



**UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – UNIPAC
FACULDADE DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS DE BARBACENA – FADI
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO**

RAFAEL GOMES SILVA GURGEL

**MEDICINA LEGAL: A PRECARIEDADE DA PSIQUIATRIA
FORENSE NO ÂMBITO PENAL**

**BARBACENA
2012**

RAFAEL GOMES SILVA GURGEL

**MEDICINA LEGAL: A PRECARIIDADE DA PSIQUIATRIA
FORENSE NO ÂMBITO PENAL**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Direito da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Esp. Colimar Dias Braga Júnior

**BARBACENA
2012**

Rafael Gomes Silva Gurgel

**MEDICINA LEGAL: A PRECARIEDADE DA PSIQUIATRIA
FORENSE NO ÂMBITO PENAL**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Direito da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Colimar Dias Braga Júnior
Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC

Prof. Esp. Fernando Antônio Mont'Alvão do Prado
Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC

Profª. Me. Maria José Gorini da Fonseca
Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC

Aos meus pais, Pedro e Ana Paula, que nos momentos de dificuldade, sempre trouxeram palavras de afeto e entusiasmo. Toda conquista e vitória não se justificariam, nem teriam o mesmo sabor, se não tivessem vocês, como testemunhas nesta caminhada.

Aos amigos que sempre estiveram ao meu lado dando total apoio e ajuda sempre que precisei.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, que se fez presente em todos os momentos, das dificuldades as alegrias compartilhadas, nesta caminhada de cinco anos.

Aos professores e mestres, que mais do que isso, foram também amigos e com paciência sempre estiveram dispostos a ajudar e acreditaram na minha capacidade.

A minha família, depositando toda confiança em meus sonhos, com carinho e incentivos a todo instante, fazendo com que eu superasse os compromissos mais difíceis e alcançasse a realização de projetos e trabalhos com êxito.

Aos amigos, estes, inesquecíveis. Assim como cada dia junto. Na hora do aperto, nos estudos, nas brincadeiras e risos constantes.

A todos vocês, o meu muito obrigado!

RESUMO

Os relatos históricos sobre os doentes mentais e sua impactante presença na sociedade são tão comuns e antigos quanto à prática delituosa dos mesmos na esfera criminal, que, ao serem examinados, pode-se determinar uma privação de liberdade, mesmo quando não há necessidade para tal. Com a Psiquiatria Forense cada vez mais importante para realização de perícias em indivíduos com transtornos mentais, observa-se que ainda são raros estudos sobre estes procedimentos, bem como os métodos de avaliações, cura e análise ético-profissional do responsável pelo exame. Neste sentido, serão estudados os procedimentos para o exame psiquiátrico forense, com base em elementos médico-legais, tendo em vista a responsabilidade ética do perito e as dificuldades e precariedades encontradas na realização deste ato, que pode gerar conseqüentemente, erros assistenciais ligados diretamente em uma sentença final. Serão abordadas também, as principais divergências entre imputabilidade e inimputabilidade, indicando as características de cada e confrontando com suas implicações em nosso Código Penal. Assim, podemos chegar à conclusão que nossa legislação ainda necessita sofrer algumas alterações para adequar tais procedimentos, bem como o tempo de realização destes, a profissionais realmente capacitados, e, penalizar os mesmos de acordo com o grau de erro médico em laudo elaborado que for acompanhado pela justiça.

Palavras chaves: Psiquiatria Forense. Perícia. Responsabilidade Ética. Direito Penal.

ABSTRACT

The historical accounts of the mentally ill and their impactful presence in society are so common and ancient as the practice of the same criminal in the criminal sphere, which, when examined, one can determine a deprivation of liberty, even when there is no need for such . With Forensic Psychiatry increasingly important for conducting skills in individuals with mental disorders, it is observed that studies are still rare on these procedures as well as methods of assessments, healing and analysis of ethical and professional responsibility for examination. In this sense, we will study the procedures for the forensic psychiatric examination, based on forensic evidence, in view of the ethical responsibility of the expert and the precariousness and difficulties encountered in carrying out this act, which can generate consequently errors assistance linked directly a final judgment. Also be addressed, the main differences between accountability and nonimputability, indicating the characteristics of each and confronting its implications in our Criminal Code. Thus we reach the conclusion that our legislation still needs some changes to adapt such procedures as well as the time to achieve these, the truly skilled professionals, and penalize them according to the degree of medical errors in the report prepared for that accompanied by justice.

Keywords: Forensic Psychiatry. Expertise. Ethical Responsibility. Criminal Law.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 PSIQUIATRIA NO BRASIL.....	9
3 NOÇÕES DE PSIQUIATRIA FORENSE E SUAS IMPLICAÇÕES NA LEI.....	11
3.1 Exames Psiquiátricos.....	13
3.2 Precariedades e Dificuldades em Perícias e Diagnósticos.....	17
4 ÉTICA EM PSIQUIATRIA FORENSE.....	20
4.1 Responsabilidade Médica do Perito.....	21
4.2 Imputabilidade x Inimputabilidade e Periculosidade.....	24
4.3 Erros na Conexão Médica – Jurídica.....	27
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo é analisar os procedimentos periciais psiquiátricos, bem como as precariedades e dificuldades destes, encontrada pelos profissionais que realizam esse exame. Baseando em elementos médico-legais e aos princípios e procedimentos éticos que todo perito deve-se ater, na esfera do direito penal, uma vez que a Medicina Legal é uma matéria corriqueira no espaço jurídico nos dias de hoje e também um importante meio de prova legal através dos laudos periciais.

