADURA, Flávio Emir; MONTAL, José Herverardo da Costa; SABBAG, Alverto Francisco. Uso do cinto de segurança durante a gravidez. *Rev. Assoc. Med. Brasileira*, 50(1), 2004, p. 14.
- <sup>2</sup> ALVES, Rubem. *O poema nosso de cada dia*. São Paulo: Papyrus, 2002.
- <sup>3</sup> BALLONE, G. J. Eletroconvulsoterapia. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/eletroconv.htm1>>.
- <sup>3a</sup> BENEVIDES, Carolina. No Brasil, 80% das estradas não contam com pavimentação: Ministério do Transporte prevê investir R\$ 11 milhões este ano. *O Globo*, 23 de agosto de 2014. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/brasil/no-brasil-80-das-estradas-nao-contam-com-pavimentacao-13710994>>. Acesso em: ago. 2017.
- <sup>3b</sup> BRASIL. *Anuário Estatístico de Transportes 2010-2016*. Ministério dos Transportes, Portos e Aviação Civil - MTPA. Disponível em: <[http://www.transportes.gov.br/images/2017/Sum%C3%A1rio\\_Executivo\\_AET\\_-\\_2010\\_-\\_2016.pdf](http://www.transportes.gov.br/images/2017/Sum%C3%A1rio_Executivo_AET_-_2010_-_2016.pdf)>. Acesso em: nov. 2017.
- <sup>4</sup> *Censo Demográfico 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/censo2000\\_populacao.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/censo2000_populacao.pdf)>.
- <sup>5</sup> COELHO, Danilo Gonçalves; BRASIL, Albert Vincent Bertier. Fratura do cinto de segurança da coluna lombar. *Rev. Bras. Ortopedia*, v. 32, n. 2, fev. 1997.
- <sup>5a</sup> COLAVITE, Alessandro Serrano; KONISHI, Fabio. *A matriz do transporte no Brasil: uma análise comparativa para a competitividade*. XII SEGeT - Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia - Temática: Otimização de Recursos e Desenvolvimento. 2015. Disponível em: <<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos15/802267.pdf>>. Acesso em: maio 2017.
- <sup>6</sup> DEPRESSAO.ORG. Disponível em: <[www.depressao.org](http://www.depressao.org)>. Acesso em: 05/07/08.
- <sup>7</sup> Disponível em: <<http://www.neuropsiconews.org/>>.

- <sup>8</sup> FERREIRA, Cíntia Campos. *Acidentes motocicleta-carro: um estudo das representações sociais no trânsito em Goiânia*. Disponível em: <[http://tede.biblioteca.ucg.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=194](http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=194)>. Acesso em: 05/08/08.
- <sup>8a</sup> FRANÇA, Valéria. Malha ferroviária produtiva do Brasil é a mesma do Império. *Estadão*, 06 de agosto 2014. Disponível em: <<http://economia.estadao.com.br/noticias/geral,malha-ferroviaria-produtiva-do-brasil-e-a-mesma-do-imperio,1539689>>. Acesso em: mar. 2017.
- <sup>9</sup> HERMANN, Claudius. *Conto V - de Noite na Taverna*, de Álvares de Azevedo.
- <sup>10</sup> Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas rodovias brasileiras. *Relatório Executivo*. Brasília: IPEA/DENATRAN/ANTP, 2000. Disponível em: <<http://www.infoseg.gov.br/renaest/inicio.do;jsessionid=F629F90BCB6509FA4558DA2A8622A6A2>>.
- <sup>11</sup> *Jornal Zero Hora*, nº 15.012, de 30 de setembro de 2006.
- <sup>12</sup> LA TAILLE, Yves de. *Pensando a ética*. Disponível em: <<http://www.sinprors.org.br/extraclassa/mar07/entrevista.asp>>. Acesso em: 05/05/08.
- <sup>13</sup> LUCIANO, Tammy. *O conto da depressão*. Disponível em: <<http://www.tammyluciano.com.br/depressao.htm>>. Acesso em: 05/07/08.
- <sup>14</sup> LUFT, Lya. *Perdas e ganhos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- <sup>15</sup> *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM – 4* (1995).
- <sup>16</sup> Martha Nussbaum é professora de Direito e Ética na Universidade de Chicago; é uma das mais inovadoras e influentes vozes do cenário filosófico atual.
- <sup>17</sup> Na ocasião, presidente da Associação Brasileira de Medicina do Tráfego Médico, chefe do Serviço Médico do DETRAN-SP.
- <sup>18</sup> NOBRE JR. Wilson de Moraes; MORAES, Anamaria de. *Cinto de segurança no banco traseiro do automóvel: isto é importante?* Disponível em: <[http://www.sinaldetransito.com.br/artigos/cinto\\_de\\_seguranca\\_no\\_banco\\_traseiro.pdf](http://www.sinaldetransito.com.br/artigos/cinto_de_seguranca_no_banco_traseiro.pdf)>. Acesso em: 05/08/13.
- <sup>18a</sup> ONU. *Relatório do status global em segurança viária* [WHO. Global status report on road safety 2015]. Disponível em: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/2015/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/)>. Acesso em mar. 2017.
- <sup>19</sup> O secretário geral da ONU, Kofi Annan, na abertura dos trabalhos da Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento Humano, em Madrid, em

