

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**ROSÉLI DIMARE**

**TRANSTORNO MENTAL E MEDIDAS DE SEGURANÇA: UMA  
ANÁLISE MÉDICO-JURÍDICA**

Porto Alegre

2010

**ROSÉLI DIMARE**

**TRANSTORNO MENTAL E MEDIDAS DE SEGURANÇA: UMA  
ANÁLISE MÉDICO-JURÍDICA**

Trabalho de conclusão do curso de graduação apresentado ao Departamento de Ciências Penais da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

**Orientador: professor Marcus Vinícius Macedo**

**Porto Alegre**

**2010**

**ROSÉLI DIMARE**

**TRANSTORNO MENTAL E MEDIDAS DE SEGURANÇA: UMA  
ANÁLISE MÉDICO-JURÍDICA**

Trabalho de conclusão do curso de graduação apresentado ao Departamento de Ciências Penais da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Banca Examinadora:

.....

....

.....

....

.....

....

Conceito:.....

Porto Alegre, ..... de ..... de .....

## **AGRADECIMENTOS**

Expresso especial agradecimento ao professor Danilo Knijnik pelo exemplo de dedicação à profissão e ao ofício de ensinar, pela disponibilidade observada na receptividade aos alunos, por ter conseguido, com um único trabalho de aula, abalar as minhas mais profundas convicções, levando-me a crer que nem toda a certeza é inequívoca e por consequência, toda a verdade é relativa.

Agradeço aos meus familiares e amigos pela compreensão com as minhas ausências nos últimos cinco anos, e pela forma com que demonstraram estarem presentes mesmo que à distância, em um telefonema rápido, um e-mail ou uma refeição me esperando ao final do dia, o que sempre amenizou o meu cansaço e nunca me deixou esquecer que não estou sozinha.

Meu muito obrigado aos colegas do Laboratório Histolab, pelo apoio, pelo carinho de tantos anos de convivência e por tornaram a minha rotina menos árdua, para que eu pudesse cumprir com todos os meus compromissos. Profundos agradecimentos aos colegas de faculdade que me ajudaram a chegar até aqui, com quem dividi minhas expectativas e sonhos.

## **RESUMO**

Este estudo tem como objetivo fazer uma análise conjunta das medidas de segurança e principais transtornos mentais associados à sanção, fornecendo uma visão da clínica psiquiátrica e psiquiatria forense compreensível aos juristas e conhecimento da legislação brasileira e posições doutrinárias acessíveis aos médicos. Objetivamos também abordar a legislação vigente, no que se refere às medidas de segurança, de forma crítica, analisando seus aspectos gerais, seus fundamentos e objetivos e seu potencial em produzir os efeitos desejados quando de sua aplicação ao paciente com transtorno mental. Para tal, procedeu-se à análise da legislação e doutrina jurídica, bem como revisão bibliográfica na área de psiquiatria médica e psiquiatria forense, com ênfase em potencial delitivo, prognóstico e responsabilidade penal.

## **ABSTRACT**

This study aims to accomplish a joint analysis of the measures of reform and prevention and the major mental disorders linked to this sanction, providing an overview of clinical and forensic psychiatry understandable for lawyers, as well as knowledge on Brazilian law and doctrinal opinion reachable to physicians. It also intends to approach critically the current legislation regarding measures of reform and prevention, through examining its general aspects, as well as its motives and objectives along with its potential to produce the expected effects once applied to patients bearing mental disorders. In order to achieve such purpose, there's been legislation analysis, alongside a bibliographic review in the areas of forensic psychiatry and medical psychiatric in addition to the legal doctrine.

## LISTA DE ABREVIATURAS

CCIB	Código Criminal do Império
CP	Código Penal
CPP	Código de Processo Penal
CPR	Código Penal da República
EEG	Eletroencefalograma
IPFMC	Instituto de Psiquiatria Forense Maurício Cardoso
LEP	Lei de Execução Penal
MJHC	Manicômio Judiciário Heitor Carrilho
OMS	Organização Mundial de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA EM RELAÇÃO AO TRANSTORNO MENTAL .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 O Transtorno Mental e as Medidas Preventivas Destinadas ao Portador de Transtorno Mental na Antiguidade.....</b>	<b>11</b>
<b>2.2 A Loucura Sob a Ótica da Idade Média.....</b>	<b>12</b>
<b>2.3 Transtorno Mental e Medidas Preventivas na Época das Casas de Internação.....</b>	<b>13</b>
<b>2.4 A Influência da Escola Positivista na Psiquiatria, Criminologia e Evolução das Medidas de Segurança. ....</b>	<b>15</b>
<b>2.5 A Sistematização das Medidas de Segurança no Decorrer do Século XX.....</b>	<b>17</b>
<b>2.6. O Surgimento das Medidas de Segurança na Legislação Brasileira.....</b>	<b>19</b>
2.6.1 Medidas preventivas destinadas aos portadores de transtorno mental no Brasil colônia .....	19
2.6.2 Medidas preventivas destinadas aos portadores de transtorno mental no Brasil imperial.....	19
2.6.3 Medidas preventivas no Código Penal de 1890 e na Consolidação das Leis Penais de 1932 .....	20
2.6.4. A sistematização das medidas de segurança no Código Penal de 1940 .....	21
<b>3 RESPONSABILIDADE PENAL, MEDIDA DE SEGURANÇA E SUA APLICAÇÃO AO DELINQUENTE PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL .....</b>	<b>24</b>
<b>3.1 Conceito e Natureza Jurídica das Medidas de Segurança.....</b>	<b>24</b>
<b>3.2 Pressupostos para Aplicação da Medida de Segurança .....</b>	<b>25</b>
3.2.1 Prática de fato punível .....	25
3.2.2 Periculosidade do autor .....	25
3.2.3 Ausência de imputabilidade plena.....	26
<b>3.3 Espécies de Medidas de Segurança .....</b>	<b>26</b>
<b>3.4 A Inimputabilidade Penal e a Semi-imputabilidade Penal nas Medidas de Segurança .....</b>	<b>29</b>
<b>3.5 Exame Pericial na Averiguação da Responsabilidade Penal.....</b>	<b>31</b>
3.5.1 A tarefa da psiquiatria forense frente à justiça .....	32



3.5.2 Do recebimento da solicitação de perícias à intimação do réu para a entrevista pericial.....	33
3.5.3 Realização de entrevista pericial e elaboração do laudo pericial .....	34
<b>3.6 A Responsabilidade Penal Correlacionada ao Diagnóstico do Laudo Pericial.....</b>	<b>36</b>
3.6.1 Significado de Normalidade Mental.....	36
3.6.2 Desenvolvimento mental incompleto .....	36
3.6.3 Retardamento mental.....	37
3.6.4 Perturbação da saúde mental .....	38
3.6.5 Doença mental .....	39
<b>4 ASPECTOS CLÍNICOS DOS TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS À ANÁLISE DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA EM SEUS ASPECTOS GERAIS.....</b>	<b>44</b>
4.1 Dados Estatísticos Gerais dos Pacientes em Medida de Segurança.....	44
4.2 Dados Estatísticos das Patologias Psiquiátricas dos Pacientes em Medida de Segurança. ....	46
4.3 Quadro Clínico e Prognóstico das Patologias Psiquiátricas mais Frequentes entre os Pacientes em Cumprimento de Medidas de Segurança.....	47
4.3.1 Esquizofrenia.....	47
4.3.2 Transtornos por substâncias psicoativas.....	50
4.3.3 Retardo Mental .....	55
4.3.4 Transtornos delirantes .....	58
4.3.5 Transtorno de personalidade.....	58
4.4 Finalidades das Medidas de Segurança Aplicadas à Realidade do Portador de Transtorno Mental .....	61
4.5 Início do Cumprimento da Medida de Segurança, Prazo Mínimo de Cumprimento e Perigosidade Presumida .....	64
4.6 Elementos Favoráveis e Desfavoráveis ao Prazo de Duração Indeterminado das Medidas de Segurança .....	65
4.7 Conversão da Pena em Medida de Segurança no Curso da Execução e Reconversão da Medida de Segurança em Pena .....	66
4.8 Extinção da Punibilidade e Medidas de Segurança.....	67
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>68</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>69</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A compreensão dos complexos mecanismos que levam ao acometimento de uma doença mental e as formas como ela se manifesta constituiu desde sempre um desafio à classe médica, à classe jurídica e a sociedade como um todo. As mais fantásticas e inimagináveis teorias se formularam em torno do assunto desde a antiguidade, onde até mesmo a origem espiritual da doença era vista não só como plausível, mas como lógica. Embora essa ideia mística da origem da doença mental fosse defendida pela maioria, não faltaram mentes iluminadas e empenhadas em atribuir uma origem orgânica às patologias mentais. Dessa forma, se sucederam tentativas de nomenclatura, classificação e tratamento dessas patologias.

A sociedade não tardou em compreender que o ato criminoso de um insano mental não poderia ser julgado, tampouco sofrer a mesma sanção do crime imputado a uma pessoa normal do ponto de vista psiquiátrico. Mesmo que essa convicção tenha sofrido lapsos no decorrer da história, principalmente no período compreendido pela Idade Média, os princípios já estabelecidos no Direito Romano de inimputabilidade do doente mental prevaleceram e medidas preventivas em relação a esses indivíduos foram tomando forma, culminando com as casas de internação na época clássica. Essas instituições, verdadeiros depósitos humanos, não tinham a função de tratamento, visando apenas à segregação e inocuização do enfermo mental; a sociedade estava, dessa forma, protegida não só da presumida periculosidade que esses indivíduos representavam, mas também livres da incômoda presença dos mesmos.

O surgimento da criminologia e da psiquiatria clínica, sob o foco da ciência e da doutrina positivista veio agregar a preocupação com o bem estar do doente mental, rompendo literalmente as correntes com que eram aprisionados aos antigos conceitos e às suas celas. Estava lançada a semente de onde se originaria o instituto das medidas de segurança, que foi tomando forma em diferentes países até lançar raízes no Direito Penal brasileiro que, no Código Penal de 1940, pela primeira vez, sistematiza o corpo de normas a elas relacionadas, tendo por base um sistema duplo binário onde pena e medidas de segurança poderiam ser aplicadas concomitantemente e não-alternativa.

Com o passar do tempo e a experiência prática das medidas de segurança, verificou-se a necessidade de mudanças na legislação que tornassem mais efetiva a sanção, o que se pode observar com a introdução da reforma do Código Penal de 1984 e a Lei de Execução Penal. Ficava assim, abolido o sistema do dualismo rígido, substituído, então, pelo sistema

vicariante, onde a pena e medida de segurança passaram a ser aplicadas alternativamente. Essa e as demais mudanças estabelecidas a partir de então formam os pilares das medidas de segurança até hoje e serão estudadas no decorrer deste estudo.

Como esperado, também na área da psiquiatria clínica emergiam novos conceitos, novas abordagens das doenças psiquiátricas e tratamentos. As primeiras casas de custódia e tratamento surgiram pouco antes da sistematização das medidas de segurança no Código Penal de 1940, no Rio de Janeiro, no Rio Grande do Sul e Minas Gerais. À mesma época, era estabelecido o primeiro grande sistema de classificação de doenças mentais, que até os dias de hoje sofreria três reformulações. Na década de cinquenta, a medicina presenciou a revolução farmacológica que introduziu na psiquiatria drogas de ação no sistema nervoso central que possibilitaram uma nova intervenção em várias patologias da clínica psiquiátrica. Novas técnicas laboratoriais e de imagem possibilitaram a obtenção de dados estruturais e morfológicos de doenças com sinais e sintomas mentais.

Infelizmente, nem todo o avanço da ciência foi capaz de propiciar a cura de grande parte das doenças psiquiátricas, nem de prever com exatidão o comportamento e prognóstico de todas elas, assim como nem todo o esclarecimento e acesso a informação foi capaz de livrar o doente mental do estigma vinculado à doença. Situações limítrofes na doença mental continuam sendo um desafio para a medicina e a justiça. Coube à evolução da psiquiatria forense em conjunto com o Direito Penal estabelecer os tênues e imprecisos limites que se interpõe entre a normalidade mental e o transtorno mental, bem como os limites que separam os casos graduados como leves, moderados e graves nessas patologias e que muitas vezes levam a situações diferentes de responsabilidade penal em uma mesma doença.

No presente estudo analisaremos os grandes grupos de divisão dos transtornos mentais e sua situação de responsabilidade penal em correlação com a legislação vigente e posições doutrinárias, bem como as patologias mais frequentes encontradas nos indivíduos em cumprimento de medida de segurança com base em dois estudos estatísticos realizados em hospitais de custódia e tratamento no Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Estudaremos as manifestações clínicas, etiologia e prognóstico dos transtornos mais prevalentes nesses dois estudos, bem como os aspectos forenses dessas patologias.

Por fim, faremos uma análise de aspectos da legislação e do instituto das medidas de segurança em seus fundamentos e objetivos principais em correlação com as necessidades dos indivíduos com transtorno mental, visando um entendimento global das duas áreas, medicina e direito, de forma integrada.

## 2 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA EM RELAÇÃO AO TRANSTORNO MENTAL

Desde muito cedo na história da humanidade, existe a preocupação da sociedade com o potencial ofensivo de determinados indivíduos que, por apresentarem padrões mentais anormais, acabavam por representar risco ao convívio social. Durante o decorrer de séculos, evidenciam-se inúmeras tentativas de entendimento e manejo da patogenia associada às manifestações de anormalidade mental, bem como se tornam mais frequentes as ações de cunho preventivo que visavam impedir as condutas anti-sociais que violassem a diferentes bens jurídicos por parte desses indivíduos afetados por esses tipos de transtornos. Durante o evoluir desse processo, se manteve a consciência, ainda que em alguns momentos limitada, de que esses indivíduos mereciam tratamento punitivo diferenciado. Dessa forma, cada grupo social, ao seu tempo e seu modo, procurou instituir medidas preventivas de segurança e sistemas sancionatórios adequados a essa realidade, dentro do contexto de seus costumes, crenças e sistemas político-jurídicos.<sup>1</sup>

### 2.1 O Transtorno Mental e as Medidas Preventivas Destinadas ao Portador de Transtorno Mental na Antiguidade.

A mais antiga interpretação das manifestações de doença mental na antiguidade possui caráter mágico-místico. Os loucos eram considerados indivíduos possuídos por espíritos malignos, tanto que a mais antiga doença mental descrita recebeu a denominação de epilepsia (*epi*, o que está acima e *lepis*, abater), pois se considerava que o mal vinha de cima e abatia o indivíduo. Quando essa possessão atirava o indivíduo ao chão e o sacudia, era considerada uma possessão total; quando apenas se manifestava pela desordem dos pensamentos, nos atos e afetos, era considerada uma possessão parcial.<sup>2</sup>

Na Grécia antiga, a preocupação com as doenças mentais já se mostra evidente, quando Hipócrates tentou estabelecer um sistema de classificação para as mesmas; expressões

---

<sup>1</sup> RIBEIRO, Bruno de Moraes. **Medidas de Segurança**. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1998, p. 10.

<sup>2</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 3.

como histeria, mania e melancolia possuem sua origem na medicina de então.<sup>3</sup> Hipócrates já vislumbrava, a sua época, uma base orgânica para determinadas patologias mentais, excluindo o caráter místico de sua etiologia. Depois de Hipócrates, o médico grego Asclepiades Betiniensis também passa a defender a origem organicista de algumas doenças mentais, bem como, mais tarde, em Roma, os médicos Celsus e Areteu, Soranus e Cláudio Galeno, entre outros. Apesar dos esforços de grupos isolados em defender tal interpretação, a maior parte da população ainda atribuía o caráter místico à origem dos transtornos mentais, ideia essa que se estendeu por muitos séculos.<sup>4</sup>

Embora a clínica médica já demonstrasse claro interesse no assunto, não é possível determinar com precisão o momento em que medidas preventivas direcionadas a indivíduos portadores de transtornos mentais se manifestaram pela primeira vez na legislação. É possível determinar, contudo, que essa preocupação se torna evidente já no Direito Romano.<sup>5</sup>

Ao fazer referência aos loucos (*furiosis*), a legislação romana tratou de compará-los aos menores de sete anos de idade (*infans*), deixando clara a isenção de tais indivíduos em relação ao delito que houvesse sido praticado. Esses indivíduos inimputáveis deveriam ficar submetidos a um estado de custódia, fosse junto às suas famílias ou junto às casas especificamente a eles destinadas, conforme a possibilidade de controle por parte da família e o julgamento do poder público.<sup>6</sup>

## 2.2 A Loucura Sob a Ótica da Idade Média

A orientação jurídica da antiguidade, visivelmente balizada no entendimento de que o demente possuía um julgamento alterado da realidade, não encontrou respaldo no pensamento da Idade Média, período em que a sociedade agrária estritamente dependente das forças naturais (desconhecidas e incontroláveis) ligava todas as manifestações humanas ao sobrenatural, sob a égide da hierofania.<sup>7</sup> Os sinais de demência mental eram interpretados, sob a ótica da igreja, como sintomáticos de possessões demoníacas, intimamente ligadas ao profano. A essa época, os doentes mentais foram submetidos a toda sorte de malefícios e

---

<sup>3</sup> MATOS, Evandro Gomes. **A Importância e as Limitações do Uso do DSM-IV na Prática Clínica**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, vol 27, n 3, Sep/Dec. 2005.

<sup>4</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, pp. 4-5.

<sup>5</sup> RIBEIRO, Bruno de Moraes. **Medidas de Segurança**. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1998, p. 10.

<sup>6</sup> RIBEIRO, Bruno de Moraes. **Medidas de Segurança**. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1998, p. 10.

