

**CAMILA MIZOGUTI TÓFOLI**

**A ESQUIZOFRENIA E SUAS IMPLICAÇÕES FORENSES SOB A ÓTICA  
DO DIREITO E DA MEDICINA**

**Assis/SP**

**2017**

**CAMILA MIZOGUTI TÓFOLI**

**A ESQUIZOFRENIA E SUAS IMPLICAÇÕES FORENSES SOB A ÓTICA  
DO DIREITO E DA MEDICINA**

**Monografia apresentada ao Departamento de Direito do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis - IMESA e à Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA, como requisito do Curso de Direito.**

Orientador: Edson Fernando Picolo de Oliveira  
Área de Concentração: Psiquiatria Forense

**Assis/SP**

**2017**

## FICHA CATALOGRÁFICA

T644e TÓFOLI, Camila Mizoguti

A esquizofrenia e suas implicações forenses sob a ótica do direito e da medicina / Camila Mizoguti Tófoli. – Assis, 2017.

96p.

Trabalho de conclusão do curso (Direito). – Fundação Educacional do Município de Assis-FEMA

Orientador: Ms. Edson Fernando Pícolo de Oliveira

1.Esquizofrenia 2.Doença mental 3.Inimputabilidade

CDD 341.5251

# **A ESQUIZOFRENIA E SUAS IMPLICAÇÕES FORENSES SOB A ÓTICA DO DIREITO E DA MEDICINA**

**CAMILA MIZOGUTI TÓFOLI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação, avaliado pela seguinte comissão examinadora:

Orientador: \_\_\_\_\_

Ms. Edson Fernando Picolo de Oliveira

Examinador: \_\_\_\_\_

Ms. Eduardo Augusto Vella Gonçalves

**Assis/SP**

**2017**

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho *In memoriam* a meu tio Nilton e minha avó Edna, por todo incentivo que me concederam para não desistir dos meus sonhos e, de alguma forma, na realização deste trabalho.

"(...) como chegou nossa cultura a dar à doença o sentido do desvio,  
e ao doente um status que o exclui?"

Michel Foucault

## RESUMO

A finalidade deste trabalho de conclusão de curso é analisar o direito à saúde dos esquizofrênicos através de interpretações jurisprudenciais com auxílio de perícia médica no que concerne à averiguação das condições mentais desses pacientes. O primeiro capítulo tem a finalidade de elencar a evolução histórica da loucura até ser definida como esquizofrenia - por meio das características e a sua classificação segundo o DSM-4 e o CID-10. No segundo capítulo, faz-se uma abordagem sobre os pressupostos teóricos que fundamentam a interlocução do aspecto médico legal, demonstrando o diagnóstico da esquizofrenia, bem como os critérios a serem adotados pelo Judiciário para discutir a questão da inimputabilidade e da capacidade civil. O terceiro capítulo discorre sobre o direito à saúde em nossa Constituição, valendo-se de interpretações jurisprudenciais e análises dos Códigos Civil e Penal para assegurar que o Estado cumpra seus deveres de reintegrar novamente os esquizofrênicos, melhorando sua condição social, além de proporcionar uma visão menos discriminatória daqueles que sofrem dessa enfermidade visto que se costuma associá-los à loucura e, portanto, excluí-los de forma desumana.

**Palavras-chave:** Esquizofrenia; Inimputabilidade; Estatuto da Pessoa com Deficiência; Medidas de Segurança

## ABSTRACT

The goal of this final work for the undergratuation is to analyze the right to health of schizophrenics through jurisprudential interpretations with the help of medical expertise regarding the investigation of the mental conditions of these patients. The first chapter has the purpose of listing the historical evolution of madness until it is defined as schizophrenia through its characteristics and classification according to DSM-4 and CID-10. On the second chapter, an approach is taken about the theoretical presuppositions that base on the interlocution of the legal medical aspect, demonstrating the diagnosis of schizophrenia, as well as the Judiciary will discuss the issue of unimputability and civil capacity. The third chapter discusses the right to health in our Constitution through jurisprudential interpretations and analyzes of the Civil and Criminal Code to ensure that the State fulfills its duties to reintegrate schizophrenics again, improving it social condition, and providing a less discriminatory view of those who suffer of this disease in the face of associating them with madness and therefore exclude them in an inhuman way.

**Keywords:** Schizophrenia; not imputable; Statute of Disabled Person; Security measure; Semi-liability; Security measures.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

art.	Artigo
arts.	Artigos
CAPUT	Refere-se ao enunciado do artigo
CC	Código Civil
CF	Constituição Federal
CID-10	10ª edição - Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados a saúde
CP	Código Penal
CPP	Código de Processo Penal
DSM-5	5ª edição - Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais
DSM-IV	4ª edição - Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais
DSM-IV-TR	4ª edição - Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - Texto Revisado
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
LEP	Lei de Execução Penal
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
In verbis.	Termo do latim que significa nestes termos

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. ESQUIZOFRENIA.....</b>	<b>12</b>
1.1 CONTEXTO HISTÓRICO E NOMENCLATURA DA PATOLOGIA .....	12
1.2 APARECIMENTOS SINTOMÁTICOS.....	17
1.3 CLASSIFICAÇÃO .....	21
1.4 TRATAMENTO.....	24
1.5 DA FICÇÃO A VIDA REAL.....	26
<b>2. A INTERLOCUÇÃO DO ASPECTO MÉDICO-LEGAL .....</b>	<b>28</b>
2.1 EXAME PERICIAL PSIQUIÁTRICO.....	31
3.2 DIAGNÓSTICO .....	33
2.3 ASPECTOS CÍVEIS E CRIMINAIS.....	33
2.3.1 Perícia Criminal .....	34
2.3.1.1 Medidas de segurança.....	40
2.3.2 Perícia Civil .....	45
2.3.2.1 Inovações do Estatuto da Pessoa com Deficiência.....	47
2.3.3 Perícia psicológica como prova nos processos judiciais.....	51
<b>3. ANÁLISE DAS LEGISLAÇÕES PENAL, CIVIL E CONSTITUCIONAL .....</b>	<b>54</b>
3.1 LEGISLAÇÃO PENAL.....	54
3.1.2 Lei de Execução Penal.....	62
3.1.3 Código de Processo Penal.....	63
3.2 LEGISLAÇÃO CIVIL.....	66
3.3 ANÁLISE CONSTITUCIONAL.....	70
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>89</b>

## INTRODUÇÃO

Entre os diversos transtornos mentais discutidos atualmente pela sociedade, está a esquizofrenia que, devido à manifestação de distorção da realidade e ao estranho funcionamento do cérebro, é apontada como uma doença desconhecida por muitos, sendo rotulada como “violenta e agressiva”. Apesar de hoje já se ter concluído sobre seus aparecimentos sintomáticos e a existência de diagnóstico para um melhor tratamento, pode-se afirmar que tem sido descrita há tempos remotos até se chegar ao conceito clássico de esquizofrenia definido por Emil Kraepelin.

Discorre-se sobre um tema importante, pois provoca opiniões controversas tanto na área da saúde quanto na área jurídica, estabelecendo elo entre si, por isso é impertinente a existência de discussões, através dos doutrinadores, sobre as possíveis medidas que, inquestionavelmente, sejam mais adequadas, preservando a dignidade do esquizofrênico.

Inicialmente se discutirão os aspectos psicológicos dos portadores de esquizofrenia, indicando a problemática para esclarecer seu conceito, além de apresentar uma breve evolução histórica a partir do surgimento dos primeiros casos da doença.

Em um segundo momento, será feito um diálogo entre o aspecto médico legal, resultando na Psiquiatria Forense, e a partir disso, para aqueles que, aparecerem nos cenários criminais, diagnosticados como esquizofrênicos, serão considerados inimputáveis, no que diz respeito ao direito patrimonial e negocial serão regulamentados como plenamente capazes de acordo com a vigência do Estatuto da Pessoa com Deficiência Mental.

Na terceira parte discorrer-se-á sobre o direito à saúde em nossa Constituição, valendo-se de interpretações jurisprudenciais para assegurar que o Estado cumpra seus deveres de reintegrar novamente os esquizofrênicos, melhorando sua condição social, além de proporcionar uma visão menos discriminatória daqueles que sofrem dessa enfermidade, visto que é comum associá-los à loucura e, portanto, excluí-los de forma desumana.

Finalmente, na conclusão, veremos uma visão positiva do movimento antimanicomial para a caracterização desse universo pela luta do garantismo dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental autoras de delito fazendo alusão aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico relatados no livro A casa do delírio.

# 1. ESQUIZOFRENIA

## 1.1 CONTEXTO HISTÓRICO E NOMENCLATURA DA PATOLOGIA

Abordar os direitos do esquizofrênico impõe à pesquisadora a missão de elucidar, necessariamente, a temática da proteção jurídica e social desse indivíduo: sua evolução histórica e seus avanços ao longo dos anos, bem como sua consolidação presente nos atuais dispositivos legais.

Contudo, para que se possa ter uma noção das ideias que norteiam essa temática, é válido firmar, inicialmente, algumas premissas que delinearão sua existência para os especialistas da saúde e do jurídico.

Dessa forma, a primeira parte deste trabalho começará traçando em linhas gerais esse distúrbio que, hoje, apesar de ser classificado como esquizofrenia, antes era associado à loucura.

É sob esta perspectiva que serão trazidos os primeiros relatos desse tortuoso universo da doença mental, desde a antiguidade até o presente, alicerçada na historiografia clínica de Isaías Pessotti e Guido Palomba e na filosofia de Michel Foucault.

Etimologicamente, o termo esquizofrenia traduz a ideia de cisão, divisão, até então ser subentendida como mente fendida, expressão cunhada por Eugen Bleuler, aperfeiçoando assim o termo clássico *dementia praecox*, usada por seu antecessor Emil Kraepelin.

Indiscutivelmente essa doença é apontada como uma entidade clínica jovem, visto que foi alvo de observações e variações conceituais que caracterizaram a doença, os quais foram enfatizadas por diferentes psiquiatras ao longo da história, com notoriedade das figuras já mencionadas, cada qual enriquecendo um aspecto desta. Basta verificar que, em épocas remotas, também se encontraram fragmentos de documentos hindus datados antes de Cristo<sup>1</sup>, aludindo, via de regra, a indivíduos com sintomas semelhantes aos da esquizofrenia.

---

<sup>1</sup> DEITOS, Fátima. **Esquizofrenia?! x Mente Partida?!**, volume 9. São Paulo: Ícone, 2005. p. 28.

Nesse contexto, cabe afirmar que o status da loucura é atemporal, abarcando diferentes épocas. Em síntese, associou-se a figura do louco ao plano da superstição, do misticismo e da religiosidade, somando-se a seres mitológicos, leprosos, bruxas ou demônios, sendo estes queimados em fogueiras pela sociedade, em asilos, como ocorreu na Inglaterra e na França<sup>2</sup>, tornando-os alvo de perseguições.

Somos nós que encaramos os possuídos como loucos e que supomos que todos os loucos da Idade Média eram tratados como possuídos (o que é um erro). Este erro e este postulado encontram-se em inúmeros autores, como Zilvoorg.<sup>3</sup>

Citando Foucault, Zilvoorg relata que o louco ocupou o lugar dos leprosos, porém ainda existia fortemente a referência do teocentrismo e formas de poder que fizeram com que o isolamento e a punição predominassem durante esse período. O artigo “Os Discursos sobre a Loucura como Instrumento de Poder em Michel Foucault”, remete a esse episódio:

(...) é sob a influência do modo de internamento, tal como ele se constituiu no século XVII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão. De fato, a verdadeira herança da lepra não é aí que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará para se apropriar.<sup>4</sup>

Ainda nesse período, de acordo com Sandra Santos de Oliveira, a doença mental é reinscrita numa rejeição total pela sociedade.<sup>5</sup>

Mediante a influência da concepção dualista de Descartes, a ‘loucura e a razão aparecem como duas forças opostas e que, conseqüentemente, se excluem’ (cf.

---

<sup>2</sup> Idem, p. 28

<sup>3</sup> FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972. p. 71.

<sup>4</sup> Disponível em: <http://monografias.brasilecola.uol.com.br/filosofia/os-discursos-sobre-loucura-como-instrumento-poder.htm>. Acesso em: 01 de agosto de 2017.

<sup>5</sup> Disponível em: <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/52/54>. Acesso em: 10 de Junho de 2017.

Pereira 1993). Este período é conhecido, precisamente, como o século dos grandes internamentos.<sup>6</sup>

Com a Idade Moderna, dissipou-se a concepção demonista associada à loucura, calcada na teologia cristã, que marcou todo o período da Idade Média, fundada nos textos de Agostinho e Tomás de Aquino, e inaugurou-se o período do pensamento médico com influência predominantemente galenista, que se completava com informação filosófica platônica.<sup>7</sup> Tal influência é notável na construção teórica das classificações pioneiras da alienação mental de Plater e de Zacchias.

Fazendo alusão a Cullen e a Chiarugi, Pinel designa alienação mental como o conjunto das formas mania, melancolia, demência e idiotismo. Ele entende a loucura como lesão ou ausência da vontade, além de diferenciar os transtornos mentais da loucura.<sup>8</sup>

Como consequência dessa dinastia psiquiátrica<sup>9</sup> à qual se referia Zilboorg, nasceram novos descendentes para aprimorar seu legado.

Nota-se que, no século XIX, Bénédict-Auguste Morel (1809-1873), um dos grandes protagonistas da sua época, havia publicado seu *Traité des Maladies Mentales*, em 1860, no qual definia as degenerações como desvios mórbidos do tipo humano normal, hereditariedades transmissíveis e sujeitas a evolução progressista até a decadência.<sup>10</sup> Cabe lembrar que, Morel foi o vanguardista no emprego do termo “demência precoce”, uma vez que sua obra versava sobre o caso de um adolescente normal, ativo, e que pouco a pouco foi-se tornando taciturno, isolado, “até chegar a um estado de estupidez.”<sup>11</sup>

Essa publicação, somada ao *Traité des Degenerecences Physiques Intellectuelles et Morales de la Espèce Humane*, de sua autoria, fizeram chegar à conclusão de que sua teoria da degeneração fora a primeira a relativizar a hereditariedade na doença mental, visto que antecedeu à teoria genética de Mendel.

---

<sup>6</sup> Disponível em: <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/52/54>. Acesso em: 10 de Junho de 2017.

<sup>7</sup> PESSOTI, Isaias. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Editora 34, 1993. p. 32.

<sup>8</sup> PESSOTI, 1993, loc. Cit.

<sup>9</sup> Silva, Valmir Adamor da. **A história da loucura: em busca da saúde mental**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1979. p. 76.

<sup>10</sup> DEITOS, Fátima. **Esquizofrenia?! X mente partida?! Volume 9**. São Paulo: Ícone, 2005. p. 32.

<sup>11</sup> Ibidem, p. 29-30.

Na verdade, a classificação de Morel parte de um pressuposto mais ideológico e menos metodológico: toda loucura tem uma causa orgânica, mesmo que seja uma hipotética hereditariedade ou um impudismo.<sup>12</sup>

Considerada primitiva a concepção francesa, manifestou-se uma nova contribuição nosográfica, inspirada na hegemonia alemã entre Kahlbaum e seu discípulo Hecker, que posteriormente inspirou Emil Kraepelin.

Coube a Karl Ludwig Kahlbaum, psiquiatra alemão, contribuir para a definição moderna dessa doença mental, fundamentado em características essenciais como padrões de sintomas organizados em síndromes e associadas com a idade de início, curso natural da doença, história familiar e evolução<sup>13</sup>, demonstrado em seu consagrado trabalho *Die Katatonie Oder Spannungsbresein*. Em suas pesquisas, introduziu terminologias como catatonia, parafrenia, distímia e ciclotímia.

Foi exatamente o que o seu discípulo Edwald Hecker, em 1871, consagrou em suas análises clínicas, formando assim o conceito de hebefrenia, a qual propôs-se caracteriza como um afeto “bobo”, “pueril” e por alterações comportamentais graves e desagregação progressiva do pensamento, descritos como uma forma de loucura comum de adolescentes.<sup>14</sup> É, entretanto, o que seu mentor classificaria como vesânia típica, ou seja, protótipo da loucura.<sup>15</sup>

Todavia, é evidente que Emil Kraepelin (1856-1926) foi o reformador do conceito da demência precoce de Morel, modificada posteriormente para esquizofrenia por Eugen Bleuler, dedicando-se assim às classificações das psicoses. Suas amostras clínicas remetiam a duas formas de loucura: endógenas e exógenas. Sendo assim, a primeira pode ser psíquica ou somática, enquanto que a segunda é sobre a base da hereditariedade e degenerativa<sup>16</sup>. Ainda, as formas endógenas são subdivididas em psicose maníaco-depressiva, visto como uma fusão entre o maníaco e o depressivo em uma mesma pessoa com estados de comportamentos distintos;<sup>17</sup> e a demência, agrupada

<sup>12</sup> PESSOTI, Isaias. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Editora 34, 1993. p. 84.

<sup>13</sup> Disponível em. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50150/2/Conceptualizacao%20Historica%20da%20Esquizofrenia.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2017.

<sup>14</sup> Disponível em. <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v2n2/1415-4714-rlpf-2-2-0052.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2017.

<sup>15</sup> DEITOS, Fátima. **Esquizofrenia?! X mente partida?! Volume 9**. São Paulo: Ícone, 2005. p. 33.

<sup>16</sup> PESSOTI, op. cit., p. 167.

<sup>17</sup> Silva, Valmir Adamor da. **A história da loucura: em busca da saúde mental**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1979. p. 126.

em um só modelo: a hebefrenia de Hecker e a catatonia de Kahlbaum, agrupando a demência paranoide por ele publicada em sua quarta edição de seu Tratado de Psiquiatria.

Em um ambiente de tantas construções nosográficas distintas, sendo criticadas conforme a evolução de cada especialista da época, revela-se uma nova era para a psiquiatria. Eugen Bleuler, de origem suíça, reformula as análises kraepelianas, dando uma nova roupagem para o neologismo esquizofrenia, criado em 1911 em seu texto “A demência precoce e o grupo das esquizofrenias” sob influências de Freud e Jung. Conforme descrito nas palavras de Kaplan e Sadock,

O termo foi escolhido para expressar a presença de cisões (*schisms*) entre pensamento, emoção e comportamento. Enfatizou que, ao contrário do conceito de Kraepelin, a esquizofrenia não precisa ter curso deteriorante.<sup>18</sup>

Dada a origem da nomenclatura, esta, por sua vez, expressa uma mudança no pensar, no sentir e no comportar com o mundo exterior. Com isso, no artigo Sobre a Teoria da Loucura, no século XX, Isaias Pessotti demonstra a importância de outras figuras importantes como Kretschmer, que utiliza as tipologias esquizoide e cicloide, sendo redefinidas por Bleuler, que substituiu cicloide por síntone e cicloídia por sintonia. Então, as constituições, esquizoídia ou sintonia, de cada pessoa vão-se formando ao longo de estágios sucessivos do desenvolvimento pessoal. A transformação delas em esquizofrenia ou em psicose maníaco-depressiva, portanto, não resultaria apenas de algum “fiat” ou de algum “big-bang” (que seria, por exemplo, o surgimento de uma hipotética lesão cerebral). Tal lesão só seria eficaz quando agisse sobre uma constituição (esquizoíde ou síntone) já estabelecida. Isso porque “(...) a nossa atitude em relação aos outros depende, em grande medida, da experiência anteriormente adquirida: se alguém é tímido ou inibido (...) se é hostil ou benévolo em relação aos outros (...) se alguém se fecha ou se abre, depende muito de sua experiência da vida em comum (...).<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. Compêndio de Psiquiatria: ciências comportamento e psiquiatria clínica. 9.ed. Tradução de Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 507.

<sup>19</sup> Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2006000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000200002). Acesso em: 15 de maio de 2017.

Outros teóricos, como Kurt Schneider e Karl Jaspers, também contribuíram para a compreensão da esquizofrenia, além de serem os fundadores da Escola de Psiquiatria de Heidelberg. Schneider (1887-1967), psiquiatra alemão, contribuiu com a descrição dos chamados sintomas de primeira ordem, do tipo alucinações e delírios, tais como inserção de pensamento, irradiação de pensamento, delírios de controle ou vozes.<sup>20</sup> Já Karl Jaspers, filósofo e também psiquiatra alemão, atuou na fenomenologia psiquiátrica e opinou que o único critério para definir se um sintoma é esquizofrênico é sua compreensibilidade.<sup>21</sup>

Embora tivesse havido avanços, seja no campo da psiquiatria ou na neurociência, persistia falta de identificação precisa da etiologia e da fisiopatologia da esquizofrenia, felizmente importantes revelações têm sido feitas por estudos modernos de genética, psicofarmacologia, neuroanatomia e neuroimagem.<sup>22</sup>

## 1.2 APARECIMENTOS SINTOMÁTICOS

A esquizofrenia é, sem dúvida, uma das mais complexas doenças de transtorno psiquiátrico e atinge aproximadamente 1% da população, aparecendo no final da adolescência e começo da vida adulta.

Ambos os sexos diferem, no entanto, quanto ao início e ao curso da doença. O início é mais precoce entre homens. Mais da metade dos pacientes esquizofrênicos do sexo masculino, e apenas um terço dos pacientes do sexo feminino tem sua primeira baixa em hospital psiquiátrico antes dos 25 anos de idade. As idades de pico do início são entre 10 e 25 anos para os homens e entre 25 e 35 anos para as mulheres.<sup>23</sup>

<sup>20</sup> Disponível em: <http://www.psiquiatriageral.com.br/esquizofrenia/aprendendo01.htm>. Acesso em: 15 de maio de 2017.

