

## **Avaliação da responsabilidade penal em transtornos psicóticos**

Assessment of criminal liability in psychotic disorders

Alexandre Martins Valença <sup>a</sup>

Antonio Egidio Nardi <sup>b</sup>

Mauro Vitor Mendlowicz <sup>c</sup>

### **Resumo**

O presente artigo tem como objetivo fazer uma revisão bibliográfica sobre os conceitos de responsabilidade penal, aplicando-os aos transtornos psicóticos e às leis relativas ao código penal brasileiro. A avaliação da responsabilidade penal é de extrema importância, para que se possa aplicar, em cada caso, medidas de segurança e sanções penais e correcionais adequadas.

**Palavras-chave:** psicose; imputabilidade penal; medida de segurança; psiquiatria forense.

### **Abstract**

This article aims to review the literature concepts of criminal liability by applying them to the psychotic disorders and the laws relating to the Brazilian penal code. The evaluation of penal imputability is extremely important in order to apply, in each case, safety measures and correctional and penal sanctions.

**Key words:** psychosis; penal responsibility; involuntary commitment; forensic psychiatry.

---

<sup>a, c</sup> Depto de Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade Federal Fluminense-Niterói-RJ.

<sup>b</sup> Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal -UFRJ.

Autor correspondente: Alexandre Martins Valença

E-mail: msm@vm.uff.br

## Introdução

O Código Penal Brasileiro<sup>1</sup> (Lei Substantiva Penal) em seu Título III (Da Imputabilidade Penal) trata dos casos de inimputabilidade, ou seja, daqueles que, embora tenham cometido um crime, não podem ser responsáveis por ele ou o são parcialmente, tendo, destarte, suma imputabilidade abolida, no primeiro caso, ou diminuída, no segundo. O critério adotado pelo nosso Código Penal para avaliação da responsabilidade penal é o biopsicológico: a responsabilidade só é excluída, se o agente, em razão de doença mental ou retardamento mental, era, no momento da ação, incapaz de entendimento ético-jurídico e/ou de determinação. Para a aplicação desse critério, o perito deve analisar os seguintes itens: verificação da existência ou não de doença mental ou retardo mental pelo exame de sanidade mental; avaliação do nexo de causalidade entre estes e o crime; avaliação da capacidade de entendimento e de autogoverno (deliberação).

Dois conceitos importantes são o de *responsabilidade e imputabilidade*, significando esta a condição psíquica da punibilidade, enquanto aquela designaria a obrigação de responder penalmente ou de sofrer a pena por um fato determinado, pressuposta a imputabilidade. De acordo com Vargas<sup>2</sup>, o conceito básico de imputabilidade seria a condição de quem tem aptidão para realizar com pleno discernimento um ato. Representa a imputabilidade uma relação de causalidade psíquica entre o fato e o seu autor. A responsabilidade é definida como a existência dos pressupostos psíquicos pelos quais alguém é chamado a responder penalmente pelo crime que praticou.

Ao cometer um delito, um indivíduo considerado responsável será submetido a uma pena. Ao inimputável será aplicada uma medida de segurança. Segundo Paim<sup>3</sup> entende-se por medida de segurança o ato jurídico que consiste na “providência substitutiva ou complementar da pena, sem caráter expiatório ou aflitivo, mas de índole assistencial, preventiva e recuperatória, e que representa certas restrições pessoais e patrimoniais (internação em manicômio, em colônia agrícola, liberdade vigiada, interdições e confiscos), fundada na periculosidade e não na responsabilidade do criminoso”. Para Taborda<sup>4</sup>, uma diferença importante entre a pena e a medida de

segurança é que nesta última o tempo de duração não é sabido, ou seja, nunca é estabelecido um tempo máximo, devendo persistir enquanto o interno for considerado potencialmente perigoso. Na pena, ao contrário, o tempo de prisão é estabelecido.

Cabe ao perito informar se o indivíduo é mentalmente desenvolvido e mentalmente são. Ao juiz compete sentenciar sobre a capacidade e responsabilidade (aplicação de pena ou medida de segurança). Quanto à aplicação da medida de segurança, a lei presume a periculosidade dos inimputáveis, determinando a aplicação da medida de segurança àquele que cometeu o ilícito e se apresenta nas condições do artigo 26. Estas disposições estão presentes no artigo 26 do código penal de 1984, em seu *caput* e parágrafo único:

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

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

Ao referir-se a "Doença Mental", "Desenvolvimento Mental Incompleto ou Retardado", "Perturbação da Saúde Mental" o Código identifica os requisitos de ordem biológica (doença mental e desenvolvimento mental retardado) e psicológicas (desenvolvimento mental incompleto, perturbação da saúde mental), bem como as alterações psicológicas que acompanham a doença mental. Quando se refere a "entender o caráter ilícito do fato" pressupõe o aspecto cognitivo (saber ajuizar o que é certo ou errado) e quando menciona "determinar-se de acordo com este entendimento", pressupõe o exercício do livre arbítrio (vontade)<sup>5,6</sup>. Assim, o imputável sob o ponto de vista da Higiene Mental, seria aquele que conhece, que valora e que age de acordo com tal entendimento e valoração. A par disso, delimita o Código Penal o período em

que o transtorno mental deva estar caracterizado – “ao tempo da ação ou da omissão” – para propiciar a isenção da pena<sup>7</sup>.

