



**Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"**

KIMBERLY VALESKA DE ARAUJO BERNARDO

INIMPUTÁVEIS: POR DOENÇAS MENTAIS NO DIREITO PENAL BRASILEIRO

**Assis/SP
2018**



**Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"**

KIMBERLY VALESKA DE ARAUJO BERNARDO

INIMPUTÁVEIS: POR DOENÇAS MENTAIS NO DIREITO PENAL BRASILEIRO

Projeto de pesquisa apresentado ao curso de Direito do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

Orientando(a): Kimberly Valeska de Araujo Bernardo

Orientador(a): Claudio José Palma Sanchez

**Assis/SP
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA

B523i, BERNARDO, Kimberly Valeska de Araujo.

Inimputáveis: por doenças mentais no direito penal brasileiro / Kimberly Valeska de Araujo Bernardo. – Assis, 2018.

40p.

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

Orientador: Ms. Claudio José Palmo Sanchez

1. Doenças Mentais. 2. Imputabilidade.

CDD: 341.5251
Biblioteca da FEMA

INIMPUTÁVEIS: POR DOENÇAS MENTAIS NO DIREITO PENAL BRASILEIRO

KIMBERLY VALESKA DE ARAUJO BERNARDO

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: _____
Claudio José Palma Sanchez

Examinador: _____
Fábio Pinha Alonso

Assis/SP
2018

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, EDUARDO BERNARDO RIBEIRO FILHO

AGRADECIMENTOS

A Deus, princípio e fim de todas as coisas. Pela força que não me faltou para a realização deste trabalho, pela sabedoria para resolver meus problemas. Pela coragem para superar e ser maior há todos os medos e os perigos que persisti e resisti em minha jornada. Pelas pessoas que tu Deus colocou em meu caminho, para me dar a força que eu precisava. Pela oportunidade de viver com saúde, atenção e proteção do Senhor, e daqueles que me amam. Recebi do Senhor, muito mais daquilo que eu pedi. Obrigada por estar sempre comigo, por nunca me abandonar, e por ter me dado tantas graças em minha vida.

Ao professor Claudio Sanchez, que sempre foi muito atencioso e paciente comigo, que me mostrou o caminho que eu deveria tomar ao decorrer deste trabalho, e que nunca deixou me faltar nenhuma dúvida, e assim me deu forças para terminá-lo.

A família, a minha mãe, e aos meus irmãos, pelo carinho e pela preocupação. Por terem respeitado meus sentimentos e terem acreditado em meu potencial como profissional. Vocês são o que existe de melhor em mim.

Ao meu querido namorado Matheus, que sempre esteve ao meu lado, independente da situação, e aos meus amigos e amigas, que também acreditaram que eu seria capaz de realizar este trabalho.

Nossa vida é a soma dos resultados das escolhas que fazemos, consciente ou inconscientemente. Se somos capazes de controlar nosso processo de escolher, podemos controlar todos os aspectos de nossas vidas. Desfrutamos, então, da liberdade que vem do fato de estarmos em controle de nós mesmos.

(ROBERT F. BENNETT).

RESUMO

Esse trabalho que traz como título “Inimputáveis por doenças mentais no direito penal brasileiro.” tem o objetivo de verificar quais as leis no direito brasileiro que trazem o entendimento da inimputabilidade ao acusado com insanidade mental. Quais serão as medidas aplicadas a estes, e como é o procedimento para a melhora ou a cura de sua enfermidade.

São pessoas excluídas em sociedade, pela falta de interesse, pela falta de paciência, por conta destas pessoas serem especiais, e precisarem de um entendimento maior de seu comportamento, e de um tratamento diferenciado, com mais cuidado e atenção. E assim, há necessidade de especialistas para o seu tratamento, onde nem sempre ocorre.

Foi necessário dias e dias de estudo, leitura de livros, artigos, jurisprudências, doutrinas, até mesmo vídeos de professores relatando o comportamento de indivíduos portadores de doenças mentais.

O Estado tenta a anos melhorar ou curar os inimputáveis, dividindo o grau de periculosidade, entre internação e tratamento ambulatorial, sendo um ponto muito importante e positivo, porém falta verba para contratação de especialistas para cuidar dos mesmos, e interesse e atenção das pessoas que são obrigadas a cuidar e conviver com os doentes mentais.

Sendo assim, pessoas difíceis de se entenderem, por conta de não ser óbvio o porque praticaram tal ato, ou o porque de tal comportamento em determinada situação.

Palavras-chave: inimputabilidade, culpabilidade, código penal.

ABSTRACT

This work, titled "Impossible for Mental Illnesses in Brazilian Criminal Law," has the objective of verifying which laws in Brazilian law bring the understanding of the accused to insanity with mental insanity. What will be the measures applied to these, and how and procedure to improve or cure their disease.

They are people excluded from society, lack of interest, lack of patience, because these people are special, and need a greater understanding of their behavior, and a different treatment, with more care and attention. And so, there is a need for specialists for their treatment, where it does not always occur.

It took days and days of study, reading books, articles, jurisprudence, doctrines, even videos of teachers reporting the behavior of individuals with mental illness.

The State tries to improve or heal the incomputable years, dividing the degree of dangerousness, between inpatient and outpatient treatment, being a very important and positive point, but lack funds for hiring specialists to care for them, and interest and attention of the people who are obliged to care for and live with the mentally ill.

Thus, people are difficult to understand, because it is not obvious why they practiced such an act, or why of such behavior in a given situation.

Keywords: culpability, criminal code.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. HISTÓRICO SOBRE TRATAMENTO PENAL CONCEDIDO AOS INIMPUTÁVEIS NO BRASIL.....	11
3. BREVE ANÁLISE SOBRE AS DOENÇAS MENTAIS	21
3.1. PSICOSES	22
3.2. EPILEPSIA	22
3.3. ESQUIZOFRENIA	23
3.4. DEMENCIA SENIL	24
3.5. PERSONALIDADES PSICOPÁTICAS.....	25
3.6. OLIGOFRENIAS	26
3.7. DÉBIL MENTAL	26
4. TRATAMENTO DISPENSADO PELO CÓDIGO PENAL AOS INIMPUTÁVEIS.....	28
5. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENDIMENTO AO INFRATOR INIMPUTÁVEL	30
6. AS MEDIDAS DE SEGURANÇA APLICÁVEIS AO INIMPUTÁVEL.....	35
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
8. REFERÊNCIAS.....	37

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa foi desenvolvida através de estudo de notícias, documentários, que era relatado a dificuldade que o Estado tem de ajudar os doentes mentais, e as torturas que estes sofriam quando eram internados em hospital psiquiátrico.

O inimputável por doença mental é o indivíduo que é isento de pena em razão de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado que, ao tempo da ação ou omissão, não era capaz de entender o caráter ilícito do fato por ele praticado ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, sendo de extrema importância o tratamento destes indivíduos, as medidas que serão tomadas para melhorar sua doença, ou até mesmo curá-la.

Aqueles que são inimputáveis precisam de cuidados especiais, primeiramente devemos ressaltar que são pessoas isentas de culpabilidade, sendo assim, não existe consciência de seus atos, e por conta de seu problema ser complexo de entendimento, pois eles mesmos nem sempre deixam claro de entendimento o porque praticou tal ato, tendo a linha de pensamento que na maioria das vezes que nós tomamos alguma decisão sempre existirá um porque, com estes indivíduos é diferente, nem sempre irá existir um porque de tal ato praticado, dificultando o entendimento, então caberá ao Estado ajudá-los.

É de extrema importância que o Estado de maior atenção á aqueles que necessitam de sua ajuda, buscando mecanismos, formas de ajuda-los, ou até mesmo curar suas doenças mentais, neste caso, será submetido a internação, que é quando o indivíduo fica em um hospital de custódia, e a tratamento psiquiátrico por um tempo ou tratamento ambulatorial, que é quando o indivíduo sofre um tratamento, não sendo submetido a ficar em um lugar fechado, privado de viver em sociedade, e destacando que se a pessoa portadora de doença mental estiver internada e demonstrar melhoras, poderá ser transferida para o tratamento ambulatorial ou até mesmo será liberado se houver se verificada a cessação de sua periculosidade, sob condições estipuladas pelo juiz e previstas no art. 178 da LEP.