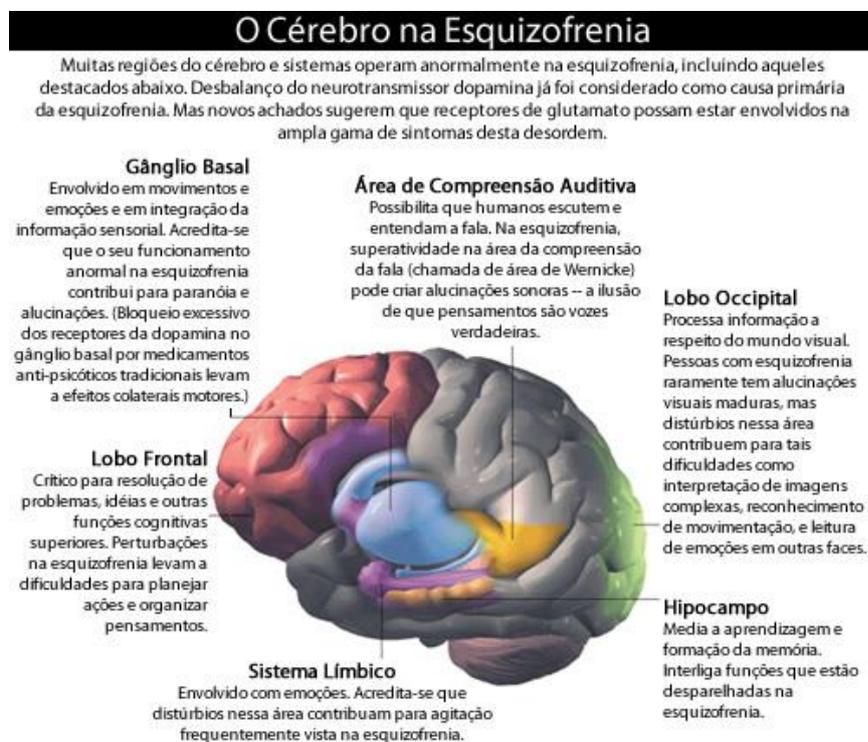
<sup>21</sup> DEITOS, Fátima. **Esquizofrenia?! X mente partida?! Volume 9**. São Paulo: Ícone, 2005. p. 54.

<sup>22</sup> HALLACK, Jaime Eduardo Cecilio; CHAVES, Cristiano; Zuardi, Antonio Waldo. Esquizofrenia. In: KAPCZINSK, Flávio; QUEVEDO, João; IZQUIERDO, Ivan (Orgs). **Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos: uma abordagem translacional**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 195.

<sup>23</sup> SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. **Compêndio de Psiquiatria: ciências comportamento e psiquiatria clínica**. 9.ed. Tradução de Claudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 510.

Como característica principal, apresenta uma distorção da realidade no confronto com o mundo interior, fazendo com que haja uma ruptura no processo de pensamento sem que se preveja um futuro dano causado no funcionamento do cérebro. Jaime Eduardo Cecilio Hallack, Cristiano Chaves e Antonio Waldo Zuardi concluem que:

A esquizofrenia pode ser entendida como um transtorno heterogêneo, com variações em sua fisiopatologia. Não há um sintoma ou sinal patognomônico, e, ao longo do tempo, os sintomas podem mudar em um mesmo paciente.<sup>24</sup>



**Figura 1** – O cérebro na esquizofrenia (In: Adulto, Como funciona?)<sup>25</sup>

Dessa forma, entende-se que os sintomas podem variar tanto em um mesmo paciente e quanto de pessoa para pessoa.

Cabe ressaltar que, antes do surgimento dos sintomas da esquizofrenia, há um período que chamamos de pródromo (do grego *pròdromos* = precursor). Nele, gradativamente, a

<sup>24</sup> HALLACK, Jaime Eduardo Cecilio; CHAVES, Cristiano; Zuardi, Antonio Waldo. Esquizofrenia. In: KAPCZINSK, Flávio; QUEVEDO, João; IZQUIERDO, Ivan (Orgs). **Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos: uma abordagem translacional**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 195.

<sup>25</sup> Disponível em: <http://pt-br.infomedica.wikia.com/wiki/Esquizofrenia>. Acesso em: 20 de agosto de 2017.

pessoa vai mudando a maneira de perceber o mundo a sua volta e o relacionamento com os outros.<sup>26</sup>

Ainda nesse sentido, Kaplan e Sadock (2007, p. 527) expõem que, durante esse estágio, pode haver o desenvolvimento do interesse por ideias abstratas, filosofia, ocultismo ou questões religiosas. Sinais e sintomas prodrômicos adicionais incluem comportamento acentuadamente peculiar, afeto anormal, discurso incomum, ideias bizarras e experiências perceptivas estranhas.

A partir de 1980, a subdivisão dos sintomas da esquizofrenia foi estabelecida em tipos I e II, com sintomas positivos e negativos sob a influência de Timothy Crown: uma vez que, a síndrome tipo I é reversível, caracterizada por sintomas floridos ou positivos, sensível a drogas anti-psicóticas e associada a aumento da expressão dos receptores dopaminérgicos D2, e também aumento da transmissão; a síndrome tipo II, irreversível, caracterizada por sintomas negativos como embotamento afetivo, imobilidade e pobreza de discurso, associada à disfunção cognitiva, não responsiva aos neurolépticos e com alterações estruturais no cérebro, especificamente no lobo temporal.<sup>27</sup>

Sintomas positivos como delírios e alucinações são os mais comuns entre os pacientes esquizofrênicos, isso porque remetem ao que chamamos de surto psicótico.

As alucinações afetam os cinco sentidos dos pacientes esquizofrênicos e se dividem em auditivas, cenestésicas e cinestésicas. Kaplan e Sadock explanam algumas divisões da seguinte forma:

As alucinações mais comuns, no entanto, são as auditivas, com vozes muitas vezes ameaçadoras, obscenas, acusatórias ou insultosas. Duas ou mais vozes podem conversar entre si, ou uma voz pode comentar a vida ou o comportamento do paciente. Alucinações visuais são comuns, ao contrário de alucinações táteis, olfativas e gustativas, cuja presença deve levar o clínico a considerar a possibilidade de que um distúrbio médico ou neurológico subjacente esteja causando a síndrome.<sup>28</sup>

---

<sup>26</sup> ASSIS, Jorge Cândido de; VILLARES, Cecília Cruz; BRESSAN, Rodrigo Affonseca. **Entre a razão e a ilusão: desmistificando a esquizofrenia**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 32.

<sup>27</sup> Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50150/2/Conceptualizacao%20Historica%20da%20Esquizofrenia.pdf>. Acesso em: 20 de agosto de 2017.

<sup>28</sup> SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. **Compêndio de Psiquiatria: ciências comportamento e psiquiatria clínica**. 9.ed. Tradução de Claudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 528.

Quanto às alucinações cinestésicas, são aquelas que se relacionam aos movimentos corporais, como exemplo, os pacientes se sentem impedidos de se moverem. Por outro lado, as alucinações cenestésicas diferem das já citadas, por serem infundadas nos sentimentos, ou seja, alteram os estados dos órgãos do corpo, provocando, por exemplo, sensações de ardência no cérebro, de pressão nos vasos sanguíneos e sensação cortante na medula óssea.<sup>29</sup>

Assim como as alucinações, o delírio é um sintoma clássico da patologia, considerado como transtorno do conteúdo do pensamento, pois consiste em a pessoa interpretar a realidade de uma forma distorcida, e verificando-se ainda que:

os pacientes podem acreditar que uma entidade externa controla seus pensamentos ou comportamentos, ou, inversamente, que eles controlam eventos externos de forma extraordinária. Podem demonstrar um interesse intenso e absorvente em ideias exotéricas, abstratas, simbólicas, psicológicas ou filosóficas.<sup>30</sup>

Os sintomas positivos podem não ocorrer em todos os casos de esquizofrenia e, mesmo quando presentes, podem variar em intensidade e qualidade. Existem pacientes que não possuem muitos delírios e outros que nunca alucinaram. Há os que apresentam mais sintomas de desorganização psíquica e comportamental, mas não apresentam delírios ou alucinações.<sup>31</sup>

Em síntese, a psiquiatra Cristiane Lopes expõe que os sintomas negativos da esquizofrenia são os também chamados de sintomas deficitários e associam-se à fase crônica da doença. Estão relacionados ao déficit na fala e na afetividade, evidenciados por meio de isolamento, falta de iniciativa, dificuldade de demonstrar sentimentos e diminuição da fala.<sup>32</sup>

---

<sup>29</sup> SADOCK, 2007, loc. Cit.

<sup>30</sup> Ibidem, p. 529.

<sup>31</sup> PALMEIRA, Leonardo. Entendendo a Esquizofrenia. Disponível em: [http://entendendoaesquizofrenia.com.br/website/?page\\_id=5708](http://entendendoaesquizofrenia.com.br/website/?page_id=5708). Acesso em: 03 de agosto de 2017.

<sup>32</sup> LOPES, Cristiane. O que são os chamados sintomas negativos da esquizofrenia?. Disponível em: <http://cuidadospelavida.com.br/saude-e-tratamento/esquizofrenia/sintomas-negativos-esquizofrenia>. Acesso em: 07 de agosto de 2017.

ASSIS et. al., (2013, p. 52) cita que o comprometimento cognitivo na esquizofrenia inclui problemas de atenção e concentração, memória e aprendizagem, linguagem e funções executivas, além de maior lentidão para realizar tarefas.<sup>33</sup>

### 1.3 CLASSIFICAÇÃO

A seguir serão apontados os tipos clássicos de esquizofrenia estabelecidos por Kraepelin e Bleuler e, em contrapartida, a divergência de tipos clínicos da Classificação Internacional Estatística de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde (CID-10) e o DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª Edição).

Nas palavras de Guido Palomba (2003, p. 643), considera-se a esquizofrenia simples como o tipo mais difícil em razão de não apresentar todos os sintomas flóridos da doença.<sup>34</sup> Como características, apresenta empobrecimento crescente da vida de relação - simultaneamente afetivo, conativo e cognitivo - e desordens formais do pensamento, acompanhados de isolamento e restrição comunicativa.<sup>35</sup> Cabe ainda afirmar que

Frequentemente é confundido com o “**psicopata**”, capaz de praticar crimes de sangue que guardam as mesmas características de crueldade, de frieza afetiva, de ausência completa de remorso e de incompreensibilidade psicológica, que costumam estar presentes na esquizofrenia paranoide, só que, na forma simples, o doente só empreender fuga do local e dissimular a conduta delituosa. (grifo nosso).<sup>36</sup>

Um segundo tipo clínico é a esquizofrenia paranoide, a qual aparece com mais frequência no cenário criminal, pois os sintomas positivos como as alucinações (as auditivas são as mais comuns) e os delírios (de cunho persecutório, pois o doente acredita que o estão

<sup>33</sup> ASSIS, Jorge Cândido de; VILLARES, Cecília Cruz; BRESSAN, Rodrigo Affonseca. **Entre a razão e a ilusão: desmistificando a esquizofrenia**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 52.

<sup>34</sup> PALOMBA, GUIDO ARTURO. **Tratado de Psiquiatria Forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 643.

<sup>35</sup> FILHO, Ruy B. Mendes; MORANA, Hilda C.P. Transtornos Psicóticos. In: TABORDA, José Geraldo Vernet (Org.). **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 232.

<sup>36</sup> PALOMBA, 2003, op. cit., p. 650.

perseguido, querendo prejudicá-lo)<sup>37</sup> prevalecem sobre os negativos. Ilustraremos como isso ocorre no Judiciário, a partir de um entendimento jurisprudencial abaixo

Recurso compulsório (arts. 411 e 574, II, ambos do CPP). Homicídio qualificado. Inimputabilidade. Absolvição liminar corretamente imposta e sucedida por medida de segurança de internação hospitalar (art. 96, I, CP) em virtude de haver a perícia diagnosticado que o réu cometeu o homicídio durante surto de esquizofrenia paranoide nas condições do art. 26, "caput", do CP. Indeferimento. (JRC)

(TJ-RJ - REEX: 00341994920008190000 RIO DE JANEIRO ILHA DO GOVERNADOR REGIONAL 1 VARA CRIMINAL, Relator: JORGE ALBERTO ROMEIRO JUNIOR, Data de Julgamento: 19/12/2000, PRIMEIRA CÂMARA CRIMINAL, Data de Publicação: 08/01/2001)

Podemos esclarecer que a esquizofrenia catatônica não aparece na perícia criminal em razão do seu sintoma clássico, conforme fica demonstrado na figura 1 abaixo



**Figura 2** – Imobilidade motora (IN: Esquizofrenia)

---

<sup>37</sup> PALOMBA. 2003, p. 645 et seq.

De acordo com o psiquiatra Miguel Angelo Boarati, em seu artigo “Quais são os tipos de esquizofrenia que existem?”, o paciente fica parado, com o olhar perdido e flexibilidade cêrea, sendo esta também bastante grave.<sup>38</sup>

Outras características apresentadas pelo DSM-IV são:

a) acentuada perturbação psicomotora, que pode envolver imobilidade motora, atividade motora excessiva aparentemente desprovida de sentido e não é influenciada por estímulos externos; b) mutismo (incapacidade de falar); c) ecolalia: A ecolalia é a repetição patológica, tipo papagaio e aparentemente sem sentido, de uma frase ou palavra que outra pessoa acabou de pronunciar; d) maneirismos: caracterizada pela dicção em tom excêntrico (declamatório, lúgubre, pedante, rebuscado, solene) ou por gestos ou poses despropositadas, espetaculares, exageradas ou artificiais; e) ecopraxia: A ecopraxia é a imitação repetitiva dos movimentos de outra pessoa; f) peculiaridades dos movimentos: manifestadas pela adoção voluntária de posturas inadequadas ou bizarras ou por traços faciais proeminentes; h) negativismo, manifestado pela manutenção de uma postura rígida contra tentativas de mobilização, ou resistência a toda e qualquer instrução.<sup>39</sup>

Também conhecida como desorganizada, a esquizofrenia hebefrênica apresenta as seguintes características: empobrecimento da vida subjetiva, discordância afetiva, e desorganização mental e comportamental.<sup>40</sup> Normalmente, o indivíduo apresenta distúrbios da sensopercepção, em forma de alucinações auditivas malformadas: escuta vozes, mas não consegue entender o que elas dizem.<sup>41</sup>

Tendo em vista a esquizofrenia indiferenciada, encontram-se os sintomas positivos e negativos intimamente presentes, com delírios e alucinações em intensidade semelhante à dos sintomas negativos e desorganizados. A evolução e o prognóstico nesses casos são muito variáveis, geralmente pior do que na esquizofrenia paranóide, porém superior ao tipo hebefrênico.<sup>42</sup>

<sup>38</sup> Disponível em: <http://cuidadospelavida.com.br/saude-e-tratamento/esquizofrenia/quais-tipos-de-esquizofrenia-existem>. Acesso em: 18 de agosto de 2017.

<sup>39</sup> Disponível em: <http://passeissoadiante.blogspot.com.br/2011/01/esquizofrenia-cid-f200-f209.html>. Acesso em: 21 de agosto de 2017.

<sup>40</sup> FILHO, Ruy B. Mendes; MORANA, Hilda C.P. Transtornos Psicóticos. In: TABORDA, José Geraldo Vernet (Org.). **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 232.

<sup>41</sup> PALOMBA, GUIDO ARTURO. **Tratado de Psiquiatria Forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 642.

<sup>42</sup> Disponível em: [http://entendendoaesquizofrenia.com.br/website/?page\\_id=5708](http://entendendoaesquizofrenia.com.br/website/?page_id=5708). Acesso em: 21 de agosto de 2017.

O último subtipo é a esquizofrenia residual: trata-se de um estado psicopatológico permanente, sem manifestações agudas, que ocorre depois de pelo menos um surto psicótico esquizofrênico, seja de que tipo for a esquizofrenia, como se fosse um estágio crônico do desenvolvimento desta.<sup>43</sup> Sadock e Kaplan apontam ainda o embotamento emocional, o retraimento social, o comportamento excêntrico, o pensamento ilógico e a frouxidão leve das associações como características comuns a esse tipo de esquizofrenia. Quando ocorrem delírios ou alucinações, não são nem proeminentes nem acompanhados de afeto forte.<sup>44</sup>

## 1.4 TRATAMENTO

Estudos confirmam que ainda não existe cura para a esquizofrenia, porém há tratamentos com antipsicóticos, considerados como básicos para um eficaz controle dos pacientes. Em contrapartida, acredita-se que o auxílio terapêutico pode resultar em melhorias quando realizados por profissionais especializados. Por tal razão, exporemos a finalidade de cada uma dessas terapias, respeitando cada quadro clínico apresentado pelos esquizofrênicos.

Os antipsicóticos têm em comum a função de bloquear receptores de dopamina. Seu uso correto permite uma regulação da saliência provocada pela dopamina, formando uma plataforma interior na qual é possível ocorrer um enfrentamento dos sintomas.<sup>45</sup>

Esses medicamentos surgiram na década de 50. A clorpromazina foi o primeiro a ser utilizado no tratamento, apresentando como ação farmacodinâmica o antagonismo de receptores D2 direcionado à região mesolímbica, buscando reduzir o estado de hiperativação do sistema dopaminérgico.<sup>46</sup>

---

<sup>43</sup> PALOMBA, GUIDO ARTURO. **Tratado de Psiquiatria Forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 646.

<sup>44</sup> SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. *Compêndio de Psiquiatria: ciências comportamento e psiquiatria clínica*. 9.ed. Tradução de Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 525.

<sup>45</sup> ASSIS, Jorge Cândido de; VILLARES, Cecília Cruz; BRESSAN, Rodrigo Affonseca. **Entre a razão e a ilusão: desmistificando a esquizofrenia**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 94.

<sup>46</sup> ASSIS, 2013, loc. Cit.

De acordo com o artigo “Como tratar?”, apareceram outros medicamentos antipsicóticos, como o haloperidol, a periciazina, entre outros, considerados os mais antigos, sendo chamados de primeira geração.<sup>47</sup>

Porém, diante dos efeitos colaterais decorrentes desses medicamentos, como a piora dos sintomas parkinsonianos e a hiperprolactinemia, fizeram-se novas descobertas e introduziram-se os neurolépticos da segunda geração.<sup>48</sup>

O primeiro deles foi a clozapina (Leponex), seguido da risperidona (Risperdal) e da olanzapina (Zyprexa). Eles se diferenciam dos mais antigos por possuírem também efeito sobre receptores de serotonina e por um bloqueio mais balanceado dos receptores de dopamina, o que contribui para uma menor incidência de efeitos parkinsonianos. Também são eficazes no tratamento das psicoses, com ação superior aos típicos nos sintomas negativos e cognitivos da esquizofrenia.<sup>49</sup>

De acordo com o artigo “Quais são os tratamentos com medicamentos”, podemos dividir a terapia em duas fases distintas: a aguda e a profilática. A primeira envolve a tentativa de aliviar os delírios, as alucinações, as alterações formais do pensamento e do comportamento. Após a remissão dos sintomas, diminui-se a dose e avalia-se a necessidade de tratamento de longo prazo com antipsicóticos. Já a segunda fase, no caso de o paciente deixar de tomar a medicação, ele pode ter recaída.<sup>50</sup>

A eletroconvulsoterapia (ECT) é uma técnica aplicada com anestesia, cujo tratamento é biológico, seguro e importante para a psiquiatria, por resultar eficaz nos casos de pacientes graves e refratários a medicações.<sup>51</sup>

Tratamentos psicoterápicos grupais, individuais e principalmente a terapia cognitivo-comportamental e a familiar também são consideradas eficazes, pois ajudam a família a entender o paciente, auxiliando-o a evitar as recaídas, como fica demonstrado abaixo, segundo o artigo “O papel da família”:

<sup>47</sup> Disponível em: [http://entendendoaesquizofrenia.com.br/website/?page\\_id=132](http://entendendoaesquizofrenia.com.br/website/?page_id=132). Acesso em: 22 de agosto de 2017.

<sup>48</sup> ASSIS, op. cit., p.147

<sup>49</sup> Disponível em: [http://entendendoaesquizofrenia.com.br/website/?page\\_id=132](http://entendendoaesquizofrenia.com.br/website/?page_id=132). Acesso em: 22 de agosto de 2017.

<sup>50</sup> Disponível em: <http://www.abrebrasil.org.br/web/index.php/esquizofrenia/perguntas-frequentes/105-quais-sao-os-tratamentos-com-medicamentos>. Acesso em: 22 de agosto de 2017.

<sup>51</sup> TRAMONTINA, Juliana Fernandes. Eletroconvulsoterapia. In: KAPCZINSK, Flávio; QUEVEDO, João; IZQUIERDO, Ivan (Orgs). **Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos: uma abordagem translacional**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 162

A terapia pode ser individual (com um ou mais membros de uma mesma família) ou em grupo (várias famílias). Ela analisa as situações práticas do dia-a-dia e como cada um lida com os conflitos e soluciona os problemas, propondo uma reflexão. Ela pode recorrer a qualquer momento à etapa educativa para corrigir equívocos que porventura persistirem. Essa reflexão é essencial para que o familiar esteja mais receptivo a novas maneiras de lidar com o estresse e adquira maior habilidade no manejo e na solução das situações, reduzindo assim a sobrecarga e melhorando a qualidade do relacionamento familiar.<sup>52</sup>

Portanto, conclui-se que o melhor tratamento é aquele considerado apto a proporcionar uma evolução no quadro clínico do paciente esquizofrênico seja por medicamentos ou pelas psicoterapias. E acredita-se que hoje, se os sintomas puderem ser descobertas na fase inicial, chamada de pródromo, é possível a diminuição de uma primeira crise, evitando os efeitos da doença no cérebro.<sup>53</sup>

## 1.5 DA FICÇÃO A VIDA REAL

Nesse capítulo apontaremos alguns personagens da ficção e da vida real para ilustrar esse universo do indivíduo esquizofrênico.

Fátima Deitos (2005, p. 28) relata que na literatura, são frutos da loucura – Orestes, na Orestéia de Ésquilo, e os murmúrios do pobre Tom do Rei Lear, sendo este uma descrição clássica de esquizofrenia crônica em um adulto jovem, com características evidentes dos sintomas da doença.

Outro personagem foi visto como esquizofrênico paranoide por apresentar delírios e alucinações – William Wilson – o qual acreditava que seu homônimo o perseguia:

Que dirá ela? Que dirá a terrível consciência, aquele espectro no meu caminho?

<sup>52</sup> Disponível em: [http://entendendoaesquizofrenia.com.br/website/?page\\_id=194](http://entendendoaesquizofrenia.com.br/website/?page_id=194). Acesso em: 22 de agosto de 2017.

<sup>53</sup> ASSIS, Jorge Cândido de; VILLARES, Cecília Cruz; BRESSAN, Rodrigo Affonseca. **Entre a razão e a ilusão: desmistificando a esquizofrenia**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 210.

