



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG

**A (IN) EFICÁCIA DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA EM PACIENTES  
DE TRANSTORNO MENTAL ESQUIZOFRÊNICO**

Amanda Augusta de Carvalho Narciso

Manhuaçu-MG

2019



**AMANDA AUGUSTA DE CARVALHO NARCISO**

## **A (IN) EFICÁCIA DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA EM PACIENTES DE TRANSTORNO MENTAL ESQUIZOFRÊNICO**

Monografia apresentada no Curso Superior  
Direito do Centro Universitário UNIFACIG, como  
critério de aprovação para obtenção de grau de  
Bacharel em Direito.

Área de Concentração: Direito Penal e  
Processual Penal

Orientador (a): Patrick Leonardo

Manhuaçu-MG

2019

**AMANDA AUGUSTA DE CARVALHO NARCISO**

**A (IN) EFICÁCIA DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA EM  
PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL ESQUIZOFRÊNICO**

Monografia apresentada no Curso Superior  
Direito do Centro Universitário UNIFACIG, como  
critério de aprovação para obtenção de grau de  
Bacharel em Direito.

Área de Concentração: Direito Penal e Processual  
Penal

Orientador (a): Patrick Leonardo

Banca Examinadora

Data de Aprovação: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Prof.<sup>a</sup> Patrick Leonardo  
(Orientador) Centro Universitário Unifacig

---

Prof.  
Centro Universitário Unifacig

---

Prof.  
Centro Universitário Unifacig

Dedico este trabalho aos meus pais Marco Antônio e Givanilda, e ao meu irmão Netinho, pois sem o incentivo de vocês, nada disso seria possível.

Obrigada por tanto! Amo vocês!

## **AGRADECIMENTOS**

*“O carrossel nunca para de girar”*

*- Ellis Grey*

Chega ao fim mais uma etapa desta graduação. Ninguém chega a lugar algum sozinho e comigo não seria diferente. Foram longos anos de aprendizado, superação e desafios que não seriam possíveis se eu não estivesse acompanhada.

*A priori* quero agradecer a Deus por me permitir chegar até aqui sem desistir dos meus sonhos, mostrando-me todos os dias que não estou desamparada. À Virgem Santíssima que como Seu Filho, não deixou de rogar por mim em nenhum momento, sendo fonte de força e inspiração diversas vezes.

Agradeço aos meus pais, Marco Antônio e Givanilda, por todo apoio, incentivo e dedicação. Vocês são meus alicerces e os principais motivos para não desistir nunca. Essa conquista é nossa!

Agradeço aos meus familiares por estarem comigo em orações e acreditarem no meu potencial. O apoio da família sempre foi importante pra mim e sou grata por encontrar na minha família, pessoas tão especiais.

Agradeço aos meus amigos que entenderam minhas ausências, respeitaram meus momentos, me confortaram e direcionaram carinho e orações a mim.

Agradeço aos amigos que se tornaram mais que “simples docentes”: Yuri Daibert, Livia Lamas, Rejane (não ReGane) Hote, Fernanda Arakaki, Alexander Chequer, Thaysa Alvim, Camila Correa, André Peluso, Glauco Macedo, Milena Temer e Barbara Amaranto. Cada um de vocês foram essenciais no meu crescimento como aluna e também como pessoa, marcaram-me de forma inexplicável por tamanha dedicação e confiança. Minha eterna gratidão ao impacto que causaram em minha vida. Que os novos alunos possam conhecer cada pedacinho das pessoas maravilhosas que vocês me permitiram conhecer.

Agradeço ao meu orientador, Dr. Patrick Leonardo, que traçou meu trajeto para a conclusão da presente pesquisa.

Por último, mas não menos importante, quero agradecer a três pessoas especiais: Meus amigos Dimitri Xavier Borges, Humberto Vinicio Altino Filho e minha tia Gleyce Marina Narciso. Cada um deles não mediram esforços e lutaram comigo



até o último segundo possível para terminar esta pesquisa. Obrigada por me mostrarem o real valor da amizade a cada dia.

A cada um que em algum momento chegou e/ou partiu da minha vida nesses cinco anos, agradeço pelo aprendizado, pelas experiências, por deixarem pedacinhos de vocês e levarem um pedacinho de mim.

Obrigada por tanto!

*“Há beleza na vida, há beleza em tudo. Vocês veem?... Há beleza na alegria, e mesmo na saudade, na tristeza, no sofrimento e até na partida, há beleza. A vida é uma beleza.”*

*Nice da Silveira*

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é identificar e analisar as deficiências das medidas de segurança aplicada em face a indivíduos esquizofrênico, evidenciar os meios de prevenção dos atos ilícitos cometidos pelo indivíduo esquizofrênico e analisar a (in)eficácia das atuais medidas de segurança, no Brasil, para os casos de esquizofrenia. Ao analisar a escassez de informações no que tange a saúde mental no âmbito jurídico, vê-se que, apesar das restaurações efetuadas para que o paciente de transtorno mental tenha o devido tratamento para os casos que incorrem em sanções penais, é possível encontrar falhas no sistema jurídico brasileiro para que as medidas de segurança sejam efetivas. Para isso, a pesquisa será baseada em estudos de autores *na área da psicologia, psiquiatria e direito*, dividido em quatro partes, a saber: a interface entre o direito e a psicologia, esclarecendo sobre doenças mentais; esquizofrenia, a diferenciação entre imputabilidade, inimputabilidade e semi-imputabilidade, apontando em qual dos meios punitivos se enquadra o esquizofrênico; e as medidas de segurança, sua fundamentação, conceituação, casos aplicáveis, bem como os possíveis fatores para a ocorrência de falha no sistema penal brasileiro ao tratar de pacientes com transtorno mental.

**Palavras-chaves:** *Esquizofrenia*; sistema carcerário; saúde mental; medidas de segurança



## **ABSTRACT**

The objective of this paper is to identify and analyze the deficiencies of the security measures applied in relation to schizophrenic individuals, to show the means of prevention of illicit acts committed by the schizophrenic individual and to analyze the (in) effectiveness of the current security measures in Brazil. the cases of schizophrenia. In analyzing the scarcity of information regarding mental health in the legal context, it can be seen that, despite the restorations made for the mentally ill patient to be properly treated for cases that incur criminal penalties, it is possible to find flaws in the Brazilian legal system for effective security measures. For this, the research will be based on studies by authors in the area of psychology, psychiatry and law, divided into four parts, namely: the interface between law and psychology, clarifying about mental illnesses; schizophrenia, the differentiation between imputability, inimputability and semi-imputability, pointing to which of the punitive means the schizophrenic fits; and security measures, their rationale, conceptualization, applicable cases, as well as the possible factors for the occurrence of failure in the Brazilian penal system when dealing with patients with mental disorder.

**Keywords:** Schizophrenia; prison system; mental health; security measures

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>11</b> |
| <b>2. PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.....</b>  | <b>13</b> |
| 2.1 CONCEITO .....  | 14        |
| 2.2 DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E SAÚDE MENTAL .....   | 15        |
| <b>3. DOENÇAS MENTAIS .....</b>   | <b>17</b> |
| 3.1 ESQUIZOFRENIA .....   | 19        |
| 3.2 DIAGNÓSTICO .....   | 22        |
| 3.3 IMPUTABILIDADE, INIMPUTABILIDADE E SEMI IMPUTABILIDADE.....   | 24        |
| <b>4. CONCEITO E EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA .....</b>  | <b>28</b> |
| 4.1 ESPÉCIES E REQUISITOS .....   | 29        |
| 4.2 PRAZO DE DURAÇÃO .....  | 30        |
| 4.3 APLICAÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL.....   | 31        |
| <b>5. O SISTEMA PENAL BRASILEIRO E O TRATAMENTO DE PACIENTES COM<br/>TRANSTORNO MENTAL ESQUIZOFRÊNICO .....</b> | <b>33</b> |
| <b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>34</b> |
| <b>7. REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>36</b> |



## 1. INTRODUÇÃO

O presente tema visa tratar a respeito da (in)eficácia das medidas de segurança, bem como a inimputabilidade ou semi-imputabilidade dos pacientes com transtornos mentais, tendo como foco o paciente com esquizofrenia.