2. HISTÓRICO SOBRE TRATAMENTO PENAL CONCEDIDO AOS INIMPUTÁVEIS NO BRASIL

Para termos um entendimento melhor sobre a história do tratamento penal concedido aos inimputáveis no Brasil, iremos primeiramente abordar sobre o que seria culpabilidade e inimputabilidade.

Segundo Mirabete,

As palavras, culpa e culpado têm sentido lexical comum de indicar que uma pessoa é responsável por uma falta, uma transgressão, ou seja, por ter praticado um ato condenável. Somos “culpados” de nossas más ações, de termos causado um dano, uma lesão. Esse resultado lesivo, entretanto, só pode ser atribuído a quem lhe deu causa se essa pessoa pudesse ter procedido de outra forma, se pudesse com seu comportamento ter evitado a lesão.

No Direito Penal da antiguidade, a responsabilidade penal decorria, contudo do simples fato lesivo, sem que se indagasse da “culpa” do autor da conduta.

Percebeu-se, porém, no decorrer da evolução cultural, que somente podem ser aplicadas sanções ao homem causador do resultado lesivo se, com seu comportamento, poderia tê-lo evitado. Não se pode intimidar com proveito o homem com a ameaça da pena simplesmente pelo resultado de sua conduta. Ao contrário, a intimidação é apenas eventualmente eficiente quando se ameaça o homem com pena pelo que fez (e poderia não ter feito) ou pelo que não fez (mas poderia fazer), evitando a lesão a um bem jurídico. Isso significa que é necessário indagar se o homem quis o resultado ou ao menos podia prever que esse evento iria ocorrer. Torna-se assim indispensável, para se falar em culpa, verificar se no fato estavam presentes a vontade ou a previsibilidade. Desses elementos (vontade e previsibilidade) construíram-se dois conceitos jurídico-penais importantes: o dolo (vontade) e a culpa em sentido estrito (previsibilidade). O crime pode, pois, ser doloso (quando o agente quer o fato) ou culposo (quando o sujeito não quer, mas dá causa ao resultado previsível). Com isso, chegou-se à teoria psicológica da culpabilidade: a culpabilidade reside numa ligação de natureza psíquica (psicológica, anímica) entre o sujeito e o fato criminoso. Dolo e culpa, assim, seriam as formas da culpabilidade.”

Assim, continuando com o pensamento de Mirabete

Há imputabilidade quando sujeito é capaz de compreender a ilicitude de sua conduta e de agir de acordo com esse entendimento. Só é reprovável a conduta se o sujeito tem certo grau de capacidade psíquica que lhe permita compreender a antijuridicidade do fato e também a de adequar essa conduta a consciência. Quem não tem essa capacidade de entendimento e de determinação é inimputável, eliminando-se a culpabilidade.

A loucura é uma característica inerente ao ser humano, ou seja, ela nasce com o mesmo e assim se torna quem ele é, como se fosse uma parte de sí, estando ligada não ao mundo e sim ao ser humano, a suas fraquezas, seus sonhos e ilusões.

Michel Foucault cita em seu livro História da Loucura, que a loucura só existe em cada homem, porque é o homem que a constitui no apego que ele demonstra por si mesmo e através das ilusões com que se alimenta, ou seja, o homem tem o poder de mandar em seu pensamento e em seu corpo, mas na maioria das vezes ele deixa o ego comandar, o ego é como uma voz que mora dentro de nossa mente, que nos faz acreditar que aquilo que nós desejamos está certo, é o certo a se fazer, quando na verdade isso não passa de um desejo vazio, que quando alcançamos o que desejamos, queremos ainda mais.

Segundo Freud o nível consciente nada mais é do que tudo aquilo do que estamos vivendo no momento e com isso estamos conscientes no aqui, no agora. Ele corresponderia à menor parte da mente humana. Nele está tudo aquilo que podemos perceber e acessar de forma intencional. Outro aspecto importante é que o consciente funciona de acordo com as regras sociais, respeitando tempo e espaço. Isso significa que é por meio dele que se dá a nossa relação com o mundo externo. O consciente seria, portanto, a capacidade que nós temos de perceber e controlar o nosso conteúdo mental, ou seja, os nossos pensamentos. Apenas aquela parte de nosso conteúdo mental presente no nível consciente é que pode ser percebida e controlada por nós.

O pré-consciente refere-se àqueles conteúdos que podem facilmente chegar ao consciente, mas que lá não permanecem. São, principalmente, informações sobre as quais não pensamos constantemente, mas que são necessárias para que o consciente consiga realizar suas funções. Que são coisas simples, que são normais de lembrarmos, nosso endereço, o segundo nome, nome dos amigos, telefones, algumas coisas das quais gostamos – como a nossa comida preferida –, acontecimentos recentes e etc. É importante lembrar ainda que, apesar de se chamar pré-consciente, esse nível mental pertence ao inconsciente. Podemos pensar no pré-consciente como um pegador

de sonhos que fica entre o inconsciente e o consciente, filtrando as informações que passarão de um nível ao outro.

Inconsciente se refere a todo aquele conteúdo mental que não se encontra disponível ao indivíduo em determinado momento. Ele representa não só a maior fatia de nossa mente, mas também, para Freud, a mais importante de todas. Quase todas as memórias que acreditamos estarem perdidas para sempre, todos os nomes esquecidos, os sentimentos e medos que conseguimos, de alguma forma, ignorar... todos esses elementos se encontram em nosso inconsciente, estão lá guardados. Desde a nossa infância, os primeiros amigos, as primeiras compreensões, suas lembranças mais antigas, de anos e anos atrás, tudo está guardado.

Acessar essas lembranças é possível. Não em sua totalidade, pois todos os dias a mente acarreta muitas informações, não sendo possível guardá-las todas, mas sim algumas fatias. Esse acesso acontece muitas vezes através dos sonhos, dos atos falhos e da terapia psicanalítica.

É também no inconsciente que se encontram as chamadas pulsões de vida e de morte, que seriam aqueles elementos intrínsecos a todo ser humano como o impulso sexual ou o impulso destrutivo. Como vivemos em uma sociedade e assim ela impõe que determinados comportamentos e desejos sejam reprimidos, eles são aprisionados no inconsciente.

O inconsciente é regido pelas próprias leis, além de ser atemporal: não existem as noções de tempo e espaço nesse nível psíquico, ou seja, o inconsciente não identifica cronologia nos fatos, nas experiências ou nas memórias. É ele, também, o principal responsável pela formação da nossa personalidade.

Aqueles que hoje são considerados como portadores de doença mental já foram vistos como seres divinos que mereciam grande respeito e adoração. No passado eram tidos como representantes dos conflitos racionais do homem, de suas confusões internas, mentais, e quando ficavam tristes, eram vistos como criaturas demoníacas que deveriam ser separadas do restante considerado "normal".

Conforme o tempo foi passando, e o ser humano foi evoluindo, mudando a sua forma de pensar, e assim enxergar as pessoas ao seu redor e o mundo em que viveste como consequência de seus estudos, de sua evolução, a psiquiatria evolui o patamar da

ciência, no qual pessoas que são portadoras de algum tipo de doença mental virou objeto de estudo, e assim atrelando a noção de perigo com a busca do bem-estar-social.

A Pré-história, como período que vai do surgimento do ser humano até o ano 4.000 A.C., trata do homem que não conhecia a grafia e, portanto, a ausência de fontes históricas escritas dificulta no entendimento e na compreensão do ser primitivo e suas crenças, e até mesmo seu padrão de comportamento. Todo o relato observado atualmente surge de fontes materiais e visuais deixadas à humanidade como herança.