Chamberlain - Pharronida

Que me seja permitido, no momento, chamar-me William Wilson. A página em branco, que tenho diante de mim, Não deve ser manchada com meu verdadeiro nome. Esse nome já tem sido demais objeto de desprezo, de horror e de ódio para minha família. Os ventos indignados Não têm divulgado, até nas mais longínquas regiões do globo, a sua incomparável infâmia? Oh! de todos os proscritos, o proscrito mais abandonado! - não estás morto para sempre a este mundo, às suas honras, suas flores e aspirações douradas? - e uma nuvem densa, lúgubre, ilimitada, não pende eternamente entre tuas esperanças o céu?<sup>54</sup>

Encontramos no universo cinematográfico, filmes como “Estamira”, considerado fiel à realidade clínica da esquizofrenia, tendo a sua personagem-título apresentar uma atividade alucinatória, principalmente auditiva. Outra referência do cinema é “Uma mente brilhante”, o qual relata a biografia do matemático John Nash, este, por sua vez, apresentando como sintoma o delírio de forma organizada e sistematizada.<sup>55</sup>

Por fim, como caso concreto temos duplamente o homicídio do cartunista Glauco e seu filho pelo Carlos Eduardo Sundfeld Nunes – conhecido como Cadu, de forma brutal e a tiros na cidade de Osasco, São Paulo, considerado na época do ato delituoso como esquizofrênico. Assim, temos que:

A juíza Telma Aparecida Alves, que determinou que Cadu não precisava mais ficar internado, disse que ele não aparentava ter algum tipo de problema mental. "Era doce, amável com as pessoas. Entrava nas residências de algumas pessoas quando ele fazia prestação de serviço, limpando piscinas", disse.

Questionada se errou ao liberar Cadu, a magistrada afirmou que tomou a decisão "correta e mais adequada possível". Disse que é mãe e que também entende a dor da família de Mateus. Telma revelou que, a partir deste episódio, vai agir de outra forma.

"Eu vou ficar um pouco mais atenta, como ficaria qualquer pessoa que tiver sua casa roubada vai ficar mais atendo em fechar mais a janela, cuidar mais da porta. Vou fazer isso nos processos: olhar se está tudo certo mesmo, se a pessoa tem um amparo familiar capaz de auxiliá-lo. Com certeza, vou ser um pouquinho mais precavida", salienta.<sup>56</sup>

<sup>54</sup> Disponível em: <http://www.rodrigomedeiros.com.br/doubleyou/downloads/william-wilson-pt-br.pdf>. Acesso em: 15 de agosto de 2017.

<sup>55</sup> LANDEIRA-FERNANDEZ. J. **Cinema e loucura: conhecendo os transtornos mentais através dos filmes**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 83-84.

<sup>56</sup> Disponível em: <http://g1.globo.com/goias/noticia/2014/09/policia-conclui-inqueritos-e-aponta-cadu-como-autor-de-crimes-em-go.html>. Acesso em: 12 de agosto de 2017.

## 2. A INTERLOCUÇÃO DO ASPECTO MÉDICO-LEGAL

Dialogar sobre a relação histórica entre a psiquiatria e o Direito não é tão simples como parece, pois é necessário remontar a fragmentos da Antiguidade até a legislação contemporânea.

Antes de construir esse quebra-cabeça metodológico, exporemos a hermenêutica da psiquiatria forense trazida por Guido Palomba (2003, p. 43)

Psiquiatria forense ou judicial é a aplicação dos conhecimentos psiquiátricos aos misteres da Justiça, visando esclarecer os casos nos quais o indivíduo, por seu estado alterado de saúde mental, necessita de consideração especial diante da lei.

O Código de Hammurabi foi o primeiro a ser conhecido como uma coletânea de leis da antiguidade e trouxe um princípio célebre “olho por olho, dente por dente”, uma vez que o castigo alcança só o autor do delito e institui a proporcionalidade entre ofensa e débito, o que não se verificava anteriormente.<sup>57</sup> Além, de dar o primeiro passo entre a Psiquiatria com o Direito na história observamos a seguir:

“§ 278: Se um awilum comprou um escravo ou uma escrava e, antes de completar o seu mês, foi acometido de epilepsia, ele (o) reconduzirá ao seu vendedor e o comprador receberá a prata que o tiver pesado.”<sup>58</sup>

Com a colaboração dos romanos, temos registro de dois filósofos gregos que contribuíram para a história da psiquiatria: Platão e Aristóteles. Platão divide a alma em racional e irracional: o que distingue o ser humano dos animais é a alma racional; portanto, os seres humanos, sendo livres para escolher, são responsáveis pelos seus

<sup>57</sup> PALOMBA, GUIDO ARTURO. **Tratado de Psiquiatria Forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 53.

<sup>58</sup> BURNS, E. **História da civilização ocidental**. In: \_\_\_\_\_. et al. **Tratado de Psiquiatria Forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 54.

atos. Enquanto que Aristóteles afirma que uma pessoa é moralmente responsável se, com conhecimento das circunstâncias e na ausência de forças extremas, de deliberadamente escolheu cometer um ato específico.<sup>59</sup>

Também se destaca um ponto importante que marcou esse período romano: a Lei Das Doze Tábuas, criada pelo senado, que já fazia referência à incapacidade dos indivíduos com doença mental e providenciava tutores para os insanos.<sup>60</sup>

Paulo Zachias, considerado o fundador da Psiquiatria Forense, em 1621, publica seu apreciável livro *Questões Médico-Legais*, no qual reúne vários volumes que descreveram fundamentos médico-legais.

Sobre a obra “O homem delinquente”, do também italiano psiquiatra Cesare Lombroso, publicada em 1871, pode-se afirmar que marca o nascimento da criminologia, pois o delinquente era considerado um ser atávico, descrevendo o delinquente da seguinte forma:

Assimetria do crânio, fosseta occipital média, maior desenvolvimento da região occipital em relação à frontal, fronte fugidia, assimetria facial, proeminência de seios frontais... má formação da orelha... falta de barba... predomínio da grande envergadura sobre a estatura.<sup>61</sup>

Em relação ao cenário brasileiro, de acordo com Othon Bastos et al., expõe-se como um episódio marcante para o primeiro fato psiquiátrico no país

(...) a história oficial da psiquiatria no Brasil teve início com a chegada da família real portuguesa ao Rio de Janeiro, em 1808, trazendo a bordo, engaiolada, a rainha D. Maria I. Sua Alteza havia sido considerada insana e afastada de suas

---

<sup>59</sup> RIGONATTI, Sérgio Paulo. **Notas sobre a história da psiquiatria forense: da antiguidade ao começo do século XX.** In: *Temas em psiquiatria e psicologia II*. São Paulo: Vetor, 2003. p. 17-21.

<sup>60</sup> BARROS, Daniel Martins de.; TEIXEIRA, Eduardo Teixeira. **Manual de perícias psiquiátricas.** et. al. IN: *Temas em psiquiatria e psicologia II*. São Paulo: Vetor, 2003. p. 17-21.

<sup>61</sup> ARAGÃO, Antonio Moniz Sodré de. **As três escolas penais.** et. al. IN: RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil.** Rio de Janeiro: Revan, 2003. p. 33.

funções pelo médico da corte, o pernambucano José Correia Picanço (1745-1824), primeiro Barão de Goiana, fundador dos cursos médicos no país.<sup>62</sup>

Um episódio posterior surge com a figura de Nina Rodrigues, considerado o pioneiro da psiquiatria forense no país. Seus estudos resultaram em proporcionar uma reformulação no conceito de responsabilidade penal, além de defender a aplicabilidade da perícia psiquiátrica não apenas nos manicômios, mas também nos tribunais.<sup>63</sup>

Os manicômios judiciários surgiram em 1921, na cidade do Rio de Janeiro, sob a direção de Afrânio Peixoto e, posteriormente, outros foram inaugurados no Estado do Rio Grande do Sul, em 1925, os quais ofereciam tratamento àquelas pessoas que cometeram um crime e foram consideradas inimputáveis em decorrência de uma enfermidade mental.<sup>64</sup> Portanto, nota-se que são instituições que tiveram relevância no contexto histórico quanto à questão da criminalidade.

Conforme Constantino (2011, p. 2219)<sup>65</sup>, a especialidade da psiquiatria e da psicologia forense no Brasil vive um momento histórico, principalmente em decorrência das extensas mudanças promovidas pela reforma psiquiátrica e pela promulgação de leis em defesa do portador de transtorno mental em razão dos avanços em psicoterapia.

No que diz respeito à atuação da medicina e do direito, Taborda (2004, p. 69) afirma que, enquanto a medicina segue um “modelo altruísta”, com base na relação médico-paciente, na aliança terapêutica, o direito utiliza o “modelo de confronto”, no qual há dois lados adversários numa causa polarizada à procura de verdades fundamentais.<sup>66</sup>

Conclui-se que a psiquiatria forense atual está enraizada na evolução das classificações das doenças embasadas em manuais como o DSM e a CID, podendo-se considerar que

---

<sup>62</sup> CHALUB, Miguel. Medicina Forense, **Psiquiatria Forense e Lei**. IN: ABDALLA, Elias Filho; CHALUB, Miguel; TELLES, Lisieux E. de Borba Telles. **Psiquiatria Forense de Taborda**. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 17.

<sup>63</sup> BARROS, Daniel Martins de; TEIXEIRA, Eduardo Teixeira. **Manual de perícias psiquiátricas**. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 18.

<sup>64</sup> TEIXEIRA, Eduardo Henrique; Dalgalarondo, Paulo. Violent crime and dimensions of delusion: a comparative study of criminal and noncriminal delusional patients. In: BARROS, Daniel Martins de; TEIXEIRA, Eduardo Teixeira. **Manual de perícias psiquiátricas**. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 18.

<sup>65</sup> MIGUEL, E.C; GENTIL, V; GATTAZ, W. F. **Clínica Psiquiátrica 2**. Barueri, Manole, 2011. p. 2219

<sup>66</sup> LAKS, Jerson; ENGELHARDT, Elias. Exames e Avaliações Complementares em Psiquiatria Forense. In: TABORDA, José Geraldo Vernet (Org.). **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.69.

está sempre em busca de novas descobertas propiciar pelo avanço da Medicina e as atualizações legais.

## 2.1 EXAME PERICIAL PSIQUIÁTRICO

O exame pericial psiquiátrico é uma avaliação cujo objetivo é constituir-se em meio de prova solicitado pelo juiz a fim de esclarecimento do fato de interesse judiciário, policial, administrativo ou particular.<sup>67</sup>

Com base no artigo, entendemos que a perícia é um meio de prova, e o perito, por sua vez, um auxiliar de conhecimento técnico da justiça, que também está sob verificação de suspeição e imparcialidade como os outros membros do Judiciário, observados nos termos do seguinte artigo do Código de Processo Civil de 2015

Art. 156. O juiz será assistido por perito quando a prova do fato depender de conhecimento técnico ou científico.

§ 1º Os peritos serão nomeados entre os profissionais legalmente habilitados e os órgãos técnicos ou científicos devidamente inscritos em cadastro mantido pelo tribunal ao qual o juiz está vinculado.

§ 2º Para formação do cadastro, os tribunais devem realizar consulta pública, por meio de divulgação na rede mundial de computadores ou em jornais de grande circulação, além de consulta direta a universidades, a conselhos de classe, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e à Ordem dos Advogados do Brasil, para a indicação de profissionais ou de órgãos técnicos interessados.

§ 3º Os tribunais realizarão avaliações e reavaliações periódicas para manutenção do cadastro, considerando a formação profissional, a atualização do conhecimento e a experiência dos peritos interessados.

§ 4º Para verificação de eventual impedimento ou motivo de suspeição, nos termos dos arts. 148 e 467, o órgão técnico ou científico nomeado para realização da perícia informará ao juiz os nomes e os dados de qualificação dos profissionais que participarão da atividade.

§ 5º Na localidade onde não houver inscrito no cadastro disponibilizado pelo tribunal, a nomeação do perito é de livre escolha pelo juiz e deverá recair sobre profissional ou órgão técnico ou científico comprovadamente detentor do conhecimento necessário à realização da perícia.<sup>68</sup>

---

<sup>67</sup> TABORDA, José G. V; BINS, Helena Dias de Castro. **Exame Pericial Psiquiátrico**. 2016. In: ABDALLA-FILHO, Elias; CHALUB, Miguel; TELLES, Lisieux E. **Psiquiatria Forense de Taborda**. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 36.

<sup>68</sup> Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/28895169/artigo-156-da-lei-n-13105-de-16-de-marco-de-2015>. Acesso em: 16 de agosto de 2017.

Diante do exposto, um juiz pode nomear, como perito oficial, o médico psiquiatra – sendo esse o profissional investido de cargo ou função pública para realização de perícias; pode recorrer também a um perito nomeado, aquele indicado por uma autoridade em uma ação judicial; ou ainda a um perito assistente-técnico, que é o profissional contratado por uma das partes envolvidas na ação judicial, como já mencionado anteriormente no artigo 156, §1º.<sup>69</sup>,

Por tal razão, o novo Código de Processo Civil é pertinente em demonstrar que os peritos devem ser inscritos em cadastro mantido pelo tribunal ao qual o juiz está vinculado.

Nota-se que o juiz poderá rejeitar ou aceitar parcialmente a prova pericial e também ordenará nova perícia com os mesmos ou novos peritos, conforme sua conveniência, em consonância com os dispostos artigos 181 e 182 do Código de Processo Penal e o artigo 479 do Código de Processo Civil de 2015

Art. 181. No caso de inobservância de formalidades, ou no caso de omissões, obscuridades ou contradições, a autoridade judiciária mandará suprir a formalidade, complementar ou esclarecer o laudo. (Redação dada pela Lei nº 8.862, de 28.3.1994)

Parágrafo único. A autoridade poderá também ordenar que se proceda a novo exame, por outros peritos, se julgar conveniente.

Art. 182. O juiz não ficará adstrito ao laudo, podendo aceitá-lo ou rejeitá-lo, no todo ou em parte.<sup>70</sup>

Art. 479. O juiz apreciará a prova pericial de acordo com o disposto no art. 371, indicando na sentença os motivos que o levaram a considerar ou a deixar de considerar as conclusões do laudo, levando em conta o método utilizado pelo perito.<sup>71</sup>

As avaliações periciais psiquiátricas são subdivididas em três tipos: as transversais, as retrospectivas e as prospectivas. As primeiras são conhecidas para o examinador poder estabelecer o que está ocorrendo naquele momento. Como exemplo, temos a perícia de

<sup>69</sup> BARROS, Daniel Martins de.; TEIXEIRA, Eduardo Teixeira. **Manual de perícias psiquiátricas**. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 29.

<sup>70</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del3689Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689Compilado.htm). Acesso em: 16 de agosto de 2017.

<sup>71</sup> Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/28892103/artigo-479-da-lei-n-13105-de-16-de-marco-de-2015>. Acesso em: 16 de agosto de 2017.

constatação de superveniência de doença mental (SDM) na esfera criminal e a perícia de interdição na esfera cível. Com as segundas, o examinador busca estabelecer com a maior precisão possível a condição psiquiátrica do examinando em determinado momento do passado, conhecida como perícia de imputabilidade penal e, na área cível ocorrem em processos de tanto anulação de ato jurídico quanto de anulação de testamento. E por fim, as avaliações prospectivas são aquelas em que o examinador busca estabelecer o risco futuro de que determinado comportamento venha a acontecer.<sup>72</sup>

Em suma, conclui-se que o exame psiquiátrico forense consiste em uma avaliação médica do que foi analisado, nos quais se buscará relacionar as análises clínicas à legislação vigente e na resposta aos quesitos formulados pelo juiz e pelas partes.<sup>73</sup>

### 3.2 DIAGNÓSTICO

Dado o diagnóstico de esquizofrenia, o papel do perito será imprescindível para estabelecer a inimputabilidade penal e pela capacidade civil de acordo com o Estatuto da Pessoa com Deficiência.

### 2.3 ASPECTOS CÍVEIS E CRIMINAIS

Constatado na perícia o aparecimento de um determinado transtorno mental, poder-se-á determinar a capacidade civil ou a irresponsabilidade penal, desde que os fatos se relacionem com o referido transtorno.

Em ambas as modalidades de perícia, será imprescindível relatar a noção de intervalo lúcido, que era é visto pelos romanos como um contexto no qual o paciente acometido de

---

<sup>72</sup> TABORDA, José G. V; BINS, Helena Dias de Castro. **Exame Pericial Psiquiátrico**. 2016. In: ABDALLA-FILHO, Elias; CHALUB, Miguel; TELLES, Lisieux E. **Psiquiatria Forense de Taborda**. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 51-52.

<sup>73</sup> Ibidem, p. 57

doença mental recuperava o juízo e poderia assumir plenamente a responsabilidade por seus atos.<sup>74</sup> Assim, de acordo com a lição de Cláudio Cohen et al.

Devemos entender o intervalo lúcido não apenas como uma recuperação perfeita da razão, mas como sendo um momento suficiente para uma recuperação, o tanto quanto possível e fora de qualquer dúvida, da lucidez mental. Podemos dizer que é essa lucidez mental que torna o indivíduo apto para compreender e atuar coerentemente com tal percepção, memória e juízo. (FUHRER, 2000, p.99).<sup>75</sup>

Nesse sentido, é possível traçar uma compreensão da importância desse período de intervalo lúcido de um doente mental para as áreas da saúde e jurídica, pois a primeira tem a finalidade de avaliar se o indivíduo sofre de uma doença ou perturbação mental, e a segunda, a de responsabilizá-lo no caso de cometer um ato ilícito ou infringir algum artigo previsto pelos Códigos Civil ou Penal.

Em que pese à necessidade de realizar a perícia psiquiátrica na esfera criminal, é mais comum a Superveniência de Doença Mental, enquanto que na área cível será notória a interdição para verificar a presença de um transtorno mental no examinando, como veremos nos tópicos seguintes.

### 2.3.1 Perícia Criminal

A questão da perícia criminal é a que mais desperta a atenção da sociedade, tanto pela crueldade praticada em um cenário desconstruído pela autoria do crime quanto pela polêmica da aplicabilidade da sua sanção.

Como regra geral, dado o diagnóstico de esquizofrenia, o perito pode opinar com tranquilidade pela inimputabilidade do ato criminoso<sup>76</sup> mediante decisão judicial abaixo

---

<sup>74</sup> FÜHRER, Maximiliano Roberto Ernesto. **Tratado da inimputabilidade no direito penal**. São Paulo: Malheiros, 2000. p. 97.

<sup>75</sup> Ibidem p. 99.

<sup>76</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense civil e penal**. São Paulo, Atheneu, 2003. p. 649.

HABEAS CORPUS. PENAL. INIMPUTÁVEL. APLICAÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA.

INTERNAÇÃO. PRORROGAÇÃO. CESSAÇÃO DA PERICULOSIDADE. PARECER FAVORÁVEL. PEDIDO DE DESINTERNAÇÃO CONDICIONAL. INDEFERIMENTO.

DECISÃO FUNDAMENTADA. PRINCÍPIO DO LIVRE CONVENCIMENTO MOTIVADO.

PRECEDENTES.

1. A teor do art. 97, § 1.º, do Código Penal, a medida de segurança, na modalidade de internação ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado até que cesse a periculosidade do agente.

2. Na hipótese, as decisões impugnadas ressaltaram que a cessação da periculosidade do ora Paciente portador de **esquizofrenia** paranoide está condicionada à manutenção da terapêutica adequada, isto é, com acompanhamento médico contínuo, administração de medicamentos e prática de atividades dirigidas, tendo os peritos sugerido, ainda, a continuidade do tratamento em hospital psiquiátrico comum. O laudo ressaltou, também, que o Paciente não conta com respaldo familiar, é "pessoa sugestionável, com nível intelectual limítrofe e seu senso ético está fragilizado".

3. Não se constata, portanto, o apontado constrangimento ilegal, na medida em que o Juízo das Execuções, ao examinar de forma detida e minuciosa o laudo pericial, juntamente com as demais provas colhidas nos autos, entendeu, de forma fundamentada, pela necessidade de prorrogação da internação do Paciente, por não restar evidenciada a cessação de sua periculosidade.

4. Consoante o disposto no art. 182 do Código de Processo Penal, o laudo pericial não vincula o magistrado, que poderá aceitá-lo ou rejeitá-lo, no todo ou em parte, desde que o faça em decisão validamente motivada, o que restou observado no caso em apreço.

5. Ordem denegada.

Em síntese, a imputabilidade é motivada através da capacidade psíquica do agente de entendimento para a ilicitude do fato e de determinar-se de acordo com esse entendimento.

De acordo com a chamada teoria da imputabilidade moral, o homem é capaz de escolher entre o bem e o mal, entre o certo e o errado, trazendo como consequência a sua responsabilidade pelos atos ilícitos que praticou. Ocorre, porém, que do ponto de vista da criminologia -, como adverte Cristina Rauter, deve-se atentar para a imponderabilidade dos instintos, dos afetos e dos atos reflexos que controlam os atos de todos os seres humanos, não apenas dos indivíduos doentes.<sup>77</sup>

<sup>77</sup> RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003. p. 28.

Há uma espécie de monstro adormecido que habita todo indivíduo, não apenas os reconhecidamente loucos, mas todos aqueles aparentemente normais e honestos cidadãos.<sup>78</sup>

Nos dizeres de Guido Palomba (2002, p. 197):

Em psiquiatria forense se dá o nome de capacidade de imputação jurídica ao estado psicológico que se fundamenta no entendimento que o indivíduo tem sobre o caráter criminoso do fato e na aptidão de determinar-se de acordo com esse entendimento. Em suma, a capacidade de imputação jurídica depende da razão e do livre-arbítrio do agente do crime.

Portanto, a imputabilidade possui duas condições: a cognitiva ou intelectual (capacidade de compreender o ato ilícito); e a volitiva (consiste na vontade de praticar ou não o fato).

Já para Jorge Trindade (2012, p. 455), para ser considerado inimputável, o agente, no momento do ato, deveria estar agindo sob o estado de juízo alterado por força de doença mental, de modo a não possuir noção da natureza e da qualidade do ato, ou por não poder distinguir entre um comportamento certo e errado.