abril de 2002, lembrou um provérbio africano que diz que “quando morre um velho, desaparece uma biblioteca”. Disponível em: <<http://www.pime.org.br/mundoemissao/mmsaudedesafios.htm>>.

- 20 OSBORNE, Joan. “A função primordial da educação e da ciência não é acrescentar mais anos à vida, mas acrescentar mais vida aos anos”.
- 21 Palestra proferida em 27/06/1980, no IV Painel do Culegin Brasileiro de Segurança do Trânsito. Aula proferida em 12/06/1981, no I Curso Intensivo de Medicina do Tráfego, curso ministrado pela ABRAMET.
- 22 *Relatório sobre acidentes de trânsito envolvendo motociclistas em rodovias do Rio Grande do Sul – Julho/2004*. Disponível em: <[http://www.detran.rs.gov.br/artigos/03-Relat\\_rio%2010%20-%20Acidentes%20envolvendo%20motos.pdf](http://www.detran.rs.gov.br/artigos/03-Relat_rio%2010%20-%20Acidentes%20envolvendo%20motos.pdf)>. Acesso em: 05/08/08.
- 23 ROMARO, Marcus; FONSECA, Antonio Celso de Arruda. *Comportamento dos cintos de segurança infantis em impactos veiculares* (confrontação com os requisitos de segurança veicular da norma NBR 14400 da ABNT). São Paulo: SAE Brasil. [XIII Congresso E Exposição Internacionais da Tecnologia da Mobilidade – 16 a 18 nov. 2004].
- 24 SALLERO, Lauro. *Revista Brasileira de Medicina*. 1980.
- 24a SCHINDWEIN, Manoel. *Mobilidade urbana - A solução para o caos no trânsito*. Acesso em 01/09/12. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1192:reportagens-materias&Itemid=39](http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=1192:reportagens-materias&Itemid=39)>.
- 25 SCIESLESKI, Albino Julio. Epilepsia e a medicina do tráfego. *Revista Brasileira de Medicina do Tráfego*, v. 1, n. 1, set. 1982, p. 19-23.
- 26 SHOFFSTALL, Veronica A. *After a while*. Disponível em: <[http://www.poetryloverspage.com/poets/other/after\\_while.html](http://www.poetryloverspage.com/poets/other/after_while.html)>. Acesso em: 24/05/08.
- 27 SILVA, Maurício. *Violência, desafio e paz*. Disponível em: <<http://www.evirt.com.br/desafio/cap04.htm>>.
- 28 SMART & SCHMIDT, p. 94.
- 29 WEST & COLL, 1968.
- 30 Esta matéria “e” utilizou as seguintes referências bibliográficas em sua composição: Fundação IBGE. *Censo Demográfico de 1970, 1980, 1991*. Rio de Janeiro. / Fundação SEADE. *Anuário Estatístico do Estado de São*

*Paulo*. São Paulo, 1992. / Ministério da Saúde. *Estatísticas de mortalidade; Brasil*. 1977 a 1989. Brasília, 1993.

- <sup>31</sup> Todos sabemos que os meios de transporte ferroviário, hidroviário e aéreo, se fossem mais usados no Brasil, diminuiriam substancialmente o número de acidentes em rodovias, sem falar que trariam enormes benefícios a economia do país.

## OS AUTORES



ALBINO JULIO SCIESLESKI graduou-se em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas em 1970; é especialista em Psiquiatria pela USP e em Medicina do Tráfego.

Fez cursos de Medicina de Urgência, Desidratação Aguda na Criança, Psiquiatria de Urgência, Relação Médico-Paciente, Quimioterapia no Tratamento do Câncer, Psiquiatria Dinâmica, Supervisão de Psicoterapia, Aspectos Médico-Sociais, Médico-Legais e Criminológicos, Medicina de Trânsito, Medicina de Tráfego, Avanços em Clínica Psiquiátrica, Psychopharmacotherapy, Gerenciamento pela Qualidade Total na Saúde e Gestão de Cooperativas.