No período primitivo, a inexistência do conhecimento metódico obtido mediante a observação e a experiência, o que nós conhecemos hoje por ciência, levava todas as perguntas que maculavam o homem a serem respondidas através do pensamento mítico, ou seja, o pensamento mítico é uma verdade que não obedece a lógica empírica nem científica, portanto é uma verdade intuitiva que não necessita de provas, porque está muito mais ligado à magia, ao desejo e ao querer que as coisas aconteçam de um determinado modo. E não foi diferente com a loucura.

Segundo Maximiliano ErnestoFuhrer (2000, p.16).

“Para os povos primitivos o louco era um ser sagrado, que merecia grande respeito e distinção. Seus atos eram considerados manifestações divinas. Os índios americanos demonstravam respeito e veneração pelos perturbados mentais, preparando cerimônias religiosas em sua homenagem”

O doente mental era vista por todos como ser sagrado, divino, digno de admiração, louvor e adoração chegando muitas vezes a receber cultos em sua homenagem. O seu comportamento anormal era explicado por ação dos deuses na maneira de agir do homem, como se forças externas determinassem o seu pensamento. Essa interferência divina seria passageira e a cura obtida através de rituais religiosos.

A Idade Antiga, como o período que vai do século 4.000 A.C. a 476, trata sobre um rompimento brusco da visão sobre a loucura e suas causas. Aqui, toda a glória que o mentalmente enfermo recebeu durante a pré-história irá se acabar. A imagem ligada ao sobrenatural ainda permanece, porém, dando lugar a visões malignas e diabólicas acerca dos desprovidos de razão.

Segundo Marco Antonio Praxedes de Moraes Filho (2003, p.45). nessa época não havia preocupação alguma por parte do poder público com os loucos, por isso eles ficavam confinados ao redor do seio familiar, como forma de esconder da sociedade uma praga divina, e outros, ficavam jogados às ruas, sobrevivendo de migalhas da população, e sendo alvo de discriminação, zombaria e desrespeito.

Os romanos também deixavam a guarda do enfermo mental com a família, para que as famílias cuidassem do mesmo, porém, podemos notar uma evolução em relação ao comportamento do poder público, que estava presente quando não fosse possível ao seio familiar arcar com os cuidados que o louco necessitasse, ou quando este era abandonado, ficando a margem de qualquer cautela.

Não há dúvidas de que a preocupação maior do direito romano para com a questão loucura estava voltada para o direito civil, especialmente com a capacidade civil, o que é de se entender, porque a área penal fica restrita a prática de infrações penais, enquanto a ausência de discernimento macula quase que a totalidade dos atos da vida civil.

Relata Maximiliano Ernesto Fuhrer (2000, p.18/19).

“Embora o Direito Romano tenha se preocupado quase que exclusivamente com os aspectos civis, em especial com a capacidade civil do louco, alguns institutos do Direito Penal moderno tiveram ali a sua origem. É daquela época a ideia de que a punição ao louco seria incabível, além de iníqua, pois a doença já se encarregara de puni-lo. O louco deveria ser contido com cuidado, acorrentado, se necessário, para preservar a segurança das pessoas. Já se preocupavam os doutos com a simulação da loucura e com a sua prova”

Logo, algumas concepções modernas do Direito Penal envolvendo a questão da loucura tiveram origem em Roma, como, por exemplo, que a ideia de punição não era cabível aos loucos, pois o mesmo já sofre por conta de sua enfermidade mental, a doença já é um sofrimento que o mesmo sofre e em segundo plano, ficava a constatação da ausência de discernimento daquele que cometia o ato infracional, deixando de lado a ideia de culpa.

Na Grécia deu-se início ao estudo da loucura como terapêutica médica. Vários foram os estudiosos que procuraram dar uma explicação racional ao fenômeno da insensatez, com

destaque a Hipócrates, que elaborou uma classificação das enfermidades mentais, dando especial atenção à Epilepsia, a qual ele reputava como o “mal sagrado”.

A Idade Média (período considerado entre 476 a 1453) tratava-se da loucura sobre dois enfoques completamente distintos.

Sob o primeiro enfoque, temos a ideia de “loucura livre”, que seria considerada como simples fato do cotidiano, onde o louco vivia de forma natural na vida em sociedade, participando de todos os acontecimentos sociais, sem sofrer qualquer forma de segregação.

Secundariamente, veio a ideia da exclusão, tomada com base nos princípios eclesiásticos, que interpretavam de forma errônea as escrituras sagradas, e assim acreditava-se nelas, e assim regrediram à ideia da loucura vista como possessão maligna e diabólica, então assim, os loucos eram então submetidos a métodos inescrupulosos e extremamente violentos de castigo, como forma de repressão por suas descomposturas, além da ideia predominante de que a própria doutrina da exclusão seria a responsável pela salvação dos “irmãos”.

A Igreja também proibia a entrada de qualquer enfermo mental em suas cerimônias e templos religiosos, pois não eram dignos de comparecer à casa de Deus, e se assim o fizessem, eram retirados a força dos locais sagrados.

É importante ressaltarmos também que a postura da igreja era contra qualquer pensamento que pudesse explicar a loucura de maneira científica e não mais mística, pois a religião naquela época e até hoje nos dias atuais, acredita no mítico, com raízes no sobrenatural, por isso, em razão de ser a grande força política dos tempos medievais, pouco se evoluiu em relação à compreensão da doença mental neste período.

Foi ao fim da Idade Média que surgiu um aspecto curioso e cruel da relação sociedade – loucura, que é conhecido como “nau dos loucos”.

Relata Michael Foucault (1988, p.9).

[...] esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para a outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos [...]

Esses barcos foram construídos com o intuito de retirar do convívio social todos aqueles que eram marginalizados pela sociedade, e aí não estavam presentes somente os enfermos mentais, mas toda a espécie de desabrigados, bêbados e desequilibrados que não tinham a honra de permanecer no convívio social. O mar era a maneira encontrada de exilar a população dos considerados insanos.

Segundo o referido autor, o desaparecimento da lepra deu lugar a novas maneiras de exclusão social. Em primeiro plano, os novos “excluídos” foram os portadores de doenças venéreas e mais tarde os alienados mentais herdaram toda a terapêutica dispensada aos considerados como “escórias da sociedade”.

Ainda Michel Foucault (1988, p.6)

A lepra se retira deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta num círculo sagrado.

Essa herança se encontra principalmente no aspecto da estrutura física, que agora, deu origem aos primeiros locais para entocar os desabrigados, e assim surgindo então os primeiros hospitais psiquiátricos e secundariamente no aspecto cultural de valoração e imagem que recaía sobre todos aqueles que ficavam a margem do que era considerado “normal”. A visão permaneceu imutável, só que agora, trocando o personagem.

A Idade Moderna compreende o período histórico que vai de 1.453 a 1.789, e é a época que o homem se torna muito valorizado, onde surgiram grandes movimentos artísticos e literários, tendo como berço principal a Itália.

O tema da loucura seguiu de certo modo o engajamento social da época, emergiram, então, várias obras literárias que levavam a insanidade humana como conteúdo. Muitas dessas consideradas clássicos legados à humanidade.

Então podemos citar como exemplo Erasmo de Roterdã e seu ensaio “Elogio da loucura”, nesta obra o autor compara a loucura a uma deusa que impulsionava as ações humanas de maneira benéfica, como se fosse uma voz que vem do nosso interior, como fator que permitia o crescimento do homem para melhor em todas as fases da vida.

Porém, esse período de tolerância teve seu fim a partir do século XVI. Relatos históricos comprovam que nessa época as raízes da medicina passaram a se encontrar com as raízes da loucura, a qual era considerada artística e positiva aos homens, mas essa encruzilhada, a priori, não veio como forma terapêutica, mas sim para dar lugar à segregação e ao preconceito. Isso se justifica, pois o indivíduo portador de insanidade mental passou a ser visto como “doente mental”, o que em épocas anteriores era deduzido em meras observações externas da realidade sensível.