Há de se levar em conta que por anos discutiu-se no Brasil se o termo inimputável poderia ser sinônimo de irresponsável. Tal impasse deveu-se à redação ambígua do Código de 1940, pois os artigos sobre inimputabilidade eram enquadrados com a rubrica “Da Responsabilidade”.

Na verdade, tanto responsabilidade penal como imputabilidade significam quase a mesma coisa: a presença de condições mínimas a saúde mental para que alguém seja chamado a responder penalmente pelo crime que praticou.<sup>79</sup>

Diferentemente do Código citado acima, o legislador de 1984, ao reformar a Parte Geral do Código Penal, deixou de se referir ao termo responsabilidade, introduzindo uma nova rubrica: “Da Imputabilidade Penal”.<sup>80</sup>

---

<sup>78</sup> RAUTER, 2003, loc. Cit.

<sup>79</sup> FÜHRER, Maximiliano Roberto Ernesto. **Tratado da inimputabilidade no direito penal**. São Paulo: Malheiros, 2000. p. 38.

O legislador penalista utiliza-se de três sistemas para regular a inimputabilidade. São eles: (a) biológico; (b) psicológico; (c) biopsicológico.

No primeiro, o inimputável está condicionado a uma enfermidade mental, sem levar em consideração a avaliação psicológica. Dessa maneira, pode-se considerar como um critério falho, pois deixa impune aquele que tem entendimento e capacidade de determinação.<sup>81</sup>

No segundo, verificam-se apenas as condições psíquicas do autor no momento em que praticou o ato ilícito, sem se preocupar em demonstrar ou não a existência de uma doença mental ou distúrbio psíquico patológico. Neste caso, trata-se de um critério pouco científico e de difícil averiguação.

E finalmente o terceiro, visto como uma combinação de fatores de ambos os sistemas, sendo necessária a averiguação de dois elementos: primeiro, se o agente é doente mental ou tem desenvolvimento mental incompleto ou retardado e, posteriormente, a inexistência da capacidade de determinação.<sup>82</sup>

O ordenamento penal brasileiro adotou o sistema misto, também conhecido como biopsicológico, com a finalidade de auxiliar no exame pericial nos casos de inimputabilidade. Álvaro Mayrink o expõe da seguinte forma:

Finalmente, o método biopsicológico é a reunião dos dois primeiros: a responsabilidade só é excluída, se o agente, em razão de enfermidade ou retardamento mental, era, no momento da ação, incapaz de entendimento ético-jurídico e autodeterminação.<sup>83</sup>

Para ilustrar esse entendimento, redigiremos em síntese a seguinte jurisprudência

Em sede de inimputabilidade (ou semi-imputabilidade), vigora, entre nós, o critério biopsicológico normativo. Dessa maneira, não basta simplesmente que o agente

---

<sup>80</sup> Ibidem, p. 39

<sup>81</sup> MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Manual de Direito Penal, volume 1**. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 1986. p. 208.

<sup>82</sup> MIRABETE, 1986, loc. Cit.

<sup>83</sup> COSTA, Álvaro Mayrink da. **Direito Penal: volume 1, tomo I, parte geral**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Forense, 1995. p. 858.

padeça de alguma enfermidade mental, faz-se mister, ainda, que exista prova (v.g. perícia) de que este transtorno realmente afetou a capacidade de compreensão do caráter ilícito do fato (requisito intelectual) ou de determinação segundo esse conhecimento (requisito volitivo) à época do fato, i.e., no momento da ação criminosa. (HC 33.401-RJ, 5.<sup>a</sup> Turma., rel. Felix Fischer, 28.09.2004, v.u., DJ 03.11.2004)

Em exame criminológico, Mayrink, por sua vez, descreve a importância do laudo pericial:

A inimizabilidade é avaliada através de perícia médico-legal que será realizada sempre que existir dúvida quanto à saúde mental do imputado, não ficando adstrito às conclusões do laudo de exame de sanidade mental. O juízo da imimizabilidade é realizado por balizamento normativo e compete exclusivamente ao juiz penal decidir.<sup>84</sup>

Como visto acima, concluímos que o exame pericial é a prova de que o juiz ordenará a concretude da inimizabilidade. Sendo assim, Toledo (1982, apud MIRABETE, 2016 p. 198) afirma que esta não se presume e, para ser acolhida, deve ser provada em condições de absoluta certeza.<sup>85</sup>

Para aqueles casos em que a presença da violência se torna frequente nos casos de homicídios considerados cruéis, presume Guido Palomba algumas características, tais como

(...) apontar a banalidade e incompreensibilidade do delito, a inconsistência do motivo, a execução cruel ou bizarra da vítima, a ausência completa de remorso depois da prática, a ausência de dissimulação, a permanência do doente próximo ao local do crime. Essas características encontradas, porém não são dados específicos.<sup>86</sup>

Todavia, a autora Maria Helena Fantinati, em seu artigo “Falando sobre a esquizofrenia”, assevera que a presença da violência não pode ser considerada inerente à pessoa

<sup>84</sup> COSTA, Álvaro Mayrink da. apud COSTA, Álvaro Mayrink da. **Direito Penal: volume 1, tomo I, parte geral**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Forense, 1995, p. 859.

<sup>85</sup> TOLEDO, Francisco de Assis. **Princípios básicos de direito penal**, 1982. In: MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Manual de Direito Penal, volume 1**. 32. Ed. São Paulo: Atlas, 2016, p. 198.

<sup>86</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense civil e penal**. São Paulo, Atheneu, 2003. p. 650.

portadora da esquizofrenia, visto que estudos recentes mostram que essa assertiva não tem base científica.

É importante, ainda, trazer a análise de Huss (2011, p. 448) abaixo

Nos casos em que a iminência da violência for imediata devido a sintomas não tratados de esquizofrenia, então esta vai decrescer quando o indivíduo estiver medicado.<sup>87</sup>

Muito importante ressaltar a chamada fase de defeito esquizofrênico, em que o paciente se encontra na fase intercalar entre os surtos, podendo ocorrer os delitos de violência, principalmente se o defeito estiver na capacidade de julgamento de valores ético-morais.<sup>88</sup>

Em psiquiatria forense, Ruy B. Mendes Filho e Hilda Morana explicam isso da seguinte maneira:

O intervalo lúcido é um conceito que remonta ao direito romano e que se configura em aplicação no campo da psiquiatria forense, já que terá reflexos na capacidade civil e na responsabilidade penal. É definido como o período entre surtos ou fases recorrentes de transtornos psicóticos, no qual a capacidade mental está completamente restabelecida.<sup>89</sup>

Outras características que configuram a personalidade pré-mórbida como fator para a avaliação de risco são a impulsividade elevada, o descontrole impulsivo e a hostilidade persistente, vistos como traços que aumentam o risco de comportamento violento. Delírios e alucinações também são somados como variáveis que aumentam o risco de tal comportamento.<sup>90</sup>

Como Taborda demonstra em seu livro, o comportamento em determinados locais onde o esquizofrênico se encontra também pode instigar a sua periculosidade:

---

<sup>87</sup> HUSS, Matthew T. **Psicologia Forense: pesquisa, prática clínica e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 125.

<sup>88</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense civil e penal**. São Paulo, Atheneu, 2003. p. 650.

<sup>89</sup> FILHO, Rui B. Mendes; MORANA, Hilda. C. P. Transtornos Psicóticos. In: TABORDA, José Geraldo Vernet (Org.). **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 226.

<sup>90</sup> FILHO, 2004, loc. Cit.

O comportamento em ambientes controlados, hospitais de custódia ou presídios, pode induzir falsa ideia sobre a periculosidade. Pessoas desconfiadas, hostis ou auto-referentes comportam-se de maneira desigual, na dependência de estarem em liberdade ou sob custódia. Esse dado deve ser ponderado na ocasião da alta hospitalar, do regime progressivo de alta reabilitação psicossocial.<sup>91</sup>

### 2.3.1.1 Medidas de segurança

Versar sobre medidas de segurança impõe o desafio de contextualizar, necessariamente, a importância da periculosidade: sua definição e evolução histórica e até mesmo sua legitimidade e concretização no campo penal.

No entanto, abordaremos em linhas gerais aquilo que hoje chamaremos de Medida de Segurança prevista no Código Penal idealizada por Franz Von Listz e sistematizada por Karl Stoos.

Destacando a importância conjunta desses autores mencionados posteriormente para a evolução do instituto, afirmamos que Listz acreditava que toda sanção penal, no direito tinha uma concepção baseada em um fim: ora pelo mal praticado, ora por prevenção, diante do perigo da reiteração da conduta<sup>92</sup>. Já para Stoos, em seu anteprojeto do Código Penal Suíço, ao lado da pena, tal medida resultaria em um sistema de dupla via para estimular as novas soluções legislativo-penais em toda a Europa.<sup>93</sup>

Em princípio, esse instituto pode ser traduzido como algo que nos remete a um alerta, uma precaução, ou seja, atitude esta que possa evitar um cometimento delituoso. É exatamente nessa linha de pensamento que Cleber Masson a consagra:

É a modalidade de sanção penal com finalidade exclusivamente preventiva, e de caráter terapêutico, destinada a tratar inimputáveis e semi-imputáveis portadores de periculosidade, com o escopo de evitar a prática de futuras infrações penais. (MASSON, 2011, p.809).<sup>94</sup>

<sup>91</sup> FILHO, 2004, loc. Cit.

<sup>92</sup> FÜHRER, Maximiliano Roberto Ernesto. **Tratado da inimputabilidade no direito penal**. São Paulo: Malheiros, 2000. p. 29.

<sup>93</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. p. 29-215.

<sup>94</sup> MASSON, Cleber Rogério. **Direito Penal esquematizado – Parte Geral**. 4. Ed. São Paulo: Método, 2011. p. 809.

Desse modo, entende-se essa medida como uma sanção penal de caráter terapêutico, traduzida com o escopo de atuar no controle social daquele que cometeu um crime, mas foi considerado inimputável que sofre de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto.

Destaca-se, no nosso ordenamento jurídico penal, a periculosidade, vista como um estado perigoso do homem no qual despertam indícios (probabilidade) de ele praticar um crime. Na apreciação de Fernando Capez, é a potencialidade para praticar ações lesivas, sendo revelado o fato de o agente ser portador de doença mental.<sup>95</sup> Informada a periculosidade como presumida, apontamos para a inimputabilidade, que nos remete obrigatoriamente a uma medida de segurança.<sup>96</sup>

De acordo com esse entendimento, conclui-se que

Atualmente, o **imputável** que praticar uma conduta **punível** sujeitar-se-á somente à pena correspondente; o **inimputável**, à medida de segurança, e o semi-imputável, o chamado “fronteiriço”, sofrerá pena ou medida de segurança, isto é, uma ou outra, nunca as duas, como ocorre no sistema **duplo binário**.<sup>97</sup> (grifos nosso)

Assim como todos os direitos e garantias são consagradas pela nossa Constituição Federal de 1988, também está prevista a medida de segurança, conforme lembra Eduardo Reale Ferrari

Contextualizada em um Estado Democrático de Direito, inferimos que a medida de segurança criminal exigirá a incidência de todos os princípios constitucionais, não se submetendo o cidadão a medidas terapêutico-penais que contrariem preceitos de legalidade, irretroatividade, presunção da inocência e dignidade da pessoa humana.<sup>98</sup>

---

<sup>95</sup> CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal, volume 1, parte geral**. 15. Ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 467.

<sup>96</sup> *Ibidem*. p. 468.

<sup>97</sup> Bitencourt, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal: parte geral, volume 1**. 11 ed. atual. São Paulo: Saraiva, 2007. p. 689.

<sup>98</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. p. 217.

Como espécies de medida de segurança no Direito Brasileiro, verificamos a detentiva, que consiste na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, na falta deste, em outro estabelecimento adequado, enquanto que a restritiva constitui-se na sujeição a tratamento ambulatorial.<sup>99</sup>

Respeitando a finalidade terapêutica dessa medida, subentende-se que fica excluída a ideia de sanção e castigo. Nesse viés, Cláudio Cohen et. al., menciona que

Nunca a medida de segurança tem caráter punitivo, pois não se trata de pena, mas uma medida de prevenção, de terapia e de assistência social relativas ao estado perigoso daqueles que não são penalmente responsáveis; ela simplesmente tenta garantir um tratamento para o doente e defende a sociedade de um indivíduo perigoso.<sup>100</sup>

Mirabete explana em poucas palavras a aplicabilidade da medida de segurança para os inimputáveis:

Absolvendo-se o réu em decorrência de sua inimputabilidade (art. 26), é obrigatória a aplicação da medida de segurança (art. 97). Aos condenados em que forem reconhecidas as condições previstas no art. 26, parágrafo único (semi-imputáveis), pode o juiz aplicar a pena, com a redução prevista no referido dispositivo, ou substituí-la pela medida de segurança se o sentenciado necessitar de especial tratamento curativo (art. 98).<sup>101</sup>

---

<sup>99</sup> Ibidem, p. 360.

<sup>100</sup> FÜHRER, Maximiliano Roberto Ernesto. **Tratado da inimputabilidade no direito penal**. São Paulo: Malheiros, 2000. p. 140.

<sup>101</sup> TOLEDO, Francisco de Assis. **Princípios básicos de direito penal**, 1982. In: MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Manual de Direito Penal, volume 1**. 32. Ed. São Paulo: Atlas, 2016, p. 362.

Ressalta-se ainda a possibilidade de conversão da internação em tratamento já que não se encontra expressa em lei, de acordo com os dizeres de Mirabete: “Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, se a conduta do sentenciado revelar necessidade de providências para fins curativos, ele poderá ser internado (art. 97, § 4º)”.<sup>102</sup>

Por outro lado, na hipótese de aplicação de medida de segurança para o semi-imputável há a possibilidade de reduzir a pena ou aplicar tal medida. Cleber Masson também expõe da seguinte forma:

A presença da culpabilidade, embora diminuída, autoriza a imposição de pena, reduzida obrigatoriamente de um a dois terços. Se, entretanto, constatar-se a sua periculosidade, de forma a necessitar o condenado de especial tratamento curativo, a pena reduzida pode ser substituída por medida de segurança (art. 98).<sup>103</sup>

Cabe frisar que pode ocorrer a detração na medida de segurança, ou seja, o cálculo do tempo de permanência do inimputável durante o processo, seja em face da prisão preventiva ou provisória, e o de sua internação em hospital ou manicômio, prevista pelo artigo 42 do Código Penal e trazida pelos ensinamentos de Fernando Capez

Medida de segurança e detração: o juiz deve fixar na sentença um prazo mínimo de duração da medida de segurança, entre um e três anos. Computa-se nesse prazo mínimo, pela detração, o tempo de prisão provisória, o de prisão administrativa e o de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou estabelecimento adequado (CP, arts. 41 e 42).<sup>104</sup>

Como já mencionado acima, no que diz respeito à execução da medida de segurança, em princípio seu tempo é indeterminado, fixando-se somente seu prazo mínimo, seja na hipótese de internamento ou de tratamento ambulatorial, perdurando enquanto não for

---

<sup>102</sup> TOLEDO, 1982, loc. Cit.

<sup>103</sup> MASSON, Cleber Rogério. **Direito Penal esquematizado – Parte Geral**. 4. Ed. São Paulo: Método, 2011. p. 813.

<sup>104</sup> CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal, volume 1, parte geral**. 15. Ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 471.

averiguada a cessação de periculosidade (art. 97, § 1º do CP). Após esse prazo, a perícia médica deverá ser realizada anualmente ou quando o determinar o juiz da execução (art. 97, § 2º do CP).<sup>105</sup>

Cite-se ainda a Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça: “o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado,”<sup>106</sup> podendo ser demonstrada na seguinte decisão judicial

DECISÃO: ACORDAM os integrantes da Primeira Câmara Criminal do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, por unanimidade de votos, em negar provimento ao recurso, para o efeito de manter incólume a decisão absolutória imprópria. EMENTA: APELAÇÃO CRIME. LESÃO CORPORAL. INIMPUTABILIDADE RECONHECIDA. FIXAÇÃO DE PRAZO MÁXIMO DE DURAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA. TRATAMENTO AMBULATORIAL QUE NÃO PODE SER SUPERIOR À PENA MÁXIMA ABSTRATAMENTE COMINADA AO DELITO. SÚMULA 527 DO STJ. PRAZO MÍNIMO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME DE CESSAÇÃO DE PERICULOSIDADE (01 ANO, ART. 97, § 1º, CP) QUE COINCIDE COM O PRAZO DE DESINTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. FIXAÇÃO DE PRAZO MENOR PARA REALIZAÇÃO DO EXAME. MEDIDA BENÉFICA AO RÉU. AUSÊNCIA DE ILEGALIDADE. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO NÃO PROVIDO. (TJPR - 1ª C.Criminal - AC - 1368828-5 - Pitanga - Rel.: Naor R. de Macedo Neto - Unânime - - J. 08.10.2015)

(TJ-PR - APL: 13688285 PR 1368828-5 (Acórdão), Relator: Naor R. de Macedo Neto, Data de Julgamento: 08/10/2015, 1ª Câmara Criminal, Data de Publicação: DJ: 1673 21/10/2015)<sup>107</sup>

Ou ainda evidenciado nesse seguinte recurso

PROCESSO PENAL. EXECUÇÃO DA PENA. DOENÇA MENTAL SOBREVINDA. MEDIDA DE SEGURANÇA. - DURAÇÃO. AFEITA AO SISTEMA VICARIANTE DE 1984, A MEDIDA DE SEGURANÇA DETENTIVA APLICAVEL NOS TERMOS NOS TERMOS DO ART. 183 DA LEP NÃO PODE TER DURAÇÃO SUPERIOR AO TEMPO RESTANTE DA PENA, SEM PREJUÍZO DE QUE, AFINAL, RECOMENDE-SE A PROVIDENCIA PREVISTA NO ART. 682, PARAG. 2., DO COD. DE PROC. PENAL.

<sup>105</sup> BRASIL. Código Penal. In: *Vade Mecum Saraiva*. 21. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2016.

<sup>106</sup> BRASIL. Súmulas do Superior Tribunal de Justiça. In: *Vade Mecum Saraiva*. 21. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2016.

<sup>107</sup> Disponível em: <https://tj-pr.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/245656421/apelacao-apl-13688285-pr-1368828-5-acordao/inteiro-teor-245656434?ref=juris-tabs>. Acesso em: 11 de agosto de 2017.

(STJ - RHC: 2445 SP 1992/0032569-6, Relator: Ministro JOSÉ DANTAS, Data de Julgamento: 10/02/1993, T5 - QUINTA TURMA, Data de Publicação: DJ 31.05.1993 p. 10678 LEXSTJ vol. 50 p. 327 RSTJ vol. 50 p. 400)<sup>108</sup>

É possível encontrar casos em que fica demonstrada a possibilidade de conversão da pena privativa de liberdade em execução na medida de segurança, estabelecida pela Súmula 422 do Supremo Tribunal Federal: “A absolvição criminal não prejudica a medida de segurança, quando couber, ainda que importe privação da liberdade”.<sup>109</sup>

Importante alvitrar sobre a cessação de verificação de periculosidade tem como finalidade averiguar se há ou não chance do indivíduo apresentar risco de violência para ser cessada pelo Judiciário. Segundo o artigo 775 do Código de Processo Penal, “a cessação ou não da periculosidade se verificará ao fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança pelo exame das condições da pessoa a que tiver sido imposta.”<sup>110</sup> Porém, o artigo 777 do mesmo código afirma o seguinte:

**Art. 777.** Em qualquer tempo, ainda durante o prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o tribunal, câmara ou turma, a requerimento do Ministério Público ou do interessado, seu defensor ou curador, ordenar o exame, para a verificação da cessação da periculosidade.<sup>111</sup>

### 2.3.2 Perícia Civil

Diferentemente do campo penal, o direito civil tem como proposta regular a relação jurídica entre pessoas e bens de natureza privada, sendo seus institutos amparados pela Constituição Federal de 1988.

Historicamente, verifica-se que, apesar das variações de nomenclatura para contextualizar os doentes mentais utilizada nos textos legais, observadas nas Ordenações

<sup>108</sup> Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/577464/recurso-ordinario-em-habeas-corpus-rhc-2445-sp-1992-0032569-6/inteiro-teor-100341049>. Acesso em: 11 de agosto de 2017.

<sup>109</sup> MASSON, Cleber Rogério. **Direito Penal esquematizado – Parte Geral**. 4. Ed. São Paulo: Método, 2011. p. 813.

<sup>110</sup> Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10600299/artigo-775-do-decreto-lei-n-3689-de-03-de-outubro-de-1941>. Acesso em: 13 de agosto de 2017.

<sup>111</sup> Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10599869/artigo-777-do-decreto-lei-n-3689-de-03-de-outubro-de-1941>. Acesso em: 13 de agosto de 2017.

Filipinas, no Código de 1916 e no atual Código de 2002, foi-lhes causado prejuízo, afrontando o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, visto que foram submetidos a um enclausuramento moral durante décadas.

Feita essa introdução, é necessário afirmar que foi instituída uma nova definição para os enfermos mentais e, por tal razão, o perito poderá concluir seu parecer médico reconhecendo o esquizofrênico como plenamente capaz, em face da revogação dos dispositivos do Código Civil de 2002 e pela vigência da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.

Contudo, para a consolidação desse novel Estatuto que veio para quebrar esse paradigma social entre os mentalmente sadios e as pessoas com deficiência - as quais sempre foram tratadas de forma desumana – é preciso agora ele ser reconhecido para proporcionar uma igualdade de direitos e deveres, reinserindo-as na sociedade, observando o primeiro artigo do Código Civil, que estabelece: “Toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil.”<sup>112</sup>

Inspirado na Convenção de Nova Iorque, esse instrumento legal se encarregará de esboçar algumas modificações importantes de premissas, como a capacidade civil e curatela no Código Civil e do novo Código de Processo Civil.

Para esclarecer como o conceito do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana solidificou-se e tornou-se um marco constitucional fundamentado na lição kantiana, Rodrigo da Cunha Pereira, em seu artigo “Lei 13.146 acrescenta novo conceito para capacidade civil”, diz que graças à compreensão da dignidade da pessoa humana é que se começou a valorizar a humanidade de cada sujeito em suas relações pessoais, sociais e consigo mesmo, introduzindo assim novas noções de dignidade e indignidade.<sup>113</sup>

A partir da vigência dessa lei, sobre a pessoa com deficiência - aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, conforme expresso no artigo 2º -, não mais será afetada sua plena capacidade civil, de acordo com os artigos 6º e 84º do mesmo diploma expostos a seguir:

Art. 6º A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para:

---

<sup>112</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm). Acesso em: 13 de agosto de 2017.