Fez estágio voluntário no Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo. Foi diretor do Serviço Médico no DETRAN-SP; foi diretor-clínico do Instituto Morumbi de Psiquiatria de São Paulo; psiquiatra-chefe do Serviço de Psicotécnico do DETRAN-SP; psiquiatra da ABAM, do Sanatório de Vila Formosa e da Clínica Maia de Neuropsiquiatria.

Foi redator da Revista HC, membro da Comissão Executiva do

Departamento Social da Associação Paulista de Medicina (APM), da Comissão Executiva do Departamento de Serviços Gerais da Associação Paulista de Medicina (APM); foi sócio-fundador e primeiro vice-presidente do Centro de Estudos de Medicina de Tráfego do DETRAN-SP; presidente do Centro de Estudos de Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria Morumbi-SP; foi membro da Comissão Executiva de Assuntos Legislativos da Academia Paulista de Medicina; sócio-fundador e presidente (nas três primeiras gestões) da Associação Brasileira de Medicina de Tráfego (ABRAMET); foi fundador da *Revista da ABRAMET*; foi delegado da Associação Médica Brasileira, pela Associação Paulista de Medicina.

Atuou como membro colaborador da implantação do novo Código Nacional de Trânsito; foi conselheiro honorário de trânsito do estado de São Paulo; presidente do I Congresso Brasileiro de Segurança do Tráfego e da I Feira Alternativa para Segurança do Tráfego, promovidos pela ABRAMET. Secretário adjunto do prefeito Mario Covas para segurança de trânsito na capital paulista.

Atuou como fundador e primeiro supervisor do ambulatório do Hospital da Cidade de Passo Fundo; foi fundador em 1990 e diretor médico do Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes.

Representou a Associação Médica do Planalto junto à Associação Médica do Rio Grande do Sul. Foi fundador e primeiro presidente do Departamento de Psiquiatria da AMEPLAN; membro efetivo do Conselho de Representantes da AMRIGS; membro da ACOM; fundador e membro efetivo da COMEN.

É sócio-fundador e presidente da Clínica Recuperar; fundador e membro da UNICRED Passo Fundo. Participou de vários eventos e proferiu inúmeras palestras e conferências.



MARISA POTIENS ZILIO é formada em Pedagogia pela Universidade de Passo Fundo (UPF); psicopedagoga mestre em Educação e Saúde pela PUC/RS; especialista em Método Montessori Lubienska pela Escola Nossa Senhora de Sion.

Fez cursos nas áreas de Inovação em Educação, Supervisão de Educação Especial, Psicologia da Personalidade, Atualização Teológica Bíblica e Pastoral e Fenômenos Parapsicológicos de

Conhecimento e foi docente na UPF por 30

anos, também lecionou na Fac. Est. de Filosofia Ciências e Letras e na Univ. Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, na Univ. Estadual do Oeste do Paraná e na Univ. de Caxias do Sul.

Recebeu prêmios como: Diploma de Honra ao Mérito, Destaque em Psicologia e Destaque em Educação. Foi presidente do II Congresso Internacional Multidisciplinar sobre aprendizagem; conselheira, na Associação Brasileira de Psicologia e membro do Conselho, na Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil e vice-presidente do Fórum Nacional de Extensão.

Trabalhos publicados: a) *Urgência na formação dos recursos humanos para o trabalho com pessoas portadores de necessidades especiais* (na I Jorn. Ens., Pesq. e Extensão e IV Seminário de Iniciação Científica); b) *O Brasil e o problema da inclusão social*, no periódico *Puertas a La Lectura*; c) *O papel da psicologia no processo de integração do portador de deficiência*, na *Revista da Associação Brasileira de Psicologia*; d) *O papel do psicopedagógico no processo de integração do portador de deficiência*, no periódico *Espaço Pedagógico*; e) *Neuropsicologia: evolução, controvérsias e linguagem*, no mesmo periódico; f) *Testemunha de fé e amor*, na *Revista da Escola de Pais*; g) *Psicopedagogo: perfil profissional em conflito* e também *Pais competentes de filhos doentes*, ambos pela Méritos Editora. Proferiu palestras, apresentações e conferências e participou de vários seminários e eventos e bancas examinadoras.

# ANEXOS

*A*os leitores que chegaram até aqui, nossos sinceros cumprimentos. Lembrem-se de que, com vontade, boas ideias e ações, é possível mudar nossa realidade. Este livro, assim como todo documento com fundamentos e argumentos sensibilizatórios, converte-se agora em um instrumento de mudança social. Parabéns, isso está em suas mãos!