<sup>7</sup> FRANCO JR, Hilário. **A Idade Média Nascimento do Ocidente**. 2º ed. São Paulo: Brasiliense, 2005, p. 139.

crueldades para que pudessem supostamente espiar pelos seus pecados,<sup>8</sup> muitos deles tendo sido queimados nas fogueiras da Inquisição, período nefasto da história da Igreja Católica e que teve seu ápice de desumanidade na edição do *Malleus maleficarum*, em 1584, destinado a instruir os inquisidores a identificar sinais de possessão demoníaca e como proceder de forma eficaz quando identificados tais sinais.<sup>9</sup>

Embora a Idade Média tenha ficado mergulhada na ideia mágico-mística das doenças mentais, alguns médicos tentaram afirmar a base orgânica da doença mental, como o árabe Unhammad que estabeleceu uma classificação das doenças mentais no século IX. Outro nome de grande destaque na área médica e que dedicou um capítulo do seu livro *Princípios da Medicina* à mania e à melancolia, foi Ali Al-Husayn Ibn Sina, conhecido como Avicena e que viveu de 980 a 1037. Depois de Avicena, Ibn Zuhr (Avenzoar) e Ibn Rushd (Averroés) também tiveram importante papel na rejeição às questões de demonologia, porém, foi só em 1563, com a obra intitulada da ilusão dos Demônios do médico Johann Weyer que a crença na origem demoníaca das doenças mentais começou a ser sistematicamente refutada. Apesar da luz da razão surgir nesse e em outros trabalhos, só tomou seu acento cerca de duzentos anos depois da obra de Johann Weyer.<sup>10</sup>

### 2.3 Transtorno Mental e Medidas Preventivas na Época das Casas de Internação

Ao final da Idade Média, mais precisamente na Renascença, os loucos passam a ser vistos pelos olhos da burguesia emergente como um estorvo a vagar entre os muros das cidades. A preocupação em eliminá-los do convívio social e com isso aplacar o risco que esses indivíduos supostamente representavam para a sociedade fazia com que eles fossem rotineiramente escorraçados de uma cidade para outra. Os loucos ficavam, então, internados em hospitais e prisões onde não havia nenhuma preocupação com o tratamento da doença mental em si e, portanto, que priorizavam a segregação. A utilização de Naus era freqüente para transportar os loucos a outras localidades tanto no intuito de peregrinações organizadas

---

<sup>8</sup> MORAES FILHO, Marco Antônio Praxedes. **Evolução Histórica da Inimputabilidade Penal**. Disponível em <<http://jus2.uol.com.br/doutrina>>. Acesso em: 18 ago. 2010.

<sup>9</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 5.

<sup>10</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, pp. 5-6.

pelos próprios hospitais, como com o objetivo de interná-los em grandes instituições a eles destinadas.<sup>11</sup>

[...] confiar os loucos aos marinheiros é com certeza evitar que eles ficassem vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza que ele irá para bem longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida. Mas a isso a água acrescenta a massa obscura de seus próprios valores: ela leva embora, mais que isso, ela purifica. Além do mais a navegação entrega o homem à incerteza do próprio destino, todo o embarque é potencialmente o último. É para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca (FOUCAULT, 2009, pp. 11-12).

As providências disciplinares e corretivas de caráter preventivo que se seguiram a partir do século XVI, passaram a atingir não apenas os loucos, mas também os ébrios habituais, vagabundos e mendigos entre outras categorias de indivíduos de atitudes consideradas anti-sociais.<sup>12</sup>

O primeiro hospício a ser criado foi obra da Igreja Católica em 1409, instituído na Espanha na cidade de Valência, tendo como mentor o Frei Juan Gilbert Jofré, que obteve a aprovação do Rei Martin, o humano. Após esse, outros mais foram criados em Saragoza, Sevilha e Toledo, todos com inspiração em uma instituição embrionária que havia existido no Egito em 875. Essa forma de segregação continuou sendo vista como ideal durante a renascença, pois, segundo concepção da época, razão e loucura eram coisas contrárias e, portanto, se isolavam mutuamente; a loucura, entendida como a falta de razão, deveria ser apartada. É nesse contexto e obedecendo a esses preceitos que surgem com grande força as Casas de Internação<sup>13</sup>

Nos antigos leprosários europeus, já praticamente sem internos desde o século XV, muitas destas casas foram estruturadas com o objetivo de abrigar os indivíduos portadores de doenças mentais. Aproveitando a antiga estrutura destinada previamente aos leprosos e posteriormente e conjuntamente aos portadores de doenças venéreas, essas instituições atingiram seu ponto máximo de ocupação no século XVII, na era chamada clássica.<sup>14</sup> Para internação nessas unidades não havia, entretanto, nem mesmo a necessidade de ocorrência da prática delituosa por parte desse grupo de indivíduos, pois a justificativa para tal encontrava

---

<sup>11</sup> FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2009, pp. 7-12.

<sup>12</sup> RIBEIRO, Bruno de Moraes. **Medidas de Segurança**. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1998, p. 10.

<sup>13</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 7.

<sup>14</sup> FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2009, pp. 42-45.

respaldo no mau exemplo que a conduta dos loucos, ébrios habituais, mendigos e vagabundos representava diante da sociedade e a suposição de um risco potencial para a mesma.<sup>15</sup>

#### **2.4 A Influência da Escola Positivista na Psiquiatria, Criminologia e Evolução das Medidas de Segurança.**

Já a partir do século XIX, a psiquiatria surge como especialidade, com a chamada fase da psiquiatria clínica, representada por Pinel e Esquirol, responsáveis pela caracterização da loucura e pela humanização no trato com os pacientes em regime de internação.<sup>16</sup> Philippe Pinel é um dos precursores das casas de tratamentos, não mais destinadas ao simples depósito humano, mas, a partir de então, vinculadas ao objetivo terapêutico. A libertação de doentes mentais das correntes, alguns presos a elas por mais de quarenta anos, é uma das importantes providências tomadas por Pinel no sentido de humanizar as casas de internação.<sup>17</sup> Nesta fase, houve importante avanço dos estudos psiquiátricos devido ao implemento das ciências da biologia aliadas às ciências clínicas, tendo Gustav Fechner como estudioso da psiquiatria experimental.<sup>18</sup> Dentro deste contexto de experimentação e valorização das ciências em geral, também o estudo da criminologia passa a ter papel importante dentro do âmbito do Direito Penal.<sup>19</sup>

A Escola Cientificista ganha força por defender que o caráter delinquente dos indivíduos é determinado por condições antropológicas, biológicas e sociais.<sup>20</sup> Esse determinismo sustentado pela visão dos positivistas italianos, em destaque, Lombroso, tem por núcleo a idéia do “criminoso nato”.<sup>21</sup> César Lombroso defende, em sua obra *L'uomo delinquente studiato in rapporto, all'antropologia, Allá medicina legale e alle discipline carcerarie*, que o criminoso é um ser atávico, com fundo epiléptico e semelhante ao louco moral, que é aquela loucura que se manifesta com preservação da inteligência, porém com

<sup>15</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 16.

<sup>16</sup> FERNANDES, Flora. **Breve Histórico da Psiquiatria**. Disponível em: < <http://artigos.Psicologado.com/psicopatologia/psiquiatria> > . Acesso em: 22 out. 2010.

<sup>17</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 11.

<sup>18</sup> FERNANDES, Flora. **Breve Histórico da Psiquiatria**. Disponível em: < <http://artigos.Psicologado.com/psicopatologia/psiquiatria> > . Acesso em: 22 out. 2010.

<sup>19</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 17.

<sup>20</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 17.

<sup>21</sup> MIRABETE, Julio Fabbrini . **Manual de Direito Penal**. 24° ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2007, I, p. 21.



supressão do senso moral. A conclusão de Lombroso é de que o criminoso é um doente antes que um culpado e que deve ser submetido a tratamento e não à punição.<sup>22</sup>

Também representando a Escola Positivista, Henrique Ferri, dissidente de Lombroso, divide os criminosos em cinco grupos: o nato (conforme proposição de Lombroso), o louco (doente mental), o habitual (produto do meio social), o ocasional (que apresenta fraqueza de caráter) e o passional (homem honesto, mas com temperamento nervoso). Seguindo os moldes positivistas e, representante dessa escola, temos, ainda, Rafael Garofalo que inaugura a denominação “criminologia” para intitular a disciplina. Garofalo faz expressa referência à *temibilità* (quantidade de mal que se pode temer da parte do criminoso), e que seria mais tarde substituída pelo termo “perigosidade”. Para Garofalo, a pena deveria ser determinada não com base na maior ou menor gravidade do delito, mas sim com relação à temibilidade maior ou menor em relação ao delinqüente.<sup>23</sup> A Escola Positivista como um todo, considerava todo o criminoso como um ser psicologicamente anormal.<sup>24</sup>

Dessa forma, no panorama do mundo jurídico e social, concluía-se que não havia mais lugar para as idéias retributivas da sanção penal, defendidas pela Escola Clássica e vigentes até então, pois estas não eram suficientes para coibir a criminalidade. Fazia-se necessária uma nova resposta jurídico-penal que priorizasse a inocuização e tratamento do delinqüente, tendo em vista o determinismo que supostamente impossibilitava o indivíduo delinqüente de exercer o livre arbítrio. A periculosidade e a responsabilidade social justificavam, então, a medida de tratamento, com o objetivo de impedir a reincidência criminal.<sup>25</sup>

Esse novo sistema se baseava, sobretudo, no caráter preventista da sanção, tendo seu principal foco na prevenção especial, sem suprimir, porém, a idéia de prevenção geral produzida pela intimidação genérica da coletividade. Tentava-se, assim, eliminar a diferença essencial entre penas e medida de segurança sob o argumento que, se estava excluída a idéia de retribuição e de culpa moral sobre o delito, as medidas de segurança possuiriam a mesma natureza e função das penas. Essa visão unicista teve seu maior defensor em Ferri, que pretendia extinguir o conceito de pena, que deveria ser absorvido pela medida de segurança e, nomeada a partir de então, sanção.<sup>26</sup>

---

<sup>22</sup> MIRABETE, Julio Fabbrini . **Manual de Direito Penal**. 24° ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2007, I, pp. 21-22.

<sup>23</sup> RIBEIRO, Bruno de Morais. **Medidas de Segurança**. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1998, p. 15.

<sup>24</sup> MIRABETE, Julio Fabbrini . **Manual de Direito Penal**. 24° ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2007, I, p. 23.

<sup>25</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 24.

<sup>26</sup> RIBEIRO, Bruno de Morais. **Medidas de Segurança**. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1998, pp. 18-19.

A utilidade, o determinismo, a defesa da sociedade e a periculosidade foram características fundamentais na evolução das medidas de segurança, que a partir de então se expandem e ganham força.<sup>27</sup>

## 2.5 A Sistematização das Medidas de Segurança no Decorrer do Século XX

A partir do século XX o instituto das medidas de segurança continuou avançando alavancado na ideologia da defesa social, consequência indireta dos postulados positivistas. Adolfo Prins, considerado progenitor da escola de defesa social, defendia como o ponto central da doutrina, a proteção social com fim de preservar o patrimônio e a moralidade. O estado perigoso era o motivador do sistema sancionatório, possibilitando a ação do Estado até mesmo em casos de suposição de periculosidade sem a ocorrência de delito. O papel fundamental do Estado consistia, então, em agregar o máximo de segurança social com o mínimo de sofrimento individual, mediante uma função preventiva de caráter social vinculada ao juízo de perigosidade do delinqüente. Três correntes principais se sucederam naquele momento na tentativa de estabelecer o melhor sistema penal para as necessidades sociais de então, sendo elas a Corrente Extrema ou de Gênova, a Corrente Moderada ou de Paris e a Corrente Conservadora.<sup>28</sup>

A corrente extrema ou de Gênova defendia que todo o indivíduo de comportamento antissocial deveria sofrer sanção penal, impondo-se tratamento perante a periculosidade social. A proposta é que houvesse uma medida para cada pessoa e não uma pena para cada delito. De acordo com essa corrente, não deveria haver a integração com o sistema penal, mas sim a substituição deste, com conseqüente substituição da pena por medidas de prevenção que visariam à cura e educação social do homem.<sup>29 30</sup>

Contrariada pelo fato da corrente extrema colocar em risco os direitos individuais, surge a corrente moderada ou de Paris, que tinha como principais características a preocupação em relação ao livre arbítrio do delinqüente, o combate ao delito propriamente dito no intuito de impedir o dano e possuir uma gama de medidas contra o delito em face dos

---

<sup>27</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 24.

<sup>28</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, pp. 24-27.

<sup>29</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, pp. 25-26.

<sup>30</sup> RIBEIRO, Bruno de Moraes. **Medidas de Segurança**. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1998, p. 18.

delinquentes anormais e reincidentes. Nessa visão, o importante era a manutenção de uma política criminal que visasse à ressocialização. Os dois tipos de sanção, pena e medida de segurança, formariam um sistema unitário de defesa social integrado e não unificado.<sup>31</sup>

A Corrente Conservadora, por sua vez, defendia a unificação entre pena e medida de segurança, tendo em vista que ambas serviam ao mesmo fim: de um lado à proteção de bens jurídicos e de outro, à ressocialização do delinquentes e sua reinserção na sociedade. Todavia, para a aplicação da pena, o princípio da legalidade exigia a prática de um crime, o que não ocorria com a medida de segurança, que prescindia a prática de um ilícito típico.<sup>32</sup>

Entre os grandes nomes que colaboraram para o aperfeiçoamento das medidas de segurança, está Von Listz com sua teoria denominada pena-fim baseada na idéia de que toda a sanção penal tinha um fim no direito que era o preventista. Na pena-fim o autor vislumbrava o equilíbrio entre o poder e o direito. A punição justificava-se ora por retribuição pelo mal praticado, ora por prevenção, devido ao perigo de reincidência da conduta, o que legitimava a medida de segurança com base na recuperação, na intimidação ou na inocuização. Apontava como fundamental a conjugação entre o direito penal, a antropologia, a psicologia e a estatística criminal. Outro grande nome é o de Karl Stooss que no anteprojeto do Código Penal Suíço, em 1893, concretizou as idéias de pena-fim de Von Listz, positivando, assim, as medidas de segurança com prerrogativas que influenciaram de forma definitiva o instituto até os dias de hoje. Entre as principais características das medidas de segurança preconizadas, então, encontrávamos: serem atribuídas prioritariamente ao juiz, serem pronunciadas como sentenças relativamente indeterminadas e condicionadas à duração e cessação da periculosidade, basearem-se na perigosidade do delinquentes, serem executadas em estabelecimentos especializados e adequados ao tratamento do delinquentes e constituírem-se em medidas complementares e, algumas vezes, substitutiva à pena, sendo aplicadas aos delinquentes incorrigíveis cuja execução da pena seria ineficaz. Estava criado, dessa forma, um sistema de dupla via sancionatória que abrangia, dentro das medidas de segurança, principalmente os reincidentes, os alcoólatras habituais, os corrompidos perigosos e os delinquentes juvenis.<sup>33</sup>

---

<sup>31</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, pp. 26-27.

<sup>32</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, pp. 27-28.

<sup>33</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, pp. 28-30.

## 2.6. O Surgimento das Medidas de Segurança na Legislação Brasileira

Como não poderia deixar de ser, os reflexos da evolução das medidas preventivas de segurança no mundo se fizeram sentir no Brasil, onde as medidas de caráter preventivo seguiram um rumo crescente de aperfeiçoamento desde a punição diferenciada de menores nas Ordenações Filipinas até a concretização de medidas de segurança propriamente ditas no Código Penal de 1940 e sua posterior retificação no Código Penal de 1984.

### 2.6.1 Medidas preventivas destinadas aos portadores de transtorno mental no Brasil colônia

Nas Ordenações Filipinas que vigoraram de 1603 até 1830 no Brasil, não se encontra referência explícita à culpabilidade criminal dos loucos, tampouco se faz referência a algum tipo de sanção diferenciada destinada a esses indivíduos. Entretanto, no Livro 5, Título CXXXV, há tímida previsão de pena diferenciada para indivíduos com desenvolvimento mental incompleto devido a menoridade. Lá estava previsto que menores de dezessete anos não poderiam receber pena de morte natural, ficando a encargo do julgador, escolher pena menor para o delito cometido.<sup>34</sup>

### 2.6.2 Medidas preventivas destinadas aos portadores de transtorno mental no Brasil imperial

No *Código Criminal do Império do Brasil* (CCIB) há expressa preocupação com os doentes mentais e sua inimputabilidade criminal, como previsto no Art. 10º, § 2º que estabelece que não serão julgados criminosos os loucos de todo o gênero, salvo se tivessem cometido o crime em intervalos de lucidez. Já no Art. 12, fica evidente a intenção de uma sanção diferenciada desses indivíduos, uma vez que determinava o recolhimento de loucos que tivessem cometido crime a casas especificamente a eles destinadas ou que esses fossem entregues aos cuidados de suas famílias, segundo critérios do juízo criminal. O CCIB vai ainda mais longe quando estabelece, em seu Art. 64, que delinquentes condenados que

---

<sup>34</sup> MORAES FILHO, Marco Antônio Praxedes. **Evolução Histórica da Inimputabilidade Penal**. Disponível em <<http://jus2.uol.com.br/doutrina>>. Acesso em: 18 ago. 2010.

acharem-se em estado de loucura não deveriam sofrer punição enquanto nesse estado se conservassem.<sup>35</sup>

### 2.6.3 Medidas preventivas no Código Penal de 1890 e na Consolidação das Leis Penais de 1932

Quando da promulgação do Código Penal da República (CPR), intitulado como *Código Penal dos Estados Unidos do Brasil*, em 1890, o cuidado com a inimputabilidade nos casos de anormalidade mental se faz presente no Livro I, Título III no Art. 27, § 3º, § 4º e § 7º, onde se determina que não devem ser considerados criminosos os absolutamente incapazes por imbecilidade nativa ou enfraquecimento senil, os indivíduos em privação de sentidos ou inteligência quando da realização do ato criminoso, bem como os surdo-mudos de nascimento que não tivessem recebido instrução ou educação, a menos que fosse possível provar que tivessem agido com discernimento. A exemplo do CCIB de 1830, O CPR determinava que os indivíduos isentos de culpabilidade por enfermidade mental deveriam ser entregues às suas famílias, ou a hospitais para alienados mentais, conforme necessário para assegurar a segurança da sociedade.<sup>36</sup> Ao contrário do termo vago “loucos de todo gênero” adotado no CCIB, o CPR já mostra preocupação em especificar os casos de anormalidade mental que podem ser considerados isentos de responsabilidade penal, reforçando mais uma causa de desenvolvimento mental incompleto além de menores de 9 anos, representados, então, pelos surdo-mudos.