Atualmente, no âmbito do Direito Penal Brasileiro, persevera uma grande discussão com vinculação ao esquizofrênico, no sentido estrito à sua capacidade ou incapacidade ao que se trata do cometimento de infrações penais de maior potencial, como crimes hediondos. Já o Código Civil, conceitua no seu primeiro capítulo a respeito da personalidade e a capacidade das pessoas naturais. Preliminarmente, deve-se diferenciar personalidade de capacidade. A primeira, é a particularidade do sujeito, intrínseco à sua natureza, que lhe é tido desde o início de vida. Já a capacidade é estar hábil para o exercício de atos e negócios jurídicos. Podendo esta, ser transitória ou de longo prazo.

Facilitando o entendimento a respeito da capacidade civil, o legislador aderiu quatro parâmetros para que fosse determinada a capacidade de um indivíduo, sendo elas: a idade, a integridade psíquica, a aculturação e a localização da pessoa.

Conforme estabelecido no artigo 1º do Código Civil, todo gênero humano é dotado da personalidade desde o nascimento com vida, ainda que os direitos do nascituro sejam resguardados também pelo referido Código, porém nem todos são dotados de capacidade.

No que tange a capacidade do indivíduo, o Código Civil determina os capazes de direito e os de fato. A capacidade de direito insere quem possui personalidade jurídica, ou seja, todo ser humano que nasce com vida, e a capacidade de fato engloba os que possuem aptidão de exercer por si os atos da vida civil.

Não obstante, para melhor definição de responsabilidades civis, o Código Civil em seu nome texto, evidencia os agentes incapazes em uma relação civil. O indivíduo em sofrimento de transtorno mental esquizofrênico, o qual visa o entendimento neste artigo, possui determinadas especificações a serem tratadas no presente artigo que o coloca entre o rol de inserção dos indivíduos com incapacidade jurídica.

O presente trabalho visa conceituar a esquizofrenia conforme o âmbito psicológico, abrangendo sintomas, diagnósticos e afins, bem como diferenciar e caracterizar a inimputabilidade e semi - inimputabilidade do agente infrator, identificar

possíveis ajustes jurídicos para melhorar a ressocialização do indivíduo. Posteriormente, tratar-se-á das medidas de segurança, sua conceituação e casos aplicáveis, bem como os possíveis fatores para a ocorrência de falha no sistema penal brasileiro ao tratar de pacientes com transtorno mental, analisar a eficácia das atuais medidas de segurança, no Brasil, para os casos de esquizofrenia, e evidenciar os meios de prevenção dos atos ilícitos cometidos pelo indivíduo esquizofrênico.

Ao analisar a escassez de informações no que tange a saúde mental no âmbito jurídico, vê-se que, apesar das restaurações efetuadas, para que o paciente de transtorno mental tenha o devido tratamento para os casos que incorrem em sanções penais, é possível encontrar falhas no sistema jurídico brasileiro para que as medidas de segurança sejam efetivas.

Dessa forma, esta pesquisa justifica-se por buscar compreender melhor o transtorno mental tipificado na Classificação Internacional de Doenças (CID) como esquizofrenia, quais os meios de tratamento jurídico relevante e a execução do Direito Penal nos atos que não correspondem a aceitação social.

O método de pesquisa que utilizado neste trabalho é o descritivo com a finalidade de analisar a (in) eficácia das medidas de segurança vigentes no atual Código Penal Brasileiro em casos de pessoas em sofrimento de transtorno mental esquizofrênico. Com o intuito de evidenciar a maneira como as medidas de segurança afetam os agentes delitivos diagnosticados com esquizofrenia, dados sobre estabelecimentos designados para o acolhimento de indivíduos que se enquadram nesse aspecto e casos reais de sentenças homologadas foram levantados.

Para isso, a pesquisa será baseada em estudos de autores na área da psicologia, psiquiatria e direito.

O trabalho será dividido em quatro partes, a saber: a interface entre o direito e a psicologia, esclarecendo sobre doenças mentais; esquizofrenia, englobando sua conceituação e seus aspectos de inclusão e exclusão; a diferenciação entre imputabilidade e inimputabilidade, apontando em qual dos meios punitivos se enquadra o esquizofrênico; e as medidas de segurança, sua fundamentação, conceituação, casos aplicáveis, bem como os possíveis fatores para a ocorrência de falha no sistema penal brasileiro ao tratar de pacientes com transtorno mental.

## 2. PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Anteriormente, de forma negativa, a dignidade estava intimamente ligada ao status social do indivíduo, podendo caracterizá-lo como digno ou indigno devido a sua posição ou grau de reconhecimento social perante a comunidade a qual fazia parte. No entanto, o Catolicismo no período medieval com São Tomás de Aquino na linha de frente, juntamente ao pensamento estoico, tiveram demasiada influência em dar novo significado à esta caracterização negativa, tornando-a uma qualidade onde a distinção entre os seres não era permitido, pois o primeiro defende que o homem é a imagem e semelhança de Deus, logo nenhum ser é indigno; e o segundo acredita que a dignidade não difere um indivíduo do outro, englobando raça, gênero, orientação sexual e afins.

Em 1948, a Organização das Nações Unidas (ONU) promulgou a Declaração Universal dos Direitos do Homem com a finalidade de garantir o direito, à liberdade e a dignidade de forma homogênea para todos os seres humanos, reconhecendo os fundamentos de liberdade, justiça e paz no mundial.

Segundo Silva (1998, p. 91) “a dignidade da pessoa humana não é uma criação constitucional, pois ela é um desses conceitos a priori, um dado preexistente a toda experiência especulativa, tal como a própria pessoa humana”. Entretanto, após a promulgação da Declaração Universal dos Direitos do Homem e a à exemplo da lei alemã de 1949, que “foi um divisor de águas na transição de valor filosófico-teológico para textos juridicamente vinculativos” (HÄBERLE,2009) ao estabelecer em sua constituição que “a dignidade da pessoa humana é intangível. Respeitá-la e protegê-la é obrigação de todo o poder público” (AUTOR, ANO, P.) determinadas constituições no século XX, como a portuguesa (1933) e a irlandesa (1937), passaram a adotar a dignidade da pessoa humana como direitos fundamentais em seus documentos jurídicos, como forma de garanti-la aos seus cidadãos.

No ordenamento jurídico brasileiro, a dignidade da pessoa humana tornou-se resguardada de forma explícita no texto da Carta Magna de 1998, no rol de direitos individuais. Além de expor no artigo 1º, inciso III, o princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil, o código supracitado apresenta em seu art. 5º não só a igualdade de direitos e deveres entre os gêneros, sendo eles nativos ou naturalizados, como também formas de preservar tal princípio,

impedindo que o Estado use de maneiras punitivas exacerbadas para o cumprimento da lei.

Dentre as especificações que garantem a dignidade da pessoa humana, a fim de que o interesse do Estado em assegurar o bem coletivo não ultrapasse ou deprecie a pessoa humana, podem ser exemplificadas nos incisos III; XLIX; LIV; XXXIX; XLVII. LXI a LXVI; LXVIII; XLVII E L, do referido artigo, como: a) a proibição de submeter qualquer pessoa a tratamento desumano ou degradante, assegurando também ao preso o respeito à integridade, física e moral; b) observância do devido processo legal; c) a inadmissibilidade de provas obtidas por meios ilegais; d) a presunção de inocência até que se prove o contrário; e) legitimidade material do direito de punir; f) a impossibilidade de determinadas sanções, como a prisão perpétua, o trabalho escravo, o banimento e as penas cruéis; g) movimentação da competência prisional; h) execução da pena; entre outros.

## 2.1 CONCEITO

À luz de Carvalho (2009, p. 673), “tem-se que o conceito de dignidade humana repousa na base de todos os direitos fundamentais (civis, políticos ou sociais)”. O termo dignidade, refere-se a tudo aquilo que merece respeito, sendo assim, considera-se que o indivíduo, qualquer que seja, mereça tratamento digno, independentemente de sua conduta. Entende-se que a dignidade da pessoa humana é um conjunto de diferentes definições, não se abstendo a um conceito fixo, visto que funciona como base para diversos outros princípios presentes no ordenamento jurídico brasileiro vigente.