Gostaríamos de mostrar que, de nossa parte (autor, editora e colaboradores), foi possível realizar algumas ações a partir das ideias que desta obra se originam. Não ficamos apenas na constatação dos problemas, portanto. Nos bastidores editoriais, aceleramos o processo de conscientização, dirigindo a distribuição deste livro a entidades de saúde, educação, justiça entre outras, fazendo até várias doações a personalidades com poderes de formação de opinião.

No entanto, a principal causa que estivemos perseguindo ultimamente foi a criação do *Dia Nacional Contra a Violência e a Criminalidade*, assim como congressos sobre esse tema. Queremos compartilhar alguns detalhes com os leitores, sobre, por exemplo, o documento que enviamos a autoridades federais, estaduais e municipais, assim como as respectivas respostas, via ofício, que obtivemos de algumas instituições. Confirmam a seguir o texto integral do projeto e mais 4 documentos oficiais de resposta. E, por último, compartilhamos o conteúdo do discurso do Dr. Albino Julio Sciesleski, em palestra na Abramet.

## PROJETO “DIA NACIONAL CONTRA A VIOLÊNCIA E A CRIMINALIDADE”

O assunto *violência e criminalidade* nos leva a reflexões sobre as causas de mortes violentas no mundo. Abrangendo um pouco o entendimento sobre estes fenômenos, vale a pena lembrar que, no Brasil,

registra-se mais de 65 mil mortes por ano, sendo a depressão a sua principal causa.

O homicídio era a segunda causa de morte mais violenta. A partir de 2012, passou a ser a terceira. No Brasil, com aproximadamente 200 milhões de habitantes, as estatísticas registraram 58 mil homicídios em 2015, ao passo que, nos Estados Unidos, com uma população de aproximadamente 315 milhões de habitantes, inversamente, houve 15 mil mortes violentas no mesmo ano.

As estatísticas dizem que 25% dos homicídios são provocados por pessoas com distúrbios psicológicos e psiquiátricos, muitas sem saber e/ou sem tratamento adequado.

Nos presídios brasileiros, por exemplo, constata-se que 25% dos presos são portadores de transtornos psicológicos e psiquiátricos. Embora este percentual seja significativo, as prisões não possuem nenhuma estrutura capaz de reeducá-los e recuperá-los psicologicamente e socialmente. Também há uma triste constatação de que 80% dos apenados retornam à prática do crime. *Por quê?*

Já, em relação ao trânsito, com base no *Relatório do status global em segurança viária 2015*, editado pela ONU<sup>18a</sup>, a título de comparação, os Estados Unidos têm uma taxa de 10,6 mortes por 100 mil pessoas, ao passo que a do Brasil é de 23/100 mil.

Nossa experiência, durante 20 anos em São Paulo, mostrou que 60% dos acidentes de trânsito ocorrem de sexta-feira à noite até o final da noite de domingo. Foi constatado que, na maioria das vezes, esses infortúnios foram motivados por uso abusivo de drogas ilícitas e lícitas ou por uso de psicofármacos, que são claramente potencializadores de homicídios, suicídios e acidentes de trânsito, em detrimento do bom senso e da sobriedade.

Imprudência e imperícia ao dirigir em alta velocidade ou fazer ultrapassagens em lugares proibidos são comportamentos que, segundo Freud, manifestam nossos desafios de vida e de morte.

Não podemos interferir nas mortes causadas por acidentes naturais, mas podemos e devemos interferir na violência presente, nos homicídios, suicídios, acidentes de trânsito, enfim.

As ações frente a esta situação passam pelos aspectos preventivos e corretivos. Desconhecemos outra forma de prevenção senão a de que esta proposta passe pela educação e pela melhoria da saúde.

Na educação, o desenvolvimento da consciência e valorização da vida são fundamentais para inserir mudanças e comportamentos significativos. Quanto à saúde, são necessárias ações mais efetivas nos tratamentos da drogadição e dos transtornos psíquicos.

O Brasil, apesar de ter uma população que representa 1/6 da população chinesa, registrou quase 5 vezes mais mortes violentas do que a China em 2015. Enquanto no Brasil morreram 58 mil pessoas por ano, lá este número não chegou a 12 mil. No que diz respeito às taxas de morte no trânsito, segundo o *Relatório do status global em segurança viária 2015* (ONU)<sup>18a</sup>, a China tem uma taxa de 18 mortes por 100 mil pessoas, ao passo que a do Brasil é de 23/100 mil. O que deve ser levado em conta é a diferença de população. São 1,35 bilhões de habitantes na China.