É importante salientar que o nosso código penal vigente adotou o critério biopsicológico para a avaliação da responsabilidade penal. O método biopsicológico exige a averiguação da efetiva existência de um nexo de causalidade entre o estado mental anômalo e o crime praticado, isto é, que este estado, contemporâneo à conduta, tenha privado parcial ou completamente o agente de qualquer das mencionadas capacidades psicológicas (seja a intelectual ou a volitiva). Não basta diagnosticar apenas a doença mental, dependendo a responsabilidade do período ou grau de evolução da doença ou deficiência mental, da estrutura psíquica do indivíduo e da natureza do crime. Desta forma, deve o perito avaliar e investigar tanto os fatores criminogênicos (que motivaram o delito), como os criminodinâmicos (como se deu o delito, qual a dinâmica do mesmo). É indispensável o exame psiquiátrico pericial, sempre que houver dúvidas em relação à sanidade mental do acusado. Entretanto, cabe ao juiz a palavra final na decisão de aplicar pena ou medida de segurança. A conclusão positiva do laudo pericial não substitui a sentença judicial, que é soberana.

## **Periculosidade**

No Direito Penal, periculosidade é a probabilidade do agente vir ou tornar a praticar ato previsto como crime. Pode ser presumida pela lei, e assim ter a medida de segurança aplicada obrigatoriamente ou ser reconhecida pelo juiz. A medida de segurança fica reservada ao agente inimputável, podendo ser de dois tipos: a detentiva, que determina a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, e a restritiva, onde o tratamento psiquiátrico é em regime ambulatorial. O prazo mínimo para sua execução é de 1 a 3 anos, variando de acordo com a natureza do ato praticado, e só interrompida após o término deste prazo e após constatação de cessação de periculosidade pelo laudo pericial.<sup>8</sup>

Nas perícias criminais, o tipo clínico de esquizofrenia mais observado é o tipo Paranóide. Os crimes perpetrados pelos esquizofrênicos costumam

revelar a própria natureza da doença de que são portadores. O tipo paranóide, por ser caracterizado principalmente por idéias delirantes de cunho persecutório, é a forma de esquizofrenia mais propensa a apresentar um quadro clínico associado a periculosidade. Na maioria dos casos o indivíduo pratica o crime como se fosse por autodefesa. Ao contrário do criminoso não portador de doença mental, o esquizofrênico costuma permanecer no local do crime, sem se preocupar em dissimular, além de não temer relatar o fato, já que não avalia a gravidade dele. Em geral, o que motiva o paciente esquizofrênico paranóide a praticar um homicídio é a sensação de que está sendo sistematicamente perseguido, ameaçado, e por isso tem a convicção de que está agindo em “legítima defesa”.<sup>9</sup>

De acordo com Mendes Filho e Morana (apud Taborda e col., 2004<sup>10</sup>), algumas características da personalidade pré-mórbida são fatores importantes na avaliação da periculosidade na esquizofrenia: impulsividade elevada, descontrole impulsivo e hostilidade persistente, traços que aumentam o risco de comportamento violento ou infrator. Ainda de acordo com estes autores, a avaliação da periculosidade não deixa de ter um caráter probabilista, uma vez que o comportamento humano não se sujeita a leis dedutivas ou preditivas de certeza.

A Esquizofrenia simples embora não apresente delírios e alucinações pode levar à prática de crimes com as mesmas características do tipo clínico paranóide como crueldade, insensibilidade afetiva, no entanto, o doente tende a fugir do local e assumir atitude dissimulada.

Os tipos clínicos Hebefrênica e Catatônica tendem a apresentar menor incidência de prática de crimes de violência. Na Esquizofrenia Hebefrênica tal afirmação se justifica pelo seu início que se dá geralmente antes da maioridade e com evolução rápida para um estado de deterioração da atividade psíquica. Na Catatônica os próprios sintomas psicomotores como o negativismo, estado de estupor seriam impeditivos. É também importante ressaltar que comportamentos violentos podem ocorrer antes mesmo do início da doença, na chamada “Fase Prodrômica” ou “Trema”. Nesta fase o paciente experimenta uma intensa ansiedade, por vezes medo, sem saber o porquê destes

sentimentos, que só desaparecem quando o delírio se configura, como se através dele o paciente encontrasse explicações para o mal-estar do pródomo.