Para melhor entendimento, devemos primeiramente diferenciar os seguintes conceitos: Psiquiatria é a parte da medicina que estuda e trata as perturbações do comportamento humano. Ocupa-se da personalidade global de um doente que sofreu um transtorno psicopatológico. Quando se faz aplicação à justiça da psiquiatria clínica, ela passa a ser designada por psiquiatria forense. Esta relaciona o estudo do enfermo mental com a lei, permitindo seu enquadramento nos dispositivos legais e regulamentares que dispõe sua situação jurídica e administrativa. Logicamente a psiquiatria forense precisa conhecer bem a psiquiatria clínica, sobretudo o que se refere ao diagnóstico e ao prognóstico, mas lhe são necessários outros conhecimentos no que tange a criminologia, legislação e técnica pericial.

O Código Penal Brasileiro estabelece os limites e os modificadores da responsabilidade penal, alguns expressamente, outros implicitamente. Fato este que pode resultar em erros numa sentença judicial para avaliação de sanidade mental de um indivíduo, trazendo um ônus não só para o mesmo, assim como também ao Estado e a instituição na qual será mantido o agente que estiver cumprindo sua pena.

Portanto, a boa preparação do profissional indicado pelo juiz para realização de um exame psiquiátrico é a principal questão colocada em nosso estudo, juntamente com a estrita observância de seus princípios éticos, limites e impedimentos para qualquer procedimento, visando atuar de forma concisa e relatar com maior precisão e êxito o estado em que se encontra o periciado ao elaborar um laudo médico de sanidade mental determinando, caso houver, a periculosidade.

2 PSQUIATRIA NO BRASIL

No Brasil colonial a assistência aos doentes era extremamente precária, tornando médicos e cirurgiões raríssimos de serem encontrados, exceto nos grandes centros hospitalares, mas apenas servindo pessoas importantes da sociedade. Assim, a maior parte dos cuidados eram prestados por curandeiros e até sacerdotes jesuítas. Não existiam especialistas psiquiatras, assim, os hospitais da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia apenas abrigavam, e pouco tratava dos enfermos mais necessitados.

Com o avanço dos conhecimentos científico e uma maior preocupação com a consciência social que a medicina começou tomar uma forma em meados do século XIX. Destacam-se nesta época marcos ligados a patologia mental, como a vinda da corte Portuguesa para o Rio de Janeiro trazendo consigo médicos que criariam escolas de medicina e a criação do primeiro jornal de Medicina do país.

O marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira foi a criação do Hospital Psiquiátrico Pedro II, em 1852, na cidade do Rio de Janeiro. Nos anos seguintes, instituições públicas semelhantes foram construídas em São Paulo, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais. O discurso médico, representado pela jovem Sociedade de Medicina Brasileira de então, ressaltava a necessidade de um tratamento nos moldes já praticados na Europa. Assim, também no Brasil, a ideologia da instituição psiquiátrica tendeu desde o início para a exclusão. (SOUZA. 2006, p. 29)

Assim, o início da urbanização e as grandes transformações socioeconômicas e políticas no país, mudou a fisionomia de algumas cidades históricas, porém trouxe a tona problemas sanitários que em meios rurais eram pouco vistos e não havia tanta importância, já em meio urbano se tornaram visíveis e perturbadores. Um deles era a respeito dos enfermos psiquiátricos que até para suas famílias, cuidar deles era um ônus difícil de ser suportado.

Foi sugerida a criação de uma casa de saúde ou hospício para abrigar aqueles que viviam trancados nos quartos de suas famílias, os que andavam livremente pela cidade e os que habitavam o Hospital da Santa Casa de Misericórdia. As reivindicações vinham com maior força dos médicos e higienistas vinculados à sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. A intenção da sociedade daquela época era organizar, disciplinar e normalizar a cidade em busca de uma salubridade da mesma. Segundo os médicos da época, o manicômio seria, além de abrigo para tais desvalidos, um campo de úteis observações muito proveitosas ao doente, pois se acreditava que quanto mais se conhecessem as moléstias com mais habilidades seriam tratadas.

No plano da assistência pública direta, a tônica do enfrentamento desse problema residiu na tentativa de ambulatorização do tratamento. O Serviço Nacional de Doenças Mentais, desde a primeira gestão, encetou outra tentativa de reforma, elegendo como principal meta a substituição da hospitalização pela assistência ambulatorial. Nos anos 50 e 60, esses recursos se multiplicaram, principalmente em unidades sanitárias e como anexos de hospitais psiquiátricos públicos. A principal crítica a esse sistema era a manutenção da segregação do enfermo e da enfermidade psiquiátrica, além dos cuidadores da rede de assistência. Como o Estado brasileiro era definitivamente privatista nesta área, a assistência previdenciária ocorreu de forma oposta: a hospitalização foi priorizada unicamente porque era mais lucrativa para quem a promovia, deste modo, essa decisão também refletiu na assistência pública direta.