<sup>113</sup> Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2015-ago-10/processo-familiar-lei-13146-acrescenta-conceito-capacidade-civil>. Acesso em: 10 de outubro de 2015.

- I - casar-se e constituir união estável;
  - II - exercer direitos sexuais e reprodutivos;
  - III - exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar;
  - IV - conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória;
  - V - exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária; e
  - VI - exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.
- Art. 84. A pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas.
- § 1º Quando necessário, a pessoa com deficiência será submetida à curatela, conforme a lei.
- § 2º É facultado à pessoa com deficiência a adoção de processo de tomada de decisão apoiada.
- § 3º A definição de curatela de pessoa com deficiência constitui medida protetiva extraordinária, proporcional às necessidades e às circunstâncias de cada caso, e durará o menor tempo possível.
- § 4º Os curadores são obrigados a prestar, anualmente, contas de sua administração ao juiz, apresentando o balanço do respectivo ano.<sup>114</sup>

Em suma, o art. 6º merece destaque, pois a deficiência não interfere na plena capacidade para os atos do cenário familiar elencados em seus respectivos incisos.

O segundo dispositivo tem o propósito de elucidar que atualmente a pessoa com deficiência é legalmente capaz em igualdade de condições com as demais pessoas e, paralelamente, instaura um novo conceito aos artigos 3 e 4 do Código Civil de 2002.

Portanto, o nosso ordenamento jurídico tem a missão em dizer que diferente da restrição aos menores de dezesseis anos, apresentar uma deficiência não será razão para enquadrar como incapaz, presume-se sua plena capacidade em face do advento do novo instituto.

### **2.3.2.1 Inovações do Estatuto da Pessoa com Deficiência**

Conforme exposto no tópico anterior foram feitas algumas reflexões, o qual o Estatuto da Pessoa com Deficiência trouxe inovações para a proteção dos doentes mentais que

---

<sup>114</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm). Acesso em: 14 de agosto de 2017.

impactaram no Direito Civil. Dessa forma, prosseguiremos com uma breve análise de suas consequências.

Com a nova redação dos artigos 3 e 4 do Código Civil, verificaremos que a capacidade civil refletirá sobre o estudo da validade dos negócios jurídicos, uma vez que este instituto poderá resguardar o patrimônio da pessoa com deficiência.

Para a análise do tema, é preciso expor nas palavras de Flávio Tartuce (2017, p. 227) que negócio jurídico é “todo ato jurídico em que há uma composição de interesses das partes com uma finalidade específica.”<sup>115</sup>

Sendo assim, exemplificaremos que os elementos estruturais do negócio jurídico foram fundamentados na concepção da “Escada Ponteara” devem ocorrer sobre três planos como Pontes de Miranda et. al. afirma que

(...) existir, valer e ser eficaz são conceitos tão inconfundíveis que o fato jurídico pode ser, valer e não ser eficaz, ou ser, não valer e ser eficaz. As próprias normas jurídicas podem ser, valer e não ter eficácia. (TARTUCE, 2017, p. 235)

Feito esse breve entendimento, a inovação trazida pela Lei 13.146/2015 tem a finalidade de considerar capaz a pessoa com deficiência incidirá sobre a validade do negócio jurídico realizado em conformidade com o direito.<sup>116</sup> Portanto, a pessoa com deficiência poderá agir em vontade própria protegida por essa lei.

Podemos verificar ainda que, lara em seu artigo “A capacidade civil da pessoa com deficiência intelectual”, relata que modificado o art. 4º do Código Civil de 2002, “[...] o negócio será nulo se o objeto for impossível, ilícito ou indeterminável e poderá ser anulável pela ocorrência dos vícios do consentimento.”<sup>117</sup>

A segunda consequência diz respeito ao Direito de Família, o instituto da validade do casamento.

---

<sup>115</sup> TARTUCE, Flávio. **Manual de Direito Civil: volume único**. 7 ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2017. p. 235.

<sup>116</sup> Disponível em: <https://www.conpedi.org.br/publicacoes/66fsl345/oy1ux21y/8J38ic2GY5847PkM.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2017.

<sup>117</sup> Disponível em: <https://www.conpedi.org.br/publicacoes/66fsl345/oy1ux21y/8J38ic2GY5847PkM.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2017.

Em face do Estatuto, houve uma alteração em matéria de capacidade para casamento, o qual revoga o inciso I do artigo 1.548 do Código Civil -, prevê ser nulo o casamento do “enfermo mental sem o necessário discernimento para os atos da vida civil”. Logo, para fins de casamento os deficientes não podem ser reprimidos da formação familiar por meio de casamento ou união estável conforme a regra expressa do artigo 6º do Estatuto.

Contudo, há um conflito entre o Estatuto e o vigente Código, pois o mesmo não altera a redação do artigo 1550, existindo a possibilidade da anulabilidade do casamento previsto em seu inciso IV:

Artigo 1.550. É anulável o casamento:

IV - do incapaz de consentir ou manifestar, de modo inequívoco, o consentimento.<sup>118</sup>

Por essa razão, entende-se que o casamento da pessoa com deficiência que for incapaz de consentir ou manifestar de modo inequívoco o consentimento poderá ser anulável e não nulo. E ainda, o Estatuto acrescenta o seguinte parágrafo do mesmo dispositivo acima:

Parágrafo 2º A pessoa com deficiência mental ou intelectual em **idade núbia** poderá contrair matrimônio, expressando sua vontade diretamente ou por meio de seu responsável ou curador. (grifo nosso).

Como nota de interpretação, observamos que o presente parágrafo expõe uma questão de erro de redação, pois o correto seria utilizar o termo “idade núbil”-, o qual se refere à núpcia, casamento. E o outro erro do mesmo parágrafo, seria o conflito da manifestação da vontade entre o curador e o deficiente, pois o último é quem deverá manifestar tal vontade, visto que esse instituto é personalíssimo.

Outro ponto importante desse assunto seria se antes do presente Estatuto, o casamento de uma pessoa deficiente poderia ser nulo por desafiar o inciso do I do artigo 1548 do

---

<sup>118</sup> Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10628172/artigo-1550-da-lei-n-10406-de-10-de-janeiro-de-2002>. Acesso em: 20 de agosto de 2017.

Código Civil e deixar de ser válido. Portanto, prevalecerá a lei do momento da celebração do casamento.<sup>119</sup>

Ou ainda, ficará demonstrada que se houver a injusta denegação do consentimento, esta poderá ser suprida pelo juiz instituída pelo artigo 1519 do Código Civil.

E por fim teremos como consequência uma nova medida protetiva assegurada pelo Estatuto, a Tomada de Decisão Apoiada, a qual alterou o Título IV do Código Civil de 2002 e passou a ser chamada de “Da Tutela, da Curatela e da Tomada de Decisão Apoiada”, com o advento do Capítulo III instaurado pelo artigo 116 do Estatuto.

Sendo considerada como uma medida alternativa da curatela e de natureza patrimonial usada pelas pessoas plenamente capazes, Maurício Requião em seu artigo “Conheça a tomada de decisão apoiada, novo regime alternativo à curatela” a define que por meio da

(...) iniciativa da pessoa com deficiência são nomeadas pelo menos duas pessoas idôneas ‘com as quais mantenha vínculos e que gozem de sua confiança, para prestar-lhe apoio na tomada de decisão sobre atos da vida civil, fornecendo-lhes os elementos e informações necessários para que possa exercer sua capacidade.<sup>120</sup>

Tartuce (2017, p. 1492) afirma ainda que, a tutela e a curatela são institutos de direito assistencial para a defesa dos interesses dos incapazes, visando à realização de atos civis em seu nome.

Ao associar esses institutos com o Estatuto notamos que o papel da curatela será prescrito e, no entanto não será aplicado às pessoas com deficiência, sendo revogados os artigos referentes a esse instituto no Código Civil, e inovado pelo seguinte artigo do Estatuto:

---

<sup>119</sup> Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2015-ago-07/jose-simao-estatuto-pessoa-deficiencia-traz-mudancas>. Acesso em: 20 de agosto de 2017.

<sup>120</sup> Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2015-set-14/direito-civil-atual-conheca-tomada-decisao-apoiada-regime-alternativo-curatela>. Acesso em: 20 de agosto de 2017.

Art. 84. A pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º Quando necessário, a pessoa com deficiência será submetida à curatela, conforme a lei.<sup>121</sup>

Nesse sentido, caberá alguns julgados sob a égide do Estatuto da Pessoa com Deficiência:

**AÇÃO DE INTERDIÇÃO.** Pretensão do genitor em face da filha. Sentença de improcedência. Apela o autor sustentando haver laudo apresentando anomalia ou anormalidade psíquica da ré; não tem como gerir a sua vida e os atos da vida civil. Descabimento. Não caracterizada a incapacidade. Ausentes requisitos do artigo 84, § 3º, do Estatuto da Pessoa com Deficiência e artigo 1.767 do Código Civil. A apelada se encontra apta a praticar os atos da vida civil e capacidade de administrar sua vida e seus bens. Recurso improvido.

(TJ-SP - APL: 00023667520138260642 SP 0002366-75.2013.8.26.0642, Relator: James Siano, Data de Julgamento: 06/08/2016, 5ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 06/08/2016)<sup>122</sup>

**APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE INTERDIÇÃO - CABIMENTO - ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA - RECONHECIMENTO DA INCAPACIDADE RELATIVA - AMPLIAÇÃO DOS LIMITES DA CURATELA.** 1 - O indivíduo não pode ser mais considerado absolutamente incapaz, para os atos da vida civil, diante das alterações feitas no Código Civil pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência - Lei nº 13.146/2015. 2 - A patologia psiquiátrica descrita configura hipótese de incapacidade relativa, não sendo caso de curatela ilimitada (art. 4º, inciso III, e 1.767, inciso I do CC, com a redação dada pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência). 3 - A ampliação dos limites da curatela, para além dos atos patrimoniais e negociais, não é medida extraordinária, mas sim real, diante da incapacidade da parte (artigo 755, inciso I, do CPC/15).

(TJ-MG - AC: 10245130114946001 MG, Relator: Alice Birchal, Data de Julgamento: 14/02/2017, Câmaras Cíveis / 7ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 21/02/2017)<sup>123</sup>

### 2.3.3 Perícia psicológica como prova nos processos judiciais

<sup>121</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm). Acesso em: 20 de junho de 2017.

<sup>122</sup> Disponível em: <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/370807688/apelacao-apl-23667520138260642-sp-0002366-7520138260642/inteiro-teor-370807712>. Acesso em: 20 de junho de 2017.

<sup>123</sup> Disponível em: <https://tj-mg.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/432893401/apelacao-civel-ac-10245130114946001-mg>. Acesso em: 20 de junho de 2017.

No contexto jurídico, a avaliação psicológica se configura como uma prática integrante da perícia psicológica. (SERAFIM, 2012, p. 63)

No Direito, a perícia é um meio de prova na qual se solicita a intervenção de pessoas tecnicamente qualificadas, chamadas de peritos, nomeadas pelo juiz, para analisar fatos jurídicos relevantes à causa examinada por meio de um laudo.

Sobre a perícia em saúde mental, pode-se destacar que

Consiste no processo de compreensão psicológica e psiquiátrica do caso, responder a uma questão legal expressa pelo juiz ou por outro agente (jurídico ou participante do caso), fundamentada nos quesitos elaborados pelo agente solicitante, cabendo ao perito investigar uma ampla faixa do funcionamento submetido à perícia (apud, SERAFIM, 2012, p. 63-64)

Para Caires (apud, 2003), a Perícia é considerada um instrumento científico, pertinente à especialidade da Psicologia Jurídica, que tem como objetivo maior elucidar fatos e/ou situações para auxiliar a compreensão de fatores subjetivos presentes nas relações humanas e que interferem no andamento dos processos judiciais.

Nessa linha de pensamento, é considerada como uma peça chave para a verificação da sanidade mental do réu no que diz respeito à racionalidade jurídica processual.

A avaliação neuropsicológica, no contexto jurídico, insere-se na fase pericial. Sendo assim, de acordo com Heilbrun et al., essa avaliação é vista como

Imprescindível recurso para a perícia, uma vez que, como definiu Lezak, a avaliação neuropsicológica se constitui de um processo complexo, visto que impõe ao profissional, além de amplo conhecimento e domínio em psicologia clínica e em psicometria, uma formação estrita quanto ao sistema nervoso (central e autônomo), suas patologias e consequências (SERAFIM, 2012, p. 65).

Como podemos observar, a perícia está elencada no Código de Processo Civil, podendo ser encontrada na seção VII, como se lê em seu respectivo artigo 464, *in verbis*:

Art. 464. A prova pericial consiste em exame, vistoria ou avaliação.

§ 1º O juiz indeferirá a perícia quando:

I - a prova do fato não depender de conhecimento especial de técnico;

II - for desnecessária em vista de outras provas produzidas;

III - a verificação for impraticável.

§ 2º De ofício ou a requerimento das partes, o juiz poderá, em substituição à perícia, determinar a produção de prova técnica simplificada, quando o ponto controvertido for de menor complexidade.

§ 3º A prova técnica simplificada consistirá apenas na inquirição de especialista, pelo juiz, sobre ponto controvertido da causa que demande especial conhecimento científico ou técnico.

§ 4º Durante a arguição, o especialista, que deverá ter formação acadêmica específica na área objeto de seu depoimento, poderá valer-se de qualquer recurso tecnológico de transmissão de sons e imagens com o fim de esclarecer os pontos controvertidos da causa.<sup>124</sup>

Já citado acima, o perito é “uma pessoa nomeada pelo juiz, segundo critérios de confiança e capacitação profissional, é considerado um especialista na matéria e está habilitado para realizar seu trabalho.” (CARVALHO, 2009, p. 128).

Conforme o artigo 149 do Código de Processo Civil são auxiliares da Justiça - além de outros, cujas atribuições sejam determinadas pelas normas de organização judiciária -, o escrivão, o chefe de secretaria, o oficial de justiça, o perito, o depositário, o administrador, o intérprete, o tradutor, o mediador, o conciliador judicial, o partidor, o distribuidor, o contabilista e o regulador de avarias.<sup>125</sup>

---

<sup>124</sup> Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/28892245/artigo-464-da-lei-n-13105-de-16-de-marco-de-2015>. Acesso em: 17 de agosto de 2017.

<sup>125</sup> Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/28895250/artigo-149-da-lei-n-13105-de-16-de-marco-de-2015>. Acesso em: 17 de agosto de 2017.

### 3. ANÁLISE DAS LEGISLAÇÕES PENAL, CIVIL E CONSTITUCIONAL

#### 3.1 LEGISLAÇÃO PENAL

Antes de averiguar os artigos que resguardam os direitos daqueles que possuem alguma doença mental, rememoraremos a trajetória evolutiva dos nossos Códigos Penais.

O primeiro Código Penal Brasileiro a ser introduzido foi o de 1830 – Código do Império – inspirado no Código Francês, que tornava irresponsáveis “os loucos de todo gênero salvo se tiverem intervalos lúcidos e neles cometerem crimes.” (RAUTER, 2003, 42). E, ainda, Rauter previa que

(...) os loucos que cometessem crimes podiam ser entregues ‘as famílias e às casas a eles destinadas’ conforme ao juiz parecesse mais conveniente. O destino dos loucos criminosos era incerto, assim como o era dos loucos em geral. A própria noção de que os loucos devem ser encerrados em hospícios ainda se construía no Brasil.<sup>126</sup>

Chegamos a uma conclusão de que, pelo art. 12 do Código Criminal do Império - conforme transcrito acima, o juiz determinaria por conveniência o destino dos loucos seja pela internação ou entrega às famílias.

Conforme avançava a Psiquiatria, a loucura ganhava uma nova concepção aos olhares do Código, sendo reformulado um novo destino aos doentes: sua exclusão justificaria o tratamento pelo fato de não serem considerados criminosos.

Com o advento do novo Código Penal Brasileiro – o Código Republicano, passou-se a preceituar a saúde mental como requisito para configurar um crime, regulamentada a seguir:

---

<sup>126</sup> RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003. p. 42

Art. 27. Não são criminosos:

§ 1º Os menores de 9 anos completos;

§ 2º Os maiores de 9 e menores de 14, que obrarem sem discernimento;

§ 3º Os que por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação;

§ 4º Os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de inteligência no ato de cometer o crime;

§ 5º Os que forem impelidos a cometer o crime por violência física irresistível, ou ameaças acompanhadas de perigo atual;

§ 6º Os que cometerem o crime casualmente, no exercício ou prática de qualquer ato lícito, feito com atenção ordinária;

§ 7º Os surdos-mudos de nascimento, que não tiverem recebido educação nem instrução, salvo provando-se que obraram com discernimento.<sup>127</sup>

O artigo supracitado enriquecia o novo Código, pois elencava em seus parágrafos, de forma detalhada, sobre a inimputabilidade – os menores de 9 anos, os maiores de 9 e menores de 14 sem discernimento; as pessoas com imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil ou privadas de sentidos e inteligência e os surdos-mudos sem discernimento.

Ainda, nos dizeres de Jacintho Godoy (1932, apud, FUHRER, 2000, p. 21):

(...) o Código vigente suprimiu o arbítrio que o antigo Código deixava ao juiz na escolha do destino a dar a tais indivíduos, quando dizia ao juiz na escolha do destino a dar a tais indivíduos, quando dizia 'os loucos que cometerem crimes serão recolhidos à casa para eles destinada ou entregues às suas famílias, como ao juiz parecer mais convincente'. Nessa conformidade, o dispositivo atual sobre a questão é explícito – serão recolhidos a hospitais de alienados, quando oferecerem perigo à segurança pública.<sup>128</sup>

Novamente houve a reforma da legislação criminal, substituída pela Consolidação das Leis Penais de 1932, que, em linhas gerais, empregou impropriamente a expressão “completa perturbação” dos sentidos e da inteligência em substituição à antiga “completa privação, de melhor técnica. (FUHRER, 2000, p. 23)<sup>129</sup>

<sup>127</sup> Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-847-11-outubro-1890-503086-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 02 de agosto de 2017.

<sup>128</sup> GODOY; Jacintho, 1932 apud Fuhrer, 2000, p. 21.

<sup>129</sup> FÜHRER, Maximiliano Roberto Ernesto. **Tratado da inimputabilidade no direito penal**. São Paulo: Malheiros, 2000. p. 23.

Com a intervenção criminológica junto ao Direito Penal, vimos que resultará em incorporar uma feição disciplinar. (RAUTER, 2003, p. 70)

Em suma, observa-se que, para esses Códigos, não havia a necessidade do transtorno mental se conectar com o fato criminoso. Portanto, se o indivíduo constatasse alguma doença mental, este, por sua vez, se enquadraria como inimputável.

Entretanto, com o Projeto do Código Penal de 1940, por meio do art. 22, houve alteração do termo “irresponsável” substituído por “isento de pena”, conforme reza seu *caput*:

Art. 22. 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 criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse 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 mental incompleto ou retardado, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.<sup>130</sup>

Além da alteração da nomenclatura, TABORDA (2004, p. 124) demonstra que há exigência básica da presença da doença mental, passando-se a requerer um prejuízo – total ou parcial – dos elementos cognitivo ou volitivo do ato criminoso e o nexo de causalidade entre o transtorno mental e o agir delitivo.<sup>131</sup>

Outras inovações, como a medida de segurança e o critério da periculosidade, apareceram no Código de 1940, sendo a primeira considerada o local do criminoso, nascendo uma medida de pena de tratamento.

E, finalmente, percebemos que o tratamento do doente mental sofreu variações até chegar a Reforma de 1984 – chamada de Reforma Finalista – que manteve aspectos do Código anterior, que, de acordo com o Capítulo III do Código Penal, o artigo 26 irá preceituar sobre as causas de exclusão da imputabilidade, observados a seguir.

---

<sup>130</sup> Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=102343>. Acesso em: 08 de agosto de 2017.

<sup>131</sup> TABORDA, José. G. V. Os Sistemas de Justiça Criminal Brasileiro e Anglo-Saxão: Uma comparação. In: TABORDA, José Geraldo Vernet (Org.). **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 124.

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.

#### REDUÇÃO DA PENA

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. (grifos nosso)

Para Nucci, a esquizofrenia, como já citado, é exemplo de doença mental que gera a inimputabilidade penal, a qual apresenta como resultado a redução da pena de um a dois terços.<sup>132</sup>

Este artigo busca o entendimento de que só se excluirá a culpa do agente que, no momento da ação ou da omissão, era incapaz de compreender o ilícito do fato.

Assim declarada à inimputabilidade, o sujeito não pode ser condenado, mas sim absolvido, ficando à mercê da medida de segurança.<sup>133</sup>

No que concerne aos termos apresentados no presente artigo e seu parágrafo único para conceituar as doenças mentais, observa-se que não correspondem à classificação médica. Logo, ressalta-se a necessidade de constar do processo a figura do psiquiatra forense para trazer aproximação dos termos descritos em lei com tal classificação.<sup>134</sup>

Tendo em vista o termo desenvolvimento mental retardado, trata-se daquele estado que afeta a capacidade intelectual, conhecida como retardo, que atinge os oligofrênicos e doentes mentais.

De acordo com o artigo 27 do Código Penal, os menores de 18 anos são considerados como inimputáveis incluídos por apresentarem o chamado desenvolvimento mental incompleto. Assim, conclui Capez (2011, p. 334) que este é o desenvolvimento que ainda não se concluiu, devido à recente idade cronológica do agente ou à sua falta de convivência em sociedade, ocasionando imaturidade mental e emocional.<sup>135</sup>

A propósito da superveniência de doença mental, traz o artigo 41 *in verbis*:

<sup>132</sup> NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. 15. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2016. p. 304.

<sup>133</sup> DELMANTO, Celso. **Código Penal Comentado**. 6. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2002. p. 53.

<sup>134</sup> BARROS, Daniel Martins de; TEIXEIRA, Eduardo Henrique. **Manual de perícias psiquiátricas**. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 70.

<sup>135</sup> CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal, volume 1, parte geral**. 15 ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 334.