Muitos estudos vêm sendo realizados sobre a questão da apresentação de comportamento violento por indivíduos portadores de um transtorno mental. Pertusson e Gudjonsson<sup>11</sup>, fizeram uma revisão de quase 100 anos de homicídios (de 1900 a 1979) na Islândia, um dos países com as mais baixas taxas de homicídios do mundo. Foram revistos 45 incidentes com 52 vítimas e 47 criminosos. Possuíam diagnósticos psiquiátricos sete esquizofrênicos (quatro paranóides), dois bipolares, dois psicóticos psicogênicos, três retardos mentais, um ciúme mórbido, dez transtornos de personalidade, seis alcoolismo, um de neurose, 14 normais. Observa-se a elevada proporção de “Homicidas Anormais”, isto é, homicidas portadores de doença mental.

Calcedo-Barba e Calcedo-Ordonez<sup>12</sup>, afirmam que a esquizofrenia paranóide pode desencadear um comportamento violento quando os pacientes estão submedicados ou quando não respondem bem à medicação. No caso dos esquizofrênicos hebefrênicos, estes tenderiam a ser violentos em ambiente institucional.

Um estudo de Tiihonen<sup>13</sup>, na Finlândia, avaliou todas as pessoas que tinham sido presas por homicídio de junho de 1990 a maio de 1991. Foi verificado que entre os homens que tinham cometido homicídio, a esquizofrenia foi 6,5 vezes mais prevalente que na população geral. Entre as mulheres, foi 1,5 vezes mais prevalente.

Pesquisando este mesmo tema, Côté e Hodgins<sup>14</sup>, entrevistaram 460 internos de penitenciárias de Quebec-Canadá, utilizando um instrumento diagnóstico padronizado (Diagnostic Interview Schedule). Foi encontrado que 109 indivíduos apresentavam uma doença mental grave: 31 casos de esquizofrenia, 4 de transtorno esquizofreniforme, 51 de depressão maior, 21 de transtorno bipolar e 2 de transtorno organo-mental. Outro achado importante deste estudo foi que o grupo homicida, comparado ao grupo não homicida, teve uma maior prevalência de esquizofrenia e menor prevalência de abuso/dependência de drogas e transtorno de personalidade.

Schanda e col.<sup>15</sup>, em um estudo austríaco, investigaram a freqüência de transtornos mentais em indivíduos que cometeram um ato homicida, durante um período de 25 anos (1975 a 1999), resultando em 896 condenações e 96

internações por ordem judicial. Os transtornos mentais mais encontrados foram esquizofrenia ou transtorno esquizofreniforme (4,5% dos homens e 17% das mulheres); episódio depressivo maior (0,7% dos homens e 5,6% das mulheres) e transtorno delirante (0,4% dos homens). Dos indivíduos com transtornos mentais graves, uma proporção significativamente mais alta de homens (77,4%) e mulheres (70,8%) tiveram diagnóstico de esquizofrenia. Desta forma, o risco de comportamento homicida em esquizofrênicos foi 6 vezes maior nos homens e 26 vezes maior nas mulheres, quando comparados a indivíduos saudáveis, com predominância do subtipo paranóide (63,4% nos homens e 47% em mulheres). Transtornos relacionados ao abuso/dependência de substâncias foi diagnosticado em 46,3% dos homens e 11,8% das mulheres com esquizofrenia.

Brennan e col.<sup>16</sup> examinaram uma amostra de 335.900 indivíduos nascidos entre 1944 e 1947, na Dinamarca. Os registros de internação hospitalar até 1991 foram obtidos através do Registro Psiquiátrico da Dinamarca. Foi encontrado que indivíduos com transtornos mentais graves tiveram uma probabilidade maior de serem presos por crimes violentos, inclusive o homicídio, quando comparados aos indivíduos que nunca tinham sido internados em hospitais psiquiátricos. Nos homens, o comportamento violento foi mais associado à esquizofrenia (11,3%), psicose orgânica (19,4%), psicoses afetivas (5,2%) e outros transtornos psicóticos (10,7%), comparados aos homens sem transtornos mentais (2,7%). Nas mulheres o comportamento violento foi mais associado à esquizofrenia (2,8%), psicoses orgânicas (2%), psicoses afetivas (0,5%), comparadas às mulheres sem transtornos mentais (0,1%).

Alguns estudos têm encontrado comportamento homicida em indivíduos com transtorno delirante. Um deles<sup>11</sup> encontrou em sua amostra de homicidas 2,1% com transtorno delirante de ciúme, enquanto outro<sup>17</sup> encontrou uma freqüência de 1,9% de “paranóia crônica” em homens homicidas.