O filósofo Immanuel Kant em sua obra intitulada *Fundamentação da Metafísica dos Costumes* (1785) defende que “o homem, e em geral todo ser racional, existe como fim em si, não apenas como meio, do qual esta ou aquela vontade possa dispor a seu talento”, estabelecendo que o homem é um ser racional dotado de dignidade caracterizando-se como fim, não como o meio de obtenção de direitos. De acordo com o filósofo, é possível observar que seu pensamento sobre a dignidade é colocá-la acima de qualquer coisa que possa ser substituída ou comparada.

No reino dos fins tudo tem um PREÇO ou uma DIGNIDADE. Uma coisa que tem um preço pode ser substituída por qualquer outra coisa equivalente; pelo

contrário, o que está acima de todo preço e, por conseguinte, o que não admite equivalente, é o que tem uma dignidade. (KANT, 1785, p. 32)

O direito não só é feito pelo homem, como também para o homem, que é o bem com maior valor no ordenamento jurídico. Entretanto, tal valor incondicional, ainda que previsto na Carta Magna, não é passível de corrupção ou turbação, pois independe da autonomia da vontade do indivíduo, sendo “composta por um conjunto de direitos existenciais compartilhados por todos os homens, em igual proporção” (ANDRADE, 2013, p.317).

Nessa perspectiva, há que se falar sobre a saúde mental do indivíduo e principalmente sobre a dignidade humana do paciente em sofrimento de transtorno mental, não esquecendo-se de que o atendimento ao paciente interfere diretamente no seu bem-estar, ligado à sua qualidade de vida.

## 2.2 DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E SAÚDE MENTAL

A constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1976), sendo um direito fundamental a qualquer indivíduo. “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social” (OMS, 1976, *on-line*).

O termo saúde mental, vai além de diagnosticar a presença ou ausência de um transtorno mental, refere-se também ao nível de qualidade de vida, seja ela cognitiva ou emocional do indivíduo, podendo incluir sua capacidade de apreciação da vida e a busca pelo equilíbrio entre atividades e esforços para que atinja o melhor de si mesmo em situações desfavoráveis. São múltiplos os fatores biológicos, sociais e psicológicos que incorrem na interferência de pleno gozo do bem-estar do indivíduo, alterando seu desempenho emocional, físico e cognitivo no trabalho, por exemplo, ou reduzindo sua autonomia e autodeterminação no que tange aos seus interesses.

Saúde Mental é o equilíbrio emocional entre o patrimônio interno e as exigências ou vivências externas. É a capacidade de administrar a própria vida e as suas emoções dentro de um amplo espectro de variações sem, contudo, perder o valor do real e do precioso. É ser capaz de ser sujeito de suas próprias ações sem perder a noção de tempo e espaço. É buscar viver a vida na sua plenitude máxima, respeitando o legal e o outro. É estar de bem



consigo e com os outros. Aceitar as exigências da vida. Saber lidar com as boas emoções e também com as desagradáveis: alegria/tristeza; coragem/medo; amor/ódio; serenidade/raiva; ciúmes; culpa; frustrações. Reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário (LORUSSO, 2011, *on-line*)

Em 1991, a Assembleia Geral da ONU promulgou significativas disposições sobre a liberdade e os direitos de um indivíduo que sofre de transtorno mental ou até mesmo aquele que equipara-se a um, evidenciando cada vez mais que a presença de um transtorno mental não altera a existência ou sequer atinge a dignidade da pessoa humana, defendendo que “todas as pessoas portadoras de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, deverão ser tratadas com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana” (ONU, 1991, *on-line*), assegurando-lhes direitos e deveres perante a sociedade.

Isto posto, entende-se que a dignidade da pessoa humana é algo intransferível e irrenunciável, apesar de não ser inviolável, devendo ser respeitada e protegida. Ante o exposto, nota-se a preocupação em assegurar que todo e qualquer indivíduo, independentemente de qualquer patologia seja ela física ou mental, tenha seus direitos resguardados de forma expressa em lei.

### 3. DOENÇAS MENTAIS

Criado em 1852 na cidade do Rio de Janeiro, o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro nomeado de Hospital Psiquiátrico Pedro II, também conhecido como Palácio da Loucura (Centro Cultural Ministério da Saúde (CCMS), *on-line*), tornou-se o marco histórico na assistência psiquiátrica do país, dando vazão à criação de outras instituições no território nacional. Entretanto, além da exclusão social que as medidas de tratamento nessas instituições proporcionaram, devido a localização dos estabelecimentos em locais distantes para que o tratamento não fosse afetado por acontecimentos externos, fatores como a superlotação, maus-tratos, ausência de alimentação e vestuários, bem como péssimas condições de sobrevivência e cuidados técnicos, afetaram diretamente a dignidade da pessoa humana dos pacientes ali tratados.

A doença mental constitui um estigma que produz exclusão social e desumaniza as relações, e os doentes mentais com grande comprometimento psíquico formam uma minoria de indivíduos despersonalizados, sem voz, sem amigos, sem família, e com poucos contatos no mundo livre ou “normal”, composto por sujeitos de direitos no sentido pleno. Nesse contexto, a hospitalização psiquiátrica e as intervenções nessa área podem, muitas vezes, trazer consigo efeitos anti terapêuticos. (TRINDADE, 2012, p.43)

Durante muito tempo, pessoas em sofrimento mental eram constantemente excluídas do convívio em sociedade devido aos seus comportamentos incompreendidos ou sua forma diferente de perceber o mundo. Segundo Parise (*on-line*), “o portador de doença mental (...) é visto como um ser incapaz de realizar certas funções e ainda ameaçador para a sociedade”. Tal exclusão era feita muitas vezes mediante encarceramento em condições desfavoráveis e desumanas, como meio de silenciar aqueles que não entravam no padrão de normalidade dos demais.

Não obstante a situação dos hospitais públicos, durante os anos 60 e 70 foram criadas diversas clínicas psiquiátricas privadas em conformidade com o poder público, que obtiveram lucro às custas das internações, por vezes, desnecessárias, de pessoas taxadas de loucas pela sociedade. Ao final dos anos 80, o Brasil contava com diversos hospitais psiquiátricos, sendo em sua maioria, privados conveniados ao SUS, gerando assim altos custos ao poder público com internações devido à falta de outras medidas de assistência aos que sofriam de transtornos mentais, além de não possuir

qualquer controle por parte do poder público nas especificações de suas internações como o tempo máximo e o motivo de tal medida

No final dos anos 70, denúncias sobre violência e as condições desumanas encontradas nos manicômios nacionais começam a ganhar volume, principalmente pelo intermédio do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (Ministério da Saúde, 2005). A partir desse período, dá-se início às primeiras propostas e ações para o redirecionamento da assistência em saúde mental, adotando após o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, ocorrido em Bauru- São Paulo, as palavras de ordem “Por uma sociedade sem manicômios”.

Em 1989, dá-se início ao projeto de Lei, do então deputado e autor da norma, Paulo Delgado, e após 12 (doze) anos de tramitação, é sancionado pelo Congresso Nacional a Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.219/01. A referida Lei, que conta com a multidisciplinaridade das searas jurídica, psicológica, psiquiátrica e assistência social, versa sobre os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, bem como apresenta formas de tratamento que serão exemplificadas ao longo dessa pesquisa.

[...] doença mental abrange as psicoses, que poderão ser constitutivas (esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva, epilepsia genuína, paranoia, parafrenias e estados paranoicos) ou adquiridas (traumáticas, exóticas, endotóxicas, infecciosas e demências por senilidade, arteriosclerose, sífilis cerebral, paralisia geral, atrofia cerebral e alcoolismo). (HUNGRIA, 1953, p. 334)

Ainda que vários tabus tenham sido quebrados ao longo dos anos no que tange às doenças mentais, este ainda é um assunto pouco compreendido. As causas desses tipos de doença são complexas, variando em problemas no funcionamento do cérebro, genética, traumas e afins.