Surgiram então os primeiros estabelecimentos que visavam à correção e educação dos indivíduos perturbados, são os “hospitais gerais e “santas casas”, os quais revelam o interesse estatal de retirar da sociedade todos aqueles que eram considerados desordeiros e perturbadores da harmonia social.

De acordo com Antônio Carlos da Ponte (2001, p.16) apud Franco Basaglia (1989, p.21)

A prática da segregação também foi adotada pelos hospitais gerais criados na França por ordem do rei – a partir de 1656, com a fundação por decreto do Hospital Geral de Paris-com o objetivo de aprisionar não apenas a loucura, mas todos os pobres da cidade. A partir de 1657, tal gigantesco hospital concentra todos os marginalizados da época: mendigos, desocupados, criminosos e loucos. Concomitantemente construíram-se estabelecimentos idênticos na Alemanha e Inglaterra. A razão de Estado justificava o confinamento neste tipo de hospital, em casas de caridade destinadas aos pobres e abandonados, além do cárcere destinado aos devedores, sem critérios legais coerentes. Bastavam os princípios médicos

Nesses locais não abrigavam somente os alienados, mas também toda espécie de desocupados, bandidos, bêbados, prostitutas, mendigos e demais marginalizados. Que o interesse não está na recuperação do homem, na cura de sua doença, pensando assim em tirar da sociedade aqueles que atrapalham a sua evolução, independente do que esta pessoa faz, se assim, for vista como algo ruim, algo que prejudica o outro, é retirada de sociedade., mas sim em manter a ordem pública e punir a imoralidade social

Para conseguir aquilo que desejavam, eram utilizados métodos violentos e cruéis que geravam maus tratos e tortura. Instrumentos típicos de controle eram prisões, celas, correntes de ferro, tudo que controlasse ou impedisse os loucos de fazerem aquilo que quisessem.

A Idade Contemporânea, período que tem seu início em 1789 e vem até os dias atuais, representa uma grande mudança na maneira de enxergar e lidar com o louco, caracterizando-se pelo fim do tratamento supersticioso e verdadeira expansão do tratamento científico.

Através da Revolução Francesa (1789 a 1799) os homens embevecidos pelas máximas de liberdade, igualdade e fraternidade, passaram a pensar mais em seus direitos e isso ajudou na derrubada da monarquia Francesa. Este foi um fato de extrema importância para toda a humanidade, pois repercutiu em todas as esferas sociais, dando origem a novas concepções acerca de valores éticos e morais, passando a se importar mais com o ser humano, com os valores que cada um dá para determinada coisa, atingindo também a concepção da loucura e suas origens.

Philippe Pinel, em 1801, publicou o clássico “Tratado médico-filosófico sobre alienação ou mania”, onde cria novas ideias a cerca da loucura humana.

Este médico francês abalou todos os pilares que sustentavam a ideia de insanidade, defendendo que as doenças mentais eram resultado de fatores como: pressões sociais e psicológicas, herança genética ou lesões fisiológicas.

Por acreditar na loucura totalmente apartada do misticismo, ele defendeu o fim do tratamento violento com os enfermos mentais, empreendendo medidas como o fim das correntes e camisas de força, a eliminação do tratamento com sangria, purgantes, e vomitivos, defendendo a ideia de que a maneira como os loucos eram tratados repercutiam de forma direta no aumento ou diminuição de sua infâmia, que ao invés disto diminuir o problema ou ajudá-los a se curar, só piorava as coisas, pois dor só trás dor.

O fim do século XVII marca a concepção da necessidade em criar estabelecimentos para internação de doentes mentais, mesmo que o isolamento já tenha sido idealizado muito tempo antes.

No Brasil, não foi diferente, a inspiração com o trabalho de Jean Étienne Dominique Esquirol, e sua criação de cursos para tratamentos com doentes mentais e a revolução empenhada pelo mesmo a fim de criar a primeira lei dos alienados, fez nascer aqui o primeiro hospício brasileiro, denominado “Hospício Pedro II”, localizado no Rio de Janeiro.

Sigmund Freud, verdadeiro ícone da psiquiatria, trouxe a noção do homem movido pelo inconsciente e provocou uma verdadeira revolução na concepção sobre a loucura e suas vertentes, como, por exemplo, o tratamento das neuroses de gravidade mediana e leve.

Por fim, já no século XX, a reforma psiquiátrica, como movimento que tem como objetivo a luta pela dignidade e libertação do doente mental, nos traz a ideia do tratamento psicológico embasado na eliminação de medidas institucionais de tratamento e procura promover uma aproximação entre médico e paciente, para que assim o médico consiga ficar mais próximo de seu paciente, e com o passar do tempo ele irá conhecer cada vez melhor o seu paciente, e com isso consegue entender melhor cada um, com objetivo de dirimir a exclusão social e promover a interação entre o enfermo e a sociedade, como ser inerente a ela que o mesmo é.

A respeito disto relata Antônio Carlos da Ponte (2001, p.17) apud Alfred Jorge Kraut (1997, p.311)

No curso dos anos sessenta, a psiquiatria entra em crise, especialmente no que se refere ao modelo hospitalar e as internações prolongadas. As críticas provêm do campo da própria psiquiatria (Laing, Cooper, Esterson, Berk na Inglaterra, Basaglia na Itália, Szasz nos Estados Unidos, Deleuze e Guatarri na França) e da sociologia (Goffman e Scheff). Os primeiros – conhecidos como expoentes da chamada ‘antipsiquiatria’ – questionam todas as bases da psiquiatria tradicional, a instituição psiquiátrica, e defendem o louco em face da sociedade.

Porém, mesmo com todas as evoluções na psiquiatria, farmacologia, e psicologia, a questão da loucura ainda é um campo muito obscuro para a ciência, visto que se trata de uma patologia muito complexa, pois nem sempre é passível de entendimento alguns comportamentos que os doentes mentais expõem, muitas vezes são comportamentos que não fazem sentido algum, ou então, que não tem motivo para agir de tal maneira, ou seja, quando nós ficamos irritados tem um porque de sentirmos esta irritação, por conta de alguém nos fazer mal, acontecer algo em nossa família, mas nem sempre os comportamentos tinham motivo algum.

O louco, de uma maneira geral, conforme o tempo foi passando conseguiram evoluir no conceito social, em razão de sua doença ser vista como um problema bioquímico, porém, não podemos negar o fato que no inconsciente coletivo, a visão de um homem portador de uma doença mental nos remete a uma imagem de incoerência, insensatez, e contradição, ao passo que, em razão da vida atribulada que acomete o homem moderno, cada dia surgem novas modalidades de patologias mentais.

3. BREVE ANALISE SOBRE AS DOENÇAS MENTAIS

Os termos perturbação, distúrbio e doença combinam-se aos termos mental, psíquico e psiquiátrico para descrever qualquer anormalidade que o ser humano tem em sua mente, sofrimento ou comprometimento de ordem psicológica e/ou mental.

O individuo sofre de doença mental quando a pessoa deixa de se relacionar de forma funcional com o mundo, e nível familiar, laboral e/ou social.

A doença mental atinge a cabeça, sendo ela um mau funcionamento das atividades psíquicas, sendo esta, portanto própria de cada individuo, porém poderá ser influenciada pelo meio em que este ser humano vive, sendo assim, as circunstâncias pelo qual esta pessoa se encontra emocionalmente ou socialmente.

A psiquiatria clássica considera os sintomas do distúrbio mental como sinal de um distúrbio orgânico. Isto é, doença mental é igual à doença cerebral. Sua origem é endógena, dentro do organismo, e refere-se a alguma lesão de natureza anatômica ou distúrbio fisiológico cerebral (livro Psicologias. ANA M. BAHIA BOCK. Pág. 464).