Miranda-Sá Jr.¹, ainda no que tange a assistência pública, cita que Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) preparou um Projeto de Lei para estabelecer o que seria um Estatuto do Enfermo Psiquiátrico, que previa a desospitalização progressiva, à medida que fossem instalados serviços de cuidados primários (nas unidades sanitárias), secundários (nas policlínicas e hospitais gerais) e terciários (hospitais especializados e centros de habilitação e reabilitação), todos integrados na rede geral de assistência médica e social, integração que se considerava essencial para prevenir a discriminação e a exclusão. Essa proposta foi atropelada por amplas camadas do movimento médico, pelo movimento sanitarista e pela burocracia sanitária federal. Os antipsiquiátricos responderam com esse projeto, de cunho atécnico e antimédico, que obstou a tramitação do plano da ABP: passaram-se 10 anos até que o projeto fosse aprovado, e ainda assim quase inteiramente descaracterizado. Pode-se crer que os burocratas apoiaram o projeto anarquista porque ele era menos dispendioso e permitia que o poder federal repassasse o encargo para os municípios, livrando-se das responsabilidades que havia assumido desde 1930. Assim, acabam-se os primórdios e inicia a atualidade.

¹ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000200005

3 NOÇÕES DE PSIQUIATRIA FORENSE E SUAS IMPLICAÇÕES NA LEI

Embora muito antiga, a relação entre a Psiquiatria Forense e o Direito Penal sempre foi pouco estudada em termos científicos se comparada com outras áreas do saber. Afora haver poucos trabalhos publicados sobre o assunto, as diferenças nas leis penais dos países dificultam as comparações de resultados, muito embora tais diferenças possam oferecer subsídios para o melhoramento das leis, ao apontarem exemplos de soluções bem sucedidas.

Além da escassez de estudos, as metodologias distintas empregadas por essas ciências, com conseqüente prejuízo na comunicação entre os profissionais das respectivas áreas, tornam necessária uma maior investigação desse campo a fim de se averiguar se a relação entre a Psiquiatria Forense e o Direito Penal é, de fato, profícua, relata Ramos.²

A Psiquiatria Forense é o ramo da Medicina Legal que se propõe esclarecer os casos em que alguma pessoa, pelo estado especial de sua saúde mental, necessita consideração particular perante a lei. A psiquiatria estuda e trata as perturbações do comportamento humano. Quando se faz aplicação à justiça da psiquiatria clínica, ela passa a ser designada por psiquiatria forense. A psiquiatria forense relaciona o estudo do enfermo mental com a lei, permitindo o seu enquadramento nos dispositivos legais e regulamentares que regulam sua situação jurídica e administrativa.

O critério biopsicológico tratado pela nossa legislação, segundo Hungria e Fragoso (1978), avalia a existência de um nexó de causalidade entre o estado mental patológico e o crime, e preconiza que não há uma relação necessária e constante do estado mental do agente e sua conduta criminosa. Para que o doente mental seja considerado irresponsável pelo seu ato, deve-se levar em consideração o período ou grau de evolução de sua doença ou deficiência mental, da estrutura psíquica do indivíduo e da natureza do crime.

A expressão “transtorno mental”, adotada em lugar de “doença”, acompanha o critério utilizado pela CID-10 (Classificação Internacional de Doenças. 1993, p.5), que seria a impossibilidade de atuar dentro de padrões de normalidade, aceitos como tais no ambiente do indivíduo, tornando-se perceptível para os demais.

Em relação ao Direito Penal, a psiquiatria informa sobre a sanidade mental do agente, sobre seu desenvolvimento mental retardado ou tolhido, sobre sua periculosidade,

² <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=361>

estado de embriaguez, simulação de loucura, medidas de segurança a serem aplicada, assistência aos doentes mentais criminosos e aos criminosos que enlouqueceram. Portanto, a psiquiatria é responsável também por informar os limites e os modificadores da responsabilidade penal, implícita ou explicitamente.

A principal questão identificada como uma "problemática" dos manicômios criminais enquanto instituição que visa tratar os doentes e não punir, refere-se às longas durações dos internamentos o que se explica pela sua forma de funcionamento. Como sabemos os manicômios criminais voltam-se para doentes mentais ou suspeitos de serem doentes mentais que cometeram crimes e que por isso não podem ser submetidos à pena comum (falta-lhes a culpabilidade e a responsabilidade). Esta questão é tratada no Código Penal Brasileiro (CPB) em seu art. 26, o qual isenta de pena aquele que no momento do crime eram por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, inteiramente incapazes de compreender o caráter delituoso do ato ou de determinar-se de acordo com este entendimento. Estando presente uma dessas condições (incapacidade de entendimento e determinação por doença mental ou desenvolvimento mental retardado) são considerados inimputáveis, irresponsáveis por seus atos e perigosos a sociedade.