Sendo assim, com a finalidade de catalogar doenças e suas especificações, foi desenvolvida em 1933 a CID (Classificação Internacional de Doenças), que como o próprio nome diz, refere-se à classificação de doenças e problemas relacionados à saúde, utilizada como parâmetro no âmbito médico e jurídico. Em 1952, era criado o DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais), publicado pela Associação Americana de

Psiquiatria (APA), que consiste em um manual de diagnóstico e estatístico criado com o intuito de definir como é feito o diagnóstico de transtornos mentais. A pesquisa em questão tem como enfoque a esquizofrenia, seu diagnóstico e seu impacto no âmbito jurídico.

### 3.1 ESQUIZOFRENIA

O termo “esquizofrenia”, criado pelo psiquiatra Eugen Bleuler (1857-1939) no final do século XIX, vem do grego *esquizo* – fenda e *phren* – mente, mente fendida. Tal nomenclatura refere-se a um tipo de transtorno mental que não obtém um sintoma categórico para a sua classificação, pois manifesta-se de formas diferentes em cada indivíduo, não se enquadrando nos termos de demência precoce dado por Emil Kraepelin àquela época.

Para Nucci (2009, p. 276) a esquizofrenia é a “perda do senso de realidade, havendo a nítida apatia, com constante isolamento; perde-se o elemento afetivo, existindo introspecção; não diferencia realidade e fantasia”.

O estudo da doença mental, como o de qualquer outro objeto, inicia pela observação cuidadosa de suas manifestações. A observação articula-se dialeticamente com a ordenação dos fenômenos. Isso significa que, para observar, também é preciso produzir, definir, classificar, interpretar e ordenar o observado em determinada perspectiva, seguindo certa lógica (DALGALARRONDO, 2008, p 25).

A esquizofrenia está tipificada na CID 10, nos blocos F.20 a F.29, classificada da seguinte forma:

Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, ideias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos.”(DATA SUS, on-line)

A esquizofrenia é a principal forma de psicose, sendo uma doença evolutiva que pode ocorrer em surtos inconstantes, únicos ou em diversos episódios. Os

sintomas podem variar de indivíduo para indivíduo, podendo manifestar-se em formas graduais ou em surtos, podendo oscilar nas aparições. Entre as classificações expostas na CID 10, a que mais se destaca no âmbito jurídico é a esquizofrenia paranoide.

Uma perturbação na coerência normal das associações – como um fracionamento do fluxo do pensamento – e por outro lado, por uma ruptura do contrato afetivo com o meio ambiente, por uma impossibilidade de entrar em comunicação espontânea com a vida afetiva do outro (FOUCAULT, 1998, p.8)

Não há registro de uma única causa que seja o gatilho para esse quadro psicológico, pois diversos podem ser os fatores, principalmente se o indivíduo faz uso de substâncias psicoativas ou algo do gênero. Na obra de Paulo Dalgallarrondo (2009), denominada “Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais”, o autor destinou um capítulo sucinto sobre a esquizofrenia, citando demais autores, como Kurt Schneider que denominou sintomas significativos da doença como “sintomas de primeira ordem”.

Os sintomas de primeira ordem indicam a profunda alteração da relação Eu-mundo, o dano radical das “membranas” que delimitam o Eu em relação ao mundo (DALGALLARRONDO, 2008, p. 328), revelando assim a falta de controle sobre o próprio eu. Tais sintomas caracterizam-se por: alucinações auditivas; eco, difusão e roubo do pensamento; percepção delirante; vivências de influência na esfera corporal ou ideativa.

## Definições de esquizofrenia segundo Kraepelin, Bleuler, Jaspers, Schneider, CID-10 e DSM-IV

| Emil Kraepelin (1856-1926)   | Eugen Bleuler (1857-1939)   |
|--|---|
| <p><b>Alterações da vontade</b> (perda do elã vital, negativismo, impulsividade, etc.)</p> <p><b>Embotamento afetivo</b></p> <p><b>Alterações da atenção e da compreensão</b></p> <p>Transtorno do pensamento, no sentido de <b>associações frouxas</b></p> <p><b>Alucinações</b>, especialmente auditivas</p> <p><b>Sonorização do pensamento</b></p> <p><b>Vivências de influência</b> sobre o pensamento</p> <p><b>Evolução deteriorante</b> (83% dos casos) no sentido de embotamento geral da personalidade</p>   | <p>Alterações formais do pensamento, no sentido de <b>afrouxamento até dissociação das associações</b></p> <p><b>Ambivalência afetiva</b>; afetos contraditórios vivenciados intensamente ao mesmo tempo</p> <p><b>Autismo</b>, como tendência a um isolamento psíquico global em relação ao mundo, um "ensimesmamento" radical</p> <p><b>Dissociação ideoafetiva</b>, desarmonia profunda entre as idéias e os afetos</p> <p><b>Evolução muito heterogênea</b>, podendo muitos casos apresentarem evolução benigna</p>   |
| Karl Jaspers (1883-1969)   | Kurt Schneider (1887-1967)  |
| <p><b>Idéias delirantes primárias</b>, não-deriváveis ou compreensíveis psicologicamente</p> <p><b>Humor delirante</b> precedendo o delírio</p> <p><b>Alucinações verdadeiras, primárias</b></p> <p><b>Vivências de influência</b>, vivências do "feito"</p> <p><b>Ocorrência ou intuição delirante</b></p> <p>Analisando a vida total do paciente, nota-se que ocorreu <b>quebra na curva existencial</b>; os surtos fazem parte de um <b>processo insidioso</b> que transforma radicalmente a personalidade e a existência do doente</p>   | <p>Percepção delirante</p> <p>Vozes que comentam a ação</p> <p>Vozes que comandam a ação</p> <p>Eco ou sonorização do pensamento</p> <p>Difusão do pensamento</p> <p>Roubo do pensamento</p> <p>Vivências de influência no plano corporal e do pensamento</p>   |
| CID-10   | DSM-IV  |
| <p><b>Alteração das funções mais básicas</b> que dão à pessoa senso de individualidade, unicidade e de direção de si mesmo</p> <p><b>Eco, inserção, irradiação ou roubo do pensamento</b></p> <p><b>Delírios de influência</b>, controle ou passividade</p> <p><b>Vozes que comentam a ação</b></p> <p><b>Delírios persistentes culturalmente inapropriados</b></p> <p><b>Alucinações persistentes</b> de qualquer modalidade, sem claro conteúdo afetivo (não-catatônicas)</p> <p><b>Interceptações ou bloqueios do pensamento</b></p> <p><b>Comportamento catatônico</b>, com flexibilidade cerácea, negativismo, mutismo, etc.</p> <p><b>Sintomas negativos</b> (empobrecimento afetivo, autonegligência, diminuição da fluência verbal, etc.)</p> <p><b>Alteração significativa na qualidade global do comportamento pessoal</b>, perda de interesse, retração social; os sintomas devem estar presentes por, pelo menos, um mês</p> | <p>Dois ou mais dos seguintes sintomas (de 1 a 5) devem estar presentes com duração significativa, por período de, pelo menos, um mês:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Delírios</li> <li>2. Alucinações</li> <li>3. Discurso desorganizado</li> <li>4. Comportamento amplamente desorganizado ou catatônico</li> <li>5. Sintomas negativos (embotamento afetivo, alogia, avolição)</li> <li>6. Disfunções sociais, no trabalho e/ou no estudo, denotando perdas nas habilidades interpessoais e produtivas</li> </ol> <p>Duração dos sintomas principais (de 1 a 5) de, pelo menos, um mês, e do quadro deficitário (sintomas negativos, déficit funcional, etc.) por, pelo menos, seis meses</p> |

Fonte: Dalgalarrondo (2008, p. 330)

A imagem acima é um compilado de Dalgalarrondo (2008) das definições e sintomas da esquizofrenia para diversos autores. Percebe-se que os sintomas são diversos e variam com o tempo. Nas searas psiquiátricas e psicológicas, não há uma etiologia concreta sobre as causas da esquizofrenia, entretanto, acredita-se que as variáveis culturais, psicológicas e biológicas, podem ser fatores que colaboram para a desordem mental. Muitos estudos epidemiológicos mostram que indivíduos que

possuem parentes em primeiro grau com esquizofrenia possuem um risco aumentado em desenvolver a doença (SILVA, 2006, p.267). O psicólogo jurídico Trindade (2012) afirma que a mudança social ou ambiental, novas experiências e até mesmo o óbito de parentes ou entes queridos podem ser gatilhos para o aparecimento da esquizofrenia, causando a deterioração das funções mentais do indivíduo, e dificilmente a ocorrência de surtos permite o retorno normal das funções mentais devido a sequela residual deixada a cada episódio.