O número de mortos na Síria, país em guerra, segundo o escritório do Alto Comissariado da ONU para Direitos Humanos, é de aproximadamente 60 mil mortos, de 15 de março de 2011 a 31 de dezembro de 2012, ou seja, 20 meses.

Infelizmente, as autoridades nacionais e nossa sociedade nem sempre têm os instrumentos necessários para dimensionar as despesas com tratamentos, mortes, dias de serviços perdidos, danos materiais e morais, que ultrapassam, em muito, o PIB de investimentos para melhorar a situação descrita anteriormente. Só em acidentes de trânsito, o estudo de Carvalho, coordenador do IPEA, estimou 40 bilhões de reais como prejuízo anual.

Com o intuito de reduzir estas desagradáveis estatísticas e, principalmente, de reverter o cenário de guerra e de “salve-se quem puder” para um de paz, propomos a criação do DIA NACIONAL CONTRA A VIOLÊNCIA E A CRIMINALIDADE.

Para alcançar a sensibilização geral, sugerimos que toda **última sexta-feira do mês** sejam realizados debates nas escolas de ensino infantil, fundamental, médio e nas universidades sobre a prevenção da

violência, criminalidade homicídios, suicídios e acidentes de trânsito. Na mídia escrita, falada e televisada, igualmente. Que se faça o mesmo nas câmaras de vereadores, assembleias legislativas, câmara e senado, que, inclusive, poderiam apresentar propostas e projetos de lei sobre a prevenção e a terapêutica da violência. Nas Igrejas, que se possa debater o tema e imbuir os devotos num processo de fé sustentada pela oração.

A data principal, então, que deveria dar ênfase ao “Dia Nacional Contra a Violência e a Criminalidade”, poderia ser a sexta-feira que antecede o carnaval. Nesse dia poderiam ser realizadas ações sensibilizatórias que envolvam a participação de toda a comunidade, como demonstrações dos efeitos desses fenômenos na sociedade em geral, simulações de socorro e apoio a vítimas e familiares de violências em geral e, igualmente importante, cursos de mediação de conflitos.

(Obs.: Este projeto já foi aprovado pelo Conselho de Representantes da Associação Médica do Rio Grande do Sul, ainda em 11/06/2011).

Dr. Albino Júlio Sciesleski  
*Médico-psiquiatra,  
especialista em Medicina do Trânsito,  
conselheiro nato da AMRIGS e do Conselho de Prevenção da  
Violência e Criminalidade.*

Brasília, 23 de agosto de 2011



A Senhoria, o Senhor

**Albino Julio Sciesleski**

Rua Uruguai, 2001, sala nº 101 -

Unicred 99010-4322 Passo Fundo - RS

Ministério da Justiça

Ofício nº 0701 . MJ

Assunto: Resposta

Prezado Senhor,

De ordem, do Senhor Ministro de Estado da Justiça, e em atenção à correspondência datada de 03 de junho do corrente ano, em que sugere a criação do Dia Nacional Contra a Violência e Criminalidade, recebemos os seguintes esclarecimentos do Departamento de Políticas, Programas e Projetos, da Secretaria Nacional de Segurança Pública:

- I) Essa Secretaria manifestou-se favoravelmente à execução da proposta apresentada, uma vez que se encontra em concordância com as proposições feitas no âmbito Plano Nacional de Prevenção e Redução de Homicídios;
- II) Diante da inexistência de outro dia dedicado ao combate à violência, o assunto foi encaminhado para a Secretaria de Assuntos Legislativos deste Ministério, para avaliação da viabilidade da proposta e elaboração de um Projeto de Lei em relação ao tema.

Outrossim, agradecemos a credibilidade dispensada a esta Casa, que tem como missão garantir e promover a cidadania, a justiça e a segurança pública, através de uma ação conjunta entre o Estado e a sociedade.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Flavio Croce Caetano', written over a horizontal line.

**Flavio Croce Caetano**  
Chefe de Gabinete do Ministro

Em 15 de outubro de 2012



Ao Senhor

**Albino Julio Sciesleski**

Rua Uruguai, 2001, sala 101

Unicred 99010-112

Passo Fundo – RS

Ministério da Justiça  
Secretaria de Assuntos Legislativos  
Esplanada dos Ministérios,  
Ed. Sede, bl. T, 4º andar, sala 434  
(61)2025-3376/3114 – sal@mj.gov.br  
Ofício nº 198/2012 - GAB/SAL

Assunto: Dia Nacional contra a Violência e Criminalidade.