## Responsabilidade Penal

Na esquizofrenia, o indivíduo passa a viver em função de suas idéias delirantes, falsas interpretações que, somadas aos transtornos da esfera da afetividade, podem agir com extrema violência. A maioria dos crimes cometidos pelos esquizofrênicos ocorrem no ambiente familiar e na fase inicial da doença. Temos observado esse aspecto em estudos nossos.<sup>18-20</sup> Na fase onde já se observa deterioração da personalidade, os atos delituosos são, na maioria das vezes, súbitos e imotivados.

Como já fora assinalado anteriormente, a forma de esquizofrenia mais comum em perícias criminais é a paranóide. Movidos pela sintomatologia psicótica (idéias delirantes persecutórias e alucinações áudio-verbais), estes indivíduos podem agir com violência. Mesmo quando planejado, o delito do esquizofrênico em geral é motivado por juízos delirantes. Desta forma, seus crimes enquadram-se no caput do art. 26 do CP, sendo, portanto, inimputáveis<sup>2</sup>.

O Transtorno Esquizofreniforme (quadro psicótico agudo semelhante à esquizofrenia, porém com tempo de duração menor que 1 mês) e o Transtorno Esquizoafetivo (associação de sintomas esquizofrênicos com depressão ou exaltação do humor), em geral levam à inimputabilidade, já que são quadros psicopatológicos graves. No Transtorno Delirante (na classificação antiga conhecido com paranóia), reveste-se de interesse os tipos persecutório e de ciúme. Neste caso os indivíduos, movidos por idéias delirantes sistematizadas (de perseguição ou ciúme), podem cometer atos violentos. Havendo nexos de causalidade entre o delito e o estado mental, caem no caput do art. 26 do CP.

É importante salientar que psicose não é sinônimo de inimputabilidade. Mesmo tendo a doença mental, mas em um período assintomático e evolução estável, o indivíduo psicótico pode ser imputável, respondendo penalmente por um delito praticado.



## Referências

1. Código de Processo Penal. 3a. ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais; 1998
2. Vargas H S. Manual de Psiquiatria Forense. Rio de Janeiro: Livraria Freitas Bastos S.A, 1ª ed;1990.
3. Paim I. Curso de Psicopatologia. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas Ltda. 4ª ed;1979.
4. Taborda JGV. Criminal justice system in Brazil: functions of a forensic psychiatrist. *Int J Law Psychiatry*. 24: 371-386, 2001.
5. Valença AM, Chalub M, Mendlowicz M, Mecler K, Nardi AE. Conceito de responsabilidade penal em psiquiatria forense. *J Bras Psiquiatr*. 2005; 54(3): 248-252.
6. Valença AM, Chalub M, Mendlowicz M, Mecler K, Nardi AE. Responsabilidade penal nos transtornos mentais. *J Bras Psiquiatr*. 2005; 54(4): 328-333.
7. Hungria N. Comentários ao Código Penal. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1949.
8. Mecler K. Doença mental e periculosidade: evolução do conceito. *Arq. Bras. Psiquiatr. Neurol. E Med. Legal* 2000; 72: 5-9.
9. Palomba, GA. Tratado de psiquiatria forense, civil e penal. São Paulo: Ed. Atheneu, 2003.
10. Abdalla-filho E, Chalub M, Telles LEB. Psiquiatria Forense de Taborda. São Paulo: Artmed, 2016.
11. Pertusson H, Gudjonsson GH. Psychiatric aspects of homicide. *Acta Psych Scan* 1981; 64: 363-371.
12. Calcedo-Barba AL, Calcedo-Ordonez A. Violence and paranoid schizophrenia. *Int J Law Psychiatry* 1994; 17(3): 253-263.
13. Tiihonen J. Criminality associated with mental disorders and intellectual deficiency. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 917-918.
14. Côté G, Hodgins S. The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *Int J Law Psychiatry* 1992; 15: 89-99.

15. Schanda H, Knecht G, Schreinzer D, et al. Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta Psychiatr Scand*. 2004; 110(2):98-107.
16. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57(5):494-500.
17. Gottlieb P, Gabrielsen G, Kramp P. Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatr Scand*. 1987; 76(3):285-92.
18. Valença AM, Nardi AE, Nascimento I, Mendlowicz M, Mecler K, Freire R. Estudo psiquiátrico-forense de uma amostra de mulheres homicidas. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2009; 31 (Sup Especial: S13).
19. Valença AM, Mendlowicz MV, Nascimento I, Nardi AE. Filicide, Attempted Filicide, and Psychotic Disorders. *J Forensic Sci* 2011; 56: 551-554.
20. Valença AM, Nardi AE, Nascimento I, Jozef F, Mendlowicz M. Homicide by a Forensic Female Sample in Brazil: A Preliminary Study. *J Forensic Sci* 2014; 72: 123-128.