### 3.2 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é feito de forma clínica e fundamentado na CID 10. “Os primeiros sintomas da esquizofrenia geralmente ocorrem na adolescência ou no início da idade adulta, desencadeado por um evento estressor identificável” (TRINDADE, 2012, p.131). Tais sintomas podem ser caracterizados em formas diferentes:

- 1- Síndrome Positiva
- 2- Síndrome Negativa
- 3- Síndrome Desorganizada

Os sintomas positivos, comuns a esquizofrenia paranoide, são denominados assim por responderem melhor ao tratamento da doença e caracteriza-se, basicamente, pela presença de delírios e alucinações., o que é algo comum aos pacientes diagnosticados com esquizofrenia. Os principais sintomas são: as alucinações; as ideias delirantes; comportamento bizarro; agitação psicomotora; ideias bizarras e produções linguísticas novas como neologismos e parafasias (DALGALARRONDO, 2008, p.331)

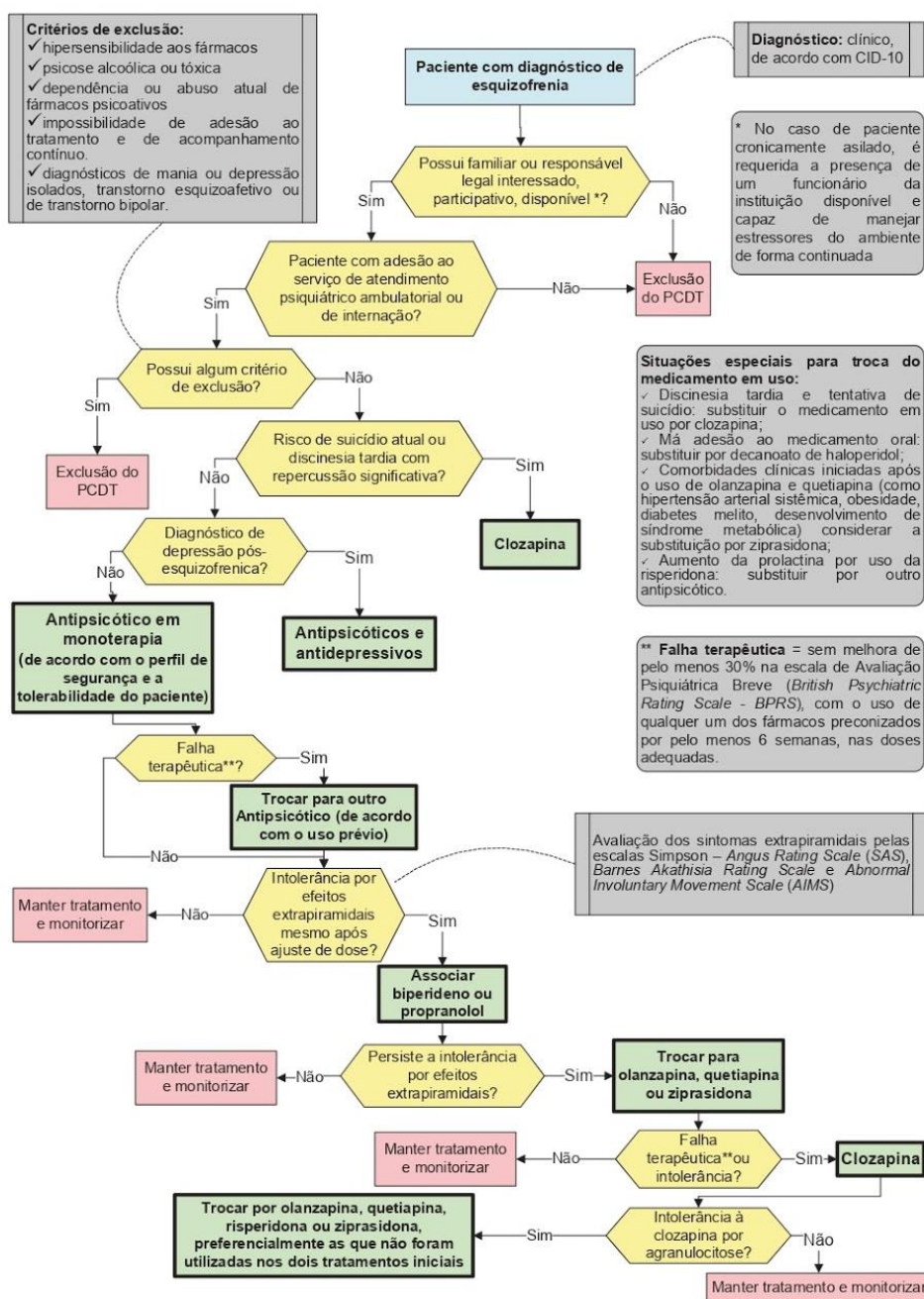
Os sintomas negativos, por sua vez, estão diretamente ligados à perda de determinadas funções psíquicas como o pensamento e a linguagem, que ocorrem de forma mais silenciosa, atingindo principalmente o que sofre de transtorno mental, sem grandes transtornos a terceiros e diferente dos sintomas positivos, possuem certa resistência ao tratamento. Os principais sintomas dessa síndrome são: o distanciamento afetivo; retração social; empobrecimento da linguagem e do pensamento; diminuição da fluência verbal; diminuição da vontade e hipopragmatismo; negligência quanto a si mesmo; e lentificação e empobrecimento psicomotor (DALGALARRONDO, 2008, p. 329).

Já a síndrome desorganizada, é denominada como esquizofrenia hebefrênica pois a elaboração delirante é pobre ou ausente, sendo seus sintomas classificados em: pensamento progressivamente desorganizado; comportamentos desorganizados; afeto inadequado e afeto pueril (DALGALARRONDO, 2008, p.331).

Sabe-se que a esquizofrenia ainda não possui cura, entretanto é possível controlar um quadro clínico mais agravante mediante tratamento correto e assistido. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Esquizofrenia, baseado na Portaria SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013 e aprovado pelo Ministério da Saúde, dispõe sobre as especificações da doença, bem como seu tratamento de forma medicamentosa nas unidades de Atenção Básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Pronto Atendimento, hospitais gerais e especializados, entre outros. Apesar dos benefícios que o medicamento pode trazer, é possível que apareçam algumas reações desagradáveis, tais como sonolência, sedação, tonturas, dor de cabeça, cansaço, visão turva, ganho de peso, tremores, entre outras.



## FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO ESQUIZOFRENIA



Fonte: Portaria SAS/MS nº 364, 2013.

### 3.3 IMPUTABILIDADE, INIMPUTABILIDADE E SEMI IMPUTABILIDADE

No que versa sobre os crimes cometidos por indivíduos que sofrem de transtorno mental, há que se falar sobre a culpabilidade do agente.

Culpabilidade diz respeito ao juízo de censura, ao juízo de reprovabilidade que se faz sobre a conduta típica e ilícita praticada pelo agente. Reprovável ou censurável é aquela conduta levada a efeito pelo agente, que nas condições se encontrava, podia agir de outro modo. (GRECO, 2010, p.85.)

O verbo imputar é o ato de atribuir algo a alguém (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa *on-line*). A imputabilidade no âmbito jurídico consiste na capacidade psíquica do sujeito a ser responsabilizado por fatos que contradigam o estipulado no ordenamento vigente.