O Código Penal Brasileiro (1940) ³ vigente, de acordo com artigo supracitado, cuidou de legislar a respeito da capacidade de responsabilização de indivíduos portadores de sofrimento mental, ante o cometimento de crimes:

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.

A imputabilidade penal implica que a pessoa entenda a ação praticada como algo ilícito, ou seja, contrário à ordem jurídica e que possa agir de acordo com esse entendimento, compreensão esta que pode estar prejudicada em função de psicopatologias ou, ainda, de deficiências cognitivas.

Fiorelli e Mangini (2010, p. 113) salientam que tais leis são elaboradas tendo como padrão “o homem médio”, ou seja, respeitando padrões típicos de comportamento da espécie humana em determinado contexto, determinada cultura e época. Nas pessoas portadoras de algum tipo de sofrimento mental, deve-se avaliar a intensidade e a qualidade do transtorno, a fim de aferir a possibilidade ou não de responsabilizá-la.

³ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm

Assim, de acordo com o Código de Processo Penal (1941) ⁴:

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.

Outro ponto de suma importância no CPB é o qual se refere às medidas de segurança. Para os portadores de doença mental inimputáveis, a lei diz que a pena é substituída pelas medidas de segurança, que consistem na internação em hospitais de custódia e de tratamento psiquiátrico (ou manicômios judiciários) ou, em falta destes, em outro estabelecimento o mais adequado possível. Conforme também pode ser, de acordo com cada caso, em tratamento ambulatorial. Estes tratamentos são obrigatórios, geralmente por tempo indeterminado, e perduram até que seja afirmada a cessão de periculosidade do agente mediante perícia médica. O artigo 97 da Lei de Execução Penal ⁵ trata deste caso:

Art. 97. § 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.

O tempo terapêutico não possui duração determinada, como no caso das penas de reclusão, porém, ressalte-se que a atenção à saúde do portador de sofrimento mental, quer seja daquele que viola as disposições legais, como daquele que não as viola, requer que a intervenção se dê no âmbito da rede pública de saúde.

3.1 Exames Psiquiátricos

A avaliação pericial tem como um dos objetivos, estabelecer o diagnóstico da situação atual, no presente momento. Para esta avaliação os critérios são, basicamente, os mesmos aplicados na psiquiatria clínica geral, ou seja, um exame psíquico para avaliação do estado mental atual. Resumindo, é avaliada a existência de alguma doença ou alteração psíquica atual.

Segundo o Código de Processo Penal (CPP), o encargo pericial também é obrigatório e exige-se o trabalho de dois peritos oficiais concomitantemente. Em síntese, a perícia psiquiátrica em Direito Criminal objetiva, principalmente, o seguinte:

⁴ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689compilado.htm

⁵ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm

1 - Verificação da capacidade de imputação nos incidentes de insanidade mental.

Nesses casos está em jogo a imputabilidade, normalmente atrelada à capacidade da pessoa discernir o que faz, ter noção do caráter ilícito e de se auto-determinar.

2 - Verificação da capacidade de imputação nos incidentes de farmacodependência.

Trata-se da difícil avaliação da imputabilidade ou semi-imputabilidade que se aplicam aos dependentes químicos e alcoolistas.

3 - Exames de cessação de periculosidade nos sentenciados à medida de segurança.

Quando as pessoas internadas em casas de custódia (manicômio judiciário) ou em tratamento ambulatorial compulsório são avaliadas para, mediante laudo, terem cessado a periculosidade que determinou a medida de segurança.

4 - Avaliação de transtornos mentais em casos de lesão corporal e crimes sexuais.

A avaliação do estado mental da pessoa a ser periciada deve ser relatada pelo perito de forma precisa e inteligível. O objetivo dessa avaliação é informar à justiça o que a medicina constata sobre a função mental da pessoa em apreço e como a psicopatologia denomina e entende desse estado constatado.

Apesar do desejável cuidado científico e técnico, não se trata de uma tese ou dissertação de mestrado, mas de uma informação precisa com propósitos de ser, sobretudo, inteligível. Ballone ⁶ preconiza que o perito deverá, por exemplo, referir o fato psicopatológico em palavras compreensíveis e, nominá-lo entre parênteses; “observa-se um prejuízo qualitativo no grau da consciência (obnubilação)...”, ou “... havendo prejuízo na evocação da memória do fato ocorrido (amnésia lacunar) desde seu início até o dia seguinte...”, ou “... o examinado mantém em estado de inquietação, hiperatividade, falando exageradamente (hipomania), com expansividade inadequada do comportamento (perda da inibição social)...”