Art. 41. O condenado a quem sobrevém doença mental deve ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, a outro estabelecimento adequado.

Este artigo relata a necessidade de submeter o condenado a um tratamento médico em caso de reclusão, sendo assim permitida a conversão da pena em medida de segurança. Segundo a explicação de Celso Delmanto, o tempo de recolhimento aos estabelecimentos indicados neste artigo será abatido do tempo de prisão, sendo previsto pelo artigo 42 do Código Penal.<sup>136</sup>

No entendimento jurisprudencial, o tempo de duração da medida de segurança será temporário e, portanto, não poderá exceder ao tempo da pena em respeito à coisa julgada. Na hipótese do término desta, se o condenado não puder ser reintegrado ao convívio social, deverá estar à disposição do juízo cível.<sup>137</sup>

#### **ACÓRDÃO**

Vistos, relatados e discutidos estes autos do Agravo de Execução Penal nº 0179775-92.2011.8.26.0000, da Comarca de São Paulo, em que é agravante TIAGO DOS SANTOS sendo agravado MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO.

**ACORDAM**, em 13ª Câmara de Direito Criminal do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: "Deram provimento ao agravo para julgar extinta a medida de segurança substitutiva imposta ao sentenciado TIAGO DOS SANTOS (condenação referente ao processo nº 2320/2003, da 1ª Vara Criminal de Bauru - Execução nº 633.469), com determinação. V.U.", de conformidade com o voto do Relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Exmo. Desembargadores RENÊ RICUPERO (Presidente), CARDOSO PERPÉTUO E AUGUSTO DE SIQUEIRA.

São Paulo, 16 de fevereiro de 2012.<sup>138</sup> (TJSP, RT 640/294)

Declarada a inimputabilidade nos termos do artigo 26 do Código Penal, *caput*, será aplicada a medida de segurança. Embora seja isento, o sujeito ficará sob os cuidados da internação em hospital de custódia ou tratamento ambulatorial, conforme estabelecido pelos artigos 96 e 97 do Código Penal.

<sup>136</sup> DELMANTO, op. cit., p. 81.

<sup>137</sup> DELMANTO, 2003, loc. Cit.

<sup>138</sup> Disponível em: <http://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/21316833/agravo-de-execucao-penal-ep-1797759220118260000-sp-0179775-9220118260000-tjsp/inteiro-teor-110321056>. Acesso em: 01 de agosto de 2017.

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.<sup>139</sup>

### Sobre a imposição da medida de segurança ao imputável:

Art. 97. Se o agente for imputável, 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.

#### **Prazo**

§ 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.

#### **Perícia médica**

§ 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

#### **Desinternação ou liberação condicional**

§ 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.

§ 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.<sup>140</sup>

Expondo os dizeres de Guilherme Nucci (2015, p. 409),

---

<sup>139</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm). Acesso em: 01 de agosto de 2017.

<sup>140</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm). Acesso em: 01 de agosto de 2017.

O juiz, apesar de absolver o réu, impõe-lhe medida de segurança (internação ou tratamento ambulatorial), que será, nos termos do art. 97, § 1.º, do Código Penal, indeterminada, até que haja a cessação da periculosidade (afinal, cometeu um injusto no estado de insanidade).<sup>141</sup>

Conforme o dispositivo citado anteriormente, podemos concluir que, se o juiz determinar que o agente seja considerado inimputável, apesar de o absolver, aplicará a medida de segurança. Além disso, o prazo da internação ou tratamento ambulatorial é por tempo indeterminado, conforme a cessação de periculosidade, realizada por perícia médica. Esta, por sua vez, poderá ser realizada no prazo mínimo marcado na sentença se assim o juiz determinar. Se o agente desinternado ou liberado antes de um ano pratica fato indicativo de periculosidade estará imune à medida de segurança.

Como já analisado no artigo 26, além da redução da pena, permite-se o tratamento compulsório, exposto pelo art. 98:

Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos [...]<sup>142</sup>

Sobre o direito dos Internados observamos que:

Art. 99 - O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento.<sup>143</sup>

Buscando o entendimento do artigo citado acima, observamos que se trata de uma garantia ao indivíduo submetido a cumprir medida de segurança sendo este recolhido em estabelecimento hospitalar, não se admitindo que o inimputável seja mantido em prisão

---

<sup>141</sup> NUCCI, Guilherme de Souza. **Código penal comentado**. 15. ed. Rio de Janeiro, Forense, 2015.

<sup>142</sup> Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10628361/artigo-98-do-decreto-lei-n-2848-de-07-de-dezembro-de-1940>. Acesso em: 01 de agosto de 2017.

<sup>143</sup> Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10628317/artigo-99-do-decreto-lei-n-2848-de-07-de-dezembro-de-1940>. Acesso: 01 de agosto de 2017.

comum. Por tal razão, deverá aguardar vaga em tratamento ambulatorial. Na posição do Superior Tribunal de Justiça:

EXECUÇÃO PENAL. *HABEAS CORPUS*. 1. PACIENTE SUBMETIDO A MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO. PERMANÊNCIA EM PRESÍDIO COMUM. ALEGADA FALTA DE VAGAS EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO. CONSTRANGIMENTO ILEGAL. OCORRÊNCIA. 2. ORDEM CONCEDIDA, EM PARTE.

1. É ilegal a prisão de imputável sujeito a medidas de segurança de internação, mesmo quando a razão da manutenção da custódia seja a ausência de vagas em estabelecimentos hospitalares adequados à realização do tratamento.<sup>144</sup>

Tratando-se de internamento, cabe frisar, ainda nas palavras de Fernando Capez, que

Na falta de estabelecimento oficial, ou de sua existência em condições impróprias, a lei prevê a prestação de serviços em outro local adequado, desde que este ofereça amplas possibilidades de recuperação ao condenado (CP, arts. 96, II, e 99). Na ausência de vaga em hospital de custódia ou tratamento psiquiátrico ou outro local apropriado, poderá ser recolhido em hospital particular, mas nunca em cadeia pública. O recolhimento do sujeito a presídio configura lesão a direito individual (TJSP, Ag. 253.731-3, 2ª Câmara Criminal, Rel. Des. Silva Pinto, j. 10-6-1998). Outrossim, a falta de vagas é uma deficiência do sistema, e o agente deve esperar em liberdade (TJSP, HC 234.060-3, 3ª Câmara Criminal, Rel. Des. Segurado Braz, j. 12-8-1997).<sup>145</sup>

Assim, mencionamos a seguinte decisão do Superior Tribunal de Justiça para ilustrar o entendimento acima:

EXECUÇÃO PENAL. RECURSO ORDINÁRIO DE *HABEAS CORPUS*. APLICAÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO. FALTA DE VAGA EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.

I - Sendo aplicada ao paciente a medida de segurança de internação, constitui constrangimento ilegal sua manutenção em prisão comum, ainda que o motivo seja a alegada inexistência de vaga para o cumprimento da medida aplicada.

II A manutenção de estabelecimentos adequados ao cumprimento da medida de segurança de internação é de responsabilidade do Estado, não podendo o paciente ser penalizado pela insuficiência de vagas.

<sup>144</sup> HC 81.959, Sexta Turma, Superior Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, Relatora: MARIA THEREZA DE ASSIS MOURA. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/8707246/habeas-corporus-hc-81959-mg-2007-0094638-0?ref=juris-tabs>. Acesso em: 01 de agosto de 2017.

<sup>145</sup> CAPEZ, Fernando. **Código Penal Comentado**. 3ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 266.

Recurso provido.<sup>146</sup>

### 3.1.2 Lei de Execução Penal

Em seguida, serão demonstrados os artigos que determinam a Execução da Medida de Segurança e a cessação de periculosidade sob o aspecto da Lei de Execução Penal.

Sobre o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico:

Art. 99. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal.

Parágrafo único. Aplica-se ao hospital, no que couber, o disposto no parágrafo único, do artigo 88, desta Lei.

Art. 100. O exame psiquiátrico e os demais exames necessários ao tratamento são obrigatórios para todos os internados.

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.<sup>147</sup>

Em relação aos artigos acima, o Hospital de Custódia tem como objetivo ilustrar o local destinado àqueles julgados inimputáveis e semi-imputáveis mencionados pelo artigo 26 do Código Penal ou indicar outro local médico que considerar adequado e demonstrar a obrigatoriedade de todos os exames para o tratamento de todos os internados.

A respeito da cessação de periculosidade, temos:

Art. 175. A cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte:

I - a autoridade administrativa, até 1 (um) mês antes de expirar o prazo de duração mínima da medida, remeterá ao Juiz minucioso relatório que o habilite a resolver sobre a revogação ou permanência da medida;

---

<sup>146</sup> RHC 13346/SP, Rel. Min. Felix Fischer, 5ª Turma. 19.11.2002. Disponível em: <http://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/7522806/recurso-ordinario-em-habeas-corporum-rhc-13346-sp-2002-0118560-6/inteiro-teor-13137816>. Acesso em: 01 de agosto de 2017.

<sup>147</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm). Acesso em: 01 de agosto de 2017.

II - o relatório será instruído com o laudo psiquiátrico;

III - juntado aos autos o relatório ou realizadas as diligências, serão ouvidos, sucessivamente, o Ministério Público e o curador ou defensor, no prazo de 3 (três) dias para cada um;

IV - o Juiz nomeará curador ou defensor para o agente que não o tiver;

V - o Juiz, de ofício ou a requerimento de qualquer das partes, poderá determinar novas diligências, ainda que expirado o prazo de duração mínima da medida de segurança;

VI - ouvidas as partes ou realizadas as diligências a que se refere o inciso anterior, o Juiz proferirá a sua decisão, no prazo de 5 (cinco) dias.

Art. 176. Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o Juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, procedendo-se nos termos do artigo anterior.

Art. 177. Nos exames sucessivos para verificar-se a cessação da periculosidade, observar-se-á, no que lhes for aplicável, o disposto no artigo anterior.

Art. 178. Nas hipóteses de desinternação ou de liberação (artigo 97, § 3º, do Código Penal), aplicar-se-á o disposto nos artigos 132 e 133 desta Lei.

Art. 179. Transitada em julgado a sentença, o Juiz expedirá ordem para a desinternação ou a liberação.<sup>148</sup>

Assim sendo, em conformidade com os artigos mencionados, vimos a realização da cessação de periculosidade, tais como a autoridade administrativa enviando um relatório para que o juiz o habilite, junto do laudo psiquiátrico e, em qualquer tempo, o juiz da execução poderá ordenar novos exames no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança. Além de informar todos os prazos, como ouvido o Ministério Público e o curador ou defensor, no prazo de três dias para cada um, e como o da decisão do juiz proferida em cinco dias após ouvidas as partes ou realizadas as diligências.

### 3.1.3 Código de Processo Penal

A seguir serão elencados os artigos referentes aos procedimentos realizados com os doentes mentais no Código de Processo Penal.

---

<sup>148</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm). Acesso em: 01 de agosto de 2017.

Em caso de dúvida a respeito de sanidade mental do acusado, pode-se, a pedido do juiz ou mediante requerimento do Ministério Público ou, ainda, do defensor, ser instaurada a perícia psiquiátrica, conforme dispõe o artigo 149 do Código de Processo Penal.

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.<sup>149</sup>

A perícia será iniciada pela nomeação dos peritos, seguindo as regras do ordenamento penal e processual penal, sendo os prazos e o exame transcritos abaixo:

Art. 149...

§ 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.<sup>150</sup>

Em relação aos artigos supracitados, o exame será determinado pelo juiz, ainda na fase investigatória, conforme representação da autoridade policial. E, ainda, o mesmo poderá nomear um curador, se ocorrer na fase investigatória. Porém, em caso de iniciada a ação penal, ficará suspenso o processo.

Conveniente expor ainda as lições de Guilherme Nucci sobre o artigo 149 do Código de Processo Penal:

(...) é preciso que a dúvida a respeito da sanidade mental do acusado ou indiciado seja razoável, demonstrativa de efetivo comprometimento da capacidade de entender o ilícito ou determinar-se conforme esse entendimento. Crimes graves, réus reincidentes ou com antecedentes, ausência de motivo para o cometimento

---

<sup>149</sup> Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10667494/artigo-149-do-decreto-lei-n-3689-de-03-de-outubro-de-1941>. Acesso em: 01 de agosto de 2017.

<sup>150</sup> Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10667494/artigo-149-do-decreto-lei-n-3689-de-03-de-outubro-de-1941>. Acesso em: 01 de agosto de 2017.

da infração, narrativas genéricas de testemunhas sobre a insanidade do réu, entre outras situações correlatas, não são motivos suficientes para a instauração do incidente.<sup>151</sup>

A seguir citaremos os artigos 150 e 151 do Código de Processo Penal que também se referem aos que possuem insanidade mental.

**Art. 150.** Para o efeito do exame, o acusado, se estiver preso, será internado em manicômio judiciário, onde houver, ou, se estiver solto, e o requererem os peritos, em estabelecimento adequado que o juiz designar.

§ 1.º O exame não durará mais de 45 (quarenta e cinco) dias, salvo se os peritos demonstrarem a necessidade de maior prazo.

§ 2.º Se não houver prejuízo para a marcha do processo, o juiz poderá autorizar sejam os autos entregues aos peritos, para facilitar o exame.

**Art. 151.** Se os peritos concluírem que o acusado era, ao tempo da infração, irresponsável nos termos do art. 22 do Código Penal, o processo prosseguirá, com a presença do curador.<sup>152</sup>

Nas palavras de Guilherme Nucci, manicômio judiciário trata-se

(...) de um lugar equivalente ao regime fechado das penas privativas de liberdade, onde o internado não tem liberdade para ir e vir e é constantemente vigiado. Ainda assim, é o melhor local para se colocar o sujeito preso, pois há condições para, desde logo, iniciar seu tratamento, além de ter condições para a realização do exame.<sup>153</sup>

Quanto ao procedimento, concluída a perícia, pode o perito concluir que o acusado era imputável ao tempo da infração. Portanto, não há participação do curador. Ou ainda, em caso de se concluir que o acusado era inimputável à época da infração, há a necessidade da presença do curador – o advogado. E, se for verificado que a doença mental surge na época do fato, o processo será suspenso nos termos do art. 152 do presente Código.

<sup>151</sup> NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. 15. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2016. p. 295-296.

<sup>152</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del3689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm). Acesso em: 01 de agosto de 2017.

<sup>153</sup> NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. 15. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2016. p. 296-297.

E sobre o supracitado artigo 22 alude-se ao atual artigo 26 do Código Penal, ou seja, da imputabilidade penal em decorrência de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto.

Sobre o próximo artigo, podemos entender que o procedimento de incidente de insanidade mental chama-se autos apartados e, com a apresentação do laudo, tal incidente será apensado ao processo principal.

**Art. 153.** O incidente da insanidade mental processar-se-á em auto apartado, que só depois da apresentação do laudo será apenso ao processo principal.

**Art. 154.** Se a insanidade mental sobrevier no curso da execução da pena, observar-se-á o disposto no art. 682.

E por fim, em caso de o incidente mental ocorrer no curso da execução da pena privativa de liberdade, aplica-se, neste caso, o art. 183 da LEP, que “o juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público, da Defensoria Pública ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança”.<sup>154</sup>

### 3.2 LEGISLAÇÃO CIVIL

Primeiramente, será necessário transcrever algumas premissas que delinearão o atual instituto de capacidade civil e seus conceitos correlatos.

Ao contrário do Código Civil de 1916, o vigente código inaugura, em seu artigo 1º, que “toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil”, ou seja, menciona a pessoa natural como sujeito de direito. Com isso, verifica-se a utilização da expressão pessoa em vez de homem, constante do art. 2º do Código Civil de 1916, vista como discriminatória, inclusive pelo texto da Constituição Federal de 1988.<sup>155</sup> (TARTUCE, 2010, p. 141-142).

Notaremos que a pessoa natural estará relacionada aos sujeitos de direitos e obrigações e não a seres inanimados.

---

<sup>154</sup> MARCÃO, Renato. **Código de Processo Penal Comentado**. São Paulo: Saraiva, 2016. p. 354.

<sup>155</sup> TARTUCE, Flávio. **Direito Civil 1: Lei de introdução e parte geral**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2010. p. 141-142

Quanto à personalidade, Tartuce (2010, p. 142) a define como a soma de caracteres corpóreos e incorpóreos da pessoa natural ou jurídica, ou seja, a soma de aptidões da pessoa.<sup>156</sup>

Dispõe o art. 2º do Código Civil: “A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro.” Nesse aspecto, para Tepedino (2004, p. 53):

A tutela da personalidade não pode se conter em setores estanques, de um lado os direitos humanos e de outro a chamada situações jurídicas de direito privado. A pessoa, à luz do sistema constitucional, requer proteção integral, que supere a dicotomia direito público e direito privado e atende à cláusula geral fixada pelo texto maior, de proteção da dignidade humana. (apud TRINDADE, p. 87)

Outro importante instituto que dará sequência será o da capacidade civil, como já mencionamos no capítulo anterior. Sua atual codificação foi modificada pela vigência do Estatuto da Pessoa com Deficiência. Para Venosa (2012, p. 143), a capacidade de fato é a aptidão da pessoa para exercer por si mesma os atos da vida civil.<sup>157</sup>

Sancionado o presente Estatuto, verifica-se que seu artigo 114 modifica os dispositivos, revogando todos os incisos do art. 3º e alterando os incisos II e III do art. 4º da mesma codificação, nos artigos esses que preceituavam sobre os absolutamente incapazes e os relativamente incapazes, observados a seguir.

**Art. 3º** São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesseis) anos. (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

I - (Revogado); (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

II - (Revogado); (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

III - (Revogado). (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

**Art. 4º** São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer: (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;

II - os ébrios habituais e os viciados em tóxico; (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

<sup>156</sup> Ibidem, p. 142.

<sup>157</sup> VENOSA, Silvio de Salvo. **Direito civil: parte geral**. 12 ed. São Paulo: Atlas, 2012.p. 143.

III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade; (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

IV - os pródigos.

**Parágrafo único.** A capacidade dos indígenas será regulada por legislação especial. (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)<sup>158</sup>

As hipóteses previstas por esses artigos revogados buscam como objetivo um novo regime para a (in) capacidade civil com o objetivo de reintegrar os deficientes na sociedade, em prol ao Princípio da Dignidade da Pessoa Humana.

Cabe lembrar que, antes da revogação desse artigo 3º, o legislador entendeu que a expressão utilizada *loucos de todos os gêneros* - mencionada no Código de 1916 -, era discriminatória e violadora da dignidade humana. (TARTUCE, 2010, 153)

Vale dizer que tanto no antigo Código de 1916 quanto no Código de 2002, a lei previa que qualquer distúrbio mental que afetasse a vida civil do indivíduo o enquadraria como incapaz. Por essa razão, a nomenclatura tornou-se equivocada e foi criticada pelo atual Estatuto.

Sobre a celebração dos negócios jurídicos realizadas pelo deficiente, José Fernando Simão, em seu artigo “Estatuto da Pessoa com Deficiência causa perplexidade (Parte I)”, faz uma crítica, alertando quanto à vulnerabilidade dos deficientes diante às pessoas inescrupulosas e a dificuldade para anular os negócios jurídicos

Com a vigência do Estatuto esse contrato passa a ser, em tese, válido, pois celebrado por pessoa capaz. Para sua anulação, necessária será a prova dos vícios do consentimento (erro ou dolo) o que por exigirá prova de maior complexidade e as dificuldades desta ação são enormes.<sup>159</sup>

Sobre a curatela, temos a revogação dos seguintes dispositivos:

**Art. 1.767.** Estão sujeitos a curatela:

I - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade; (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

II - (Revogado); (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

<sup>158</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm). Acesso em: 10 de agosto de 2017.

<sup>159</sup> Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2015-ago-06/jose-simao-estatuto-pessoa-deficiencia-causa-perplexidade>. Acesso em 15 de agosto de 2017.

**III** - os ébrios habituais e os viciados em tóxico; (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

**IV** - (Revogado); (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

**V** - os pródigos.

**Art. 1.768.** (Revogado pela Lei nº 13.105, de 2015) (Vigência)

**Art. 1.769.** (Revogado pela Lei nº 13.105, de 2015) (Vigência)<sup>160</sup>

Como regra do Estatuto, as pessoas com deficiência tornaram-se plenamente capazes, e por tal razão conclui-se que não se aplicará a curatela a esses indivíduos. Assim sendo, para Flávio Tartuce:

A curatela não afetará somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial, conforme o art. 85 do Estatuto da Pessoa com Deficiência. A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto, o que também é retirado do art. 6º da mesma norma, ora citada.<sup>161</sup>

E por fim, temos como última análise, sobre a inserção dos artigos 1783-A e parágrafos referentes à medida protetiva “Da Tomada de Decisão Apoiada”:

**Art. 1.783-A.** A tomada de decisão apoiada é o processo pelo qual a pessoa com deficiência elege pelo menos 2 (duas) pessoas idôneas, com as quais mantenha vínculos e que gozem de sua confiança, para prestar-lhe apoio na tomada de decisão sobre atos da vida civil, fornecendo-lhes os elementos e informações necessários para que possa exercer sua capacidade. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 1º Para formular pedido de tomada de decisão apoiada, a pessoa com deficiência e os apoiadores devem apresentar termo em que constem os limites do apoio a ser oferecido e os compromissos dos apoiadores, inclusive o prazo de vigência do acordo e o respeito à vontade, aos direitos e aos interesses da pessoa que devem apoiar. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 2º O pedido de tomada de decisão apoiada será requerido pela pessoa a ser apoiada, com indicação expressa das pessoas aptas a prestarem o apoio previsto no **caput** deste artigo. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 3º Antes de se pronunciar sobre o pedido de tomada de decisão apoiada, o juiz, assistido por equipe multidisciplinar, após oitiva do Ministério Público, ouvirá pessoalmente o requerente e as pessoas que lhe prestarão apoio. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

<sup>160</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm). Acesso em: 10 de agosto de 2017.