Na consolidação das Leis Penais ou Código de Piragibe, de 1932, as disposições do CPR no que se refere à inimputabilidade dos indivíduos com afecções mentais permanecem praticamente as mesmas, tendo sido, contudo, afastado o intervalo de lucidez como excludente do estado de loucura.<sup>37</sup> Entre as novidades trazidas, há previsão, pela primeira vez, de internação para toxicômanos ou intoxicados habituais em seu Art. 159 § 12; também há previsão de internação em estabelecimento correccional para ébrios habituais considerados

---

<sup>35</sup> BRASIL. **Código Criminal do Império do Brasil**. Disponível em: <<http://www.ciespi.org.br>>

<sup>36</sup> BRASIL. **Código Penal dos Estados Unidos do Brasil**. Brasília: Senado Federal- subsecretaria de informações, 2010. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br>>.

<sup>37</sup> MORAES FILHO, Marco Antônio Praxedes. **Evolução Histórica da Inimputabilidade Penal**. Disponível em <<http://jus2.uol.com.br/doutrina>>. Acesso em: 18 ago. 2010.

nocivos ou perigosos para si próprios, a outrem ou à ordem pública.<sup>38</sup> Até então, havia previsão de pena de prisão por quinze dias a um mês para indivíduos que se embriagavam habitualmente ou se apresentassem em público em evidente estado de embriaguez, não havendo medida de tratamento para tanto. Além disso, a menoridade penal aumenta para quatorze anos. O Código de Piragibe estabelece que os condenados alienados bem como os alienados delinquentes somente poderiam permanecer em asilos públicos em pavilhões reservados especialmente a eles em locais onde ainda não existirem manicômios criminais.<sup>39</sup>

Embora o Código de Piragibe tenha trazido essa preocupação de segregação dos doentes mentais comuns dos que haviam cometido crime e a preferência de que esses últimos fossem internados em manicômios judiciários, haviam raras instituições assim denominadas. O primeiro manicômio judicial havia sido fundado em 1921 no Rio de Janeiro, o segundo em 1924 no Rio Grande do Sul e o terceiro em 1929 em Minas Gerais; antes disso, a internação de doentes mentais criminosos se fazia em hospícios destinados aos doentes mentais não criminosos e não infrequentemente, sem nenhum tipo de separação entre eles, o que obviamente trazia grandes prejuízos aos internos.<sup>40</sup>

#### 2.6.4. A sistematização das medidas de segurança no Código Penal de 1940

Com a promulgação do Código Penal de 1940, o instituto das Medidas de Segurança toma seu lugar na nossa legislação em um sistema em muito semelhante ao código italiano de 1930 (Código de Rocco). Ambos estavam baseados em um sistema dualista, onde pena e medidas de segurança concorrem. Dentro dessas duas possibilidades de sanção, não era possível aos imputáveis e aos semi-imputáveis considerados perigosos, a possibilidade de não aplicação da pena, idéia esta fundada no dever de expiação pela culpa; as medidas de segurança poderiam, então, serem aplicadas conjuntamente com a pena, mas não alternativamente. Entende-se dessa forma, o uso da expressão dualismo rígido ou sistema duplo binário.<sup>41</sup>

---

<sup>38</sup> RIBEIRO, Bruno de Moraes. **Medidas de Segurança**. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1998, pp. 12-13.

<sup>39</sup> MORAES FILHO, Marco Antônio Praxedes. **Evolução Histórica da Inimputabilidade Penal**. Disponível em <<http://jus2.uol.com.br/doutrina>>. Acesso em: 18 ago. 2010.

<sup>40</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 91.

<sup>41</sup> RIBEIRO, Bruno de Moraes. **Medidas de Segurança**. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1998, p. 13.

No Código Penal de 1940, no Art. 22, são considerados irresponsáveis penalmente os indivíduos que ao cometerem o crime eram totalmente incapazes de entender o caráter criminoso do fato ou determinar-se de acordo com esse entendimento por doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado, deixando a possibilidade, no parágrafo único, da aplicação parcial da pena se houver incapacidade parcial de entendimento do caráter criminoso do ato ou de determinar-se conforme esse entendimento nesses mesmos quadros de anormalidade mental. Pela primeira vez, um código penal brasileiro abarcava em seu conceito as diversas modalidades de anormalidades mentais que pudessem abalar a capacidade de julgamento em sua quase completude. Incluíam-se, assim, nas três categorias citadas, situações consideradas de anormalidade mental, mas que não poderiam ser incluídas dentro de termos utilizados previamente tais como doença mental ou loucura. Além disso, especificações de determinados estados de anormalidade mental incluídas em códigos anteriores, tais como a menção aos surdo-mudos, poderiam excluir outras categorias de desenvolvimento mental incompleto, tais como os silvícolas não aculturados. Dessa forma, incluíam-se no conceito médico de doença mental, as demências, as psicoses, o alcoolismo crônico e as toxicomanias graves. No desenvolvimento mental incompleto, dentro dos conceitos médicos, figuravam os menores de doze anos, os surdo-mudos, os silvícolas não aculturados e os em situação de apedeutismo. Embora a psiquiatria entenda que indivíduos entre treze e dezoito anos já podem apresentar condições de discernimento e por isso devendo-se reconhecer a menoridade relativa e a semi-imputabilidade,<sup>42</sup> no Código Penal de 1940 optou-se pela irresponsabilidade penal destes e sua sujeição à legislação especial.<sup>43</sup>

Contraditório, porém, mostram-se os conteúdos dos Arts. 76, 77 e 78; previstas inicialmente no Art. 76 a necessidade de prática de ato definido como crime bem como a existência de periculosidade do agente para a aplicação da Medida de Segurança, a necessidade de prática de crime fica abolida no Art. 77, onde há a autorização de reconhecimento de indivíduos perigosos por meio de sua personalidade e antecedentes, supondo-se que este “venha ou torne a delinquir”. Fica evidente em tal disposição legal, que nessa circunstância, não há necessidade do cometimento prévio de crime. Além disso, no Art. 78, estão elencadas as causas de periculosidade presumida: os condenados por crime cometido em estado de embriaguez pelo álcool (se habitual a embriaguez) ou substâncias de efeitos análogos. Também são causas de periculosidade presumida os reincidentes em crimes dolosos

---

<sup>42</sup> BITTAR, Neusa. **Medicina Legal**. Araçatuba: Editora MB, 2009, pp. 192-195.

<sup>43</sup> BRASIL. **Código Penal de 1940**. Brasília: Senado Federal- subsecretaria de informações, 2010. Disponível em: < <http://www6.senado.gov.br/legislação>>.

e os condenados em crimes cometidos em associação, bando ou quadrilha.<sup>44</sup> A análise conjunta desses artigos deixa evidente a relativização do princípio de legalidade. Havia ainda, a previsão de aplicação provisória de medida de segurança no decorrer do processo, sem nem ao menos levar em consideração a presunção de inocência do réu.<sup>45</sup>

O Art. 88 dividia as medidas de segurança em pessoais (detentivas e não detentivas) e patrimoniais. As medidas detentivas ocorriam mediante internação em manicômio judiciário, casas de custódia e tratamento e colônias agrícolas ou instituto de trabalho, de reeducação ou de ensino profissional. As medidas pessoais não detentivas previam a liberdade vigiada, a proibição de frequentar lugares determinados e o exílio local. Entre as medidas de segurança patrimoniais, encontrávamos o confisco e a interdição de estabelecimento ou sede de sociedade ou associação.<sup>46</sup>

De acordo com o tempo mínimo de reclusão previsto como pena para cada crime, era definido o tempo de internação mínimo, que podia variar de seis meses a seis anos. Não havia previsão de tempo máximo de internação, sendo essa extinta apenas com a recuperação total do interno, o que podia perpetuar a Medida de Segurança. Desta maneira, tal instituto não se prestava à recuperação do delinqüente, mas tinha em sua constituição, o poder de escamotear a perpetuidade de uma sanção-pena em um chamado benefício de tratamento.<sup>47</sup>

Com o passar do tempo, ficou evidente a ineficiência desse sistema de normas elencadas no código de 1940 sob a ótica do dualismo rígido. O anteprojeto de Código Penal de 1969, que nunca chegou a entrar em vigor, já ensaiava a implantação do sistema vicariante, que só se concretizou a partir da reforma penal de 1984, em conjunto com outras mudanças que visavam tornar viável e eficaz a aplicação das Medidas de Segurança e que serão abordadas no decorrer deste estudo.<sup>48</sup>

---

<sup>44</sup> BRASIL. **Código Penal de 1940**. Brasília: Senado Federal- subsecretaria de informações, 2010. Disponível em: < <http://www6.senado.gov.br/legislação>>.

<sup>45</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, pp. 34-35.

<sup>46</sup> BRASIL. **Código Penal de 1940**. Brasília: Senado Federal- subsecretaria de informações, 2010. Disponível em: < <http://www6.senado.gov.br/legislação>>.

<sup>47</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, pp. 34-35.

<sup>48</sup> PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral- Arts. 1º a 120**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010, p. 631.



### **3 RESPONSABILIDADE PENAL, MEDIDA DE SEGURANÇA E SUA APLICAÇÃO AO DELINQUENTE PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL**

Para uma ampla compreensão do instituto das Medidas de Segurança e sua aplicação, é importante o conhecimento do significado de imputabilidade, semi-imputabilidade e inimputabilidade penal, bem como a correta correlação dos transtornos psiquiátricos com o grau de responsabilidade penal. Sempre que haja suspeita da sanidade mental de alguém que tenha cometido ato ilícito penal, se faz necessária a perícia médico-legal, especificamente na área de psiquiatria forense. O laudo final visará traçar uma linha divisória entre a normalidade e a anormalidade mental do periciando, apontando, em caso de anormalidade, a patologia ou patologias psiquiátricas que isoladamente ou de forma concomitante acometem o indivíduo e consequentemente a sua responsabilidade penal.

#### **3.1 Conceito e Natureza Jurídica das Medidas de Segurança**

Por medida de segurança, entende-se o instrumento do Direito Penal que, por meio de tratamento adequado e específico do infrator considerado perigoso, têm por objetivo impedir a reincidência,<sup>49 50</sup> visando à prevenção e, consequentemente, à preservação da sociedade da ação de delinquentes temíveis, bem como a prover a cura e recuperá-los para a volta ao convívio social.<sup>51</sup>

Inúmeras discussões surgiram em torno da natureza jurídica das medidas de segurança. Alguns autores as apontam como medida administrativa, sustentando se tratarem de providências assecuratórias de caráter não penal, com função administrativa,<sup>52</sup> entretanto, não há como negar o caráter de sanção penal contido em tal medida, sob o risco de admitirmos um poder paralelo ao judiciário, com o poder de impô-las, o que seria uma evidente violação das garantias individuais. Dessa forma, a medida de segurança condiciona-se a uma série de requisitos jurídico-formais que eliminam a insegurança jurídica por exigirem, para sua aplicação, a ocorrência de um ilícito penal, sem a possibilidade de segregação do doente

---

<sup>49</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 15.

<sup>50</sup> RIBEIRO, Bruno de Moraes. **Medidas de Segurança**. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1998, p. 9.

<sup>51</sup> MIRABETE, Julio Fabbrini. **Manual de Direito Penal**. 24<sup>o</sup> ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2007, I, p. 375.

<sup>52</sup> PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral- Arts. 1<sup>o</sup> a 120**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010, p. 631.

mental pela sua própria condição e que deve ser apreciado pelo poder judiciário.<sup>53</sup> Penas e medidas de segurança são, assim, duas espécies do gênero sanção penal. Sustentando essa corrente, está o próprio sistema penal brasileiro atual, que prevê a aplicação de uma ou outra ou mesmo a substituição de uma pela outra conforme o caso em questão.<sup>54</sup>

## 3.2 Pressupostos para Aplicação da Medida de Segurança

### 3.2.1 Prática de fato punível

O primeiro requisito para a aplicação de medida de segurança é que o agente tenha praticado fato previsto como crime, o que significa um critério limitativo por questões de segurança jurídica.<sup>55</sup> Dessa forma, não se admite a aplicação de tal medida diante da falta de provas da imputação, se o fato não representa ilícito penal e se há absolvição mediante excludente de antijuridicidade.<sup>56</sup>

### 3.2.2 Periculosidade do autor

Embora a reforma de 1984 tenha suprimido as causas de perigosidade presumida elencadas no Art. 78 e, portanto, parte da doutrina defenda a inexistência da perigosidade presumida na atual legislação, alguns autores defendem que a perigosidade presumida continua vigente de outra forma; ao impor medida de segurança por prazo mínimo a todo o inimputável que tenha cometido ilícito penal, a legislação presume que sejam esses perigosos, mesmo que essa perigosidade não seja confirmada no exame pericial após o fim do prazo mínimo da sanção.<sup>57</sup> O diagnóstico de perigosidade terá sua aferição averiguada em dois momentos: comprovação da qualidade sintomática de perigoso, que nada mais é que o **diagnóstico de periculosidade** e comprovação da relação entre tal qualidade e o futuro

---

<sup>53</sup>FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 77.

<sup>54</sup>RIBEIRO, Bruno de Moraes. **Medidas de Segurança**. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1998, p. 9.

<sup>55</sup>PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral- Arts. 1º a 120**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010, p. 634.

<sup>56</sup>MIRABETE, Julio Fabbrini. **Manual de Direito Penal**. 24º ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2007, I, p. 377.

<sup>57</sup>RIBEIRO, Bruno de Moraes. **Medidas de Segurança**. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1998, p. 40.

criminal do agente, que é a **prognose criminal**. Compreende-se, então, que a periculosidade pré-delitiva, ou seja, aquela declarada antes mesmo do acontecimento de fato definido como crime, não é suficiente para a aplicação das medidas de segurança, só interessando para tal, a periculosidade pós-delitiva.<sup>58</sup>

### 3.2.3 Ausência de imputabilidade plena

Com a reforma do Código Penal ocorrida em 1984, cai por terra o até então adotado sistema duplo-binário, onde um mesmo agente poderia ser submetido cumulativamente às sanções pena e medida de segurança. Com a legislação vigente, assume-se o sistema vicariante, onde deve se optar entre a aplicação de pena ou de medida de segurança, conforme a situação de imputabilidade do autor. Ao plenamente imputável, mesmo que comprovada a periculosidade, não cabe mais a sanção medida de segurança, cabendo a ele, então, o cumprimento de pena. O inimputável, como regra, recebe a sanção medida de segurança enquanto aos semi-imputáveis, conforme julgamento do juiz e a necessidade ou não de tratamento especial, será aplicada ou a pena ou a medida de segurança.<sup>59</sup>

Cabe ressaltar que a sentença que permite a aplicação da medida de segurança ao inimputável é uma sentença absolutória imprópria, pois mesmo considerando que o réu não é culpável e, portanto, não é criminoso, submete-o a aplicação da mesma.<sup>60</sup> A súmula 422 do STF assim dispõe: “A absolvição criminal não prejudica a medida de segurança, quando couber, ainda que importe privação de liberdade”.

## 3.3 Espécies de Medidas de Segurança

Ao contrário da proposição do Código Penal de 1940, que preconizava medidas de segurança pessoais e patrimoniais, a atual legislação tratou de manter apenas as medidas de segurança de caráter pessoal, pois aceita a ideia de responsabilidade de cunho eminentemente

---

<sup>58</sup> PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral- Arts. 1º a 120**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010, p. 634.

<sup>59</sup> PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral- Arts. 1º a 120**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010, p. 635.

<sup>60</sup> GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal: Parte Geral- arts. 1º a 120 do CP**. Niterói: Editora Impetus, 2008, pp. 676-677.

e obrigatoriamente pessoal. Além disso, se estamos de acordo com a ideia de que apenas a periculosidade do indivíduo não é motivo para a incidência de uma sanção penal, quanto mais se imaginar a periculosidade sobre um objeto.<sup>61</sup>

O Art. 96 do Código Penal dispõe:

Art. 96. As medidas de segurança são:

- I- internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;
- II- sujeição a tratamento ambulatorial.

As medidas de segurança pessoais dividem-se em detentivas ou privativas e não-detentivas ou restritivas. A medida de segurança detentiva é obtida mediante internação em locais dirigidos especificamente ao recolhimento dos delinquentes com transtorno mental, visando não só o tratamento, mas a segurança social e inocuidade. Já a medida não detentiva é aplicada quando há um menor grau de perigosidade e em que o delinquente tenha cometido delitos menos graves. Com a reforma do Código Penal em 1984, esse tipo de medida de segurança restritiva de liberdade restringe-se unicamente a um tipo de sanção, que é o tratamento ambulatorial. Antigos meios de sanções restritivas tais como proibição de frequentar lugares determinados, liberdade vigiada e exílio não fazem parte das sanções que integrem a natureza jurídica de medidas de segurança, pois são aplicáveis aos imputáveis e não possuem o objetivo de tratamento.<sup>62</sup>

A internação é feita como um instrumento residual, em que outras punições mostram-se incapazes de produzir os efeitos de prevenção adequados. Como o principal objetivo da internação é o tratamento e reintegração social desses indivíduos delinquentes-doentes ao meio social, é fundamental que a execução da sanção seja feita mediante criteriosos recursos, com apoio interdisciplinar de equipes terapêuticas orientadas a constante tentativa de readaptação aos valores e padrões da comunidade.<sup>63</sup> A disposição do Art. 96 do Código Penal faz referência ao internamento em hospitais de custódia e tratamento, mas deixa clara a possibilidade que se dê em outra instituição, mesmo que em âmbito particular, pois o importante nesses casos é estabelecer da forma mais eficaz possível o apoio terapêutico

---

<sup>61</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, pp. 63-65.

<sup>62</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, pp. 86-87.