Em se constatando alguma doença ou alteração mental, a atitude pericial mais importante é saber se esta alteração já existia por ocasião do ato que determinou a perícia ou aconteceu depois, ou seja, é importante saber se a alteração ou doença é superveniente ou não ao fato que determinou a perícia. A superveniência de doença mental (SDM) é quando, depois do ato delituoso, a pessoa passa a apresentar sinais e sintomas de algum transtorno

⁶ <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=17>

mental. Quando a doença mental é constatada antes do ato delituoso ou durante a tramitação do processo, este será suspenso.

A lei brasileira privilegia a saúde da pessoa acusada e a suspensão do processo pleiteia sua recuperação. Quando a doença mental é constatada após condenação, haverá a interrupção do cumprimento da pena, a qual poderá se transformar em medida de segurança. Entretanto, apesar da possibilidade do perito psiquiátrico estabelecer um diagnóstico atual, esse fato nem sempre é suficiente para a justiça.

Frequentemente o perito deverá também estabelecer, da melhor forma possível, a condição psíquica da pessoa examinada por ocasião do ato delituoso, ou seja, deverá proceder a uma avaliação retrospectiva (do passado). Este tipo de perícia criminal normalmente visa avaliar a responsabilidade penal do examinado, ou seja, avaliar se essa pessoa apresentava algum transtorno mental no momento do crime e se tal transtorno comprometeu a capacidade de entender o caráter e a natureza de seu ato, bem como se comprometeu também a capacidade de se determinar de acordo com esse entendimento. Na realidade o perito oferecerá à justiça subsídios para avaliar se o réu é imputável, semi-imputável ou inimputável.

Outro objetivo de algumas perícias psiquiátricas é a avaliação prognóstica ou, mais didaticamente, a avaliação das perspectivas sociais do examinado. A partir das condições mentais atuais, à luz dos acontecimentos passados e, também, baseado no curso e evolução conhecidos pela psicopatologia, o perito psiquiátrico deverá estabelecer o prognóstico do examinado. A questão da periculosidade passa por esse tipo de avaliação.

Embora não haja nenhum modelo acabado de registro dos dados obtidos durante o exame psiquiátrico, arrolam-se, a seguir, de forma sumária, o formato adotado na avaliação forense, os principais itens que devem ser mencionados:

1. Identificação

O examinado deve ser o mais precisamente identificado. Para tal, podemos descrevê-lo fisicamente, verificar documentos de identidade, referir o sexo, a idade e filiação, data de nascimento e, se possível, anexar uma fotografia recente ou impressão digital.

2. Condições do exame

Relatar brevemente em quais condições se realizou o exame, como por exemplo, "exame realizado em meu consultório, mediante entrevista e exame clínico, respondido pelo examinado em primeiro lugar e, em seguida mediante entrevista de seu cônjuge. Nessa ocasião o examinado estava em uso de tais medicamentos, em vestimenta de trajes em tal estado...".

3. Histórico e Antecedentes

Através da entrevista com o examinando ou, objetivamente, com pessoas de seu convívio íntimo, devem ser referidos os antecedentes neuropsíquicos com implicações em sua atividade mental, bem como eventuais tratamentos psiquiátricos anteriores. Enfatizam-se os momentos de eventuais crises existenciais e a maneira como o examinado reagiu a elas, os padrões habituais de comportamento familiar, social e profissional. Alguns doutrinadores valorizam a história psiquiátrica familiar.

4. Exame Clínico

Nessa parte procede-se o Exame Físico e do Estado Mental. Trata-se do exame clínico, neurológico e psicopatológico, baseado na entrevista e em dados do exame. Este relato deve ser objetivo, inteligível, sucinto e evitar divagações.

5. Exames complementares (se houverem)

Aqui devem ser descritos e tornados inteligíveis à linguagem não exclusivamente técnica os achados laboratoriais, os resultados de exames funcionais ou de imagem (Tomografia, Tomografia computadorizada, Eletroencefalograma, Exames Funcionais Cerebrais) e de testes eventualmente aplicados.

6. Diagnóstico

Essa é uma parte essencial da perícia onde se deve consolidar o diagnóstico e, de preferência, fazer algum comentário sobre o diagnóstico diferencial com quadros similares. O diagnóstico médico-psiquiátrico não necessita, obrigatoriamente, ser único e, sempre que for o caso, às diversas comorbidades, se presentes.

7. Quesitos

Finalmente, o perito deve responder aos quesitos formulados, também de forma objetiva e clara, evitando comentários e justificativas nessa parte. Vejamos um exemplo dos quesitos mais comumente formulados pelos juízes aos peritos em Direito Penal, como exemplifica Ballone ⁷:

1º Quesito: O acusado XXX, ao tempo da ação, era, por motivo de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento?

2º Quesito: O acusado XXX, ao tempo da ação, por motivo de perturbação da saúde mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, estava privado da plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento?

3º Quesito: O estado mental atual do acusado XXX oferece perigo à sociedade?

3.2 Precariedades e Dificuldades em Perícias e Diagnósticos

A conduta profissional suscetível de engendrar o dever de reparação só se pode definir, unicamente, com base em prova pericial, como aquela reveladora de erro grosseiro, seja no diagnóstico, como no tratamento, bem como na negligência à assistência, na omissão ou abandono do paciente, caracterizando falta culposa no desempenho do ofício. Logo, quando a matéria ventilada for inerente à ciência médica, deverá ser considerado, para fins de condenação, o laudo pericial elaborado.