Prezado Senhor,

Esta Secretaria de Assuntos Legislativos está em processo de avaliação e estudo de viabilidade referente à proposta encaminhada, para a criação do Dia Nacional contra a Violência e Criminalidade.

Em estudo prévio, verificamos não haver nenhum outro dia nacional dedicado ao tema em específico.

Agradecemos o envio da proposta e nos colocamos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

Priscila Spécie

Chefe de Gabinete

Secretaria de Assuntos Legislativos

169



Esta correspondência nos foi enviada quando de nossa proposta de realização do **1º Congresso Internacional da Prevenção da Violência por uma Cultura de Paz**. O evento passou a ser realidade. Vai se realizar na Universidade de Passo Fundo - Centro de Eventos - de 27 a 30 de abril de 2016.

169

Em 7 de novembro de 2012.

Ilmo. Sr.

Dr. Albino Julio Sciesleski

Médico Psiquiatra

Passo Fundo - RS,

**SINDSEG** RS  
SINDICATO DAS SEGURADORAS NO RIO GRANDE DO SUL

Ofício nº 092/2012

Sindicato das Seguradoras no RS  
Av. Otávio Rocha, 115 - 7º andar -  
90020-904 - Porto Alegre/RS - Ed.  
Teruszkin - Fone: (51) 3221.4333

Ref.:

Dia Nacional contra a Violência e a Criminalidade

Prezado Doutor,

Acusamos o recebimento da documentação explicativa ao projeto em referência, bem como seu livro, o qual sobremaneira agradecemos.

Nosso sindicato tem por experiência planos estratégicos já definidos nos quais a área de segurança pública é de fundamental importância para darmos as nossas associadas os resultados esperados nessa área.

A fim de conhecer mais de perto seu projeto e, assim, participar se possível como apoiadores, colocamos espaço a sua disposição (reunião mensal ordinária de diretoria ou *workshop* nas instalações do sindicato), para que seja demonstrado o conteúdo do mesmo.

Ficamos na expectativa de suas manifestações.

Cordialmente,



Julio Cesar Rosa

Diretor Presidente

Em 4 de outubro de 2013



Ao Senhor  
**Albino Julio Sciesleski**

**Prefeitura Municipal**  
**Passo Fundo**  
Secretaria de Segurança Pública

Assunto: Apoio ao Dia Nacional contra a Violência e Criminalidade.

Prezado Sr.,

Apraz-nos cumprimentá-lo nesta oportunidade. Em nome da Administração Municipal (perfeito Luciano e vice-prefeito Juliano), agradecemos imensamente a visita à Secretaria e, sobretudo, pelas manifestações de apoio à administração e à comunidade com ideias que visam assegurar melhorias no trânsito.

Destaca-se que, com a comunicação, que deve nortear as relações humanas, as motivações e preocupações apresentadas por V.sa., e os esforços da Prefeitura Municipal, com certeza, vamos atingir o nosso grande propósito que é uma “cidade cada vez melhor” para todos.

Todas as suas ideias foram repassadas às respectivas secretarias, que possuem competência na matéria em discussão, visando adotarem os procedimentos cabíveis e a análise desse grande propósito que é a criação do Dia Nacional contra a Violência e Criminalidade.

Finalmente, é importante ressaltar que também estamos levando esta mensagem ao conhecimento do prefeito municipal, Luciano Azevedo.

Um forte abraço.

Obrigado, mais uma vez!

**Gilmar Teixeira Lopes**  
Secretário da Segurança Pública

*PRONUNCIAMENTO DO  
DR. ALBINO JULIO SCIESLESKI NA INAUGURAÇÃO  
DO QUADRO DE PRIMEIRO PRESIDENTE E  
FUNDADOR DA ABRAMET*

*SÃO PAULO, ABRIL DE 2017*

Cumprimento o ilustríssimo Dr. Juarez Molinari, presidente Abramet, o ilustríssimo Dr. José Monta, presidente da Abramet de São Paulo e estendo o cumprimento aos demais colegas.

A história da Abramet está intimamente ligada à minha história de vida profissional e, com certeza, à história de todos que aqui se encontram defendendo os propósitos desta instituição. Por isso, permito-me, neste momento, realizar este relato.

Fiz minha residência e trabalhei no Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade de São Paulo. Em 1972 prestei concursos públicos e iniciei o trabalho em duas frentes no Inamps (hoje SUS) e no Detran de São Paulo, como médico perito judicial psiquiátrico.