<sup>63</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, pp. 81-83.

adequado.<sup>64</sup> Além disso, conforme estabelecido no Art. 99 do Código Penal: “o internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento”, ou seja, não há possibilidade de reclusão desses delinquentes ao sistema prisional comum. Na Lei de execução penal (LEP), em seu Art. 3º, está prevista a possibilidade de habeas corpus para reverter suposta situação arbitrária.<sup>65</sup>

A medida de segurança criminal restritiva de direitos, compreendida como o tratamento ambulatorial, corresponde à tendência atual de desinstitucionalização defendida pela psiquiatria moderna, onde o delinquente-doente poderá ser beneficiado por tratamento sem privação da liberdade, de maior eficácia e com maior participação e apoio da família. Conforme disposto no Art. 101 da LEP deverá ser cumprida em ambulatórios junto aos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, permitindo, subsidiariamente, seu cumprimento em outro local que possua estrutura médica adequada. A doutrina, apesar disso, questiona a respeito da possibilidade desse tratamento ser feito de forma privada, pois poderia ocorrer uma falta de supervisão administrativa.<sup>66</sup> Por outro lado, nada impede a orientação do tratamento por médico de confiança pessoal, garantido pelo Art. 43 da LEP tanto nos casos de atendimento ambulatorial como nos casos de internação, cabendo ao juiz da execução a resolução de opiniões ou posturas divergentes entre o médico oficial e o médico particular.<sup>67</sup>

O Art. 97 do CP dispõe: “Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação. Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.” Tal previsão faz pressupor como obrigatória a internação para inimputáveis que cometam crime punível com reclusão, contudo, hoje em dia discute-se a respeito da necessidade dessa internação, pois mais importante que levar em consideração a gravidade do delito, é considerar o grau de periculosidade do inimputável, não havendo sustentação para a submissão deste a uma internação, se uma medida de segurança restritiva é o suficiente para atingir o objetivo de prevenção especial e geral positivas.<sup>68</sup>

Se a pena abstratamente cominada ao fato típico criminal é de detenção, a internação do inimputável é facultativa, podendo o agente ser submetido a tratamento em regime ambulatorial. O semi-imputável, desde que comprovada a necessidade de especial tratamento

---

<sup>64</sup> RIBEIRO, Bruno de Moraes. **Medidas de Segurança**. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1998, p. 43.

<sup>65</sup> RIBEIRO, Bruno de Moraes. **Medidas de Segurança**. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1998, p. 43.

<sup>66</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, pp. 81-83.

<sup>67</sup> PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral- Arts. 1º a 120**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010, p. 636.

<sup>68</sup> NUCCI, GUILHERME DE SOUZA. de **Código Penal Comentado**. 9º ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008, p. 520.

curativo, também poderá ter a sua pena privativa de liberdade substituída por medida de segurança e também poderá ser submetido à internação.<sup>69</sup>

### 3.4 A Inimputabilidade Penal e a Semi-imputabilidade Penal nas Medidas de Segurança

A inimputabilidade refere-se à capacidade de ser culpável; a culpabilidade é o juízo de reprovação social que pode ser atribuída ao imputável. Para que a inimputabilidade possa ser verificada, é necessário averiguar a higidez biopsíquica do indivíduo, representada pela saúde mental e capacidade de apreciar o caráter ilícito do fato, e a maturidade, estabelecida por critério cronológico como acima de dezoito anos de idade.<sup>70</sup>

Existem vários modelos de averiguação quanto à higidez mental e, por consequência, da capacidade de imputação, que vão desde a adoção de critérios biológicos que levam em conta unicamente a existência ou não de doença mental ou de desenvolvimento mental incompleto ou retardado (atrelando o juiz de forma definitiva ao laudo médico), até os psicológicos, que levam em consideração apenas a capacidade do indivíduo de entender o caráter ilícito do fato ou determinar-se conforme esse entendimento (que permite o arbítrio do juiz sobre a inimputabilidade penal). No Código Penal, o critério utilizado é o que engloba as duas formas de averiguação previamente descritas, ou seja, o biopsicológico; além do diagnóstico de transtorno mental, é necessário que exista prova pericial de que o indivíduo não possuía capacidade de avaliação do caráter ilícito do fato (requisito intelectual) ou que não podia se determinar de acordo com esse entendimento (elemento volitivo) à época do fato.<sup>71</sup>

---

<sup>69</sup> PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral- Arts. 1º a 120**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010, p. 636.

<sup>70</sup> NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. 9º ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008, p 275.

<sup>71</sup> NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. 9º ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008, p 275.

O Art. 26 do CP estabelece:

É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de uma a dois terços se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Em psiquiatria forense, se dá o nome de “capacidade de imputação jurídica” ao estado psicológico que tem por base o entendimento que possui o indivíduo a respeito do caráter criminoso do ato praticado e a aptidão de determinar-se de acordo com esse entendimento. Dessa forma, a imputabilidade depende da razão e do livre arbítrio do indivíduo. Para a legislação brasileira, a capacidade de imputação jurídica é determinada apenas por esses dois parâmetros, enquanto na prática psiquiátrica, há a avaliação da capacidade de imputação moral, que é muito mais complexa e mais abrangente e sofre o juízo da própria consciência do indivíduo, da religião ou da família. A avaliação da capacidade de imputação jurídica abrange três níveis: capacidade total, capacidade parcial e capacidade nula.<sup>72</sup>

Quando o agente é totalmente capaz de entender o caráter ilícito do seu ato e totalmente capaz de se determinar conforme essa percepção, diz-se que ele é imputável, ou seja, poderá ser julgado responsável pelo ilícito penal cometido. Quando essa capacidade é parcial, ele será considerado semi-imputável. No caso do indivíduo ser totalmente incapaz de compreender o caráter ilícito do ato praticado e ser totalmente incapaz de determinar-se conforme esse entendimento, será considerado inimputável, não podendo ser condenado pelo crime praticado. Para qualquer dessas três circunstâncias, conforme já referido, existe uma exigência temporal, ou seja, essa situação de capacidade deve ser analisada e considerada tendo em vista o momento da ação criminosa.<sup>73</sup>

O inimputável sofre juízo de perigosidade, que é um estado de anti-sociabilidade duradouro. Quanto maior for o número de ilícitos cometidos por um mesmo indivíduo inimputável, maior o grau de anti-sociabilidade. Já o imputável sofre julgamento de

---

<sup>72</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, pp. 197-198.

<sup>73</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 198.

culpabilidade. A perigosidade é presumida no caso dos inimputáveis que cometem fato típico penal e é real quando é determinada pelo juiz no caso dos semi-imputáveis, quando o mesmo avalia a condição de periculosidade no caso concreto.<sup>74</sup>

Algumas vezes, a apuração da inimputabilidade é uma tarefa bastante difícil, em que os peritos não conseguem chegar a um consenso. Diante de tal situação, cabe ao juiz decidir se aplicará ao réu a sanção pena ou a sanção medida de segurança, tendo por fundamento as possíveis patologias mentais apontadas por um ou mais peritos, bem como o crime cometido pelo mesmo. Fundamental, nesse caso, é escolher com base no interesse do acusado, tendo em vista o sofrimento psicológico que pode ocasionar o internamento de pessoa saudável em hospital de custódia e tratamento, bem como a reclusão de doente mental no sistema carcerário comum.<sup>75</sup>

Para o juízo de responsabilidade penal, no momento da avaliação biopsíquica do agente, é necessária uma análise criteriosa do quadro psíquico e orgânico do delinquente, tentando, de forma mais fiel possível, traçar uma linha entre a normalidade e a anormalidade. Para isso, além dos critérios estabelecidos para o diagnóstico de uma patologia mental em específico, é necessário ter em mente as possíveis combinações entre mais de uma patologia que podem estar presentes ao mesmo tempo em um indivíduo, bem como a sua repercussão no convívio social, com um juízo de prognóstico em relação à patologia apresentada.

### **3.5 Exame Pericial na Averiguação da Responsabilidade Penal**

O Art. 149 do CPP determina: “Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal.”

No § 1º do mesmo artigo, está previsto, ainda, que o exame pericial poderá ser pedido ainda na fase do inquérito, mediante representação da autoridade policial ao juiz competente. Esse exame tem por objetivo, então, constatar se o réu apresentava, à época da ação ou omissão, doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado ou

---

<sup>74</sup>NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. 9º ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008, p 523.

<sup>75</sup>NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. 9º ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008, pp. 280-281.



ainda perturbação mental, nos termos do Art. 26 do CP, que possibilite torná-lo isento de pena.<sup>76</sup>

Atenta-se que, conforme exposto no Art. 26, caput e seu parágrafo único, o legislador tratou de reservar a possibilidade de inclusão de determinados quadros de transtorno mental tanto para situações de inimputabilidade como de semi-imputabilidade, dependendo da gravidade de acometimento das funções cognitivas em uma mesma doença, que vão de um leve grau de intensidade, até quadros bastante graves. Além disso, destaca-se a necessidade da verificação do nexo causal com o delito ou com os delitos cometidos, pois o diagnóstico de uma patologia mental por si só não autoriza sua imediata correlação de consequência com uma ação delituosa.<sup>77</sup>

### 3.5.1 A tarefa da psiquiatria forense frente à justiça

A psiquiatria forense tem como objetivo entender o psiquismo delinquencial, ou seja, qual o grau de influência dos fatores biológicos tais como temperamento e patologia ou dos fatores psicossociais, como condições familiares e histórico econômico-cultural, na ação delinvente.<sup>78</sup> O peso desses dois fatores na gênese do ato criminoso é o centro da investigação pericial e uma das tarefas mais difíceis para o perito e pretende responder à demanda judicial, determinando, entre outros aspectos:

- a) A capacidade de entendimento do ato delitivo no ato do crime. Envolve a inteligência e o juízo crítico.
- b) A capacidade de determinar-se conforme esse entendimento. Envolve volição, controle e afetividade.
- c) Presença de desenvolvimento mental retardado ou incompleto; relaciona-se respectivamente com a oligofrenia e fatores psicossociais como isolamento social ou graves situações de carência afetivo-familiar.

---

<sup>76</sup> SOUZA, Carlos Alberto Creso; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, pp. 107-108.

<sup>77</sup> SOUZA, Carlos Alberto Creso; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, pp.107-126.

<sup>78</sup> CAIXETA, Marcelo; COSTA, Fernando César Oliveira. **Psiquiatria Forense**. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2009, p. 4.

- d) Presença de perturbação da saúde mental, tais como parafilias sexuais ou transtornos de personalidade.
- e) Presença de doença mental
- f) Estado de embriaguez ou uso de substâncias psicotrópicas no momento do ato delitivo.

Todos os aspectos dispostos nos itens anteriores devem ser analisados à luz de um elemento fundamental: a análise da presença desses elementos à época do delito. A certeza da higidez mental ou falta dela no momento do ato delituoso pode ser averiguada mediante a própria morfologia do delito, antecedentes pessoais e hereditários, o depoimento do réu na fase de inquérito policial e em juízo, a verificação do depoimento das testemunhas, bem como o estudo de relatórios médicos anteriores.<sup>79</sup> Por isso, é fundamental que, ao solicitar a perícia na área de psiquiatria forense e especificamente para a verificação de responsabilidade penal, seja enviada a cópia do processo, oportunizando uma análise cuidadosa de cada detalhe que compõe o ato criminoso.<sup>80</sup>

### 3.5.2 Do recebimento da solicitação de perícias à intimação do réu para a entrevista pericial.

Logo que se recebe a solicitação de perícia por parte do judiciário, inicia-se o trabalho do setor de perícias, que pode variar em alguns detalhes de instituição para instituição. Normalmente, na chegada do ofício pelo qual a perícia é solicitada, verifica-se se as cópias processuais encontram-se anexas ao mesmo. Em caso afirmativo, o setor jurídico trata de confeccionar uma ficha contendo os dados pessoais do réu, número do processo, comarca da vara criminal, artigos no qual o réu foi enquadrado e outros dados que possam ser importantes na perícia. Conjuntamente, é realizado um cadastro com detalhes a respeito da situação do réu: se está detido, se já esteve preso, se já realizou perícia ou já cumpriu medida de segurança. Assim é dada origem ao prontuário administrativo, que contém todos os dados e informações já mencionadas.<sup>81</sup>

O agendamento ocorre segundo prioridades que envolvem tanto a situação do réu (se preso ou em liberdade), o caráter do exame (verificação de dependência toxicológica,

---

<sup>79</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 199.

<sup>80</sup>SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Götttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, pp. 53-54.

<sup>81</sup>SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Götttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, pp. 53-54.

verificação de responsabilidade penal, verificação de cessação de periculosidade) e a ordem cronológica dos pedidos de perícia. Após a fixação da data de perícia, emite-se ofício ao juiz para que este intime o réu ao comparecimento na data marcada; no caso de réu preso, emite-se ofício também à superintendência dos serviços penitenciários solicitando transferência do preso na hora da perícia. Pela complexidade que envolve o setor de perícias, qualquer falha burocrática como, por exemplo, a falta de envio de cópia do processo junto ao ofício de solicitação de perícia, pode atrasar em muito o resultado pericial, resultando em prejuízo para todas as partes interessadas no produto final da perícia.

### 3.5.3 Realização de entrevista pericial e elaboração do laudo pericial

O exame psiquiátrico forense é composto de inúmeros itens que, averiguados em conjunto, garantirão a veracidade do laudo pericial. Esses itens são:

- a) Preâmbulo: no preâmbulo é necessário que conste o nome do perito e suas qualificações.
- b) Individualização da perícia: deve constar todas as informações pertinentes a identificação do processo, tais como o nome do autor, réu, vara ou tribunal e número do processo.
- c) Circunstâncias do exame pericial: local, data, pessoas presentes, instrumentos utilizados, critérios, tempo de exame e etc.
- d) Identificação do examinando.
- e) Aspectos relacionados ao crime em questão: são os elementos colhidos nos autos e a própria versão contada pelo acusado.
- f) Síntese processual: corresponde ao apanhado geral do constante no processo, com o resumo da discussão que está ocorrendo nos autos.
- g) História pessoal do acusado, tanto do ponto de vista psiquiátrico pregresso ao crime como o histórico de doenças físicas.
- h) Exame do estado mental.
- i) Exame físico.
- j) Exames complementares.
- k) Discussão diagnóstica.
- l) Comentários médico-legais: são as discussões que correlacionam o que foi constatado com o que está no processo.

- m) Conclusão.
- n) Resposta aos quesitos formulados em juízo.

O item que se refere à história pregressa pessoal do acusado caracteriza-se por anamnese que visa coletar dados da vida pregressa do indivíduo sob o seu próprio ponto de vista (anamnese subjetiva) e sob o ponto de vista de terceiros (anamnese objetiva). No exame do estado mental, verificam-se a atenção, sensopercepção (associada aos cinco sentidos) como presença ou ausência de alucinações ou ilusões, memória, orientação, consciência, pensamento, linguagem, inteligência, afeto e conação (plano do querer e agir que regula a vontade e a impulsividade).<sup>82 83 84</sup>

Os exames subsidiários podem ajudar no diagnóstico, mas a clínica é soberana, pois pode ocorrer do perito concluir seu diagnóstico mesmo que contrário ao exame subsidiário; é o que ocorre, por exemplo, em casos de pacientes epiléticos que demonstrem eletroencefalograma (EEG) de traçado dentro dos limites da normalidade. Por outro lado, existem pacientes normais que podem apresentar alteração do traçado eletroencefalográfico. Os exames incluem, além do EEG, exames laboratoriais de análises clínicas, tais como glicemia, hemograma, líquido, exames hormonais e exames de imagem, como radiografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética.<sup>85</sup>

A qualquer tempo dentro da elaboração do laudo pericial, o setor de perícias pode solicitar, por meio de requisição do perito, que o juiz solicitante da perícia emita ofício para solicitação de intimação de familiares e solicitação de retorno do periciando e, ainda, prorrogação do prazo para entrega do laudo.<sup>86</sup>

O importante para um laudo pericial de qualidade é lembrar que este possui uma consequência ou implicação legal, o que faz com que a necessidade de sua acurácia seja vista com muito rigor. O que deve pautar o diagnóstico médico é o conhecimento aprofundado da patologia, o reconhecimento lógico, acompanhado de uma boa dose de bom senso.<sup>87</sup>

---

<sup>82</sup> CAIXETA, Marcelo; COSTA, Fernando César Oliveira. **Psiquiatria Forense**. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2009, p. 4.

<sup>83</sup> SOUZA, Carlos Alberto Creso; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, pp. 109-117.

<sup>84</sup> EÇA, Antônio José. **Roteiro de Psiquiatria Forense**. São Paulo: Editora Saraiva, 2010, pp. 11-51.

<sup>85</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense, Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 133.

<sup>86</sup> SOUZA, Carlos Alberto Creso; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, p. 55.

<sup>87</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense, Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, pp. 133-134.

Finalizado o laudo pericial, ele terá atribuído ao acusado uma das seguintes circunstâncias: normalidade mental, desenvolvimento mental incompleto, desenvolvimento mental retardado, perturbação da saúde mental ou doença mental. Essas categorias são gerais e se distribuem entre elas inúmeras outras subdivisões de diagnósticos que isoladamente ou em conjunto estabelecem o diagnóstico final do acusado e a sua situação de responsabilidade penal.

### 3.6 A Responsabilidade Penal Correlacionada ao Diagnóstico do Laudo Pericial

#### 3.6.1 Significado de Normalidade Mental

A normalidade mental é a condição de quem é capaz de realizar um ato com pleno discernimento, mesmo que de caráter anti-social, podendo, então, esse ato lhe ser imputado. Logo, a normalidade mental é determinada pela razão (entendimento) e pelo livre-arbítrio (elemento de vontade). Os limites entre o normal e o patológico, no que se refere ao padrão mental, não são claros, o que torna a conceituação de doença mental bastante difícil. Essa imprecisão deve ser sopesada diante dos fatores sociais, culturais e estatísticos.<sup>88</sup>

Muitas são as formas de verificação da normalidade mental, mas a mais atual e que parece corresponder de forma mais leal ao real estado psíquico do indivíduo em exame é a que leva em conta a adaptação ao meio social, às situações de estresse, às enfermidades e às limitações físicas. Dessa forma, sinais de crise no processo adaptativo, tenham origem biológica, psicológica ou sócio-culturais, podem ser associados à anormalidade mental.<sup>89</sup>

#### 3.6.2 Desenvolvimento mental incompleto

Para que se possa atribuir a imputabilidade a um indivíduo, é necessário que haja um respeito a suas etapas de desenvolvimento biopsicológico.<sup>90</sup> Os casos de desenvolvimento

---

<sup>88</sup> BITTAR, Neusa. **Medicina Legal**. Araçatuba: Editora MB, 2009, pp. 191-192.