O peso conferido pelo juízo *a quo* ao teor do laudo pericial decorre do grau de confiabilidade na atuação eminentemente técnica do perito, instrumento que, em regra, demonstra-se fundamental à formação do juízo de convencimento do magistrado.

De acordo com o laudo médico acostado, é manifesta a existência do nexo causal por erro de diagnóstico.

Os diagnósticos e estados mentais que aparecem mais freqüentemente diante do perito em Psiquiatria Forense são:

⁷ <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=17>

Neuroses: notadamente a obsessiva-compulsiva e histérica.

Psicoses: esquizofrenias, parafrenias, orgânicas e senis.

Retardos mentais (oligofrênia).

Transtornos de Personalidade ou Psicopatias.

Dependentes químicos e suas complicações.

Epilepsias e suas complicações.

Transtornos dos Impulsos (compulsões, piromania, jogo).

Parafilias ou Desvios sexuais.

O relatório de pesquisa forense, tal como os restantes relatórios médico-legais, devem conter dados subjetivos e bem sistematizados, em uma linguagem simples, acessível a não técnicos de saúde mental, definindo conceitos a que recorrem e apresentando conclusões que sejam bem fundamentadas para melhor visualização do júri e do juiz na apresentação de provas em um Tribunal.

Contudo existem muitas críticas acerca dos critérios diagnósticos de simulação, devido ao fato da existência de uma grande diversidade de condutas enganosas na realidade clínica. Em muitos transtornos em que o indivíduo mente, engana ou não coopera é bastante difícil de distinguir entre simuladores e autênticos doentes com transtorno, o que pode levar a dúvida em classificá-los como simuladores, sujeitos com transtornos reais ou falsos positivos.

A simulação é conceituada como uma produção intencional ou invenção de sintomas ou incapacidades tanto físicas quanto psicológicas, falsos ou amplamente exagerados, motivadas por um estresse ou incentivos externos, para um leigo, é “fingir o que não é”. Ocorre em geral em situações de conflito que é exatamente o caso de uma perícia médica judicial. Pode ser percebida segundo as seguintes vertentes:

- a) Pré-simulação: simulação de um quadro patológico para obtenção, por exemplo, de um internamento em um hospital psiquiátrico.
- b) Meta-simulação: ocorre com a pessoa que após a ‘cura’ continua a mostrar-se ‘doente’.
- c) Dissimulação: encobrimento de doença pré-existente.
- d) Para-simulação: situação mista em que existem, simultaneamente, doença e simulação.
- e) Super-simulação: simulação de múltiplas patologias orgânicas a simulação.

Outras situações encontradas que prejudicam o relatório médico, bem como a melhor conclusão do mesmo é a época de realização da perícia. Quando se tratar de uma perícia retroativa (ao tempo da ação ou da omissão) é de grande importância que seja realizada o mais próximo possível à época do delito. Em nossa realidade, a maioria delas é realizada, em média, um a dois anos após o fato delitivo. E também a impossibilidade de uma avaliação psiquiátrica mais prolongada. Geralmente deve-se formular um diagnóstico e seu enquadramento jurídico, em uma única entrevista que dura, em torno, de uma hora. Outras razões de ordem diversa podem ser citadas, como, dificuldades de escolta do periciado, excessivo número de agendamentos que impedem uma reconvocação, demora no agendamento para realização de exames complementares, quando essenciais, entre outros.

É necessário ainda enfatizar, de acordo com Abadalla-Filho⁸, a extrema importância da sensatez, ao lado da capacitação técnica, para uma boa avaliação do risco de violência. Assim, sugere-se que os fatores de risco, considerados tanto na clínica quanto nos instrumentos, sejam lembrados e adequados ao exame pericial da forma o mais pertinente possível, mas jamais aplicados de forma cega, ilimitada e, conseqüentemente, limitante. Somente dessa forma equilibrada será possível a construção de um laudo que avalie o risco de violência respeitando a sua inerente complexidade, possibilitando, assim, aos peritos em psiquiatria, serem autênticos auxiliares da Justiça.

⁸ <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n6/279.html>

4 ÉTICA EM PSIQUIATRIA FORENSE

As ciências médicas e forenses reclamam de um papel humanista e preventivo do Estado. O exercício ético da psiquiatria forense começa por uma atitude rigorosamente neutra, sem qualquer preconceito moral, religioso ou rácico, na peritagem psiquiátrica de uma situação ou comportamento. Implica que à partida terá que se aceitar equidistantemente, por exemplo, a responsabilidade civil ou criminal ou a ausência dela, tendo por base o princípio do contraditório. Não é por acaso que a pessoa individual ou coletiva não tem de provar sua inocência, mas sim as estruturas normativas terão de provar a culpa.