Dispõe Michel Foucault (1988, p.14)

Se a loucura conduz todos a um estado de cegueira onde todos se perdem, o louco, pelo contrário, lembra a cada um sua verdade; na comédia em que todos enganam aos outros e iludem a si próprios, ele é a comédia em segundo grau, o engano do engano. Ele pronuncia em sua linguagem de parvo, que não se parece com a da razão, as palavras racionais que fazem a comédia desatar no cômico: ele diz o amor para os enamorados, a verdade da vida aos jovens, a medíocre realidade das coisas para os orgulhosos, os insolentes e os mentirosos.

A idéia de doença mental deve ser repensada e olhada com mais cautela, pois estabelecer um marco que separa a loucura da lucidez é praticamente impossível. E ao mesmo tempo em que essa separação é irrealizável, ela é fundamental para o direito, em especial para a ciência criminal. Mas se nós pararmos e pensarmos. Afinal, o que é

normalidade? Até que ponto uma atitude extraordinária pode classificar um ser humano como louco? Qual a punição adequada? Fica a dúvida.

3.1. PSICOSES

O surto psicótico é quando o indivíduo perde a noção do que é real, e do que é imaginário, ele não consegue diferenciar essas duas situações, e assim acaba ficando com os pensamentos confusos.

Segundo entendimento de Hygino de C. Hércules (2008, p.664):

As psicoses em geral são transtornos mentais em que o doente perde o juízo de realidade, passando a perceber o mundo por uma ótica distorcida, caracterizada por distúrbios graves da percepção, como alucinações, como idéias delirantes, desagregação e roubo do pensamento e da vida afetiva, como estados depressivos, paratimias, neotimias e ambitimias.

E assim, o indivíduo começa a confundir pensamentos internos que ele tem com o mundo real, dificultando o que realmente está acontecendo em seu mundo real, e o que está dentro de sua mente. E por conta de toda essa confusão a pessoa não consegue mais reconhecer quem está a sua volta, e acaba tendo pensamentos negativos, que as pessoas que se aproximam dela querem causar lhe algum mal.

3.2. EPILEPSIA

A Epilepsia se manifesta por manifestações neurológicas, que seria aquele indivíduo que tem crises de ausência, que seria aquele indivíduo que esta em um determinado ambiente

e por conta de um instante parece que não esta mais e após um tempo volta ao normal, alguns indivíduos tem convulsões, que quando há convulsão a pessoa começa a se debater, travando os dentes.

Relata Maximiliano Roberto Ernesto Fuhrer (2000, p 58):

O ataque epilético pode ser precedido de um conjunto de manifestações características, conhecido como aura. O paciente sente pronunciado cheiro de terra molhada e experimenta várias outras sensações peculiares. Involuntariamente, emite um urro animalesco, conhecido como “grito do leão” ou “grito do pavão”. Seguem-se normalmente, a queda ao chão e o início das convulsões. Durante as crises o paciente pode ser tomado de grande agressividade. Fora do surto a consciência e a vontade são restabelecidas plena ou parcialmente

Sendo assim causada pela ausência de um foco que organizam as ondas cerebrais, cada situação acontece uma reação, em algumas a ausência da mente por um tempo determinado de um lugar, em outras situações convulsões atingindo os músculos, dependendo da situação pode até atingir somente um músculo do corpo, por exemplo, somente o braço, ou somente a perna e etc.

3.3. ESQUIZOFRENIA

Quando o individuo sofre de esquizofrenia ele perde o contato com a realidade, tendo delírios e alucinações, destacando que se a pessoa tem um parente, e quanto mais próximo ele for deste individuo maior o risco desta pessoa vier a sofrer de esquizofrenia, mas por outro lado os estudos genéticos vêm demonstrando que nem tudo é genético, pois se precisa de vários fatores que se conectam entre si para a manifestação de uma doença.

Segundo Guido Arturo Palomba (2003, p.640) a doença evolui por surtos, isto é, existem períodos de exacerbação dos sintomas mórbidos e existem períodos de acalmia. Porém, mesmo remitido o surto agudo, no período intervalar o paciente continua apresentando desordens mentais, que se chamam defeito esquizofrênico, caracterizado por embotamento afetivo abstrair-se, faltam de auto e de heterocrítica, distúrbios do pensamento, etc., que podem manifestar-se isoladamente ou em conjunto. Os surtos não têm frequência constante. Podem ocorrer várias vezes ao ano ou uma só vez na vida (muito raro), mas se eles são irregulares quanto a frequência, não o são quanto ao desarranjo psicopatológico que engendram na mente do sofredor. São sempre graves, muitas vezes de difícil abordagem terapêutica, e quanto mais amiúde ocorrem mais rapidamente levam o paciente ao comprometimento total das esferas psíquicas, à demência propriamente dita. Existem dois sintomas, os sintomas positivos e os sintomas negativos, primeiramente vamos falar sobre o positivo, os sintomas positivos são os delírios e as alucinações, delírios são a modificação do nosso pensamento, o indivíduo passa a acreditar em uma realidade totalmente diferente do que acontece ele acaba tendo uma distorção da realidade, e acredita fortemente nisso, acaba achando, que tem pessoas vigiando-a, que instalaram um chip em sua cabeça, acabam encontrando alguma justificativa para seus pensamentos. As alucinações correspondem em ver coisas que eu só vejo, ouvir coisas que eu só ouço, ou até mesmo sentir cheiro de coisas que só eu consigo sentir, coisas que não existem e que somente a pessoa vê, ouve ou sente o aroma.

3.4. DEMENCIA SENIL

É uma doença causada pela degeneração das células cerebrais, que é a capacidade que nós indivíduos temos de se relacionar com o ambiente em que vivemos, de coletar tudo que acontece em sua volta e assim tomarmos uma decisão mais adequada.

Neste sentido dispõe Hygino de C. Hércules (2008, p. 664):

As demências resultam do acometimento cerebral de pessoas que até então eram consideradas normais e que, por motivo da doença, foram perdendo gradualmente

os atributos cognitivos, basicamente da memória e da orientação, com repercussão nos aspectos volitivos e afetivos. Entre os estados demenciais podemos destacar as doenças pré-senis (por exemplo, doença de Alzheimer, doença de Pick) e as formas senis (por exemplo, por arteriosclerose).

Com o passar dos anos os seres humanos acabam atingindo a velhice, que são os principais indivíduos que acabam tendo esta doença, em geral atingem as pessoas que possuem mais de 70 anos, e nos casos que o indivíduo tem pessoas em sua família que tiveram demência, a doença poderá se instalar mais cedo, com 50 ou 55 anos.

3.5. PERSONALIDADES PSICOPÁTICAS

A personalidade psicopáticas, são aqueles indivíduos que são extremamente inteligentes, frios e manipuladores, que sabem diferenciar o certo do errado, não conseguem sentir emoção alguma, é uma personalidade que brota do nada em sua mente, são indivíduos que sabem o que estão fazendo, tem noção do mal que causará ao próximo com suas atitudes.

De acordo com Guido Arturo Palomba (2003, p.546):

... a diferença entre o psicótico e o neurótico é que no primeiro a patologia mental brota do nada, simplesmente nasce na mente, enquanto que no neurótico o estado mental alterado está baseado em vivências dolorosas do passado, próximo ou remoto. O neurótico sabe que é problemático, tanto é que às vezes chega a achar que está ficando louco, ao passo que o psicótico, que é louco propriamente dito, nunca acha que está doente da psique: vive o seu delírio como se fosse uma realidade inquestionável e não é possível convencê-lo do contrário

E estes indivíduos praticam o mal por mero prazer, para satisfazer os seus desejos, ou seja, eles praticam maldade porque gostam, há casos de psicopatas violentos, assassinos e estupradores.