No Detran nosso trabalho consistia, inicialmente em atender candidatos encaminhados por médicos dessa mesma instituição e credenciados externos com suspeita de transtornos mentais e “drogaditos”, bem como motoristas profissionais que estavam afastados de suas funções por problemas psiquiátricos. Os que recebiam alta, tinham que passar por nossos exames.

Os pretendentes a CNH, na época, além do exame psicotécnico, no caso de dúvidas, deveriam passar por avaliação psiquiátrica. Lembro que, quando da ocorrência de acidentes graves de causa desconhecida, também recorriam a nós para o exame de sanidade mental e drogadição.

Nossa insistência em melhor organizar os serviços e as avaliações psicotécnicas levou-nos, inicialmente, à chefia deste mesmo departamento, e, em seguida, à chefia do serviço médico, e, mais tarde, a direção do serviço médico e psicotécnico.



Ocasão da inauguração do quadro do Dr. Albino Julio Sciesleski como Primeiro Presidente e Fundador da Abramet.

É importante lembrar que também enfrentamos a corrupção naquela época, pois exames médicos e CNH (Carteira Nacional de Habilitação) eram vendidas e vistorias de automóveis eram substituídas por dinheiro jogado em latões de lixo.

Também realizamos a 18ª Semana de Segurança do Trânsito no anfiteatro do Detran-SP.

Repetíamos mensalmente esse encontro e diante disso o trabalho de prevenção dos acidentes de trânsito criou repercussão nacional. Com o acompanhamento de excelentes médicos credenciados e também o apoio da mídia, empresas multinacionais também solicitaram nosso trabalho para que se estendesse a todo território nacional.

Os estudos realizados, foram levados a funcionários dos laboratórios da Petrobrás, da GM, da FORD, entre outros, mas os despachantes e também certas “autoridades” e até institutos de exames começaram a fazer pressão para que este trabalho fosse encerrado.

Fui, então, ameaçado de demissão, porém o inestimável Dr. Jaime Rosendo Heitmann, interviu a meu favor em reconhecimento a todo trabalho que vinha sendo realizado.

Em 19 de setembro de 1980 fundamos a Abramet em parceria com especialistas em ortopedia, oftalmologia, neurologia, psiquiatria, legislação e clínica médica.

Dentre eles, queremos destacar: Dr. Carlos Alberto Peixoto da Silva, Dr. José Carlos Chaves, Dr. Pedro de Brito Tupinanambá, Dr. Bernardo Avelino Aguiar, Dr. Eduardo Silvio de Souza, Dr. Jorge Raimundo Cerqueira e Silva, Dr. Augusto César de Almeida, Dr. Moisés Edmund Seid, Dr. Armando Albano, Dr. Flávio Emir Adura, Dr. Alfredo Gonçalves Chadid, Dr. Jaime Heitzmann, Dr. Sergio de Moura, Dr. Antonio Corsi, Dr. Volga dos Santos, Dr. Juvenal Guedes, Dr. Nader Inafae e Dr. José Montai. Todos, juntos, construíram o conceito e a finalidade da Abramet.

Em 1982 foi lançada a primeira revista da Abramet. Foi um processo que permitiu que especialistas de todo Brasil publicassem seus artigos, ligados, naturalmente à Medicina do Trânsito. E a Abramet recebeu inúmeros cumprimentos por isso.

Ainda em 1982 atuei como membro colaborador na implantação do novo Código Nacional de Trânsito. Em 1983 recebi do Conselho Estadual de Trânsito de São Paulo o título de “Consultor Honorário”, por relevantes serviços prestados aos estudos de Trânsito e por força dos méritos profissionais, passando a ser membro efetivo do mesmo. E neste mesmo ano recebi votos de júbilo e congratulações da câmara de vereadores de São Paulo.

A pesquisa, Epilepsia e Acidentes de Trânsito, foi publicada em 1983 e apresentada no 9º Congresso Internacional de Medicina e Acidentes de Trânsito, no México. Neste mesmo ano, o seu texto foi apresentado na USP, no departamento de Neuropsiquiatria. Este foi o primeiro trabalho sobre o assunto.

Ainda em 1983, em Goiânia, foi realizado o Congresso da Associação Médica Brasileira. Nesta ocasião encaminhamos os projetos para a criação da especialidade de Medicina do Trânsito e para o uso obrigatório

do cinto de segurança em automóveis. Por vários motivos, na época, o projeto de uso do cinto de segurança de três pontas não foi aprovado, mas a Abramet, continuava a insistir no projeto acrescentando a ele a ideia da obrigatoriedade do capacete para motociclistas, e também a do uso de assentos especiais para crianças no banco traseiro, isso ainda no ano de 1983.