A Lei 10.216, de 06 de abril de 2001 ⁹, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, nos trás que:

Art. 3º. É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a saúde mental refere-se a um amplo espectro de atividades direta ou indiretamente relacionadas com o componente de bem-estar, que inclui a definição de um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença. Este conceito engloba não apenas o comportamento manifesto, mas o sentimento de bem-estar e a capacidade de ser produtivo e bem adaptado à sociedade em sua reinserção.

Há concordância entre os principais autores, no tocante aos princípios éticos essenciais a serem observados pelo psiquiatra forense, que o compromisso primordial do perito é com o sistema judicial. Os princípios da veracidade e do respeito pela pessoa, entretanto, devem ser seguidos escrupulosamente. Todos estes ligados também aos princípios da honestidade, confidencialidade e imparcialidade, exigindo da condição do perito a mesma neutralidade que o juiz é submetido.

Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal no caso de falta da capacidade para entendimento do doente mental, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

⁹ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm

4.1 Responsabilidades Médicas do Perito

Ainda no exercício ético da psiquiatria forense devemos nos ater aos aspectos da competência e responsabilidade médica do perito, no exercício de atos que podem resultar graves implicações. A eventual ignorância do perito sobre determinadas matérias ou a falta de condições para o exercício objetivo e imparcial da peritagem, deve levar ao perito a pedir escusa do caso. Outro aspecto de responsabilidade médica é a rigorosa observância das normas de forma a evitar toda e qualquer negligência.

Destarte esses requisitos visam o melhor desempenho do papel e, todavia o conseqüente sigilo profissional do perito que deve estar ao momento do exame ciente de seus possíveis impedimentos antes de realizar qualquer procedimento e, acima de tudo, apto a realização do processo ao qual foi designado.

De acordo com o Código de Ética Médica Brasileiro ¹⁰ (CEM), em seu Capítulo XI, é vedado ao médico-perito, pondo em questão sua ética profissional:

Art. 92. Assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame.

Art. 93. Ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.

Art. 94. Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Art. 95. Realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 96. Receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

Art. 97. Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

Art. 98. Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou como auditor, bem como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência.

¹⁰ http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf

Embora estranha à realidade brasileira, uma outra face dos "tratamentos" psiquiátricos encontramos em casos de detentos condenados à pena de morte. Geralmente, a legislação de alguns países exige que o preso esteja em condições psíquicas de entender a punição que lhe será imposta.

Assim, a psicose pode prevenir a execução. Nessas condições, o psiquiatra forense poderá ser chamado como perito para avaliar a capacidade do condenado ou, não restando dúvidas sobre sua enfermidade, a tratá-lo e torná-lo apto a ser executado. Sobre tal possibilidade, já se pronunciou formalmente a Associação Mundial de Psiquiatria, declarando "uma violação da ética profissional" a participação de psiquiatras em quaisquer atividades relacionadas à aplicação da pena capital.

Por outro lado, a realização de pesquisas biomédicas em prisões é uma necessidade de saúde pública, pois só através do conhecimento dessa realidade é que nela se poderá intervir de forma eficaz e benéfica ao grupo dos prisioneiros. Entretanto, o progresso da ciência deve se dar com a estrita observância de princípios éticos universais, de forma a que não se imponha a uma classe de sujeitos tão vulneráveis um ônus ainda maior que o do cumprimento de sua pena.

Porém, no tratamento de prisioneiros pode haver a quebra do sigilo, que deve ser aceita como "dever legal", com escopo no artigo 73 do CEM (2009): "é vedado ao médico: revelar fato de que tenha conhecimento em virtude de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização do paciente"

Os principais conflitos éticos surgidos aqui, dizem respeito à confidencialidade, autonomia e ao uso das práticas médicas com a finalidade outra que não terapêutica. Esses dilemas decorrem, essencialmente, da questão do agenciamento duplo, posto que o psiquiatra forense, no papel de médico assistente, deve lealdade tanto ao paciente-prisioneiro quanto à administração penitenciária.

Em relação à confidencialidade, deve o médico esclarecer ao paciente que haverá situações em que não poderá manter sigilo, como já vimos que é permitido pelo CEM, mais precisamente em casos que possam afetar a segurança do estabelecimento penitenciário. Caso seja a respeito de prática de crime passado, deverá o médico manter sigilo quando a revelação do fato expuser o paciente a processo criminal. Além disso, deverá esclarecê-los de que os registros de seu prontuário médico poderão ser lidos futuramente com intuito de realizar avaliações de risco.

No que diz respeito à autonomia, deve-se ter em mente que a maioria dos detentos é completamente capaz, apta a fazer escolhas tais como recusar ou receber tratamento médico,

somente devendo receber tratamento involuntário se houver prejuízo de seu discernimento ou iminente perigo de vida. Já para os pacientes que estão cumprindo medida de segurança em hospitais de custódia e tratamento, a situação é diferente, pois o tratamento involuntário é uma imposição judicial. Mesmo assim, deverá o médico responsável pelo exame esclarecer sobre a necessidade e finalidade do procedimento.