3.6. OLIGOFRENIAS

São pessoas que não tiveram a personalidade em um desenvolvimento concluído, normalmente quando uma pessoa nasce, e o tempo passa, a pessoa se torna um ser humano criando uma personalidade, que vai ter emoções sentimentos, que irá amar, odiar e etc.

Relata Hygino de C. Hércules (2008, p.669):

Aoligofrenianão são doenças com sinais e sintomas característicos. Formam um grupo heterogêneo no qual se encontram pessoas acometidas por vários tipos de doenças de diversas etiologias cuja ação patogênica se faz antes do nascimento, durante o parto ou ao longo dos primeiros anos de vida.

Em alguns casos a pessoa não consegue chegar neste desenvolvimento de ser humano, no percurso de evolução de se tornar um ser humano acontece alterações físicas que impedem que a personalidade deste individuo se desenvolva, sendo assim a inteligência é prejudicada, não desenvolvendo a sua personalidade.

3.7. DÉBIL MENTAL

Débil mental é o individuo que apresenta a capacidade de julgamento perturbada e não se adéqua facilmente a novas situações, tendo dificuldade de se relacionar.

Neste sentido Veloso França (2001,p.395):

Há determinados tipos de deficientes mentais leves com grande astúcia e habilidade, podendo, na via prática, cargos importantes, principalmente na administração pública. Estudando com muito sacrifício e obstinação, existem deficientes mentais leves que tem acesso à Universidade e se formam. Conhecemos um que, com certa argúcia e atileza, fazendo parte de diversas confrarias religiosas e sociedades beneficentes, tomando pessoas influentes como compadres, jamais abandonou sua fidelidade ao Governo, seja o Governo de que partido for, e, por isso, sempre esteve “de cima”.

Esta doença atinge a inteligência do indivíduo, dificultando o entendimento de devidas situações no qual ele convive, a psicologia considera a sua mentalidade de uma criança de 7 a 12 anos de idade, pelo fato dele não conseguir aprender.

4. TRATAMENTO DISPENSADO PELO CÓDIGO PENAL AOS INIMPUTÁVEIS

Os inimputáveis (ao contrário dos “semi-imputáveis”) não praticam crime no Brasil, justamente por faltar-lhes a *imputabilidade*, que é um dos elementos da culpabilidade. Logo, sem culpabilidade, não há crime (para a teoria tripartite). Contudo, se um inimputável se envolver num fato típico e ilícito, não será aplicada pena e tampouco será proferida sentença penal condenatória. Ao contrário: ele será absolvido impropriamente e submetido a uma medida de segurança, que poderá ser de internação ou tratamento ambulatorial.

Com os “semi-imputáveis” a situação é diversa. Isso porque, no caso deles, a culpabilidade é existente, porém diminuída (por esse motivo muitos criticam a expressão “semi-imputabilidade”, defendendo a terminologia “*culpabilidade diminuída*”), de modo que eles praticam crime (por conta de existir culpabilidade, sem embargo de reduzida) e, conseqüentemente, estão sujeitos a uma sentença penal condenatória.

Vale dizer: na hipótese de semi-imputabilidade, não haverá absolvição imprópria, senão condenação criminal a uma pena, que, todavia, deverá ser diminuída (em razão da culpabilidade diminuída) ou ser substituída (a pena reduzida) por medida de segurança.

Nesse particular, insta destacar que ao “semi-imputável” não é permitida a aplicação cumulativa de pena e medida de segurança, como se admitia até a reforma do Código Penal de 1984, visto que não mais vigora o sistema do duplo binário, senão o sistema vicariante (ou monista). A propósito, o escólio de Bitencourt (2015, p. 859): “e o semi-imputável, o chamado ‘fronteiriço’, sofrerá pena ou medida de segurança, isto é, ou uma ou outra, nunca as duas.”

E continua (2015, p. 482):

na hipótese dos ‘fronteiriços’, isto é, de *culpabilidade diminuída* (semi-imputabilidade), é obrigatória, no caso de condenação, a imposição de pena, reduzida, para, somente num segundo momento, se comprovadamente necessária, ser substituída por medida de segurança (princípio vicariante).

Igualmente, Zaffaroni e Pierangeli (2013, p. 762-763) aduzem que as condições das medidas de segurança destinadas aos inimputáveis se estendem aos “semi-imputáveis”, nos casos de culpabilidade diminuída, prevista no parágrafo único do artigo 26 do CP, “quando o juiz entende que o condenado necessita de um especial tratamento curativo, hipótese em que a ‘medida’ pode substituir a pena diminuída. [...] Veja-se que, neste caso, impõe-se a medida, em condições iguais às da inimputabilidade, mas a um agente que é culpável de crime.”

O Código Penal, em seu artigo 26, dispõe o seguinte:

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.

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.

E assim afirmando o Artigo 97 do Código Penal veda: “Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.”

Então o entendimento que se colhe é o seguinte:

- A) se o delito for punido com reclusão, deve determinar a internação do sujeito;
- B) se punido com detenção, ele deverá ser submetido a tratamento ambulatorial (sendo assim possível a conversão da medida em internação, nos termos do artigo 97, §4º, do CP).

5. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENDIMENTO AO INFRATOR INIMPUTÁVEL

O Código Penal de 1940, anteriormente à reforma de 1984, adotava o sistema conhecido por duplo-binário, que admitia a aplicação de pena e medida de segurança concomitantemente. Estabelece Guilherme de Souza Nucci (2007, p.549):

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

Pensando assim, era aplicada uma dupla punibilidade, além do indivíduo sofrer medida de segurança, sofria também uma pena, mas tendo o pensamento que a medida de segurança é aplicada para a melhora do doente mental, ou até mesmo a sua cura, a pena que o mesmo sofre acaba dificultando a sua melhora ou cura.

Atualmente, após a vigência da lei 7.209 de 11/07/1984, que veio para reformar a parte geral do Código Penal, é adotado o sistema denominado vicariante, que não permite a acumulação de pena com medida de segurança, que é obrigatório aplicar uma ou outra. Se o agente no momento de sua infração é imputável, será aplicado a pena, e se no momento de sua infração o mesmo é inimputável, será aplicado á ele medida de segurança, se a pessoa for considerada semi-inimputável, estando entre a loucura e a lucidez, como estabelecido no artigo 26, parágrafo único do Código Penal, o juiz aplicará do sistema vicariante, escolhendo entre a aplicação da pena ou da medida de segurança. Caso seja aplicada a pena, esta será reduzida de 1/3 a 2/3, como assim nos informa o Código Penal Brasileiro. Para que seja aplicada a medida de segurança é importante que haja dois pressupostos: a prática de um fato típico e antijurídico, que ele seja injusto, e que corra o risco do sujeito praticar atos que prejudiquem os outros.

Dispõe o artigo 97, § 3º do Código Penal: “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”

Ou seja, a desinternação é quando o agente é condicionado a tratamento em hospital de custódia e a liberação é no caso de tratamento ambulatorial e ambas são concedidas somente se o agente se cura ou melhora. Assim, é decretada a desinternação ou a liberação por decisão judicial, esta só fará coisa julgada se após um ano da revogação da medida, o agente a ela submetido não comete nenhum fato que demonstre a presença de periculosidade.

O artigo 97, § 1º do código penal, assim dispõe: “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”

Ambos serão por tempo indeterminado, pois não se dá para calcular quanto tempo o indivíduo demorará para melhorar ou se curar de sua enfermidade, será feita a perícia médica para constatar que o agente teve melhora ou cura, constando o prazo mínimo de 1 a 3 (três) anos.

Existindo dificuldades para a aplicação da medida de segurança no Brasil, primeiramente devemos analisar que no Brasil existe um grande número de presos para poucas cadeias, assim surgindo superlotação, pois o Estado não possui verba suficiente para todos os presos, faltando verba para isto, também falta verba para os hospitais de custódia e tratamento que é ainda mais caro, pois as pessoas que são apropriadas para cuidar destes doentes mentais cobram muito caro pelo serviço, tirando os remédios que também tem um valor elevado.