A imputabilidade é a plena capacidade (estado ou condição) de culpabilidade, entendida como capacidade de entender e querer, e, por conseguinte, de responsabilidade criminal (o imputável responde por seus atos). Costuma ser definida como “conjunto das condições de maturidade e sanidade mental que permitem ao agente conhecer o caráter ilícito do fato e de determinar-se de acordo com esse entendimento”. Essa capacidade possui, logo, dois aspectos: cognoscivo ou intelectual (capacidade de compreender a ilicitude do fato); e volitivo ou de determinação da vontade (atuar conforme essa compreensão) (PRADO, 2002, p. 249).

Segundo Capez (2006) a imputabilidade consistente na capacidade de entendimento, e na capacidade de comandar a própria vontade, na ausência de um desses elementos, não há que se falar em responsabilização de seus atos. Entretanto, o autor aponta quatro excludentes da imputabilidade, sendo elas.

- 1- Doença mental que compreende todas as psicoses, assim como a esquizofrenia e paranoia, deixando afetada a capacidade de entender o caráter criminoso do fato.
- 2- O desenvolvimento mental incompleto que é aquele que ainda não se concluiu por falta de convivência do agente em sociedade ou por sua recente idade.
- 3- O Desenvolvimento mental retardado é aquele que não tem capacidade de entendimento, tendo redução intelectual e baixo desenvolvimento normal para aquela idade.
- 4- Embriaguez completa proveniente de caso fortuito ou força maior é aquela considerada biológica que justifica a inimputabilidade, o agente tem perturbações das funções psíquicas, devido a intoxicação provocada por álcool (CAPEZ, 2003, p.).

A inimputabilidade, resguardada pelo art. 26 do Código Penal brasileiro, refere-se a todo agente que é incapaz de responder por sua conduta delituosa, ou seja, que

não tem noção do que seja um ato ilícito e do que seja um ato lícito, lhe falta capacidade para a distinção de tais fatos, seja ela transitória ou não. Nesses casos, o agente delitivo é absolvido do crime, porém submetido às medidas de segurança.

Art. 26 - 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. (BRASIL, 1940, *on-line*)

Como uma espécie de junção das duas modalidades, a semi-imputabilidade, pautada no artigo 26, parágrafo único do referido código é caracterizada quando o agente delitivo, à época do delito, é parcialmente incapaz de entender ou determinar o caráter criminoso do fato. Tal modalidade incorre na redução de pena do agente delitivo.

Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um 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. (BRASIL, 1940)

As formas clínicas da esquizofrenia que mais se destacam no âmbito jurídico são: a paranoide e a simples. Devido ao distúrbio de afetividade, os indivíduos que se enquadram nessas tipologias da doença tendem a cometer crimes violentos, enquanto os esquizofrênicos simples fogem do local e agem de forma dissimulada, os esquizofrênicos paranoides agem de forma contrária.

As principais características do crime realizado por indivíduo esquizofrênico são: a incompreensibilidade do delito, inconsistência do motivo, a execução cruel e bizarra da vítima, total falta de remorso após o crime (MACHADO, 2015)

Nos tópicos anteriores, pontua-se que a esquizofrenia é uma doença mental crônica que não possui uma causa específica e seus sintomas são variáveis, capazes de corromper a cognição do indivíduo que sofre desse transtorno, deixando-o alheio a realidade. Entretanto, há discussões sobre o enquadramento correto do agente delitivo no âmbito penal. “A esquizofrenia inclui-se entre as anomalias psíquicas, que podem excluir totalmente a imputabilidade penal” (DELMANTO, 2000 p. 46), por ser considerada doença mental e resguardada no art. 26 do código penal, entretanto, a esquizofrenia total não atinge a todos os agentes delitivos, podendo o mesmo ser considerado semi-imputável se for comprovado a sua capacidade de entender que sua doença é um risco e ainda assim recusar o tratamento adequado.

Art. 149. 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.

§ 1º O exame poderá ser ordenado ainda na fase do inquérito, mediante representação da autoridade policial ao juiz competente.

§ 2º O juiz nomeará curador ao acusado, quando determinar o exame, ficando suspenso o processo, se já iniciada a ação penal, salvo quanto às diligências que possam ser prejudicadas pelo adiamento. (BRASIL ano, *on-line*)

Na seara jurídica no âmbito do direito processual penal, para fins de comprovação do transtorno mental é necessário que o agente delitivo seja submetido a exame pericial de sanidade, solicitado de ofício pelo juiz. Uma vez diagnosticado o transtorno mental e seu grau de impacto, o agente deve ser recolhido em hospital adequado ao seu tratamento, devendo, também, a pena ser substituída por medida de segurança.

#### **4. CONCEITO E EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA**

A prática de um delito cometido por um agente imputável, em via de regra, enseja na aplicação de sanção penal adequada para tratar de tal conduta. Por outro lado, o ato ou cometido por um agente inimputável ou semi-imputável, acarreta no que é chamado no direito penal de medidas de segurança.

A medida de segurança constitui uma providência do poder político que impede que determinada pessoa, ao cometer um ilícito-típico e ser revelar perigosa, venha a reiterar na infração, necessitando de tratamento adequado para a sua reintegração social (FERRARI, 2001, p.).

O Código Penal Brasileiro anterior (1980), revogado pela Lei 7.209/84, adotava o sistema duplo-binário que viabilizava a aplicação de uma pena e uma medida de segurança simultaneamente. Sendo assim, ao passo que o sistema buscava a solução ou uma espécie de cura para o indivíduo supostamente em sofrimento mental com as medidas protetivas, não excluía a sanção penal dada aos agentes delitivos que não se encaixavam no rol de doenças mentais, causando a dupla penalização e de certa forma, prejudicando a recuperação dos apenados.

Quando o réu praticava delito grave e violento, sendo considerado perigoso, recebia pena e medida de segurança. Assim, terminada a pena privativa de liberdade, continuava detido até que houvesse o exame de cessação da periculosidade. Na prática, para a maioria dos sentenciados, a prisão indefinida afigurava-se profundamente injusta – afinal, na época do delito, fora considerado imputável, não havendo sentido para sofrer dupla penalidade (NUCCI, 2007, p.549).

Atualmente, o Código Penal adota o sistema vicariante, ou seja, a acumulação de pena concomitante a medida de segurança não é permitida, devendo escolher entre a primeira e a segunda para o cumprimento da sentença.

De forma mais clara, quando o agente na época do delito for imputável, deve-se aplicar a pena tipificada no Código, caso o agente, na época do delito for inimputável, caberá a aplicação de medida de segurança. Em um terceiro caso, onde o agente delitivo é considerado semi-imputável na ocorrência do fato, onde oscila entre a lucidez e a sua ausência, deve o juiz optar entre a pena e a medida de segurança, conforme estipulado no novo sistema utilizado pelo Código Penal brasileiro.

#### 4.1 ESPÉCIES E REQUISITOS

As medidas de segurança possuem três requisitos: a prática de um fato típico punível, a ausência de imputabilidade plena e a periculosidade do agente (BITENCOURT, 2003). O fato típico punível, está previsto na norma conjuntamente com o tempo de pena cabível a ele; a ausência de imputabilidade consiste na inconsciência total ou parcial da ação delitiva ou de sua ilicitude por motivos alheios a vontade do agente e a periculosidade “é o conjunto ou as circunstâncias que indicam a possibilidade de alguém praticar ou tornar a praticar um crime” (PALOMBA, 2003).

O Código Penal em seu artigo 96 e seguintes dispõe sobre as medidas de segurança utilizadas atualmente no ordenamento jurídico brasileiro.

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.

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta (BRASIL, 1984, on-line)

O Código penal, como apontado no tópico anterior possui duas espécies de medida de segurança, a saber: internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e a sujeição a tratamento ambulatorial. A internação em hospital de custódia possui caráter detentivo, onde o apenado fica isolado em um hospital psiquiátrico. Em contrapartida, o tratamento psiquiátrico e a sujeição a tratamento ambulatorial funcionam como a pena restritiva de direito.