<sup>161</sup> TARTUCE, Flávio. **Manual de direito civil: volume único**. 7. ed. rev., atual e ampl. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método. 2017. p. 85

§ 4º A decisão tomada por pessoa apoiada terá validade e efeitos sobre terceiros, sem restrições, desde que esteja inserida nos limites do apoio acordado. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 5º Terceiro com quem a pessoa apoiada mantenha relação negocial pode solicitar que os apoiadores contra-assinem o contrato ou acordo, especificando, por escrito, sua função em relação ao apoiado. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 6º Em caso de negócio jurídico que possa trazer risco ou prejuízo relevante, havendo divergência de opiniões entre a pessoa apoiada e um dos apoiadores, deverá o juiz, ouvido o Ministério Público, decidir sobre a questão. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 7º Se o apoiador agir com negligência, exercer pressão indevida ou não adimplir as obrigações assumidas, poderá a pessoa apoiada ou qualquer pessoa apresentar denúncia ao Ministério Público ou ao juiz. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 8º Se procedente a denúncia, o juiz destituirá o apoiador e nomeará, ouvida a pessoa apoiada e se for de seu interesse, outra pessoa para prestação de apoio. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 9º A pessoa apoiada pode, a qualquer tempo, solicitar o término de acordo firmado em processo de tomada de decisão apoiada. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 10. O apoiador pode solicitar ao juiz a exclusão de sua participação do processo de tomada de decisão apoiada, sendo seu desligamento condicionado à manifestação do juiz sobre a matéria. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 11. Aplicam-se à tomada de decisão apoiada, no que couber, as disposições referentes à prestação de contas na curatela. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)<sup>162</sup>

Portanto, vê-se que esse artigo terá a finalidade de abordar os efeitos que esse novo instituto refletirá para garantir a autonomia da pessoa com deficiência.

### 3.3 ANÁLISE CONSTITUCIONAL

Em síntese, o direito à saúde é considerado um direito fundamental, assegurado para todos, previsto pelo art. 6º da Constituição Federal, *in verbis*:

Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à

<sup>162</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm). Acesso em: 10 de agosto de 2017.

maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

De acordo com as lições de José Afonso da Silva (2007, p. 183), citadas por LENZA (2017, p. 1298), “os direitos sociais disciplinam situações subjetivas pessoais ou grupais de caráter concreto.”

No que diz respeito à responsabilidade do Poder Público, caberá aos entes Federativos proporcionar uma assistência adequada à saúde aos brasileiros, que se observa a seguir:

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;<sup>163</sup>

Outrossim, a Constituição Federal prescreve, em seu art. 196, o direito à saúde como um direito individual e dever do Estado garanti-la de forma igualitária para todos, conforme demonstrado a seguir:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Nabais, conforme citado por Figueiredo (2007, p. 86), expõe que:

(...) o indivíduo, na condição de pessoa, não pode deixar de ser simultaneamente considerado ser livre e responsável, havendo um liame entre os deveres fundamentais e essa parcela de responsabilidade, assim como entre os direitos fundamentais e a liberdade em sentido amplo.<sup>164</sup>

---

<sup>163</sup> Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10638993/artigo-23-da-constituicao-federal-de-1988>. Acesso em: 15 de agosto de 2017.

<sup>164</sup> FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito Fundamental à Saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007. p. 86

Para elucidar o descrito no art. 196 da CF, utilizaremos o seguinte entendimento jurisprudencial:

DIREITO CONSTITUCIONAL. DIREITO À SAÚDE. AGRAVO REGIMENTAL EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. PROSSEGUIMENTO DE JULGAMENTO. AUSÊNCIA DE INGERÊNCIA NO PODER DISCRICIONÁRIO DO PODER EXECUTIVO. ARTIGOS 2º, 6º E 196 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL.

1. O Direito à saúde é prerrogativa constitucional indisponível, garantido mediante a implementação de políticas públicas, impondo ao Estado a obrigação de criar condições objetivas que possibilitem o efetivo acesso a tal serviço.
2. É possível ao Poder Judiciário determinar a implementação pelo Estado, quando inadimplente, de políticas públicas constitucionalmente previstas, sem que haja ingerência em questão que envolve o poder discricionário do Poder Executivo. Precedentes.
3. Agravo Regimental Improvido.<sup>165</sup>

[AI 734.487 AgR, rel. min. **Ellen Gracie**, j. 3-8-2010, 2ª T, DJE de 20-8-2010.]

Schwartz (2001, p. 73) chega a afirmar que o objeto do direito à saúde seria a denominada “prestação sanitária”, e não qualquer prestação pecuniária, o que afastaria os argumentos quanto à necessidade de prévia dotação orçamentária para satisfazê-la.<sup>166</sup> (apud, FIGUEIREDO, 2007, p. 91)

Como inovações para configurarem o Direito à Saúde terão a criação da Organização das Nações Unidas – ONU – e a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos – DUDH – originando a Organização Mundial de Saúde – razão pela qual se consagra, no preâmbulo da Constituição de 1946, que "Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença".<sup>167</sup> Como segunda inovação, criou-se o Sistema Único de Saúde – SUS – resultado da “Reforma Sanitária”, baseado no princípio

<sup>165</sup> Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/constituicao/artigobd.asp?item=%201814>. Acesso em: 01 de agosto de 2017.

<sup>166</sup> FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito Fundamental à Saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007. p. 87.

<sup>167</sup>

Disponível

em:

[http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO\\_A\\_SAUDE\\_por\\_Leny.pdf](http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO_A_SAUDE_por_Leny.pdf). Acesso em 10 de agosto de 2017.

da universalidade, o qual tem como finalidade indicar que a assistência à saúde deve atender a toda população.<sup>168</sup>

A lei 8.080/90 foi sancionada para regulamentar o novo Sistema que busca efetivar a proteção e a recuperação da saúde, apresentando como diretrizes - a organização das ações e o funcionamento do serviço promovido à saúde, previstas pelo art. 198 da Constituição Federal, analisados a seguir

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) Regulamento

I - os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

<sup>168</sup> FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito Fundamental à Saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007. p. 96.

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União .(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV - (revogado). (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. . (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006) (Vide Medida provisória nº 297 . de 2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010) Regulamento

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)<sup>169</sup>

Em resumo, o artigo “Para entender a gestão do SUS”, a Lei 8.080/90 prescreve as seguintes normas:

- (a) da organização, da direção e da gestão do SUS;
- (b) das competências e atribuições das três esferas de governo;
- (c) do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde;
- (d) da política de recursos humanos;
- (e) dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento.<sup>170</sup>

<sup>169</sup> Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10653794/artigo-198-da-constituicao-federal-de-1988>. Acesso em: 10 de agosto de 2017.

<sup>170</sup> Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf). Acesso em: 10 de agosto de 2017.

Por fim, veremos alguns entendimentos jurisprudenciais do STF quanto ao direito à saúde.

MANDADO DE SEGURANÇA – SAÚDE – MEDICAMENTOS/ INSUMOS PARA TRATAMENTO INDIVIDUAL – DEVER DE FORNECIMENTO PELO PODER PÚBLICO (ART. 196, CF/88) – Fornecimento de medicamentos – Paciente portadora de Esquizofrenia, necessitando de medicamentos de alto custo, essenciais para o tratamento de sua saúde – Resistência da entidade pública em fornecê-los – Atribuição do Sistema Único de Saúde do Estado de assistência clínica integral, inclusive medicamentos e insumos – Inteligência do disposto nos artigos 196 da Constituição Federal e 219 da Constituição Estadual – Jurisprudência dominante que estabelece o dever inarredável do Poder Público – Sentença mantida em Decisão Monocrática – Negado seguimento ao reexame necessário e ao recurso voluntário, nos termos do art. 557, caput, do CPC.

TJ-SP - APL: 10054783720148260533 SP 1005478-37.2014.8.26.0533, Relator: Ponte Neto, Data de Julgamento: 11/12/2015, 8ª Câmara de Direito Público, Data de Publicação: 12/12/2015<sup>171</sup>

APELAÇÃO CÍVEL E REEXAME NECESSÁRIO. DIREITO À SAÚDE. AÇÃO DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. ESQUIZOFRENIA. OBRIGAÇÃO SOLIDÁRIA DOS ENTES PÚBLICOS EM FORNECÊ-LA. 1. A Constituição Federal (art. 196) preceitua que "saúde é direito de todos e dever do Estado", aí entendido em sentido amplo, contemplando os entes federados União, Estados e Municípios. 2. Estado é sabidamente parte legítima passiva em demandas que versem sobre internações compulsórias e atendimentos na área de saúde mental e drogadição. RECURSO DESPROVIDO. MANTIDA A SENTENÇA EM REEXAME NECESSÁRIO. (Apelação e Reexame Necessário Nº 70060866423, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Liselena Schifino Robles Ribeiro, Julgado em 29/07/2014)

(TJ-RS - REEX: 70060866423 RS, Relator: Liselena Schifino Robles Ribeiro, Data de Julgamento: 29/07/2014, Sétima Câmara Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 31/07/2014)<sup>172</sup>

Em vista disso, concluímos, por meio desses entendimentos, a importância de a Constituição Federal preceituar o Direito à Saúde - como direito a todos e dever do Estado – cumprindo seu papel de assegurar um tratamento adequado aos esquizofrênicos, seja fornecendo-lhe medicação ou internação.

<sup>171</sup> Disponível em: <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/266889377/apelacao-apl-10054783720148260533-sp-1005478-3720148260533>. Acesso em 10 de agosto de 2017.

<sup>172</sup> Disponível em: <https://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/130438372/apelacao-e-reexame-necessario-reex-70060866423-rs>. Acesso em: 10 de agosto de 2017.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como mencionado anteriormente, afirmamos que o ordenamento penal brasileiro adotou o critério misto, conhecido como biopsicológico.

Nesse viés, o exame psiquiátrico forense consiste em uma avaliação médica do que foi analisado, nos quais se buscará relacionar as análises clínicas à legislação vigente e na resposta aos quesitos formulados pelo juiz e pelas partes. (TABORDA; BINS; apud, ABDALLA-FILHO; CHALUB; TELLES, 2016, p. 36)

Dado o diagnóstico de esquizofrenia, o papel do perito será imprescindível para se decidir pela inimputabilidade penal ou pela capacidade civil, com o advento do Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Nas lições de MENDES-FILHO, MORANA (2004, apud TABORDA; CHALUB; ABDALLA-FILHO, p. 231):

O termo esquizofrenia reúne um conjunto de manifestações psicopatológicas como distúrbios do pensamento; distúrbios mistos, da esfera ideativa, sensorial e da linguagem; a percepção delirante; o delírio primário e a síndrome de influência estranha.

Dessa forma, a esquizofrenia é um transtorno psicótico, mas não necessariamente considerado como violento e/ou criminoso, em face da análise sintomatológica da doença, sendo os esquizofrênicos muitas vezes confundidos com os indivíduos que têm transtorno de personalidade. Entretanto, apresenta características peculiares aos dos crimes violentos, como a banalidade e incompreensibilidade do delito, a inconsistência do motivo, a execução cruel ou bizarra da vítima, a permanência do doente próximo ao local do crime. (PALOMBA, 2003, p. 650)

Em que pese a necessidade de realizar a perícia psiquiátrica na esfera criminal, é mais comum a Superveniência de Doença Mental, enquanto que na área cível será notória a interdição para verificar a presença de um transtorno mental no examinando.

Todavia, estudos confirmam que ainda não existe cura para a esquizofrenia, porém há tratamentos alternativos como os antipsicóticos e os psicoterápicos, que podem ser aliados, garantindo um controle desses pacientes.

Sancionada em 6 de julho de 2015, a Lei nº 13.146/2015 – intitulada como Estatuto da Pessoa com Deficiência -, trata-se de um instrumento legal que veio para quebrar esse paradigma social entre os mentalmente sadios e as pessoas com deficiência – as quais sempre foram tratadas de forma desumana, afrontando o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana -, reinserindo-as de forma igualitária, revogando os dispositivos do Código Civil de 2002.

Dessa forma, Tartuce (2017, p. 1496) expõe duas correntes que se formaram a respeito dessa norma:

A primeira – à qual estão filiados José Fernando Simão e Vitor Kumpel – condena as modificações, pois a dignidade de tais pessoas deveria ser resguardada por meio de sua proteção como vulneráveis. A segunda vertente – liderada por Joyceane Bezerra, Paulo Lôbo, Nelson Rosenvald, Jones Figueirêdo Alves, Rodrigo da Cunha Pereira e Pablo Stolze – aplaude a inovação, pela tutela da dignidade-liberdade das pessoas com deficiência, evidenciada pelos objetivos de sua inclusão.

Como é notório, ao declarar a pessoa com deficiência adulta como plenamente capaz, esta, por sua vez, poderá exercer no direito familiar a habilitação para o casamento, a sexualidade, os filhos e, ao mesmo tempo, terá como instrumentos protetivos a tomada de decisão apoiada e a nova curatela.

Sobre a análise constitucional, esta versará sobre o direito à saúde através de interpretações jurisprudenciais para assegurar que o Estado cumpra seus deveres de reintegrar novamente os esquizofrênicos, melhorando sua condição social.

Finalmente, remeteremos à caracterização pela luta do garantismo dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental a figura do manicômio – surgida no final do século XVIII:

(...) de acordo com a ordem fundada pelo médico francês Philippe Pinel, a qual representa o marco inaugural da fundação da chamada Medicina Mental ou Psiquiatria. Ele criou o primeiro método terapêutico para a loucura na modernidade, denominado Tratamento Moral, baseado em confinamentos,

sangrias e purgativos, e, finalmente, consagrou o hospital psiquiátrico como o lugar social dos *loucos* (FOUCAULT, 2004b; COSTA, 2003; RESENDE, 2001). O referido método consistia em usar do rigor científico e da insuspeição moral do médico para "convencer" o *louco* a voltar à sanidade mental, buscando analisar e classificar seus sintomas (BIRMAN, 1978; PESSOTTI, 1996; COHEN, 2006b).

Nota-se que, para o nosso ordenamento jurídico, o direito ao tratamento psiquiátrico está intitulado no capítulo VI da Lei 7210/84, Lei de Execução Penal, *in verbis*:

Art. 99. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal.

Como ilustração desse universo, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima, mais conhecido como Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, fundado em 1933, ilustra a realidade de abrigar doentes mentais criminosos do Brasil, os quais são considerados como inimputáveis à luz da custódia da Justiça.

O livro *A casa do delírio*, do jornalista Douglas Tavolaro, busca relatar as peculiaridades do enclausuramento de pacientes decorrente de sua insanidade mental, descrevendo a insalubridade e o abandono em que vivem aqueles que muitos preferirem ignorar e excluir socialmente.

Segundo Douglas Tavolaro, considerava-se que com a dignidade da recuperação para alguns pacientes, o manicômio continua como um "*pesadelo onde quem entra só sai morto.*" (TAVOLARO, 2010, p. 181)

Por todo o exposto, o presente trabalho concluiu que o esquizofrênico deve ser considerado como inimputável e plenamente capaz, tendo em vista a medida de segurança - para avaliar a sua periculosidade - e a tomada de decisão apoiada e a nova curatela - orientações para qualquer decisão na vida civil e a segunda como um direito patrimonial ou negocial.

## REFERÊNCIAS

Abdalla-Filho E. **Transtornos da personalidade**. In: Taborda JGV, Chalub M, Abdalla-Filho E. *Psiquiatria Forense*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2004.

ARAGÃO, Antonio Moniz Sodré de. **As três escolas penais**. et. al. IN: RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

ASSIS, Jorge Cândido de; VILLARES, Cecília Cruz; BRESSAN, Rodrigo Affonseca. **Entre a razão e a ilusão: desmistificando a esquizofrenia**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BARROS, Daniel Martins de.; TEIXEIRA, Eduardo Teixeira. **Manual de perícias psiquiátricas**. et. al. IN: Temas em psiquiatria e psicologia II. São Paulo: Vetor, 2003.

\_\_\_\_\_. **Manual de perícias psiquiátricas**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal: parte geral, volume 1**. 11 ed. atual. São Paulo: Saraiva, 2007.

BRASIL. Código Penal. In: *Vade Mecum Saraiva*. 21. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2016.

\_\_\_\_\_. Súmulas do Superior Tribunal de Justiça. In: *Vade Mecum Saraiva*. 21. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2016.

\_\_\_\_\_. AC 10245130114946001, Sétima Câmara Cível, Tribunal Superior de Justiça do Estado de Minas Gerais, Relatora: ALICE BIRCHAL. Disponível em: < <https://tj-mg.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/432893401/apelacao-civel-ac-10245130114946001-mg> > Acesso em 20 junho 2017.

\_\_\_\_\_. AI 734487, Segunda Turma, Tribunal Superior de Justiça do Estado do Paraná, Relator: ELLEN GRACIE. Disponível em: < <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/15809365/agreg-no-agravo-de-instrumento-ai-734487-pr> > Acesso em 01 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. APL 10054783720148260533, Oitava Câmara de Direito Público, Tribunal Superior de Justiça do Estado de São Paulo, Relator: PONTE NETO. Disponível em: < <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/266889377/apelacao-apl-10054783720148260533-sp-1005478-3720148260533> > Acesso em 10 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. APL 13688285, Primeira Câmara Municipal, Tribunal Superior de Justiça do Estado do Paraná, Relator: NAOR R. DE MACEDO NETO. Disponível em: < <https://tj-pr.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/245656421/apelacao-apl-13688285-pr-1368828-5-acordao?ref=juris-tabs> > Acesso em 11 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. APL 00023667520138260642, Quinta Turma de Direito Privado, Tribunal Superior de Justiça do Estado de São Paulo, Relator: JAMES SIANO. Disponível em: < [https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/370807688/apelacao-apl-23667520138260642-sp-0002366-7520138260642?ref=topic\\_feed](https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/370807688/apelacao-apl-23667520138260642-sp-0002366-7520138260642?ref=topic_feed) > Acesso em 20 junho 2017.

\_\_\_\_\_. Constituição Federal de 1988. Disponível em < <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10638993/artigo-23-da-constituicao-federal-de-1988> > Acesso em 15 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. Constituição Federal de 1988. Disponível em < <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10653794/artigo-198-da-constituicao-federal-de-1988> > Acesso em 10 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. Decreto 847, de 11 de outubro de 1890. Disponível em < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-847-11-outubro-1890-503086-publicacaooriginal-1-pe.html> > Acesso em 02 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. Decreto 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Disponível em < <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=102343> > Acesso em 08 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. Decreto 3.689, de 03 de outubro de 1941. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del3689Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689Compilado.htm) > Acesso em 16 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. Decreto 3.689, de 03 de outubro de 1941. Disponível em < <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10600299/artigo-775-do-decreto-lei-n-3689-de-03-de-outubro-de-1941> > Acesso em 13 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. Decreto 3.689, de 03 de outubro de 1941. Disponível em < <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10599869/artigo-777-do-decreto-lei-n-3689-de-03-de-outubro-de-1941> > Acesso em 13 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. Decreto 3.689, de 03 de outubro de 1941. Disponível em < <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10667494/artigo-149-do-decreto-lei-n-3689-de-03-de-outubro-de-1941> > Acesso em 01 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. EP, 990092873334, Quarta Câmara de Direito Criminal, Tribunal Superior de Justiça do Estado de São Paulo, Relator: WILLIAN CAMPOS. Disponível em: < <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/8470374/agravo-de-execucao-penal-ep-990092873334-sp?ref=juris-tabs> > Acesso em 01 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. HC 121062, Quinta Turma, Tribunal Superior de Justiça do Estado de São Paulo, Relatora: LAURITA VAZ. Disponível em: < [http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?tipo\\_visualizacao=null&livre=HC+121062&b=ACOR&thesaurus=JURIDICO](http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?tipo_visualizacao=null&livre=HC+121062&b=ACOR&thesaurus=JURIDICO) > Acesso em 16 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. HC 33401, Quinta Turma, Superior Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, Relator: FELIX FISCHER. Disponível em: < <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/152898/habeas-corpus-hc-33401-rj-2004-0011560-7> > Acesso em 16 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. HC 81.959, Sexta Turma, Superior Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, Relatora: MARIA THEREZA DE ASSIS MOURA. Disponível em: < <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/8707246/habeas-corpus-hc-81959-mg-2007-0094638-0?ref=juris-tabs> > Acesso em: 01 de agosto de 2017.

\_\_\_\_\_. Lei 7.210, de 11 de Julho de 1984. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm) > Acesso em 01 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. Lei 10.406, de 10 de Janeiro de 2002. Disponível em < <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/28892103/artigo-479-da-lei-n-13105-de-16-de-marco-de-2015>. > Acesso em 16 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. Lei 10.406, de 10 de Janeiro de 2002. Disponível em < <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10628172/artigo-1550-da-lei-n-10406-de-10-de-janeiro-de-2002>. > Acesso em 20 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. Lei 13.105, de 16 de Março de 2015. Disponível em < <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/28895169/artigo-156-da-lei-n-13105-de-16-de-marco-de-2015>. > Acesso em 16 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. Lei 13.105, de 16 de Março de 2015. Disponível em < <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/28892103/artigo-479-da-lei-n-13105-de-16-de-marco-de-2015>. > Acesso em 16 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. Lei 13.105, de 16 de Março de 2015. Disponível em < <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/28892245/artigo-464-da-lei-n-13105-de-16-de-marco-de-2015> > Acesso em 17 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. Lei 13.105, de 16 de Março de 2015. Disponível em < <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/28895250/artigo-149-da-lei-n-13105-de-16-de-marco-de-2015>> Acesso em 17 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. Lei 13.146, de 06 de Julho de 2015. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm) > Acesso em 14 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. Para entender a gestão do SUS. Disponível em < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf) > Acesso em 10 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. REEX 70060866423, Sétima Câmara Cível, Superior Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, Relatora: LISELENA SCHIFINO ROBLES RIBEIRO. Disponível em: < <https://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/130438372/apelacao-e-reexame-necessario-reex-70060866423-rs> > Acesso em: 10 de agosto de 2017.

\_\_\_\_\_. RHC 13346, 5ª Turma, Rel. Min. Felix Fischer. Disponível em: < <http://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/7522806/recurso-ordinario-em-habeas-corpus-rhc-13346-sp-2002-0118560-6/inteiro-teor-13137816> > Acesso em: 01 de agosto de 2017.

\_\_\_\_\_. RHC 2445, Quinta Turma, Tribunal Superior de Justiça do Estado de São Paulo, Relator: JOSÉ DANTAS. Disponível em: < <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/577464/recurso-ordinario-em-habeas-corpus-rhc-2445?ref=juris-tabs> > Acesso em 11 agosto 2017.

BURNS, E. **História da civilização ocidental**. In: PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal, volume 1, parte geral**. 15. Ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 467.