<sup>89</sup> BITTAR, Neusa. **Medicina Legal**. Araçatuba: Editora MB, 2009, p. 192.

<sup>90</sup> BITTAR, Neusa. **Medicina Legal**. Araçatuba: Editora MB, 2009, pp. 193-194.

mental incompleto abrangem a menoridade, a cegueira, a surdo-mudez, apedutismo e o silvícola não-aculturado.<sup>91</sup>

Em relação à menoridade, considera-se que do nascimento aos doze anos, há a inimputabilidade devida ao período de aquisições mentais. No período entre os treze e dezoito anos, o indivíduo já é capaz de formar seus valores éticos, morais e desenvolver seus próprios interesses, o que corresponderia à menoridade relativa e à semi-imputabilidade. Nossa legislação, entretanto, optou por considerar os indivíduos menores de dezoito anos como inimputáveis. O período a partir dos dezoito anos de vida corresponde ao desenvolvimento mental completo, com plena aptidão para a vida e conseqüentemente, com imputabilidade plena.<sup>92</sup>

Os surdo-mudos, por apresentarem uma barreira com o meio externo representada pela ausência de sensações auditivas e noções que dependem da linguagem falada, não possuem total discernimento, principalmente quando a deficiência é de nascença e mesmo que com educação especializada.<sup>93</sup> Em geral, está associada com um psiquismo que se manifesta por incerteza, inferioridade, labilidade emotiva, impulsividade e dificuldade de relacionamento com o mundo.<sup>94</sup>

Em relação à cegueira, há uma grande discussão se ela faz parte do desenvolvimento mental incompleto, pois esta permite um maior grau de aprendizado e de relação com o ambiente que a surdo-mudez.<sup>95</sup> Os silvícolas não-aculturados possuem valores e conceitos próprios das comunidades onde vivem e a apatia, frieza e insensibilidade, além da carência de identidade social. No apedutismo ocorre o mesmo.<sup>96</sup>

### 3.6.3 Retardamento mental

O retardamento mental se caracteriza pela parada ou lentidão no desenvolvimento intelectual, que se acompanha de transtornos de aprendizagem, adaptação social, e, frequentemente, transtornos emocionais. Pode ser observada ao nascimento ou surgir durante

---

<sup>91</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 501.

<sup>92</sup> BITTAR, Neusa. **Medicina Legal**. Araçatuba: Editora MB, 2009, pp. 193-194.

<sup>93</sup> BITTAR, Neusa. **Medicina Legal**. Araçatuba: Editora MB, 2009, p. 502.

<sup>94</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 502.

<sup>95</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 504.

<sup>96</sup> BITTAR, Neusa. **Medicina Legal**. Araçatuba: Editora MB, 2009, p. 193.

a infância. Antigamente, o grau de retardamento mental era medido com a correlação etária em que se encaixava o indivíduo: idiota (indivíduos com características de idade mental abaixo de três anos), imbecil (idade mental entre três anos e sete anos de idade) e débil (idade mental acima de oito anos). Hoje é usado o coeficiente de inteligência para quantificar o grau de retardamento mental: limítrofe (68-85), leve (52-67), moderado (36-51), grave (21-35) e profundo (< 20). No retardamento mental, ocorre o comprometimento do primeiro nível da imputabilidade, ou seja, a capacidade de compreender o caráter ilícito do fato.<sup>97</sup>

### 3.6.4 Perturbação da saúde mental

É a situação que se encontra entre a normalidade mental e a doença mental e inclui as neuroses, as condutopatias, a toxicomania moderada e leve e o alcoolismo crônico moderado.

#### a) Neuroses

São distúrbios da saúde mental relacionados à angústia e ansiedade. A angústia não tem objeto atual e definido, sendo exteriorizada pelo medo de algo, então desconhecido. A ansiedade é a inquietação, a impaciência e o estado de alerta. Há a consciência da existência da doença, mas o indivíduo tem dificuldade de reagir. As neuroses, em geral, estão relacionadas a vivências dolorosas passadas. Podem ser divididas em diferentes tipos, quando definida a causa:

- Neuroses obsessivo-compulsiva: as idéias obsessivas se impõem, levando-o a ação. Ex. cleptomania.
- Neurose histérica: representada por sintomas orgânicos e mentais que levam à simulação semi-consciente de doença.
- Neurose fóbica: terror paralisante projetado sobre pessoas, coisas, situações ou atos. Ex. síndrome do pânico, onde há um sentimento de ameaça eminente, com sensações corporais descritas detalhadamente pelo indivíduo. Sensação de morte súbita, palpitações, falta de ar, tontura, nó na garganta, pressão no peito, tremores e desmaios.

---

<sup>97</sup> BITTAR, Neusa. **Medicina Legal**. Araçatuba: Editora MB, 2009, p. 194.

## b) Condutopatias, sociopatias ou psicopatias

É a patologia das vontades e dos sentimentos, contrastando com uma inteligência aparentemente normal. Esses desvios não são causados por doenças mentais, físicas ou sistêmicas.<sup>98</sup> São pessoas que mostram incapacidade de desenvolver sentimentos altruístas e com um profundo desprezo pelas obrigações sociais. Há um egocentrismo patológico, com emoções apenas superficiais e baixa tolerância à frustração e limiar baixo para descarga de agressividade.<sup>99</sup> Na realidade, nem todos os psicopatas estão envolvidos com ações criminosas, pois uma parcela significativa delas consegue viver dentro de padrões aceitáveis de sociabilidade, embora se mostrem cínicos, manipuladores e sem capacidade de estabelecer laços afetivos estáveis.<sup>100</sup>

### 3.6.5 Doença mental

Para caracterizar a doença mental, se deve buscar padrões anormais de pensamento, conduta e sentimento. Não há pensamento lógico e racional, comprometendo o juízo valorativo no curso das ações. A consciência plena cede lugar ao delírio, ocorrendo desorientação temporal, espacial e pessoal. A senso-percepção está abalada, provocando ilusões e alucinações. A memória e caráter também estão comprometidos. A alteração qualitativa da mente leva à perda da identidade pessoal e não há consciência da doença. São consideradas doenças mentais as demências, as psicoses, o alcoolismo crônico e as toxicomanias graves.<sup>101</sup>

Como já dito antes, deve-se ter em mente que o fato isolado de o indivíduo ser doente mental não o exime da imputabilidade, pois o quadro clínico deve justificar o ato criminoso; sem o nexo causal, não se pode falar em inimputabilidade.<sup>102</sup>

O quadro a seguir apresenta uma síntese da situação de responsabilidade penal em relação aos diferentes diagnósticos psiquiátricos:

---

<sup>98</sup> CAIXETA, Marcelo; Costa, Fernando César Oliveira. **Psiquiatria Forense**. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2009, p. 25.

<sup>99</sup> EÇA, Antônio José. **Roteiro de Psiquiatria Forense**. São Paulo: Editora Saraiva, 2010, p. 282.

<sup>100</sup> EÇA, Antônio José. **Roteiro de Psiquiatria Forense**. São Paulo: Editora Saraiva, 2010, p. 282.

<sup>101</sup> BITTAR, Neusa. **Medicina Legal**. Araçatuba: Editora MB, 2009, pp. 194-195.

<sup>102</sup> BITTAR, Neusa. **Medicina Legal**. Araçatuba: Editora MB, 2009, p. 194.



INIMPUTABILIDADE	DOENÇA MENTAL	DEMÊNCIA SENIL ALZHEIMER PICK DEMÊNCIA ARTERIOSCLERÓTICA DEMÊNCIA POR TRAUMATISMO DE CRÂNIO ESQUIZOFRENIA PSICOSE EPILÉTICA PSICOSE SENIL PSICOSE PRÉ-SENIL PSICOSE PUERPERAL PSICOSE MANÍACO-DEPRESSIVA ALCOOLISMO CRÔNICO GRAVE TOXICOMANIA GRAVE
	DESENVOLVIMENTO MENTAL INCOMPLETO	MENOR DE IDADE SILVÍCOLA NÃO ACULTURADO SURDO-MUDO DE NASCENÇA
	DESENVOLVIMENTO MENTAL RETARDADO	IDIOTIA IMBECILIDADE
SEMI-IMPUTABILIDADE	DESENVOLVIMENTO MENTAL RETARDADO	DEBILIDADE MENTAL
	PERTURBAÇÃO DA SAÚDE MENTAL	NEUROSE GRAVE CONDUTOPATIA TOXICOMANIA MODERADA ALCOOLISMO CRÔNICO MODERADO
IMPUTABILIDADE	PERTURBAÇÃO DA SAÚDE MENTAL	TOXICOMANIA LEVE NEUROSE SEM GRAVIDADE

**Quadro 1** – Situação da responsabilidade penal nos transtornos psiquiátricos.

Apesar do quadro acima representar de forma geral o resultado mais frequente dos laudos periciais em relação à responsabilidade penal dos pacientes com transtorno mental, deve-se ter em mente que nenhuma conclusão é absolutamente estanque frente à doença mental. Mesmo em patologias graves como a esquizofrenia, o caso concreto deve ser analisado em detalhes e criteriosamente para que a decisão pela inimputabilidade corresponda à realidade do acusado. A esquizofrenia e a intoxicação pelo álcool merecem especial atenção pela imensa prevalência de ambas nas internações hospitalares da clínica psiquiátrica e na psiquiatria forense, como veremos adiante, motivo pela qual, será abordada mais especificamente.

Em relação à responsabilidade penal, embora o grande avanço nas possibilidades de tratamento dos pacientes com esquizofrenia que se estabeleceram a partir da década de cinquenta, ainda há uma tendência em se considerar todo o esquizofrênico como inimputável. A parte da doutrina médica que sustenta que o paciente esquizofrênico é sempre inimputável se apoia no fato de nenhum tratamento ser eficaz ao ponto de produzir a cura da patologia ou mesmo livrar o paciente de todos os sintomas da doença, levando-o a um estado de normalidade.<sup>103</sup> Este é o mesmo argumento utilizado para justificar a inimputabilidade de pacientes na fase de intervalo entre os surtos (defeito esquizofrênico), pois estes não estariam em estado mental normal, apresentando defeitos estruturais da crítica, afetividade, humor, volição e intenção. Além disso, há o chamado período médico-legal da esquizofrenia, que ocorre antes mesmo do diagnóstico, mas que já está relacionado com a existência latente da psicose; neste período, podem ocorrer delitos de todos os tipos, desde pequenos furtos, estelionato, calúnia, difamação e até homicídio. Também neste caso o indivíduo será considerado inimputável.<sup>104</sup> Deve-se atentar, no entanto, que nem todos os atos criminosos realizados por esquizofrênicos estão necessariamente relacionados à sua doença mental e que pacientes em remissão dos sintomas psicóticos podem cometer crimes pelas mesmas razões que uma pessoa sem qualquer doença psiquiátrica. A situação do paciente em relação ao crime cometido deve ser individualizada, tornando-se mais importante que apenas o diagnóstico clínico.<sup>105</sup>

Em relação ao consumo de álcool, as situações de responsabilidade penal devem ser consideradas caso-a-caso, pois é possível encontrar desde situações de imputabilidade até a inimputabilidade, dependendo do caso concreto. O Art. 28 do CP estabelece critérios para a responsabilidade penal no caso de embriaguez.

---

<sup>103</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Götttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, p. 217.

<sup>104</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, pp. 651-652.

<sup>105</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Götttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, p. 217.

Art. 28 -Não excluem a imputabilidade penal:

II – a embriaguez, voluntária ou culposa, pelo álcool ou substâncias de efeitos análogos.

§ 1º É isento de pena aquele que, por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o ato ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

A embriaguez é resultado de fenômenos tóxicos transitórios ocasionados pela ingestão de substâncias capazes de provocar alterações na função mental e neurológica. A embriaguez pode ser não acidental ou acidental. No primeiro caso, se divide em voluntária, quando há a intenção de se embriagar e culposa, quando não tem a intenção de se embriagar. Em ambos os casos, a imputabilidade não está excluída. No segundo caso, ou seja, na embriaguez acidental, há possibilidade de caso fortuito, quando o indivíduo desconhece o potencial tóxico da substância ingerida e força maior, quando é coagido a ingerir a substância tóxica. Se a embriaguez for completa, há a exclusão de imputabilidade nos dois casos; se for incompleta, o indivíduo poderá responder pelo crime com atenuação da pena.<sup>106</sup>

Existem ainda a embriaguez patológica e a embriaguez preordenada. Na embriaguez patológica, a ingestão de pequena quantidade de álcool leva a características de embriaguez grave; em geral está associada à hipoglicemia induzida pelo álcool, dano cerebral orgânico ou transtornos de personalidade. Nesse caso, pode haver exclusão de imputabilidade ou redução da pena. Já na embriaguez preordenada, em que o indivíduo tem a intenção de produzir os efeitos tóxicos para cometer o delito, será considerado imputável. Dessa forma, quando o indivíduo não é dependente e não há caso fortuito ou força maior, prevalece o princípio *Actio libera in causa*, onde o indivíduo assumiu o risco por embriagar-se, sendo, então, responsável pelas suas atitudes.<sup>107</sup> No caso de alcoolismo crônico, há o diagnóstico de doença mental, pior que isso, doença mental grave; se há nexos causal entre o crime e o estado patológico, não haverá dúvida quanto à inimputabilidade.<sup>108</sup>

---

<sup>106</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, p. 194.

<sup>107</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, pp. 194-195.

<sup>108</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 400.



## **4 ASPECTOS CLÍNICOS DOS TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS À ANÁLISE DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA EM SEUS ASPECTOS GERAIS.**

Para que se possa fazer uma análise do instituto Medidas de Segurança e sua eficiência em prover a segurança da sociedade e o bem-estar dos indivíduos submetidos a elas, se faz premente o estudo das características comportamentais e prognósticas das patologias mais associadas ao ato criminoso; para tanto, uma análise dos dados epidemiológicos de tais patologias e dos indivíduos em cumprimento de medidas de segurança é fundamental.

### **4.1 Dados Estatísticos Gerais dos Pacientes em Medida de Segurança**

Dados demográficos e estatísticos que promovam uma visão geral do perfil dos indivíduos em cumprimento de Medida de Segurança constituem uma raridade e são, em geral, provenientes de estudos isolados e esparsos de uma ou outra instituição ao longo do vasto território brasileiro. Para fazer um apanhado geral desta população, este trabalho se baseou em obras publicadas especificamente em duas casas de custódia e tratamento: Instituto de Psiquiatria Forense Dr. Maurício Cardoso (IPFMC), em Porto Alegre, Rio Grande do Sul e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho (MJHT), no Rio de Janeiro.

O IPFMC corresponde a maior casa de custódia e tratamento do Brasil, possuindo 441 vagas das 3.420 espalhadas por todo o país, correspondendo a mais da metade das 811 vagas da região sul. À época do levantamento dos dados da pesquisa, em 1999, foram estudados 618 pacientes que receberam diagnóstico de algum transtorno mental devido perícia para averiguação de responsabilidade penal, dos quais dezenove estavam desinternados, 61 pacientes estavam em cumprimento de medida de segurança ambulatorial e 504 estavam em cumprimento de medida de segurança em regime de internação no IPFMC, sendo que os demais não tinham situação jurídica ainda definida. A população de internos de então correspondia a cerca de 4,6% do total da população prisional do Estado do Rio Grande do Sul.<sup>109</sup>

Já em relação aos dados apresentados no estudo realizado junto aos pacientes do MJHT, o número da amostra é bem inferior, correspondendo a apenas cinquenta pacientes

---

<sup>109</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, pp. 37-38.

internos de um total de setenta vagas da instituição. Além de uma amostra numérica bem menor deste estudo, quando comparado com o do IPFMC, vale salientar que não foram apresentados testes de significância estatística nos vários aspectos examinados, sejam em relação à população geral ou à população carcerária comum. Além disso, a análise estatística dos pacientes foi baseada em critérios de seleção não mencionados, o que é incomum, tendo em vista que a população da amostra não corresponde ao total de pacientes internados naquele momento, que correspondia a cerca de duzentos internos entre homens e mulheres. As patologias foram analisadas em grupos, impossibilitando a individualização de diagnósticos na maioria das vezes. Esses aspectos, em conjunto, limitam a validade e aproveitamento do estudo sem, porém, invalidá-lo; ao contrário, os números absolutos apresentados no MJHT corroboram, em grande parte, os números encontrados no IPFMC, o que não pode ser desprezado, além de acrescentar características de uma população de outra região do país.

Em ambos os estudos a população masculina de delinquentes é maior que a feminina, contudo, há uma proporção maior de mulheres no IPFMC quando comparada com a população carcerária comum. A faixa etária de ocorrência do ato criminoso predominante nos dois estudos foi dos vinte aos trinta anos de idade, o que não difere da população carcerária comum.<sup>110</sup>

O nível de escolaridade é muito baixo em ambos os estudos, predominando o primeiro grau nas duas instituições. Também em relação às ocupações apresentadas, há afinidade nos resultados, pois há predominância de profissões assalariadas, principalmente na área de construção civil.<sup>111 112</sup>

Entre os delitos cometidos pela população de pacientes em estudo no IPFMC havia predominância dos crimes contra a pessoa, correspondendo a 74% do total, enquanto na população carcerária comum correspondia a 17,8%. O índice de homicídios foi de 33%, sendo que, em números absolutos, 130 indivíduos cometeram apenas um homicídio, dezoito cometeram dois homicídios e quatro cometeram três ou mais homicídios. Em geral as vítimas são compostas de pessoas envolvidas com o cuidado direto do paciente, sendo as mães as vítimas mais frequentes.<sup>113</sup> No MJHC também houve predominância dos crimes contra a

---

<sup>110</sup> PENTEADO, Conceição. **Psicopatologia Forense: breve estudo sobre o alienado e a lei**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2000, p. 78.