O artigo 5º da Constituição Federal dispõe sobre as garantias e direitos fundamentais que cada indivíduo dispõe. Sendo, sem sombra de dúvida um dos artigos de extrema importância contidos na Constituição Federal de 1988, que deu-se o nome de cidadã por ser uma Constituição mais democrática.

Esta constituição ampliou os direitos de cada indivíduo e assim, permitiu sua proteção em todas as situações.

O Art. 5º - Dos Direitos Fundamentais

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

II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;

III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;

X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;

LXXIV - o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos;

Devemos ressaltar que em pesquisas realizadas recentemente ainda é existente o desrespeito aos direitos humanos, na forma de tratamento, as condições em que se vive o indivíduo internado em hospital psiquiátrico, a forma em que são tratados, sempre com desrespeito, a ineficácia do tratamento, lembrando que quando um paciente sofre medida de segurança é por ausência de culpabilidade em seus atos praticados, e o mesmo é internado para assegurar a proteção da sociedade e assim, melhorar ou curar a sua enfermidade, que na maioria das vezes não ocorre, pois são tratados de maneira desumana, sem respeito, como se não tivessem direitos, além do Estado não possuir verba suficiente para que assegurem o tratamento destes indivíduos, assim não ajudando e somente piorando a sua situação.

Para que o juiz possa proferir uma sentença justa, é preciso de um laudo pericial, vinda de um perito, como sujeitos capacitados para esclarecer questões de saber específico, necessários ao julgamento da causa.

De acordo com Fernando da Costa tourinho Filho (2009, p.254):Entende-se por perícia o exame procedido por pessoa que tenha determinados conhecimentos técnicos, científicos, artísticos ou práticos acerca de fatos, circunstâncias ou condições pessoais inerentes ao fato punível, a fim de comprová-los.

No sistema processual brasileiro é acatado o princípio do livre convencimento motivado do juiz, que ele não está adstrito a prova, pois é dada a ele a permissão para decidir a

causa de acordo com o seu livre convencimento, desde que ele fundamente a sua decisão.

O artigo 182 do CPP determina que o juiz tem liberdade para aceitar ou rejeitar o laudo pericial no todo ou em parte. Porém, para que um laudo pericial seja acatado ou rejeitado pelo magistrado sua fundamentação deve ser coerente, ainda mais em sede de inimputabilidade penal, tendo em vista que tal situação é de profunda complexidade e a conclusão pericial é determinante para estabelecer qual será a responsabilização do acusado.

Há requisitos que são necessários e servem de parâmetro para a realização de um laudo pericial satisfatório. São eles:

1) Identificação do examinado: Deve-se fazer uma identificação completa, estabelecendo os dados físicos do acusado, seus documentos de identificação, a data de seu nascimento, sua filiação e tudo quanto for possível a fim de individualizá-lo.

2) Condições do exame: devem ser relatadas todas as condições em que se encontrava o examinado, o espaço físico em que foi realizada a perícia, a maneira adotada para proceder ao exame, porém de maneira breve e sucinta.

3) Histórico: é necessário detalhar a razão pela qual está se procedendo ao laudo e fazer referência aos antecedentes neuropsiquiátricos, os momentos de crise mental, como (ou se) o examinado já foi submetido a tratamento psiquiátrico e como reagiu ao mesmo, bem como fazer referência ao seu padrão de comportamento, social, profissional e familiar.

4) Exame clínico: é a inspeção, onde o médico se utiliza de sua visão, seus sentidos e seu conhecimento para avaliar o doente mental, são feitos exames neurológicos e psicopatológicos que devem ser relatados de forma clara.

5) Exames complementares: Se houver exames complementares, tais como: exames funcionais cerebrais, exames baseados em imagem e testes aplicados pelo perito eles deverão ser descritos de forma que não seja técnica

6) Diagnóstico: Aqui o perito deve expor as conclusões que ele obteve com exame pericial de maneira objetiva, sem fazer nenhum juízo de valor. Este diagnóstico não precisa ser único, podendo relatar todas as patologias mentais observadas no examinado. O perito deve formular o diagnóstico com base na classificação estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), conhecida por CID 10.

7)Comentários e conclusões: O perito vai destacar sua opinião técnica como forma de orientar a aplicação da justiça. Ele pode oferecer sugestões e fazer observações para melhor elucidar a autoridade judicial.

8)Resposta aos quesitos: deve ser dada resposta aos quesitos oferecidos pela promotoria de justiça. Existem alguns quesitos que são obrigatórios e outros que são determinados para o caso concreto. A autoridade judicial também pode formular os quesitos que julgar pertinentes.

Os peritos forenses são de tremenda importância para que seja comprovada a doença mental dos indivíduos, mas por conta do Brasil não ter verba para paga-los, deixam a desejar.De acordo com uma análise comparativa realizada pelos pesquisadores Elias Abdalla Filho e WolframEngelhardt, não existe um modelo homogêneo de psiquiatria forense brasileira e as instituições oficiais que realizam perícias psiquiátricas na área criminal nos diversos estados estão subordinadas a diferentes órgãos.

6. AS MEDIDAS DE SEGURANÇA APLICÁVEIS AO INIMPUTÁVEL

O artigo 96 do Código Penal prevê duas modalidades de medidas de segurança: a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e a sujeição a tratamento ambulatorial. A primeira espécie é também conhecida por medida de segurança detentiva, onde o sujeito apenado com reclusão fica totalmente isolado em hospital psiquiátrico.

Relata Julio Fabbrini Mirabete (2007, p.381):

A internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico representa, a rigor, a fusão de medidas de segurança previstas na legislação anterior: internação em manicômio judiciário e internação em casa de custódia e tratamento. Estabeleceu-se uma medida idêntica para os inimputáveis e semi-imputável, que deverão ser submetidos a tratamento, assegurada a custódia dos internados (art. 99). Não há qualquer finalidade expiatória na medida de internação, substituído o fim pela medida terapêutica e pedagógica destinada a um processo de adaptação e readaptação à vida social

Na falta de hospital de custódia, tal internação poderá ocorrer em outro estabelecimento adequado.

Para César Roberto Bittencourt (2010, p.783), o tratamento ambulatorial é apenas uma possibilidade de que as circunstâncias pessoais e fáticas indicarão ou não à sua conveniência.

A punibilidade com pena de detenção, por si só, não é suficiente para determinar a conversão da internação em tratamento ambulatorial. É necessário examinar as condições pessoais do agente para verificar a sua compatibilidade ou incompatibilidade com a medida mais liberal. Claro, se tais condições forem favoráveis, a substituição se impõe. De acordo com o artigo 101 da LEP, o sujeito submetido a tratamento ambulatorial deverá comparecer em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico em dias estabelecidos pelo psiquiatra com a finalidade de ser submetido ao tratamento adequado a sua periculosidade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contudo devemos destacar que após muito tempo de estudo, e muita paciência para a realização deste trabalho, podemos afirmar que o Estado tem dificuldades para alcançar a melhora ou a cura dos doentes mentais, por conta que os especialistas e os remédios que os indivíduos tem de tomar são muito caros, e o Estado não possui verba suficiente na maioria das vezes, lembrando que, além disto, também sofrem torturas, piorando ainda mais o problema que era pra ser melhorado ou curado, ou seja, não dando o tratamento necessário ou deixando de lado aqueles que mais precisam.

A Constituição Federal em seus Artigos logo de inicio, nos diz quais são os direitos fundamentais do ser humano, e afirma que estes direitos deverão ser sem sombra de dúvida, respeitados e protegidos, e assim destaca que o bem maior protegido é a vida.

Porém a importância que nós damos a aqueles que mais precisam de nós é muito pequena, pois os mais necessitados são aqueles que mais precisam de nossa ajuda, é preciso olhar o próximo com mais solidariedade, não focarmos em apenas julgar tal individuo pelo fato que o mesmo ter cometido um crime, sem ao menos saber o estado psicológico desta pessoa.