Ainda através da Abramet foi sugerido o rebaixamento de calçadas, entradas adaptadas em bancos, nos serviços públicos e ônibus para o melhor deslocamento de idosos e deficientes físicos. Já pleiteávamos o controle e revisão da dosagem alcoólica e punição mais severas para os motoristas também naquela época. A contribuição da mídia era excelente. Esta divulgava as orientações da Abramet por causa do alto número de atropelamentos em São Paulo.

Em 1985 o governador de São Paulo, Franco Montoro, tornou a Abramet uma Instituição de Utilidade Pública. Neste mesmo ano também realizamos o 1º Congresso Brasileiro de Segurança do Tráfego e também a 1ª Feira Alternativa para Segurança do Tráfego. Ambos foram um sucesso.

Já no Rio Grande do Sul, em 9 de dezembro de 1995, foi criada a 1ª Semana de Prevenção dos Acidentes de Trânsito e também foi criado o Departamento de Medicina do Trânsito, na AMRIGS. Basicamente, copiamos modelos da seleção de motoristas da Austrália e de outros países desenvolvidos.

A preparação dos motoristas na Austrália era feita em 120 horas, sendo metade de aulas teóricas e a outra metade de aulas práticas, além da aplicação de exames médicos, com avaliação de antecedentes pessoais, histórico de vida – pesquisa de doenças, uso de drogas lícitas e ilícitas; diabetes, hipertensão doenças mentais com uso de psicofarmacos, conduta social e só então vinham os exames de direção.

A Abramet era e é muito ativa para atingir os seus propósitos. A educação, a saúde, a fiscalização e a punição para o motorista significam segurança para todos.

Outras histórias foram por nós vividas, mas o que hoje vemos em relação às conquistas mencionadas nos projetos da Abramet, que se es-

tenderam por 36 longos anos, é que muitas ações atuais não são efetivas na maioria dos casos.

A Abramet tem muito ainda por fazer, pois apesar de nossa luta, continuamos diante de alarmante número de acidentes e violência no trânsito, mas que podem ser prevenidos. Reivindicar melhor aproveitamento das hidrovias e ferrovias, além de melhora na condição das estradas, devem ser objetivos a serem perseguidos pela Abramet.

É um trabalho multi e transdisciplinar que está a exigir de todos um grande esforço. Necessitamos de parceiros como escolas (de todos os níveis) igrejas, setores públicos e privados e também da mídia. Entre as sextas-feiras e os domingos os acidentes aumentam em mais ou menos 40%. Propusemos, e isso já foi apreciado pelo Ministério da Justiça e pela Secretaria de Assuntos Legislativos do Ministério, a criação do Dia Nacional Contra Violência e Criminalidade, para ser implantado na sexta-feira, véspera de carnaval.

Toda esta nossa experiência, resumida, aponta-nos que ainda dependemos de ajuste cultural, vontade política e de forças econômicas para transitarmos mais rapidamente para as soluções de nossos problemas. A nossa sociedade também é responsável pela melhoria de nossas vidas, ajuste da fiscalização e da punição.

Saudações a todos!

Dr. Albino Júlio Sciesleski  
*Primeiro Presidente e Fundador da Abramet*







6<sup>a</sup>  
edição

*Albino Julio Sciesleski*

# ser humano

O desafio na vida e no trânsito!



*Ao conhecer o Dr. Albino Sciesleski em 1988, logo notei que estava diante de uma pessoa especial, competente, dedicada e com conhecimentos e percepções do ser humano fora do comum. Da convivência, quase que diária, nasceu nossa amizade. Recordo dos cafés-da-manhã de domingo na cantina e de como era comvente ouvi-lo discorrer com paixão sobre os assuntos de que tanto gostava, como medicina do trânsito, bolsa de valores, política médica (sim, o Dr. Sciesleski sempre foi um profissional preocupado com os rumos da medicina, participando ativamente de movimentos nessa área). Eu já acompanhava seus artigos publicados em jornais, os quais me traziam ricas informações, melhorando meu conhecimento em psiquiatria.*

*Esta obra é mais um trabalho bem elaborado, com temas de relevante interesse, escritos de maneira didática, fáceis de se ler e com um profundo conhecimento da área. Um livro útil tanto para profissionais como para estudantes e leigos.*

*Ganhamos todos com esta obra do Dr. Sciesleski que, além de contribuir para o crescimento da medicina, não guardando o conhecimento para si, brinda-nos com informações que, por certo, usaremos diariamente em nossas atividades.*

978-85-8200-064-9



www.meritos.com.br

*Dr. Rosemar Stefenon*