<sup>111</sup> PENTEADO, Conceição. **Psicopatologia Forense: breve estudo sobre o alienado e a lei**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2000, pp. 80-83.

<sup>112</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, p. 43.

<sup>113</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, pp. 44-45.

pessoa, correspondendo a mais de cinquenta dos casos.<sup>114</sup> Embora a esquizofrenia seja a doença mais prevalente, não foi o principal transtorno associado ao homicídio, cabendo essa relação aos indivíduos portadores de transtornos delirantes e transtorno de personalidade.<sup>115</sup>

#### **4.2 Dados Estatísticos das Patologias Psiquiátricas dos Pacientes em Medida de Segurança.**

Elaborar uma análise do quadro clínico e prognóstico de cada patologia diagnosticada nas duas casas de custódia e tratamento, juntamente com suas comorbidades e variações individuais é tarefa para a construção de um verdadeiro compêndio de psiquiatria, não sendo viável no presente estudo. Para que possamos fazer uma abordagem objetiva dos dados registrados nos dois estudos, vamos nos deter em algumas patologias mais frequentes, porém que, em conjunto, representam a quase totalidade dos casos.

Dos 618 casos analisados junto ao IPFMC, 63% receberam apenas um diagnóstico, 27% dois diagnósticos e 10% dos pacientes receberam três diagnósticos, tendo sido firmados ao todo 903 diagnósticos. Entre as patologias mais diagnosticadas encontramos a esquizofrenia (principalmente o subtipo paranoide), correspondendo a 332 casos da doença o que equivale a cerca de 53,7% do total de pacientes; o transtorno por substâncias psicoativas (drogas e álcool), foi responsável por 145 casos, dos quais 101 estavam associados a outras patologias psiquiátricas, principalmente a esquizofrenia; outras patologias que mostraram prevalência significativa foram o retardo mental, o transtorno delirante e o transtorno de personalidade. Juntas, estas cinco patologias corresponderam a mais de noventa por cento de todos os casos. No MJHC, a patologia predominante também foi a esquizofrenia, correspondendo a cerca de 50% de todos os casos.

Foram diagnosticados, ainda, casos de transtornos afetivos, de transtornos mentais de origem orgânica, transtornos de ansiedade, transtornos sexuais e transtornos neurológicos,

---

<sup>114</sup> PENTEADO, Conceição. **Psicopatologia Forense: breve estudo sobre o alienado e a lei**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2000, p. 88.

<sup>115</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, pp. 46-47.

### 4.3 Quadro Clínico e Prognóstico das Patologias Psiquiátricas mais Frequentes entre os Pacientes em Cumprimento de Medidas de Segurança

Como já visto no item anterior, as patologias mais frequentes entre os pacientes em medida de segurança são a esquizofrenia, o transtorno por substâncias psicoativas, deficiência mental, transtorno psicótico/delirante e transtorno de personalidade. Seguiremos agora a analisar cada uma delas em separado, com as suas características gerais e suas particularidades.

#### 4.3.1 Esquizofrenia

A denominação esquizofrenia tem origem grega e significa mente fendida. Como a própria nomenclatura indica, se trata de doença mental grave que se caracteriza por uma profunda desordem psíquica. Os primeiros relatos da doença, que se iniciava na juventude e apresentava evolução desfavorável fizeram com que a sociedade médica da época a intitulasse demência precoce; conforme os estudos foram se aprofundando, verificou-se que nem sempre os pacientes demenciavam e que a apresentação da doença poderia ocorrer em períodos mais tardios, o que tornou a denominação inadequada.<sup>116</sup>

Muito tem se discutido a respeito da relação entre esquizofrenia e violência, porém os dados das pesquisas são contraditórios. Quando os índices de criminalidade entre os pacientes esquizofrênicos são comparados com índices de criminalidade geral de países considerados violentos, como Brasil e Estados Unidos, não se identifica diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Contudo, quando a comparação é feita com países de baixo índice de criminalidade, tais como Suíça, Finlândia e Dinamarca, a maior criminalidade entre os esquizofrênicos torna-se evidente.<sup>117</sup>

A Esquizofrenia costuma evoluir em surtos de frequência inconstante (desde uma única vez na vida, o que é bem raro, até vários episódios ao ano), que quanto mais a miúdo ocorrem, mais rapidamente levam à demência propriamente dita. Os surtos correspondem a períodos de exacerbação da doença, que geralmente são de difícil controle e tratamento, intercalados por períodos de acalmia chamado de defeito esquizofrênico, em que se verificam

---

<sup>116</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, pp. 639-640.

<sup>117</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, pp. 211-214.



alterações mentais tais como embotamento afetivo, falta de auto e heterocrítica, ensimesmamento e distúrbios do pensamento.<sup>118</sup>

A etiologia da esquizofrenia é múltipla. Há uma predisposição biológica, orgânica, constitucional, estando fortemente ligada à genética. Fatores sócio-culturais podem acelerar o aparecimento da doença, contudo, sem a predisposição orgânica, não se pode falar de desenvolvimento da esquizofrenia. Estudos de neuroimagem tais como tomografia computadorizada (TC), ressonância nuclear magnética (RNM) e tomografia por emissão de pósitrons (PET) têm sugerido alterações córtico-frontais e do sistema límbico, com algumas alterações cerebrais como menor volume hipocampal e menor densidade celular piramidal, bem como aumento ventricular que é tanto maior quanto maior for a gravidade dos sintomas esquizofrênicos. Infelizmente, a esquizofrenia não possui cura e a regra é a evolução para a demência completa; apesar disso, há casos em que há regressão ou a ocorrência de um estado incipiente.<sup>119 120</sup>

As formas clínicas da patologia são: hebefrênica, catatônica, simples e paranoide; podem ainda ser classificadas como tardívas e residuais. O subtipo paranoide da esquizofrenia é a forma mais frequente de apresentação da patologia e também a mais relacionada à delinquência e por esse motivo será analisada em suas particularidades nos parágrafos a seguir.<sup>121</sup>

Além da esquizofrenia paranoide, a esquizofrenia simples também pode produzir crimes violentos, pois, a exemplo dos psicopatas, há um importante distúrbio de afetividade que também pode produzir crimes bárbaros. Ao contrário dos esquizofrênicos paranoides, os classificados como simples têm a tendência à fuga do local do crime e dissimulação, pois não foram motivados por delírios persecutórios. A esquizofrenia catatônica e hebefrênica não costumam estar relacionadas com ação criminosa, pois a primeira inicia-se muito precocemente e rapidamente leva à degeneração mental total e a segunda é caracterizada por distúrbios da mobilidade que impossibilitam o paciente até mesmo de locomoção.<sup>122</sup>

Os principais sintomas da esquizofrenia paranoide são:

---

<sup>118</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 640.

<sup>119</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, p. 216.

<sup>120</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 641.

<sup>121</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 650.

<sup>122</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 650.

- alterações de senso-percepção: ocorrem em geral em forma de alucinações auditivas (alucinações são percepções sem estímulos externos) que em geral são em forma de vozes, usualmente imperativas. Essas vozes xingam, caçoam e ameaçam. O paciente esquizofrênico paranoide acredita no que ouve, o que para ele é inquestionável. Costuma conversar com as vozes, desenvolvendo diálogo, mas não precisa ser em voz alta, pois, segundo o seu entendimento, as vozes podem ouvir o seu pensamento. Há o eco e o roubo do pensamento, em que o próprio paciente fala o que pensa em voz alta e depois tem a sensação que suas ideias estão sendo capturadas por outrem. Além disso, a senso-percepção se altera como um todo, ou seja, sons, cores, gostos apresentam-se alterados em qualidade ou quantidade.<sup>123 124</sup>  
125

- distúrbios do curso e conteúdo do pensamento: o pensamento é desorganizado e há delírios persecutórios. Os pacientes costumam ter ideia de perseguição proveniente de pessoas ou grupos de pessoas. Com frequência se sentem ridicularizados e enganados. Correlacionam músicas e programas de televisão como uma campanha contra si. Costumam mencionar roubo de pensamento e de seus órgãos ou que pessoas os manipulam através de máquinas integradas ao seu corpo. Nos surtos, podem se automutilar, sendo mais comum a extirpação de genitais (em geral a auto-amputação peniana), enucleação de globo ocular, amputação de dedos e mãos e de língua e orelhas.<sup>126</sup>

Frente à relevância dos sintomas mencionados, é compreensível a profunda desorganização psíquica do paciente esquizofrênico, o que provoca um comportamento bastante anormal, como o hábito de se esconder e tapar os ouvidos para não ouvir as vozes, bem como o hábito de pendurar objetos ao corpo para se proteger dos perseguidores. A aparência geral é desleixada e há uma desregulação da percepção da temperatura exterior. Há isolamento social e embotamento afetivo, observado na falta de expressão e envolvimento

---

<sup>123</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Götttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, p. 215.

<sup>124</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 644.

<sup>125</sup> EÇA, Antônio José. **Roteiro de Psiquiatria Forense**. São Paulo: Editora Saraiva, 2010, p. 122.

<sup>126</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 645.

com o meio ambiente.<sup>127</sup> A inteligência está íntegra, porém o indivíduo não tem capacidade de autocrítica sobre o mal que sofre, não entendendo estar doente (anosognosia).<sup>128</sup>

Entre os motivos que levam o esquizofrênico paranoide à ação criminosa, está o próprio delírio de cunho persecutório que pode ativar o mecanismo perseguido-perseguidor e produzir um crime baseado numa imaginária auto-defesa. O surto se origina do nada e o crime pode ser completamente imotivado sob o ponto de vista da realidade. Mesmo que haja premeditação ou caráter ritualístico no crime, ele é correlacionado às alucinações auditivas ou mesmo interpretações delirantes.<sup>129</sup>

As principais características do crime realizado por indivíduo esquizofrênico são a incompreensibilidade do delito, inconsistência do motivo, a execução cruel e bizarra da vítima, possivelmente relacionado ao profundo distúrbio de afetividade, total falta de remorso após o crime, falta de tentativa de dissimulação e permanência do doente junto ou próximo ao local do crime.<sup>130</sup>

Em qualquer das situações em que tenha cometido o crime, seja em surto, em período médico legal ou em estado de defeito esquizofrênico e havendo o perfeito nexo entre patologia e delito, deve-se estar atento para a reincidência. Em crimes bizarros, incompreensíveis e sem nenhuma motivação, a periculosidade é permanente, salvo em caso de desenvolvimento de demência, onde há qualquer impossibilidade de ação ou reação do indivíduo.<sup>131</sup>

#### 4.3.2 Transtornos por substâncias psicoativas

Substâncias psicoativas são aquelas que atuam no organismo humano, principalmente sobre o sistema nervoso, causando alterações no psiquismo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “é toda a substância que, administrada ao organismo, produz modificações em uma ou mais de suas funções”. Caracterizam-se por exercer atração irresistível ao uso, compulsiva, provocando grande angústia e ansiedade quando o uso da substância é

---

<sup>127</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 646.

<sup>128</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, p. 215.

<sup>129</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 650.

<sup>130</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 649.

<sup>131</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, pp. 651-652.

interrompido ou quando cessa o seu efeito; há tendência em haver aumento da dose para que se obtenha o mesmo efeito proporcionado previamente com doses menores e efeito de dependência que pode ser psíquica e/ou física. Um exemplo clássico disso é a síndrome de abstinência alcoólica, onde ocorre *delirium tremens*, caracterizado por alucinações e alteração global da consciência e epilepsia. Além disso, pode haver o dano permanente orgânico e psíquico.<sup>132</sup> As drogas se dividem em:

- Drogas lícitas: são as regularmente comercializadas, tais como tabaco, álcool, medicamentos, inalantes e solventes.

-Drogas ilícitas: substâncias cuja comercialização é proibida pelo risco de dependência física e/ou psíquica, como a cocaína, a maconha e o crack, entre outras.

- Drogas psicotrópicas: agem sobre o sistema nervoso modificando os processos mentais; possuem utilização clínica, mas o uso indevido pode causar danos ao usuário.

Conforme os efeitos psicopatológicos preponderantes produzidos, podemos dividir as substâncias psicoativas em três grupos:

- Drogas depressoras (psicolépticas): diminuem o ritmo do metabolismo corporal e tornam lenta a atividade nervosa, como, por exemplo, o álcool e a heroína.

- Drogas estimulantes (psicoanalépticas): excitam a atividade nervosa e aumentam o ritmo das funções corporais, como, por exemplo, a cocaína e anfetaminas.

- Drogas alucinógenas (psicodislépticas): Deformam a percepção e evocam imagens sensoriais sem entrada sensorial, como por exemplo o ácido lisérgico (LSD), e maconha.<sup>133</sup>

A OMS elaborou nova classificação em 1975, à qual foram introduzidas atualmente as drogas de desenho:

---

<sup>132</sup> EÇA, Antônio José. **Roteiro de Psiquiatria Forense**. São Paulo: Editora Saraiva, 2010, pp. 252-253.

<sup>133</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, p. 192.

- Grupo 1 (opiáceos): ópio e derivados naturais, semi-sintéticos e sintéticos, como morfina, metadona e heroína.
- Grupo 2 (psicodepressores): barbitúricos, benzodiazepínicos e análogos.
- Grupo 3: álcool etílico.
- Grupo 4 (psicoestimulantes maiores): cocaína e derivados (crack), anfetaminas e derivados.
- Grupo 5 (alucinógenos): LSD, mescalina e outros.
- Grupo 6: cannabis e seus derivados (haxixe).
- Grupo 7 (substâncias voláteis): tolueno, acetona, gasolinas, éter, óxido nitroso, clorofórmio e outros.
- Grupo 8 (psicoestimulantes menores): tabaco e cafeína.
- Grupo 9 (drogas de desenho): ecstasy.

O uso de drogas psicoativas tem grande relevo na psiquiatria forense, uma vez que, além de produzirem inúmeras patologias associadas, possuem efeitos tóxicos diretos e potencialmente desinibidores de psicopatologias latentes, bem como possuem a capacidade de exacerbar psicopatologias já existentes, com a maior probabilidade de ocorrência de conduta delituosa.<sup>134</sup>

Quando nos referimos ao uso de substâncias psicoativas, não podemos ignorar a imensa importância do consumo do álcool e todas as suas implicações do ponto de vista social e jurídico. O álcool ao que nos referimos é o álcool etílico derivado da fermentação de substâncias açucaradas, tais como a uva, a cana-de-açúcar e cereais.<sup>135</sup>

Os efeitos da ingestão alcoólica no organismo dependem da quantidade ingerida e acumulada pelo metabolismo. A partir de uma quantidade de 0,5g de álcool/litro de sangue há efeito de relaxamento e bem-estar; quando essa concentração está situada entre 0,5g e 1,5g/litro de sangue, começa a haver uma diminuição dos reflexos e coordenação motora, surgindo sinais de embriaguez tais como falta de firmeza ao deambular, dificuldade para falar, e avaliar distâncias e menor capacidade de aprendizado e raciocínio. A intoxicação alcoólica começa a ocorrer com níveis de alcoolemia entre 1,5 e 2,0g/ litro de sangue e se manifesta por descontrole das emoções e ideias incoerentes, bem como dificuldade de o indivíduo manter-se

---

<sup>134</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, p. 194.

<sup>135</sup> EÇA, Antônio José. **Roteiro de Psiquiatria Forense**. São Paulo: Editora Saraiva, 2010, p. 265.

em ortostatismo. Quando o nível de álcool no sangue chega a 3,0g/ litro, pode haver perda de consciência, coma e até a morte.<sup>136</sup>

O uso de álcool, seja por pessoa doente ou não, leva ao relaxamento dos freios morais; livres de auto e heterocrítica, os sentimentos momentâneos não sofrem oposição inibidora, o que provoca a impulsividade e, conseqüentemente, a ocorrência de atos de resultado muitas vezes irreversíveis. Podem ocorrer casos de intoxicação aguda, resultantes de qualquer circunstância de ingestão de bebida alcoólica, dependendo da resistência orgânica individual e da quantidade ingerida; os quadros de intoxicação aguda produzem obnubilação, agitação psicomotora e incoerência, podendo aflorar a agressividade do indivíduo. Esses casos agudos se diferenciam dos casos crônicos por não apresentarem síndrome de abstinência.<sup>137</sup>

Nos quadros crônicos encontramos alterações fisiológicas viscerais, vasculares, neurológicas e mentais. Nas alterações mentais, ocorre alteração de caráter, com decadência moral, familiar, social e profissional, desorientação, distúrbios de auto e heterocrítica, compreensão lenta, deficiência de memória, humor lábil, falta de interesse, e embotamento intelectual que pode evoluir para a demência. Há a possibilidade de *delirium tremens*, com alucinações visuais (zoopsias e cenas terríficas), grande inquietação motora, desorientação a respeito do ambiente, sudorese e febre alta. Também ocorre a alucinose alcoólica, que se caracteriza por alucinações auditivas, mas com certo grau de consciência, discursos incompreensíveis, dramáticos ou mesmo violentos.<sup>138</sup>

Frente a essas importantes alterações psíquicas provocadas pelo uso do álcool, seja em intoxicação aguda ou crônica, não há dúvida quanto ao potencial delitivo desses usuários, pois ele executa sem julgar e, quando julga, é baseado em percepções errôneas da realidade, levados por alucinações que muitas vezes resultam em atitudes violentas contra os próprios familiares. Crimes relacionados a uma situação clínica chamada delírio do ciúme ou delírio da infidelidade conjugal são frequentes em psiquiatria forense. A impotência sexual e decadência física produzidas pelo uso crônico do álcool e muitas vezes a aversão que se segue por parte da mulher provocam no usuário ideias constantes de infidelidade, com perda do livre arbítrio e razão, tornando a vida conjugal insuportável. Essas ideias delirantes de traição fazem com que o alcoolista tenha ações violentas, principalmente quando sob efeito do álcool. Em períodos de abstinência, esse tipo de delírio pode passar, porém não é incomum que ele tenha

---

<sup>136</sup> EÇA, Antônio José. **Roteiro de Psiquiatria Forense**. São Paulo: Editora Saraiva, 2010, p. 265.