As penas e as medidas de segurança constituem as duas formas de sanção penal. Enquanto a pena é retributiva-preventiva, tendendo hoje a readaptar à sociedade o delinquente, a medida de segurança possui natureza essencialmente preventiva, no sentido de evitar que um sujeito que praticou um crime e se mostra perigoso venha a cometer novas infrações penais (JESUS, 2010, p. 589)

Para a segunda espécie de medida de segurança, o artigo 101 da Lei de Execução Penal dispõe:

Art. 101. O tratamento ambulatorial, previsto no artigo 97, segunda parte, do Código Penal, será realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outro local com dependência médica adequada (BRASIL, 1984, on-line).

## 4.2 PRAZO DE DURAÇÃO

A lei não possui um prazo limite de duração específica para as medidas de segurança, apesar de possuir um prazo mínimo que corresponde de 1 (um) a 3 (três) anos. O prazo estipulado como tempo mínimo da medida de segurança é fixado para a realização do primeiro exame de cessação de periculosidade. O artigo 97, § 1º do código penal, dispõe:

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

§ 1º A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo, deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos (BRASIL, 1984, on-line).

Para que seja estipulado uma espécie de “alta”, o paciente deve passar por perícia médica e esta deve constar a cessação de sua periculosidade, o que abre um parêntese para discussão sobre a periculosidade que será tratada como pesquisa nesse artigo.

Art. 97, § 3º - A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade (BRASIL, 1984, on-line).

Há divergências no que tange à ausência de estipulação na letra da lei de um prazo específico para o término da sanção penal. Acredita-se que entra em desacordo com a proibição de pena perpétua assegurada pela Carta Magna em seu artigo 5º, visto que o prazo mínimo estipulado pelo Código Penal pode ser renovado diversas vezes.

**Art. 5º** Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

**XLVII** - não haverá penas:

**b)** de caráter perpétuo; (BRASIL, 1988, on-line)

Enquanto o doutrinador Bitencourt defende a necessidade de limitar o cumprimento das medidas de segurança a prazo não superior a trinta anos, que é o lapso temporal permitido de privação da liberdade do infrator (2010, p. 785), Ferrari

defende que as medidas de segurança derivariam de um critério puramente utilitário, eticamente neutro e sem nenhuma obediência a critérios de justiça ou a limites de duração (2001, p.158).

#### 4.3 APLICAÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL

Anteriormente, os hospitais de custódia e tratamento eram chamados de manicômios judiciários. A Lei nº10.216 de 6 de abril de 2001, conhecida como Reforma Psiquiátrica, foi instaurada para resguardar os direitos das pessoas acometidas de transtorno mental, de forma que os meios utilizados com a finalidade de obter melhora ou controle do quadro prejudicial, não se tornassem medidas abusivas.

À luz do Código Penal Brasileiro vigente, as medidas de segurança são aplicadas aos agentes inimputáveis e semi-inimputáveis, entretanto tais medidas não são criteriosas para a aplicação da sanção penal e sim a natureza da pena privativa de liberdade correspondente ao ato delitivo executado pelo agente em sofrimento de transtorno mental.

*A priori*, o artigo 97 do código supracitado dispõe sobre a substituição da medida de segurança detentiva do inimputável, pela internação em hospital de custódia, bem como permite que a internação do agente seja convertida em tratamento ambulatorial, caso o crime efetuado seja punível com a detenção de direitos mediante determinação judicial, qualquer que seja a fase de tratamento desde que seja para fins curativos.

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial

§ 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos (BRASIL, 1984, on-line)

No que condiz ao agente semi-imputável, anteriormente citado no parágrafo único do artigo 26, a pena aplicada pode ser reduzida de um a dois terços, ou substituída por medida de segurança em casos em que a pena a ser aplicada seja privativa de liberdade.



Se a pena aplicada não for privativa de liberdade – por ter sido substituída por restritiva de direitos ou por multa -, será impossível a sua substituição por medida de segurança (BITENCOURT, 2003)

## **5. O SISTEMA PENAL BRASILEIRO E O TRATAMENTO DE PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL ESQUIZOFRÊNICO**

O Sistema Prisional brasileiro vem apresentando um cenário precário e violentando a dignidade humana de seus encarcerados, afastando-se cada vez mais do objetivo de ressocialização após o cumprimento da pena pelo agente delito, previstos na Carta Magna brasileira e na Lei de Execução Penal adotada pelo país.

Ainda que anos atrás a pena privativa de liberdade tenha sido, de certa forma uma escapatória mais justa para punir o indivíduo que cometia infringia a lei, por vezes consuetudinária, hoje a medida tem se tornado cada vez mais uma promoção de violência e insegurança por parte da sociedade, que pratica a segregação das pessoas condenadas as colocando numa exclusão social grave. Percebe-se que o problema não é apenas no sistema carcerário em si, como também na comunidade que esbanja a liberdade de expressão e o direito de ir e vir excluindo o detento a ser reinserindo, tornando-o propenso a continuar na vida delituosa.

O sistema penitenciário tem finalidade de reeducar, devido a sua assistência pedagógica, médica e social, as condições de cumprir pena em estabelecimentos bem estruturados, além de outras medidas. Tendo por finalidade a reinserção social e a prevenção da criminalidade (MIRABETE, 2007).

Nos casos dos pacientes que sofrem de transtorno mental, a penalidade é tida como uma sanção penal, visto que reconhece a incapacidade total ou parcial do agente de discernir sobre sua conduta. O hospital de custódia e tratamento tem como finalidade a obtenção da cessação de periculosidade, mediante acompanhamento psiquiátrico, psicológico e de serviço social. Entretanto o tratamento é falho visto que, como o paciente não possui previsão de alta, não há espaço para que novas internações sejam realizadas, acabando por vezes, adotando-se um longo período em cárcere comum, onde os submetidos a medidas de segurança aguardam a liberação de vaga.

Constituindo-se muitos desses hospitais em depósitos de vidas humanas banidas de sanidade e de esperança, porquanto desestruturados para o tratamento determinado pela lei e reclamado pelo paciente, desprovidos que são de recursos pessoais e materiais apropriados à finalidade a que se destinam (MARCÃO, 2012, p. 205).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa foi realizada com a finalidade de identificar possíveis ajustes jurídicos para melhorar a ressocialização do indivíduo esquizofrênico; evidenciar os meios de prevenção dos atos ilícitos cometidos pelo indivíduo e analisar a (in)eficácia das atuais medidas de segurança, no Brasil, para os casos de esquizofrenia.

Ao analisar a escassez de informações no que tange a saúde mental no âmbito jurídico, vê-se que, apesar das restaurações efetuadas para que o paciente de transtorno mental tenha o devido tratamento para os casos que incorrem em sanções penais, é possível encontrar falhas no sistema em que as medidas de segurança sejam efetivas.

Nota-se que, o sistema carcerário brasileiro “habitual” encontra-se em grande dificuldade de completar o seu objetivo final que deveria ser educar e reinserir o agente delitivo para que este não torne a repetir o ato delituoso. Além das condições de sobrevivência desfavoráveis ao preso, que interferem diretamente na dignidade da pessoa humana, o encarceramento, ainda que justo, dessas pessoas o tornam excluídos da sociedade por puro preconceito.

Ainda que o “encarceramento” do agente que sofre de transtorno mental esquizofrênico, seja feito em um hospital de custódia, como é chamado pela lei, não diminui o efeito causado. Veja bem, o sistema penal brasileiro tem a caráter de educar e reinserir o detento em sociedade, garantindo-lhe tempo certo para o encarceramento seja ele qual for, ainda que seja alterado ao longo do cumprimento da pena. Ainda assim, há sequelas naqueles que por algum motivo enfrentaram as grades, mesmo que por tempo mínimo.

Como elencado durante a pesquisa, a esquizofrenia é uma doença capaz de afetar permanentemente o cérebro do indivíduo, incapacitando-o de discernir entre realidade e ficção. Apesar de não possuir uma cura para tal transtorno, o tratamento para o controle dos sintomas existe e um dos principais fatores positivos do tratamento é o convívio familiar e social onde o esquizofrênico pode reconhecer limites. Oras, se no hospital de custódias o paciente deve estar em tratamento em um local recluso, por diversas vezes longe do contato comum da sociedade externa àquele ambiente, sem previsão de saída, e quase sempre sem uma fiscalização adequada dos órgãos responsáveis, o hospital de custódia deixa de ser para a finalidade de melhora do

paciente infrator e passa a ter caráter manicomial onde o paciente é submetido a diversos procedimentos e ao desgaste emocional por viver recluso.