\_\_\_\_\_. **Código Penal Comentado**. 3ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

CHALUB, Miguel. Medicina Forense, **Psiquiatria Forense e Lei**. IN: ABDALLA, Elias Filho; CHALUB, Miguel; TELLES, Lisieux E. de Borba Telles. **Psiquiatria Forense de Taborda**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

COSTA, Álvaro Mayrink da. **Direito Penal: volume 1, tomo I, parte geral**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Forense, 1995.

DEITOS, Fátima. **Esquizofrenia?! X Mente Partida?!**, volume 9. São Paulo: Ícone, 2005.

DELMANTO, Celso. **Código Penal Comentado**. 6. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito Fundamental à Saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

FILHO, Ruy B. Mendes; MORANA, Hilda C.P. Transtornos Psicóticos. In: TABORDA, José Geraldo Vernet (Org.). **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

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

HALLACK, Jaime Eduardo Cecilio; CHAVES, Cristiano; Zuardi, Antonio Waldo. Esquizofrenia. In: KAPCZINSK, Flávio; QUEVEDO, João; IZQUIERDO, Ivan (Orgs). **Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos: uma abordagem translacional**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

HUSS, Matthew T. **Psicologia Forense: pesquisa, prática clínica e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LAKS, Jerson; ENGELHARDT, Elias. Exames e Avaliações Complementares em Psiquiatria Forense. In: TABORDA, José Geraldo Vernet (Org.). **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LANDEIRA-FERNANDEZ, J. **Cinema e loucura: conhecendo os transtornos mentais através dos filmes**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARCÃO, Renato. **Código de Processo Penal Comentado**. São Paulo: Saraiva, 2016.

MASSON, Cleber Rogério. **Direito Penal esquematizado – Parte Geral**. 4. Ed. São Paulo: Método, 2011.

MIGUEL, E.C; GENTIL, V; GATTAZ, W. F. **Clínica Psiquiátrica 2**. Barueri: Manole, 2011.

MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Manual de Direito Penal, volume 1**. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 1986.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. 15. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense civil e penal**. São Paulo, Atheneu, 2003.

PESSOTI, Isaias. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Editora 34, 1993.

RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

RIGONATTI, Sérgio Paulo. **Notas sobre a história da psiquiatria forense: da antiguidade ao começo do século XX**. In: Temas em psiquiatria e psicologia II. São Paulo: Vetor, 2003.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. **Compêndio de Psiquiatria: ciências comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Tradução de Claudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SERAFIM, A. P. **Psicologia e práticas forenses**. São Paulo: Manole, 2012.

SILVA, Valmir Adamor da. **A história da loucura: em busca da saúde mental**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1979.

TABORDA, José G.V; BINS, Helena Dias de Castro. **Exame Pericial Psiquiátrico**. 2016. In: ABDALLA-FILHO, Elias; CHALUB, Miguel; TELLES, Lisieux E. **Psiquiatria Forense de Taborda**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

TABORDA, José. G. V. Os Sistemas de Justiça Criminal Brasileiro e Anglo-Saxão: Uma comparação. In: TABORDA, José Geraldo Vernet (Org.). **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TARTUCE, Flávio. **Direito Civil 1: Lei de introdução e parte geral**. 6. Ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2010.

\_\_\_\_\_. **Manual de Direito Civil: volume único**. 7 Ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2017.

TAVOLARO, D. **A casa do delírio: reportagem no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha**. 4. Ed. São Paulo: Senac, 2004.

TEIXEIRA, Eduardo Henrique; Dalgarrondo, Paulo. Violent crime and dimensions of delusion: a comparative study of criminal and noncriminal delusional patients. In:

BARROS, Daniel Martins de; TEIXEIRA, Eduardo Teixeira. **Manual de perícias psiquiátricas**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

TOLEDO, Francisco de Assis. **Princípios básicos de direito penal**, 1982. In: MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Manual de Direito Penal, volume 1**. 32. Ed. São Paulo: Atlas, 2016.

TRAMONTINA, Juliana Fernandes. Eletroconvulsoterapia. In: KAPCZINSK, Flávio; QUEVEDO, João; IZQUIERDO, Ivan (Orgs). **Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos: uma abordagem translacional**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

TRINDADE, Jorge. **Manual de Psicologia Jurídica para operadores do Direito**. 6. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

VENOSA, Silvio de Salvo. **Direito civil: parte geral**. 12 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

## ELETRÔNICAS

Camargo, Junio Luiz. **Os discursos sobre a loucura como instrumento de poder em Michel Foucault**. Disponível em: <<http://monografias.brasilecola.uol.com.br/filosofia/os-discursos-sobre-loucura-como-instrumento-poder.htm>>. Acesso em: 01 de agosto de 2017.

Dalgarrondo, Paulo; Vilela, Wolgrand Alves. Transtorno borderline: história e atualidade. **Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental**, v. II, n. 2, p. 52-71. Disponível em. <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v2n2/1415-4714-rlpf-2-2-0052.pdf>>. Acesso em: 10 de maio de 2017.

Fantinati, Maria Helena. **Falando sobre esquizofrenia**. Julho, 2015. Disponível em: <<http://www.fasdapsicanalise.com.br/falando-sobre-esquizofrenia/>>. Acesso em: 10 de maio de 2017.

Fiuza, César Augusto de Castro; Neto, Orlando Celso da Silva; Junior, Otavio Luiz Rodrigues. Direito Civil Contemporâneo II. In: CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI, 24, 2015. Florianópolis. Brasil. **Resumos**. Florianópolis: CONPEDI, 2015. Disponível em: <<https://www.conpedi.org.br/publicacoes/66fsl345/oy1ux21y/8J38ic2GY5847PkM.pdf>>. Acesso em: 10 de junho de 2017.

**Jusbrasil.** Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/>. Acesso em: 02 de agosto de 2017.

Lacerda, Letícia. **Esquizofrenia (CID F.20 a F20.9).** Janeiro, 2011. Disponível em: <http://passeissoadiante.blogspot.com.br/2011/01/esquizofrenia-cid-f200-f209.html>. Acesso em: 21 de agosto de 2017. Acesso em: 21 de agosto de 2017.

Lopes, Cristiane. O que são os chamados sintomas negativos da esquizofrenia? Disponível em: <http://cuidadospelavida.com.br/saude-e-tratamento/esquizofrenia/sintomas-negativos-esquizofrenia>. Acesso em: 07 de agosto de 2017.

Nicolau, Paulo Fernando M.; Rocha, Carolina A. M. Nicolau. **Ensinando e Aprendendo sobre Esquizofrenia.** Disponível em: <http://www.psiquiatriageral.com.br/esquizofrenia/aprendendo01.htm>. Acesso em: 15 de maio de 2017.

Oliveira, Ana Sofia Ribeiro da Silva Fonseca. **Conceptualização Histórica da Esquizofrenia.** Abril, 2010. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50150/2/Conceptualizacao%20Historica%20da%20Esquizofrenia.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2017.

Oliveira, Sandra Santos de. **Trechos de Loucura.** Disponível em: <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/52/54>. Acesso em: 10 de Junho de 2017.

Palmeira, Leonardo. **Entendendo a esquizofrenia.** Disponível em: <http://www.entendendoaesquizofrenia.com.br/?pageid=5708>. Acesso em: 03 de julho de 2017.

Pessoti, Isaias. **Sobre a teoria da loucura no século XX.** Março, 2009. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2006000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000200002). Acesso em: 15 de maio de 2017.

Pereira, Rodrigo da Cunha. **Lei 13.146 acrescenta novo conceito para capacidade civil.** Agosto, 2015. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2015-ago-10/processo-familiar-lei-13146-acrescenta-conceito-capacidade-civil>. Acesso em: 10 de outubro de 2015.

Polícia conclui inquéritos e aponta Cadu como autor de quatro crimes. **Portal G1.** Goiás, 11 set. 2009. Disponível em: <http://g1.globo.com/goias/noticia/2014/09/policia-conclui-inqueritos-e-aponta-cadu-como-autor-de-crimes-em-go.html>. Acesso em: 12 de agosto de 2017.

Quais são os tratamentos com medicamentos? **Abre esquizofrenia**. Disponível em: <<http://www.abrebrasil.org.br/web/index.php/esquizofrenia/perguntas-frequentes/105-quais-sao-os-tratamentos-com-medicamentos>>. Acesso em: 22 de agosto de 2017.

Requião, Maurício. **Conheça a tomada de decisão apoiada, novo regime alternativo à curatela**. Setembro, 2015. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2015-set-14/direito-civil-atual-conheca-tomada-decisao-apoiada-regime-alternativo-curatela>>. Acesso em: 20 de agosto de 2017.

Simão, José Fernando. **Estatuto da Pessoa com Deficiência causa perplexidade (Parte 2)**. Agosto, 2015. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2015-ago-07/jose-simao-estatuto-pessoa-deficiencia-traz-mudancas>>. Acesso em: 20 de agosto de 2017.

Valle, Carolini Cristina. **Esquizofrenia**. Disponível em: <<http://pt-br.infomedica.wikia.com/wiki/Esquizofrenia>>. Acesso em: 20 de agosto de 2017.

Xavier, Berenice. **William Wilson**. Disponível em: <<http://www.rodrigomedeiros.com.br/doubleyou/downloads/william-wilson-pt-br.pdf>>. Acesso em: 15 de agosto de 2017.

## ANEXO A

### **LAUDOS – GUIDO ARTURO PALOMBA**

**Homicídio de desconhecido, por delírio persecutório. Conclusão: esquizofrenia paranoide, inimputabilidade (sexo masculino, 49 anos).**

#### **Fatos Criminais**

Consta da denúncia que o réu, utilizando-se de uma faca, agrediu J.C.D., matando-o. Consta que o acusado não conhecia a vítima que o ataque foi de inopino, impossibilitando qualquer defesa.

Fora, pois, denunciado como incurso nas penas do artigo 121, § 2º, II, do Código Penal.

#### **Exame Psíquico**

No momento está calmo, atento, vigil e orientado no tempo e no espaço. O pensamento flui sem distúrbios de curso. Porém, no conteúdo abundam concepções delirantes de cunho persecutório. O paciente crê ser vítima de um complô que o quer exterminar. Chama esses seus perseguidores de “pés-de-pato” que estariam agindo a mando de uma sua prima. É de notar que várias vezes tomou conduta inerente à perseguição que crê estar lhe acontecendo. Dentro de ônibus, em volta de sua casa, esses perseguidores se escondem para pegá-lo. Várias vezes mandou que o coletivo parasse em frente de Delegacia de Polícia e lá adentrou para pedir proteção aos policiais, e, esses, encaminharam-no a sanatório (Hospital Psiquiátrico da Água Funda). Nesse clima de persecutoriedade também viajou para outras cidades. Numa delas, Santos, sentindo-se perseguido, foi até a Delegacia de Polícia pedir proteção. Diz que estava fazendo “bico” de guardador de automóveis na rua quando três automóveis, sendo um vermelho, passaram por lá com os “pés-de-pato e a mulher”, quando, então, segundo as suas

concepções mórbidas, sentiu que iria sofrer agressão. Nesse passo tomou um coletivo e, mesmo assim, segundo o paciente, foi seguido pelos automóveis que continham os matadores. Num determinado momento, sentiu que esses matadores entraram no ônibus, e, de súbito, pediu para o motorista parar o veículo, desceu e entrou num táxi, rumo à Delegacia. Os matadores continuaram perseguindo-o. Noutra ocasião, ainda sob a influência da persecutoriedade, entrou dentro de um bueiro, ou esgoto, e lá ficou escondido, fugindo dos que queriam mata-lo. Diz que lá dentro podia escutar vozes que diziam “vamos matá-lo logo”, “deixa que eu dou a primeira facada”, em franca alucinação auditiva.

Essas concepções delirantes são incompatíveis com alguns dados concretos, como, por exemplo, quando estava em Santos, primeiro passou a mulher que, depois, foi até São Paulo para buscar os “pés-de-pato”. Porém, não é capaz de explicar como a mulher fez para, em pouco tempo, ir até São Paulo e retornar à cidade com os matadores. Nesse momento, o examinando fabula delirantemente.

No presídio onde se encontra está relativamente, segundo ele, seguro. Porém, já recebeu um aviso, de uma visita desconhecida, que lhe falou, não diretamente, mas sim por vozes que escutou (alucinações auditivas) que os matadores estariam nas imediações da Casa, para pegá-lo, logo que saísse.

Não é capaz de criticar essas concepções mórbidas; confere a elas valor de realidade inquestionável.

Quando arguido a respeito de outras situações de sua vida, fora desses episódios, o periciando não se mantém por muito tempo sem expressar a persecutoriedade, pois entra logo no campo patológico, expondo às claras o seu sistema delirante.

Expressa-se em gíria própria de meio social baixo.

O nível mental está ao redor do termo mediano inferior.

Os planos que faz para o futuro são imediatistas, pobres, sem solidez.

O humor e a afetividade ressentem-se das ideias mórbidas acima mencionadas, e está em estado de embotamento.

## **Síntese e Conclusão**

Do exame resulta que o paciente está totalmente tomado por concepções delirantes de cunho persecutório, fortemente arraigadas em sua psique. Sob a influência delas tomou várias condutas, cuja análise revela que adentrou no terreno da alienação mental:

refugiou-se em Delegacia de Polícia, fez ônibus parar em lugar não costumeiro, entrou em bueiro ou esgoto etc., havendo sido internado em sanatório psiquiátrico por encaminhamento da Delegacia de Polícia.

Associam-se a essas concepções mórbidas os distúrbios da sensopercepção, em forma de alucinações auditivas, a falta de autocrítica e a falta de planos sólidos para o futuro, além de embotamento do humor e da afetividade.

Nosograficamente, o paciente padece de esquizofrenia paranoide.

Do ponto de vista psiquiátrico-forense, esse mal é uma doença mental grave que já existia em data prévia ao delito, vale dizer, há nexos casual entre a doença mental e a ação homicida, levando, diretamente, à inimputabilidade, por perda da capacidade de entendimento do caráter criminoso do fato.

**Parricídio. Conclusão: esquizofrenia paranoide, inimputabilidade (sexo masculino, 30 anos).**

### **Fatos Criminais**

Consta da denúncia que o réu desferiu inúmeros socos contra o pai, matando-o.

No dia dos fatos o examinando estava em sua residência e achou que o pai estava zombando de si. A vítima era idosa (63 anos), estava bastante doente e acamada, e, no próprio leito, sofreu a agressão mortal.

Fora, pois, denunciado como incurso nas penas do art. 121, § 2º, II, e III, c/c o artigo 61, II, letra e, ambos do Código Penal.

### **Exame Psíquico**

Não nos foi possível avaliar o grau de instruções do examinando, mas parece que lê e escreve corretamente. É indivíduo rústico, dedicou-se a vendas em feiras livres.

A orientação está totalmente esfacelada. Não sabe o dia em que estamos, não sabe, sequer, dizer corretamente o nome dos pais.

Indiferente a sua situação processual, não mostra contrariedade por estar recluso. Depois de muita insistência, conseguimos que ele dissesse alguma coisa sobre o delito. Nessa hora exime-se de culpa, faz pouco caso, demonstrando a mais completa insensibilidade emotiva. Nenhuma sensação lhe produz saber que tirou a vida o próprio pai.

O pensamento flui em curso com desagregações e no conteúdo notamos abundantes ideias delirantes de cunho persecutório. Pensa que as pessoas querem prejudicá-lo, e ele sabe disso porquanto capta o pensamento delas, mesmo que “elas estejam muito longe ou do outro lado de lá da parede”. Crê ainda que há grupinhos que falam de si, sempre querendo prejudicá-lo, como também que o irmão deseja seu mal. Diz, desagregadamente, que “está na cara que ele quer meu mal; eu estava fumando um cigarro tranquilamente, e ele pegou meu maço”. E, aí, pergunta-nos: “O senhor entendeu agora?”.

Há perturbações sensoriais, que se caracterizam por alucinações auditivas em forma de vozes imperativas.

Não tem capacidade para o trabalho; não tem iniciativa alguma; não faz planos para o futuro.

## **Síntese e Conclusão**

Pelo apurado estamos diante de caso grave de alienação mental. O examinando encontra-se desorientado globalmente; fala de maneiras incoerentes, desagregada, e no conteúdo do pensamento abundam concepções delirantes de cunho persecutório. Ouro dado psicopatológico bastante importante são as alucinações auditivas, em forma de vozes imperativas, que lhe dão ordens, e ele, às vezes, as cumpre. A faculdade que se chama de vontade está bastante enfraquecida, o que lhe permite a soltura automática de reações absurdas e perigosas.

Observa-se, ainda, lesão da emotividade e embotamento afetivo. É alheio aos desejos, necessidades, afeições, caindo em estado de indiferentismo e apatia, interrompido, quase sem motivação, por crises de cólera e agitação.

Do ponto de vista nosográfico, há um único diagnóstico que se ajusta perfeitamente ao caso estudado. A saber: esquizofrenia paranoide (*esquizo*, fenda: *phren*, mente; *para noiem*, pensar errado).

Quanto ao delito que praticou, há perfeito nexos causal com o mal de que padece. Tomado por múltiplas alucinações e por concepção delirante de perseguição, cujo escopo dirigia-

se contra o pai, passou da morbidez delirante alucinatória à ação, sem reflexão crítica, quando veio a atacar, a socos, a vítima, seu genitor, que acabou pagando com a vida tamanha desdita.

Jurispsiquiatricamente cai na inimputabilidade.

**Decepeu a cabeça do pai. Conclusão: esquizofrenia paranoide, inimputabilidade (sexo masculino, 23 anos).**

### **Fatos Criminais e Denúncia**

Está sendo denunciado como incurso nas penas do art. 121, § 2º, item III (com emprego de meio cruel), do Código Penal, pelos seguintes motivos: consta do Inquérito Policial que numa casa do bairro do Itaim Bibi Y.C. matou seu pai, de forma extremamente selvagem. Moravam juntos.

No ato da prisão em flagrante delito, do 15º Distrito Policial, há alguns depoimentos. Resumem-se no seguinte:

Relata o irmão mais velho do acusado que Y.C. sofre de psicose, é introvertido e quase sempre é colhido de alucinações. Disse ainda que nas últimas três semanas que procederam o crime, apresentava-se deprimido, dizendo frases sem nexos.

Recorda-se que no dia dos fatos preparava-se para o banho quando ouviu fortes ruídos, parecendo que um corpo caía ao solo e de golpes de soco, e de cabeça batendo contra parede, bem como gritos de dor, provenientes do local onde encontrava-se seu pai. Saiu do banho e subiu à janela, que dá vista para a casa da frente, onde encontrava-se seu pai, podendo notar, daquele local, que um corpo estava sendo arrastado pelos degraus da casa. Chamou então por seu irmão e perguntou o que havia acontecido, mas ele respondeu apenas que não descesse a escadaria.

Não deu ouvidos ao irmão e desceu as escadas. Entrando na residência, constatou que seu pai estava deitado no chão, gemendo. Notou que ele tinha um fio enfiado no olho, e de sua cabeça escorria muito sangue. Nesse momento o irmão disse que havia dado uma facada na cabeça daquele indivíduo, pois tratava-se de um “invasor”. Vendo seu pai naquele estado, telefonou para polícia e pediu auxílio médico. Logo após voltou ao local; porém, deparou com a cabeça do pai decepada. Receoso de que seu irmão, em outra

crise de loucura, se virasse contra sua pessoa, procurou manter a calma, conversando normalmente com ele.

Um outro irmão, que também chegou ao local do crime, disse que Y.C. nunca foi de conversar, que por diversas vezes pessoas da família dirigiam-lhe perguntas sem obter respostas. Ele sempre foi muito calado, introvertido, e por várias vezes demonstrava que sofria das faculdades mentais, mas nunca imaginaram que seria acometido de crise de loucuras e violência. Nunca pensaram em interna-lo em hospital psiquiátrico.

Segundo as declarações de um dos policiais que atendeu à ocorrência, foi encontrada no opala azul da família a cabeça da vítima, e ao dirigir-se para a casa deparou com o corpo envolto em um lençol. Ao ser examinado o corpo (da vítima), tinha marca de perfuração de chaves de fenda. Encontraram ainda no local do crime três ou quatro chaves de fenda, um pé-de-cabra, uma faca de cozinha e outra do tipo machado, a qual normalmente é utilizada por açougueiros: o material que estava sujo de sangue.

## **Síntese e Conclusão**

Pelo que nos foi dado apurar, o paciente teve vida normal até a idade de 17 anos. A partir dessa data a família começou a notar mudanças em seu comportamento, o que foi relacionado com a morte de um amigo. Isolava-se no quarto, bastante deprimido, e com frequência tinha episódios de insônia. Tornou-se indiferente às coisas que o cercavam, e não se importava mais com nada.

Na lanchonete do pai fazia coisas estranhas, como dar choque nos fregueses com fio elétrico e, segundo a mãe, de forma incompreensível mexia muito com braços e mãos. Depois começou a sentir-se perseguido e prejudicado pelas pessoas, sem motivos compreensíveis. Mesmo com tais sintomas, a família não procurou tratamento especializado.

Gradativamente esses sintomas foram tomando vulto e importância, em termos psicopatológicos. E, no auge de seu delírio destruiu de forma trágica e brutal aquela pessoa que chamou de “invasor”, no caso seu próprio pai. Assim, pôs fim à perseguição que sofria, mas não totalmente, uma vez que ainda se sente perseguido.

A frieza com que cometeu o crime é a mesma que utiliza hoje para tecer comentários sobre o fato, evidenciando, destarte, o total embotamento afetivo.

Sem crítica alguma do que fez, encontra-se apragmático, remoendo suas vivências delirantes persecutórias que, atualmente, graças ao tratamento psiquiátrico, acham-se

diminuídas. Há para ressaltar, além dessas observações, o automatismo e as ambivalências que apresenta.

Diante desse quadro psiquiátrico, com aparecimento na juventude, com transtornos principalmente na área afetiva, cognitiva e volitiva, destacando-se os delírios de fruto persecutório que o levaram ao brutal crime, cremos estar diante de grave caso psicótico, chamado esquizofrenia paranoide.

Do ponto de vista psiquiatra-forense há perfeito nexu causal entre patologia e delito, remetendo, diretamente, à inimputabilidade.