<sup>137</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, pp. 394-398.

<sup>138</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, pp. 395-396.

sequencia e se fixe de modo permanente. Infelizmente, apesar de todo o aporte terapêutico que se pode dispor para o tratamento dos pacientes usuários crônicos de álcool, a recidiva ainda é altíssima.<sup>139</sup>

Na embriaguez patológica, onde a ingestão de pequenas quantidades de álcool levam a quadros de embriaguez graves, há exacerbação da agressividade, com extrema irritabilidade. A capacidade de auto e heterocrítica mais uma vez é a mais prejudicada, havendo liberação de instintos bastante primitivos, principalmente de cunho libidinoso. Crianças são vítimas frequentes nesse tipo de situação.<sup>140 141</sup>

No que se refere aos toxicômanos, a dependência física da droga se manifesta com a suspensão abrupta do uso da mesma ou por dosagem insuficiente e caracteriza-se, a exemplo do usuário de álcool crônico, por uma síndrome de abstinência. Os sinais clínicos são calafrios, sudorese intensa, taquicardia, miose, diarreia e náuseas, podendo levar à convulsão, alucinações, ilusões e dores generalizadas. Já a dependência psíquica se manifesta pela vontade do consumidor em usar a droga periodicamente ou continuamente.<sup>142</sup>

A toxicomania é uma doença de múltiplas causas, porém é relevante a constituição toxicofílica do usuário, ou seja, uma propensão em se deixar dominar física e psicologicamente pela droga; após o primeiro uso, tende a repetir o seu emprego. O toxicômano, no intuito de manter um estado anímico pelo uso da droga é capaz de vários delitos, sendo os mais frequentes o estelionato, roubos, extorsões e assaltos; na grande maioria dos casos, o usuário também trafica.<sup>143</sup>

Há três graus de dependência que podem ser vivenciados pelos usuários: grau leve, grau moderado e grau grave. Na chamada dependência leve, se identifica mais um condicionamento social que propriamente uma dependência física ou psíquica em todas as suas características; nestes casos, os usuários são considerados imputáveis. Na dependência moderada, a quantidade consumida de drogas não é pequena, sendo usada diariamente ou quase que diariamente, em geral nos fins de tarde e à noite e isoladamente. Há um grau de dependência física e psíquica variável e ocorre síndrome de abstinência. Nessa situação, cabe

---

<sup>139</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 400.

<sup>140</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, p. 195.

<sup>141</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 400.

<sup>142</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 366.

<sup>143</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, pp. 367-368.

a semi-imputabilidade. Nos casos de dependência grave, que é classificada como doença mental, a quantidade de droga consumida é grande e feita a qualquer hora do dia, iniciando-se pela manhã e continuando quando começam a cessar os efeitos da mesma. Em geral esse indivíduo é sozinho ou anda com um pequeno grupo de pessoas de comportamento semelhante. Não há nenhum objetivo na vida senão o de consumir a droga. Nos casos de dependência de grau grave cabe a inimputabilidade.<sup>144 145</sup>

É fundamental para a psiquiatria forense, estabelecer quem é o dependente que trafica e quem é o traficante usuário. A diferença mais significativa é que o traficante é movido pela intenção lucrativa enquanto o dependente é pela intenção toxicofílica, por isso o dependente degrada-se, esfacela-se socialmente, enquanto o traficante prospera economicamente. Ambos roubam, matam, delinquem de várias maneiras, um em busca de lucro, o outro em busca de mais droga. O traficante tem perfeita capacidade de entendimento e sua autodeterminação está intacta, portanto é imputável.<sup>146 147</sup>

#### 4.3.3 Retardo Mental

O indivíduo com retardo mental, também chamado oligofrênico, apresenta um desempenho intelectual bem inferior à média, com falta de integração das faculdades superiores, ligados ao déficit de inteligência e à falha do sistema adaptativo, que é aquele em que avaliamos as possibilidades do indivíduo frente às exigências da vida, a bagagem sócio-cultural e grau de independência.<sup>148 149</sup> A inteligência é um atributo multifatorial e por isso é resultado de vários processos mentais, podendo ser definida como capacidade de aproveitar ensinamentos anteriores para resolver problemas novos,<sup>150</sup> culminando em um raciocínio dialético, coisa

<sup>144</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 368.

<sup>145</sup> EÇA, Antônio José. **Roteiro de Psiquiatria Forense**. São Paulo: Editora Saraiva, 2010, p. 278.

<sup>146</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Götttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, p. 196.

<sup>147</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 369.

<sup>148</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Götttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, p. 185.

<sup>149</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 483.

<sup>150</sup> EÇA, Antônio José. **Roteiro de Psiquiatria Forense**. São Paulo: Editora Saraiva, 2010, p. 87.



inexistente ou insuficiente no indivíduo com retardo mental, pois este não consegue unir seus conhecimentos em uma estrutura lógica.<sup>151</sup>

Por outro lado, o indivíduo com retardo mental possui uma imaturidade afetiva, caracterizada por uma fixação exagerada às imagens parentais, necessidade de proteção, falta de autonomia, dificuldade em administrar conflitos que, juntamente com uma visão estreita de perspectiva, produz mecanismos de defesa como teimosia e agressividade. Quando há uma estrutura familiar de apoio, com laços afetivos que possam compensar a deficiência mental, a tendência é que esses indivíduos tenham uma melhor adaptação a sua realidade.<sup>152</sup>

Um dos problemas ocasionados pela deficiência intelectual, é que são facilmente sugestionáveis e crédulos e em situações difíceis usam de teimosia, mentira e violência, o que se assevera pela dificuldade de julgamento entre o certo e errado que ocorre pelo estado pré-moral em que se encontram, em que valores sociais não estão integrados. Não raramente o deficiente mental é influenciado por indivíduos que se utilizam da sua fraqueza intelectual para influenciá-lo e levá-lo a ação criminosa. Podem estar envolvidos com roubos, fugas, prostituição, incêndios premeditados e homicídios. Nesse caso, o que determina a conduta delinquente não é a doença mental em si, mas sim os distúrbios de caráter associados a ela, tais como sugestionabilidade, impulsividade, apetência alcoólica, além da influência do meio, que pode ser nefasta para o doente mental.<sup>153</sup>

A deficiência mental pode ocorrer em três níveis de intensidade: leve, moderado e grave. Dentro dessa graduação, é comum encontrar uma quantidade variada de estigmas físicos, como microcefalia, hidrocefalia, trigonocefalia, assimetria cranifacial, prognatismo, vício de implantação dentária, abóbada palatina em ogiva, deformidades torácicas, dedos supranumerários, mãos em garra, pés tortos ou chatos, implantação baixa dos cabelos, rugas precoces, demasia de pelos, olhos amendoados de fenda reta e estreita, estrabismo, assimetria da íris, alterações de forma e fenda pupilar, bem como orelhas com ausência de hélix, assimetria e presença de tubérculo de Darwin.<sup>154</sup>

No retardo mental grave ou idiotia o indivíduo vive de forma semi-vegetativa, sendo incapaz de qualquer ato que envolva um pouco mais de complexidade. Quando consegue balbuciar algumas palavras, o faz de forma primitiva. Normalmente estão presentes vários

---

<sup>151</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, p. 185.

<sup>152</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, pp. 185-186.

<sup>153</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, p. 185.

<sup>154</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 486.

estigmas físicos de degeneração e pode estar presente o quadro clínico de autismo. Embora parte dos deficientes mentais graves não possuam capacidade delinquente pelo seu grau de comprometimento para os atos mais rudimentares, há casos de deficientes mentais graves extremamente violentos, capazes dos crimes mais monstruosos; nesses casos o bestialismo e estupro são muito comuns.<sup>155</sup>

No retardo mental moderado há uso limitado da linguagem, com dificuldade de comunicação e deficiente desenvolvimento da compreensão. O humor é lábil e a motilidade rude. Com cursos especializados, alguns chegam a ler e escrever, mas muito precariamente. No retardamento mental moderado, as reações podem ser idênticas as do paciente com deficiência mental grave, pois a ação é dirigida para a satisfação de seus desejos imediatos, sem nenhuma preocupação com o ato praticado e suas consequências. As vítimas mais frequentes são crianças e os crimes ocorrem, em geral, de forma brutal. Tanto mulheres com retardamento mental como homens na mesma situação podem espancar os próprios filhos até a morte, normalmente jogando-os contra parede ou solo. Quando o grau de retardamento estiver situado próximo aos limites entre leve e moderado, não infreqüentemente servem de inocente útil a outros delinquentes, sendo levados à ação delituosa ou mesmo assumindo crimes que não cometeram.<sup>156</sup>

Já quando analisamos o indivíduo com retardo mental leve, adaptação social deste é bem mais comum, com a possibilidade inclusive de formação de uma estrutura familiar própria. Conseguem trabalhar em atividades práticas, embora em ritmo mais lento, mas quando é exigido algum grau de raciocínio, deixam transparecer a debilidade mental. A afetividade oscila entre apatia e momentos de efusiva reação afetiva e o humor transita entre a docilidade e a cólera, sendo sempre crédulo e sugestível. No grau de retardamento leve ocorrem os mais variados tipos de delitos, ou por influência de terceiros pela sugestibilidade tão comum desses indivíduos, ou por falhas no seu próprio desenvolvimento, com impossibilidade de orientação em sentido contrário ao delitivo. Situações como uso de álcool, estresse, falta de alimentação e insônia agem como estimuladores à violência.<sup>157</sup>

Via de regra, indivíduos com retardamento mental grave e moderado são inimputáveis, enquanto os com retardamento mental leve são semi-imputáveis ou até mesmo imputáveis, a

---

<sup>155</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 486.

<sup>156</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 489-490.

<sup>157</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, pp. 486-490.

menos que estejam em um limite próximo ao retardamento mental moderado, quando poderá ser considerado inimputável.<sup>158</sup>

#### 4.3.4 Transtornos delirantes

Correspondem a uma variedade de transtornos de causa desconhecida que apresentam como único sinal um delírio persistente por um período mínimo de três meses e com início comumente na meia idade adulta. A fala, o afeto e o comportamento são normais e, para que se firme o diagnóstico, não pode haver evidências de doença cerebral, bem como não podem ocorrer alucinações auditivas, a menos que ocasionais. Os delírios são muito variáveis no conteúdo, podendo ser persecutórios, hipocondríacos, ou grandiosos entre outros envolvendo ciúme ou a crença de possuir um corpo disforme. O conteúdo do delírio e o momento em que surge pode ter relação com a situação de vida do indivíduo naquele momento, por exemplo, delírios persecutórios em indivíduos que fazem parte de minorias.<sup>159</sup>

O envolvimento da psiquiatria forense se dá nos casos em que há perseguição por parte do indivíduo doente à outra pessoa ou mesmo homicídio. É importante lembrar que as duas patologias psiquiátricas mais relacionadas ao homicídio, são, justamente o transtorno psicótico delirante e a psicopatia. Indivíduos com o diagnóstico de transtorno psicótico delirante são inimputáveis.<sup>160</sup>

#### 4.3.5 Transtorno de personalidade

Os transtornos de personalidade ou condutopatias abrangem um contingente de situações psiquiátricas que compreendem inúmeros estados e tipos de comportamento permanentes que se manifestam por uma postura inflexível do indivíduo frente a situações de

---

<sup>158</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Götttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, p. 185.

<sup>159</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Götttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, p. 232.

<sup>160</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Götttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, p. 232.

aspecto pessoal e social. Em geral estão associadas à angústia e a dificuldades no campo de relacionamentos pessoais e desempenho social.<sup>161</sup>

A individualidade psíquica do indivíduo é composta pela inteligência, a personalidade e os sentimentos e instintos orgânicos ou vitais. A personalidade, por sua vez, é formada pelos sentimentos, pelos valores, pelas tendências (instintos) e pelas volições. Muitas vezes a personalidade é confundida com o caráter, mas em realidade, é muito mais complexa, incluindo-o na volição. É importante observar que a personalidade é formada por três estruturas congênitas ou constitucionais inatas (sentimentos, tendências e volições), que não sofrem influência do meio externo e por apenas uma estrutura capaz de sofrer esta influência, que é composta pelos valores. Os valores, por sua vez correspondem as mais altas categorizações da civilização e cultura. Estas categorizações são frutos do raciocínio (pensar) em função dos sentimentos (sentir) e irão orientar a conduta dos indivíduos (querer e agir).<sup>162</sup>

O condutopata relaciona-se com o mundo através de um padrão de comportamento que se forma como fruto de fatores constitucionais e de vivências pessoais. O indivíduo somente desenvolverá a condutopatia se, além de fatores ambientais, existir uma predisposição de personalidade para reagir mal.<sup>163</sup> Na condutopatia estão excluídos a alteração da inteligência, os distúrbios da memória e da sensopercepção. Há comprometimento da afetividade que leva à insensibilidade, imunidade a elogios e críticas, egoísmo e frieza que produzem indiferença ao sofrimento alheio. O comprometimento da conexão leva a intenção mal-dirigida e a alteração da volição ao movimento voluntário em direção ao ato, sem inibição por parte da autocrítica. Há uma incapacidade de fidelidade significativa a indivíduos, grupos e valores sociais. Demonstrem-se pessoas impulsivas, incapazes de sentir culpa ou de arrependem-se com a experiência ou com o castigo. Costumam culpar os outros pela sua conduta ou buscam racionalizações para justificá-las.<sup>164</sup>

Os crimes praticados por condutopatas possuem traços de frieza e requintes de crueldade dos quais não há nenhum remorso. O condutopata sente grande prazer com o sofrimento alheio e elabora fantasias em que se sente senhor do mundo e proprietário da vida alheia. Muitas vezes convivem com a vítima sem nenhuma ligação afetiva, apenas com o objetivo de conhecê-la na intimidade e planejar melhor tanto o crime como falsas pistas para dissimular o crime. Não é infrequente que compareçam ao enterro e consolem os familiares da

---

<sup>161</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, pp. 257-258.

<sup>162</sup> EÇA, Antônio José. **Roteiro de Psiquiatria Forense**. São Paulo: Editora Saraiva, 2010, p. 285.

<sup>163</sup> EÇA, Antônio José. **Roteiro de Psiquiatria Forense**. São Paulo: Editora Saraiva, 2010, p. 286.

<sup>164</sup> BITTAR, Neusa. **Medicina Legal**. Araçatuba: Editora MB, 2009, p. 198.

vítima. Podem mutilar as vítimas dificultando o reconhecimento do corpo. Muitos são sádicos sexuais e ao matarem suas vítimas sofrem uma descarga emocional e um embotamento da consciência chamado “síndrome de Drácula”. Costumam ritualizar a cena do crime através de um comportamento único que ocorre antes, durante ou depois do crime e que acaba por se tornar uma assinatura própria. São mestres em manipulação, mentirosos compulsivos e tendem a ludibriar os próprios psiquiatras, a polícia e seus julgadores com um discurso bem articulado. Não há recuperação possível, pois apesar de entenderem o caráter delituoso do ato praticado, não conseguem se determinar de acordo com esse entendimento. Em geral estão ligados a assassinatos em série, parricídio e piromania.<sup>165</sup>

Para que haja o diagnóstico de transtorno de personalidade, o perito deve estar atento para que o padrão de comportamento alterado não seja momentâneo e sim permanente, tendo se estabelecido já na infância ou adolescência e perdurando pela via adulta. Crianças com tendência psicopática são aquelas consideradas “crianças-problema,” pois desde muito cedo mostram características de desajuste, sendo imunes aos castigos e repreensões dos pais, seja do ponto de vista físico, seja do ponto de vista psíquico; nada é capaz de interromper o seu comportamento indesejável. É comum que essas crianças tenham o hábito de torturar pequenos animais, bem como sejam susceptíveis a atos de vandalismo, mentiras sistemáticas, pequenos roubos, agressões aos colegas de escola, e comportamento de continuo desafio e intolerância à autoridade dos pais e professores, com suspensões e expulsões repetidas na escola.<sup>166</sup>

Em relação aos assassinatos em série, embora haja uma tendência geral em atribuí-los exclusivamente aos psicopatas, podem ocorrer também em outras circunstâncias que vão desde a normalidade mental até a doença mental. Os mentalmente normais são os matadores de aluguel. O *serial killer*, quando doente mental, age sozinho e em geral em uma forma de descarga de agressividade imprevisível, onde atingem várias pessoas de uma vez só, como no caso dos franco-atiradores. Em casos assim, é sempre bom aventar a possibilidade de epilepsia onde a crise de liberação de agressividade é o substituto da crise convulsiva orgânica.<sup>167</sup>

O trabalho do perito é, então e inicialmente, averiguar a história pessoal do indivíduo suspeito de transtorno de personalidade, com ênfase nos relacionamentos interpessoais ao

---

<sup>165</sup> BITTAR, Neusa. **Medicina Legal**. Araçatuba: Editora MB, 2009, pp. 198-203.

<sup>166</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, pp. 257-258.

<sup>167</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 526.

longo da vida, na forma como se aproxima das pessoas, como reage às relações de autoridade e hierarquia, a qualidade predominante das relações afetivas, grau de intimidade tolerado, a sensibilidade e reação a situações de frustração ou decepção com atitudes alheias. O segundo passo é a análise do nexos causal; se for verificada a relação de cause-efeito entre o transtorno de personalidade e o delito cometido, a próxima etapa será verificar o grau de comprometimento das funções cognitivas. Em geral, o indivíduo portador de transtorno de personalidade é considerado semi-imputável.<sup>168</sup>

Analisadas as características das patologias mais frequentes entre os internos em medida de segurança, nos resta confrontar a realidade das mesmas com a nossa legislação.