Isto posto, há que se falar no investimento do tratamento ambulatorial, como por exemplo o serviço CAPS- Centro de Atenção Psicossocial. O CAPS, como é comumente conhecido, é um serviço de diversas modalidades que trata de transtornos mentais e vícios, de crianças à idosos de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O tratamento conta com psicoterapia, atendimento psiquiátrico, regulamentação e administração de medicamentos, atividades físicas com um profissional específico, oficinas terapêuticas, terapia ocupacional, assistência social e apoio familiar. As unidades mais conhecidas são conhecidas como CAPS II que trabalham com a permanência – dia do paciente, interagindo – o com pacientes e funcionários, bem como trabalhando coordenação motora através de artesanato e instrumentalização musicais.

A internação compulsória nos hospitais de custódia pode ser modificada para o tratamento ambulatorial, mesmo que por força jurídica. O CAPS, ainda que se torne uma medida de segurança obrigatória, trabalha com o *animus domini* do paciente e depende disso para que o tratamento ocorra de forma satisfatória, sendo assim, não impõe que o paciente seja isolado da sociedade “normal” para a eficácia do seu tratamento, ao contrário, incentiva o contato externo como critério de aprendizado, humanização e respeito ao enfermo mental.

## 7. REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. Trad. da 1ª. ed. brasileira coordenada e revista por Alfredo Bosi; revisão da trad. e trad. dos novos textos Ivone Castilho Benedetti. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ALMEIDA, Francieli Batista. Direito penal da loucura. A questão da inimputabilidade penal por doença mental e a aplicação das medidas de segurança no ordenamento jurídico brasileiro. **Revista Jus Navigandi**, v. 17, n. 3205, abr. 2012. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/21476>>. Acesso em: 8 jun. 2019.

ANDRADE, André Gustavo Corrêa de. O Princípio Fundamental da Dignidade Humana e sua Concretização Judicial. **Revista da EMERJ**, v. 6, n. 23, 2003. Disponível em: [http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj\\_online/edicoes/revista23/revista23\\_316.pdf](http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista23/revista23_316.pdf). Acesso em: 12 out. 2019

BITENCOURT, Cezar Roberto. Tratado de Direito Penal Vol. I – Parte Geral. 8. Ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**: parte geral. 15. ed., rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2010. v. 1 ISBN 978-85-02-08610-4

BRASIL. **(SPP/DVSAM - Saúde Mental) Definição de Saúde Mental**. Secretaria de Saúde, Paraná, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059#:~:targetText=Sa%C3%BAde%20Mental%20%C3%A9%20o%20equil%C3%ADbrio,do%20real%20e%20do%20precioso.&targetText=Sa%C3%BAde%20Mental%20%C3%A9%20estar%20de%20bem%20consigo%20e%20com%20os%20outros.>>. Acesso em: 25 set. 2019.

BRASIL. **A Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental**: A ASSEMBLÉIA GERAL (ONU nº A / 46 / 49 – 17/12/1991). 1991. 11 f. Organização das Nações Unidas, Rio de Janeiro, 1991.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Decreto-Lei no 2.848 de 07 de setembro de 1940. **Código Penal Brasileiro**, 1940.

BRASIL. Lei Nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. **Lei de Reforma Psiquiátrica Brasília-Df.** 2001.

BRASIL. Lei No 3.071, de 1 de Janeiro de 1916. **Código Civil de 1916.** Brasília-DF, 1916.

BRASIL. Lei No 3.689, de 03 de Outubro de 1941. **Código de Processo Penal.** Brasília-DF, 1941.

BRASIL. Lei No 7.210, de 11 de Julho de 1984. **Lei de Execução Penal.** Brasília-DF, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.** Disponível em: [http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20\\_f29.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20_f29.htm)

BRASIL. **Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Esquizofrenia.** Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-esquizofrenia-livro-2013.pdf>

BRASIL. **Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial.** Nações Unidas Brasil, 2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/saude-mental-depender-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/>. Acesso em: 12 out. 2019.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal:** parte geral. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal Parte Geral.** 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

CARVALHO, Kildare Gonçalves. **Direito constitucional:** teoria do estado e da constituição. 15. ed., Belo Horizonte: Positivo, 2009.

DELMANTO, Celso. **Código Penal Comentado**. 5 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2000

DIGNIDADE. in **Dicionário Priberam da Língua Portuguesa**. 2008-2013

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

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1988.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

FREITAS, Hugo Henrique Leão. **A esquizofrenia e discussão sobre inimputabilidade e semi- imputabilidade**. Jusbrasil, 2014. Disponível em: <https://hugohlf.jusbrasil.com.br/artigos/129735831/a-esquizofrenia-e-discussao-sobre-inimputabilidade-e-semi-imputabilidade>. Acesso em: 17 de mai. de 2019.

FÜHRER, Maximiliano Roberto Ernesto. **Tratado da inimputabilidade no direito penal**. São Paulo: Malheiros, 2000.

GOMES, Hélio. **Medicina Legal**. 32. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1997.

GRECO, R. **Curso de direito penal**. 12. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2010.

HUNGRIA, Nélson. **Comentários ao Código Penal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revista Forense, 1953.

JESUS, Damásio E. de. **Direito penal**. 31. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Tradução de Antônio Pinto de Carvalho. Companhia Editora Nacional. *On-line*. Disponível em: [http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/marcos/hdh\\_kant\\_metafisica\\_costumes.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/marcos/hdh_kant_metafisica_costumes.pdf). Acesso em: 12 out. 2019

LEIRIA, Antônio José Fabrício. **Fundamentos da Responsabilidade Penal**. Rio de Janeiro: Forense, 1980.

MACHADO, Karina Arêa Leão. **Das Medidas de Segurança e da Lei da Reforma Psiquiátrica**, 2016. Disponível em:

<https://karinaarealeao.jusbrasil.com.br/artigos/203374050/das-medidas-de-seguranca-e-da-lei-da-reforma-psiquiatrica>. Acesso em: 12 out. 2019

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006.

MIRABETE, Júlio Fabbrini; FABBRINI, Renato Nascimento. **Manual de direito penal**. 25. ed. São Paulo: Atlas, 2007-2009.

NOBRE JÚNIOR, Edilson Pereira. O direito brasileiro e o princípio da dignidade da pessoa humana. **Revista de Informação Legislativa**. v. 37 n. 145 jan./mar. 2000. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/568/r145-19.pdf?sequence=4>

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de direito penal**: parte geral, parte especial. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

**OAB- SC**, 2012. Disponível em: <http://www.oab-sc.org.br/artigos/capacidade-civil-no-ordenamento-juridico-brasileiro/475>. Acesso em 17 de maio de 2019

OPAS. **OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população**, 2016. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839). Acesso em: 12 out. 2019

PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. 886 p. ISBN 85-7454-078-1

PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002-2004.

RODRIGUES, Liane Drehmer. **A capacidade civil no ordenamento jurídico brasileiro**.



SILVA JÚNIOR, Carlos da. A Questão da Responsabilidade Penal Frente à Esquizofrenia e a Psicopatia: a importância da psicologia jurídica. IN: CONGRESSO NACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 15, São Paulo, 2015. **Anais do CONIC**, SEMESP, São Paulo, 2015. Disponível em: <http://conic-semesp.org.br/anais/files/2015/trabalho-1000019446.pdf>. Acesso em: 12 out. 2019

SILVA, José Afonso da. A dignidade da pessoa humana como valor supremo da democracia. **Revista de Direito Administrativo**, v. 212, p. 84-94, abr./jun. 1998.

Silva, Regina. Cláucia. Barbosa da. Schizophrénie: une revision. **Psicologia USP**, v. 17, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v17n4/v17n4a14.pdf>. Acesso em: 12 out. 2019

TOURINHO FILHO, Fernando da Costa. **Manual de processo penal**. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

TRINDADE, Jorge. **Manual de Psicologia Jurídica para operadores do Direito**. 6. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012