8. REFERÊNCIAS

A.K. **Cadeias brasileiras continuam superlotadas e sob o domínio de facções.** Disponível em <<https://akina.jusbrasil.com.br/artigos/142711134/cadeias-brasileiras-continuam-superlotadas-e-sob-o-dominio-de-faccoes>> Acesso em 05/05/2018.

ALMEIDA, Francieli Batista. **Direito Penal da Loucura.** Publicado 04/2012. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/21476/direito-penal-da-loucura>> Acessado em: 08/05/2018.

Art.5º- **Dos Direitos Fundamentais.** Disponível em <<http://www.portaldeacessibilidade.rs.gov.br/legislacao/2/1>> Acesso em: 05/05/2018.

Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. Disponível em <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Table/Direitos-Humanos-no-Brasil/>> Acesso em 05/05/2018.

BIANCHI PAULA, Costa Flávio e Amorim Felipe. **Cadeias Brasileiras Superam Limite de Superlotação Estipulado pelo Ministério da Justiça.** Disponível em <<https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2017/12/09/superlotacao-nas-cadeias-viola-resolucao-de-conselho-do-ministerio-da-justica.htm>> Acesso em: 05/05/2018.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal:** parte geral 1. – 21. ed. rev., ampl. e atual. – São Paulo: Saraiva, 2015.

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

BRANCO, Thayara Castelo. **O Que Você Não Sabe Sobre os Manicômios Judiciários brasileiros.** Disponível em <<http://justificando.cartacapital.com.br/2016/10/05/o-que-voce-nao-sabe-sobre-os-manicomios-judiciarios-brasileiros/>> Acesso em 21/04/2018

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

BRITO, Débora. **CFM: Oferta de Leitos Psiquiátricos no SUS Diminuiu Quase 40% em 11 anos.** Disponível em <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-03/cfm-oferta-de-leitos-psiQuiatricos-no-sus-diminuiu-quase-40-em-11-anos>> Acesso em 05/05/2018.

Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848 de 07 de setembro de 1940), artigos 26 e parágrafo único.

FACULDADES INTEGRADAS “ANTONIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”. **Normalização de Apresentação de Monografias e Trabalhos de Conclusão de Curso.** 2007 – Presidente Prudente, 2007, 110p.

FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. 229 p. ISBN 85-203-2069-4

FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina Legal.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 579 p. ISBN 85-277-0661-X

FREUD SIGMUND. **Consciente, Pré-Consciente e Inconsciente.** <<http://resumos.netsaber.com.br/resumo-78289/consciente--pre-consciente-e-inconsciente>>. Acesso em 21/04/2018

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica.** 7. ed. São Paulo: 2004. 551 p. (Coleção estudos ; 61) ISBN 85-2730-109-1

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia.** 3. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1988. 99 p. (Biblioteca tempo universitário ; 11)

FÜHRER, Maximiliano Roberto Ernesto. **Tratado da Inimputabilidade no Direito Penal.** São Paulo: Malheiros, 2000. 216 p. ISBN 85-7420-222-3

GARCIA, Basileu. **Instituições de direito penal.** 4. ed. São Paulo: Max Limonad, s.d. v. 1

HISTORYChannel Brasil. **Hospital Colônia de Barbacena: “O Holocausto Brasileiro” – Documentário HistoryChannel Brasil.** Disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=izE_vxYqUiU> Acesso em: 21/04/2018.

HERCULES, Hygino de C. **Medicina Legal: Texto e Atlas.** São Paulo: Atheneu, 2008. 714 p. ISBN 85-7379-771-1

JESUS, Damásio E. de. **Direito Penal**. 31. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. v. 1 ISBN 978-85-02-01804-4

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

MIRABETE, Júlio Fabbrini; FABBRINI, Renato Nascimento. **Manual de Direito Penal**. 25. ed., rev. e atual. São Paulo: Atlas, 2007-2009. v. 1, 2 ISBN 85-224-4649-0

MOFFATT, Alfredo. **Psicoterapia do Oprimido**: ideologia e técnica da psiquiatria popular. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1991. 246 p. ISBN 85-249-0304-X

NEUROLOGIAEPSIQUIATRIATV. **Entenda mais sobre Esquizofrenia com a Psiquiatra Maria Fernanda Caliani**. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=k44RmrCG07o>> Acesso em 21/02/2018.

NEUROLOGIAEPSIQUIATRIATV. **Qual a Diferença entre Alucinação, Ilusão, e Delírio? Entenda com a Psiquiatra Maria Fernanda Caliani**. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=ZsF1q8pYsj0>> Acesso em 21/02/2018.

NEUROLOGIAEPSIQUIATRIATV. **Entenda mais sobre Esquizofrenia com a Psiquiatra Maria Fernanda Caliani**. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=k44RmrCG07o>> Acesso em 21/02/2018.

NEUROLOGIAEPSIQUIATRIATV. **Ausências Temporárias. Entenda mais sobre Epilepsia com o Neurologista Saulo Nader**. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=x2TLAaqJ96E>> Acesso em: 21/02/2018.

NORONHA, E. Magalhães. **Direito Penal**. 4. ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 1969. v.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal**: parte geral, parte especial. 3. ed., rev., atual. e ampliada. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007. 1072 p. ISBN 85-203-3036-4

PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. 886 p. ISBN 85-7454-078-1

PONTE, Antonio Carlos da. **Inimputabilidade e Processo Penal**. São Paulo: Atlas, 2001. 144 p. ISBN 85-224-3036-5

PORTAL Vermelho. **Lição: Museu Registra Torturas no Maior Manicômio do País.** Disponível em <<http://www.vermelho.org.br/noticia/307564-1>>. Acesso em: 21/04/2018

PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro.** 3. ed., rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002-2004. 4 v. ISBN 85-203-1976-9

QUARESMA, Flaviano. **Torturas, maus-tratos, Mortes em Hospitais Psiquiátricos e Abrigos. Até Quando?** Disponível em <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/torturas-maus-tratos-mortes-em-hospitais-psi-quiatricos-e-abrigos-ate-quando/29744/>> Acesso em 21/04/2018.

REIS, Adacir. **A Prova Pericial e o Perito no Novo Código de Processo Civil.** Disponível em <<http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI228909,41046-A+prova+pericial+e+o+perito+no+novo+Codigo+de+Processo+Civil>> Acesso em 03/04/2018.

SILVA, Lisiane Mirian Lopes da. **Os Direitos Fundamentais na Constituição de 1988.** Disponível em <<http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,os-direitos-fundamentais-na-constituicao-federal-de-1988,55362.html>> Acesso em: 05/05/2018.

SIMERS. **RS: Investimento em Saúde Mental é Insuficiente.** Disponível em <<http://portalfmb.org.br/2017/04/25/rs-investimento-em-saude-mental-e-insuficiente/>> Acesso em 05/05/2018.

TAVOLARO, Douglas. **A Casa do Delírio: Reportagem no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha.** 3. ed. São Paulo: SENAC, 2004. 186 p. ISBN 85-7359-239-7

TOURINHO FILHO, Fernando da Costa. **Manual de Processo Penal.** 11. ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2009. 968 p. ISBN 978-85-02-07316-6

VILLEGAS, Larissa. **Superlotação no Sistema Penitenciário do Brasil.** Disponível em <<https://larissavillegas.jusbrasil.com.br/artigos/333657154/superlotacao-no-sistema-penitenciario-do-brasil>> Acessado em: 05/05/2018.

WRONISKI, Elizangela. **Falta de Verba Faz Hospital Psiquiátrico Fechar Portas.** Disponível em <<https://www.tribunapr.com.br/noticias/parana/falta-de-verba-faz-hospital-psi-quiatrico-fechar-as-portas/>> Acesso em 05/05/2018.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro.** – 10. ed rev., atual. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro**. – 10. ed rev., atual. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013.