#### **4.4 Finalidades das Medidas de Segurança Aplicadas à Realidade do Portador de Transtorno Mental**

A necessidade de segregação de indivíduos considerados incorrigíveis foi o motivo principal do surgimento das medidas de segurança como legitimadoras do fim de proteção social e de inocuidade, com clara orientação preventista. Com a evolução dos ideais humanitários e em respeito à dignidade humana, a idéia de segregação passou a ceder lugar a uma visão mais voltada aos interesses não só da sociedade, mas também do doente. Segundo a maior parte da doutrina, com a concepção humanitária, a recuperação do doente e sua ressocialização começaram a ser o fim principal da aplicação da medida de segurança. O fim segregação, entretanto, permaneceria subsidiário nos casos em que a ressocialização é impossível. Assim sendo, entre os fins de prevenção especial, haveria clara preponderância pela prevenção positiva em detrimento da negativa.<sup>169</sup>

A questão que se impõe, entretanto, é se as medidas de segurança mostram-se eficazes em promover o seu objetivo principal, que é a recuperação e ressocialização. Se observarmos que mais de noventa por cento dos pacientes periciados recebem o diagnóstico de doença mental e que a maioria absoluta deles recebe como sanção medida de segurança detentiva, ou seja, internação, o que é corroborado pelos menos de dez por cento de pacientes em medida de segurança em sistema ambulatorial mostrado pela pesquisa junto ao IPFMC, vale dizer que mais de noventa por cento dos pacientes correm o risco de não voltarem mais ao convívio

---

<sup>168</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, pp. 259-260.

<sup>169</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 61.

social, seja pela falta de possibilidade de recuperação, seja pela perigosidade incessante da patologia ou simplesmente pelo abandono sofrido.

Infelizmente, não possuímos dados estatísticos a respeito do destino dos inúmeros pacientes que passam pelos manicômios judiciários no país, tão pouco acesso ao índice de reincidência dos pacientes que possuem a medida de segurança suspensa provisoriamente ou revogada em definitivo, mas os aspectos teóricos e as poucas pesquisas estatísticas que abordam aspectos gerais dos pacientes e suas patologias psiquiátricas indicam uma probabilidade de que os pacientes permaneçam mais tempo que o desejado internados ou mesmo que assim se mantenham de forma permanente.

O interessante é que, se o objetivo das medidas de segurança é justamente o tratamento e a ressocialização dos indivíduos com transtorno mental, a legislação falha de forma evidente ao não prever, em seu corpo, normas que permitam um sistema progressivo de desinternação e reinserção social. O sistema progressivo permitiria, por um lado, que pacientes que podem ter um bom controle com o apoio familiar, como no caso de deficientes mentais, o obtivessem precocemente, sem o risco de se quebrarem os laços que os une à família e à sociedade como um todo. O tempo de reclusão, que costuma ser de mais de vinte anos<sup>170</sup> acaba por se interpor à reintegração social pelo isolamento que a internação representa com o meio externo, isolamento esse que deve ser compreendido dentro do contexto do paciente com enfermidade mental, onde as possibilidades cognitivas estão permanentemente alteradas. Se o próprio estigma de doença mental já acompanha o indivíduo por toda a vida, dificultando a sua adaptação e aceitação por parte dos demais, imagine-se somando a este estigma, a delinquência.

Por outro lado, o sistema progressivo poderia ter a função que se atribui à desinternação condicional, que ocorre de forma abrupta, colocando o doente mental no ambiente externo sem nenhum preparo específico. Hoje em dia o que se observa é que, depois de comprovada a cessação de periculosidade pela perícia médica, o juiz da execução determina a desinternação no caso de agente internado e a liberação em caso de agente em tratamento ambulatorial. Essa desinternação ou liberação tem caráter provisório, pois não se trata de revogação e sim de suspensão da medida de segurança. A revogação apenas se

---

<sup>170</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, pp. 48-49.

processará se, decorrido o espaço de tempo de um ano, o agente não demonstrar fato indicativo de persistência da periculosidade.<sup>171</sup>

Embora não exista previsão legal de sistema progressivo de desinternação, não faltam esforços isolados de uma ou outra instituição em conjunto com as varas criminais de execução na tentativa de prover tal processo progressivo. Nos lugares em que é implementada a alta progressiva, como o IPFMC, o que se observa é a permanência dos pacientes junto às suas famílias pelo maior tempo possível, com reapresentações periódicas para avaliação junto ao IPFMC. À época do estudo dos 618 pacientes, vinte por cento dos homens estavam em alta progressiva e cinquenta e quatro por cento das mulheres, todos em estreita convivência familiar, o que possivelmente não teria sido possível sem a progressão, devido ao longo tempo geral das internações.

Em relação a uma suposta finalidade de prevenção geral negativa, impossível imaginar algum poder de intimidação em relação ao doente mental, uma vez que este não tem a capacidade de discernimento e, portanto, de compreensão das normas legais, tão pouco do significado da aplicação da sanção e, quando possuem essa compreensão, não são capazes de se intimidar com ela, como no caso dos condutopatas. Já no que diz respeito à função de prevenção geral positiva, inegável é a sua importância, visto existir uma necessidade de estabilização das expectativas da sociedade em relação ao inimputável que vem a praticar um crime. Esse abalo social e a reafirmação do ordenamento jurídico não devem, entretanto, prevalecer sobre a função de ressocialização, ou seja, não deve a prevenção geral positiva se sobrepor a prevenção especial positiva sob o risco de se tornar a aplicação da medida de segurança, um meio de segregação disfarçado na tentativa de ressocialização por meio da internação.<sup>172</sup>

---

<sup>171</sup> PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral- Arts. 1º a 120**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010, p. 638.

<sup>172</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, pp. 63-65.



#### 4.5 Início do Cumprimento da Medida de Segurança, Prazo Mínimo de Cumprimento e Perigosidade Presumida

O Art. 171 da Lei Execução Penal dispõe:

Art. 171. Transitada em julgado a sentença que aplicar medida de segurança, será ordenada expedição de guia para a execução, uma vez que ninguém poderá ser internado em hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou submetido a tratamento ambulatorial, para cumprimento de medida de segurança, sem a guia expedida pela autoridade judiciária.

A exigência da expedição da guia de internamento ou de tratamento ambulatorial é uma forma de assegurar a garantia individual de liberdade, não sendo mais possível a imposição de medida de segurança provisória. Além disso, visa afirmar o princípio de jurisdicionalidade, visto que apenas o juiz pode fazer tal expedição, tirando a possibilidade do diretor administrativo decidir pelo recebimento ou não do delinquente-doente.<sup>173</sup>

O prazo mínimo de cumprimento da medida de segurança está previsto no §1º do Art. 97 do CP e é de um a três anos. O período é estabelecido em função da maior ou menor periculosidade do autor, não estando mais atrelado à quantidade de pena privativa de liberdade cominada ao delito.<sup>174</sup>

Hoje em dia, sendo a conclusão do laudo de responsabilidade penal favorável em termos de prognóstico, em instituições psiquiátrico-forenses onde há a prática da alta progressiva, os peritos costumam pedir à autoridade judiciária, no momento da emissão do laudo, que essa progressão seja realizada desde o início da internação. Dessa forma, não é necessário esperar o prazo mínimo estabelecido por lei, o que se torna muito benéfico para os pacientes, pois em cerca de um terço dos casos há benefícios claros dessa rotina, atenuando os efeitos maléficos da internação na reinserção social.<sup>175</sup> Essa é uma das evidências que o prazo mínimo de cumprimento das medidas de segurança carrega em si uma inafastável perigosidade presumida, pois, se é na perigosidade que o indivíduo representa para a sociedade que se apoia o fundamento da aplicação das medidas de segurança, não é possível justificá-la sem esse fator. A própria legislação, em acordo com o posicionamento da

---

<sup>173</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 42.

<sup>174</sup> PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral- Arts. 1º a 120**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010, p. 636.

<sup>175</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Göttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006, pp. 108-109.

psiquiatria forense, estabelece no Art. 176 da LEP que em alguns casos o exame pericial de perigosidade pode ser adiantado ou por pedido das partes ou de ofício.<sup>176</sup> Dessa forma, a obrigatoriedade do cumprimento de prazo mínimo não se sustenta nem mesmo na ideia de prevenção geral positiva.

#### **4.6 Elementos Favoráveis e Desfavoráveis ao Prazo de Duração Indeterminado das Medida de Segurança**

A legislação prevê, no § 1º do Art. 97, que a medida de segurança, tanto detentiva quanto restritiva será por tempo indeterminado e será mantida enquanto a cessação da periculosidade não for concluída por perícia médica. Em prol desta corrente que defende a manutenção de medida de segurança por prazo perpétuo, há o argumento que tal sanção não corresponde a pena, que, por previsão do Art. 5º, XLVII alínea b não pode ser perpétua, correspondendo, isso sim, a verdadeira medida curativa e terapêutica e, portanto, não suspensiva apenas pelo decurso de tempo.<sup>177</sup> Por outro lado, conforme o Art. 75 do CP, o apenado do sistema carcerário comum pode permanecer preso por no máximo trinta anos, independentemente do grau de periculosidade que imponha à sociedade no momento de sua soltura. Assim sendo, não haveria justificativa para manter internado o delinquente em medida de segurança que permaneça pelo mesmo tempo nesse regime. Alguns autores preconizam, ainda, que o tempo de internação máximo deve corresponder ao máximo cominado à pena.<sup>178</sup>

Levando-se em conta os aspectos comportamentais e prognósticos das patologias mais frequentes entre os pacientes em medida de segurança, observamos que não há cura na maioria delas e sim tratamentos que visam equilibrar ou compensar os sintomas crônicos e agudos da doença, como o que ocorre na esquizofrenia, deficiência mental e psicose delirante. Portanto, se defendermos que a cura seja pressuposto para a revogação das medidas de segurança, estaremos condenando o paciente ao esquecimento nas casas de custódia e

---

<sup>176</sup> NUCCI, GUILHERME DE SOUZA. de **Código Penal Comentado**. 9º ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008, p. 526.

<sup>177</sup> NUCCI, GUILHERME DE SOUZA. de **Código Penal Comentado**. 9º ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008, p. 522.

<sup>178</sup> GRECO, ROGÉRIO. **Curso de Direito Penal: Parte Geral- arts. 1º a 120 do CP**. Niterói: Editora Impetus, 2008, pp. 679-681.

tratamento, pois esta não ocorrerá na grande maioria dos casos. Por outro lado, colocar a sociedade em risco inevitável com a libertação de pacientes sabidamente reincidentes, como os psicopatas graves, levando-se em conta apenas o tempo de internação, como defendido por alguns autores, é inconsequente e temeroso.

Situação interessante é a que ocorre em relação aos psicopatas, pois observamos que na maioria das vezes ele é considerado semi-imputável, cabendo ao juiz decidir entre a pena diminuída ou medida de segurança. No caso da escolha pela pena diminuída, em breve o condutopata estará liberto e cometendo novos crimes. Esse é um dos casos em que levar em consideração a gravidade do crime, com a avaliação das características pormenorizadas do ato cometido pode ser de extrema importância, pois tem papel importante na reincidência criminal do psicopata. Essa avaliação pode indicar a necessidade de especial tratamento supervisionado, sustentando a medida de segurança detentiva, única forma de conter o psicopata por tempo indefinido, preservando a sociedade de crimes bárbaros e consecutivos.

#### **4.7 Conversão da Pena em Medida de Segurança no Curso da Execução e Reconversão da Medida de Segurança em Pena**

Quando um agente em cumprimento de pena privativa de liberdade apresentar quadro de perturbação de saúde mental, o juiz poderá decretar de ofício, a pedido do Ministério Público ou da autoridade administrativa, a substituição da pena pela medida de segurança. Em casos de enfermidade mental não-duradoura, haverá uma conduta provisória, pois o agente será transferido para o hospital de custódia e tratamento pelo período necessário à cura e depois retornará ao sistema carcerário comum. Em casos de enfermidade mental de caráter duradouro, a pena será convertida em medida de segurança.<sup>179</sup>

No caso de pena convertida em medida de segurança em que o agente mostra melhora do quadro clínico, a medida de segurança pode ser reconvertida em pena. Tal possibilidade impede situações de desequilíbrio entre pena aplicada e posterior conversão em medida de segurança. Seria injusto imaginar um agente condenado a pena privativa de liberdade que houvesse tido a conversão em medida de segurança e, com uma melhora rápida do quadro

---

<sup>179</sup> NUCCI, GUILHERME DE SOUZA. de **Código Penal Comentado**. 9º ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008, p. 524.

psiquiátrico, fosse colocado em liberdade em período inferior ao que era determinado pela pena.<sup>180</sup>

#### 4.8 Extinção da Punibilidade e Medidas de Segurança

Todas as causas de extinção de punibilidade previstas no Art. 107 do CP são aplicáveis também à medida de segurança, seja antes ou depois de sentença irrecorrível. Dessa forma, também cabe prescrição tanto da pretensão punitiva como da pretensão executória, sendo o prazo prescricional o mesmo das penas. A prescrição da pretensão punitiva é a mesma para inimputáveis e semi-imputáveis. Já no que se refere à pretensão executória, o prazo prescricional do semi-imputável é regulado pela pena cominada no caso concreto, visto que antes da aplicação da medida de segurança, houve uma condenação com uma pena aplicada, enquanto o prazo do inimputável é calculado a partir da pena máxima cominada ao delito em abstrato, pois esse recebe sentença absolutória.<sup>181 182</sup>

---

<sup>180</sup>NUCCI, GUILHERME DE SOUZA. de **Código Penal Comentado**. 9º ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008, p. 525.

<sup>181</sup>PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral- Arts. 1º a 120**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010, p. 640.

<sup>182</sup>GRECO, ROGÉRIO. **Curso de Direito Penal: Parte Geral- arts. 1º a 120 do CP**. Niterói: Editora Impetus, 2008, pp. 679-681.

## 5 CONCLUSÃO

Os esforços em tornar apropriado o manejo médico e jurídico de indivíduos criminosos com transtorno mental são evidentes, principalmente no decorrer do último século, seja pelo avanço legislativo na sistematização das medidas de segurança, seja pela pesquisa farmacológica e formulação de drogas potencialmente terapêuticas ou, ainda, pela criação de casas de custódia e tratamento destinadas apenas a esses indivíduos. A própria reformulação do código penal de 1940, ocorrida em 1984, e disposições da LEP mostram uma real preocupação e engajamento na proposta de propiciar ao doente mental possibilidade de tratamento e de reinserção social, afastando definitivamente o fim retributivo da sanção.

Ainda são necessários esforços legislativos que preconizem uma inserção gradual, que não confronte a realidade interna do manicômio com a perspectiva do ambiente externo, o que pode ser desastroso para o doente mental. Essa é uma garantia que deveria ser observada como regra e não como situações fortuitas de uma ou outra instituição isoladamente e feita de forma autônoma. As evidências apontam para um melhor rendimento do tratamento em pacientes com alta progressiva precoce, onde o contato com familiares é de extrema importância. Além disso, essa proximidade inibe o risco de abandono desses pacientes por seus familiares, pois os vincula diretamente ao tratamento e responsabilidade com os doentes.

Infelizmente, em relação ao tratamento dos pacientes em medida de segurança, devido às características das patologias mais prevalentes, o que se verifica é uma possibilidade de cura muito pequena. Patologias tais como esquizofrenia, retardo mental e alcoolismo crônico e psicopatia não apresentam cura, portanto, seria mais adequado não citar a cura como fundamento ou objetivo das medidas de segurança e sim nos reportarmos ao termo tratamento ou mesmo controle da patologia.

Em relação à responsabilização penal, existe uma tendência de que os peritos considerem todo o doente mental como inimputável quando há nexo causal entre a doença e o crime cometido, porém os casos devem ser analisados concretamente e todas as particularidades devem ser observadas, pois a doença mental em si não pode ser meio para justificar todo e qualquer crime. Os casos devem ser individualizados e estudados pormenorizadamente, pois as informações contidas no laudo de averiguação de responsabilidade penal selarão o destino do indivíduo no âmbito do direito penal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Código Criminal do Império do Brazil**. Disponível em: <<http://www.ciespi.org.br>>.

BRASIL. **Código Penal dos Estados Unidos do Brazil**. Brasília: Senado Federal-subsecretaria de informações, 2010. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br>>.

BRASIL. **Código Penal de 1940**. Brasília: Senado Federal- subsecretaria de informações, 2010. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislação>>.

BITTAR, Neusa. **Medicina Legal**. Araçatuba: Editora MB, 2009.

CAIXETA, Marcelo; Costa, Fernando César Oliveira. **Psiquiatria Forense**. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2009.

EÇA, Antônio José. **Roteiro de Psiquiatria Forense**. São Paulo: Editora Saraiva, 2010.

FERNANDES, Flora. **Breve Histórico da Psiquiatria**. Disponível em: <<http://artigos.Psicologado.com/psicopatologia/psiquiatria>>.

FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2009.

FRANCO JR, Hilário. **A Idade Média Nascimento do Ocidente**. 2º ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.

GRECO, ROGÉRIO. **Curso de Direito Penal: Parte Geral- arts. 1º a 120 do CP**. Niterói: Editora Impetus, 2008.

MATOS, Evandro Gomes. **A Importância e as Limitações do Uso do DSM-IV na Prática Clínica**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, vol 27, n 3, Sep/Dec. 2005.

MORAES FILHO, Marco Antônio Praxedes. **Evolução Histórica da Inimputabilidade Penal**. Disponível em <<http://jus2.uol.com.br/doutrina>>.

MIRABETE, Julio Fabbrini. **Manual de Direito Penal**. 24° ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2007.

NUCCI, GUILHERME DE SOUZA. de **Código Penal Comentado**. 9° ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008.

PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

PENTEADO, Conceição. **Psicopatologia Forense: breve estudo sobre o alienado e a lei**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2000.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral- Arts. 1° a 120**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010.

RIBEIRO, Bruno de Moraes. **Medidas de Segurança**. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1998.

SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Götttert. **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006.