O conhecimento e a observância dos princípios éticos que regem a prática forense são essenciais ao médico que realiza perícias em pessoas envolvidas seja em processos criminais, cíveis ou que recebe para tratamento indivíduos privados de sua liberdade, pois somente assim poderá estar seguro de respeitar seus direitos básicos de cidadão.

Apesar das inúmeras possibilidades de conflitos éticos na prática da medicina, em especial, da Psiquiatria Forense, estes problemas ainda continuam sendo pouco estudados na atualidade. Com advento do último século, surgiram novos desafios éticos, especialmente nos avanços tecnológicos, manipulação genética e confidencialidade dos arquivos eletrônicos. No entanto, questões mais antigas, como a utilização de prisioneiros como sujeitos de pesquisa, ainda se fazem presentes. Portanto há que se refletir sobre o tema, visto sua implicação diária na prática da psiquiatria forense.

Urge também, a necessidade de modificação ou criação de uma legislação que estabeleça regras explícitas de comportamento, respeitando as diferenças culturais, a fim de diminuir a incidência de dilemas morais e a criação de mecanismos administrativos que visem minimizar a possibilidade do duplo agenciamento, um dos principais fatores de conflito na prática forense.

Algumas medidas que poderiam ser facilitadoras são: a separação da administração dos médicos em relação as autoridades penitenciárias e policiais, a manutenção das clínicas psiquiátricas forenses sob regência do Ministério da Saúde e não do Ministério da Justiça, e a extinção de ligações hierárquicas com as administrações militares ou policiais no tocante à prática médica.

4.2 Imputabilidade x Inimputabilidade e Periculosidade

No sentido originário, imputável significa aquilo que pode ou deve ser posto a cargo de determinada pessoa, ou seja, atribuir a alguém a responsabilidade de um ato. A imputabilidade é concebida como o conjunto de condições psíquicas que a lei exige para atribuir ao agente sua ação. É o complexo de determinadas condições psíquicas que tornam possível ligar um fato a uma pessoa. Já a inimputabilidade refere-se ao sujeito que não pode ser responsabilizado por um fato punível, por não ter as faculdades mentais necessárias para avaliar o ato quando o praticou.

Da imputabilidade, podemos nos ater ao grau objetivo, que liga o ato ao sujeito, como também ao grau subjetivo que exige do sujeito prévia capacidade para imputação, capacidade de compreender o fato e a vontade de realizar o mesmo. Para nosso Código Penal a questão da imputabilidade adota o entendimento de critério biopsicológico, que abrange a existência de um transtorno mental e o comprometimento total ou parcial da capacidade de entendimento e/ou de determinação.

A doença mental caracteriza o alto grau de periculosidade do sujeito. Periculosidade refere-se ao futuro, ou seja, é uma probabilidade de que novos crimes venham a ser cometidos pelo doente e, por isso, cabe prevenir a ocorrência dessas novas ações delituosas. A sanção penal que recebe o nome de medida de segurança é definida como preventiva e, uma vez que se baseia na periculosidade, é a princípio de duração indeterminada, tendo, no CPB, o tempo mínimo de duração especificado em 1 a 3 anos (Cohen, 1996).

No entanto, deve-se observar o seguinte artigo do CPB ¹¹:

Artigo 28. Não excluem a imputabilidade penal:

I - a emoção ou a paixão;

II - a embriaguez, voluntária ou culposa, pelo álcool ou substância de efeitos análogos.

§ 1.º É isento de pena o agente que, por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou de força maior, 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.

§ 2.º A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, por embriaguez, proveniente de caso fortuito ou força maior, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

¹¹ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm

O princípio da legalidade defende que só pode ser punido criminalmente o fato descrito e declarado passível de pena por lei anterior ao momento da sua prática, que deverá, para além do mais, ser prévio, estrito e escrito, proibindo-se a possibilidade de recurso à analogia. Assim, define-se a tipicidade, o que por hora não levanta problemas em relação aos doentes mentais, e o mesmo se passa em relação à ilicitude que se define de forma simples como a contrariedade a ordem jurídica.

A questão coloca-se aqui em relação à culpa, entendida como a censurabilidade do fato. Do ponto de vista psiquiátrico, a culpa é um sentimento desencadeado ou estado emocional que ao contrário do entendimento jurídico, dispensa em absoluto o fato, significando que pode existir culpa (psicológica) mesmo na ausência de qualquer comportamento ou fato objetivo praticado pelo agente. Nas perturbações psicopáticas o sentimento de culpa é raro mesmo quando existem óbvios e comprovados comportamentos ilícitos.

Estas perturbações, a princípio, não justificam inimputabilidade ou imputabilidade diminuída por não existir condições físicas para que exista inimputabilidade, visto que temos a ausência de capacidade de avaliar a natureza e as conseqüências do comportamento, por doença mental, no momento em que o ato é praticado.

A avaliação de periculosidade em direito penal, toma como indícios a prática de um crime, sendo função do perito dar seu parecer relativo à probabilidade de o indivíduo vir a cometer novamente o mesmo tipo de delito ou outro qualquer, o que pressupõe uma previsão futuroológica, alimentando assim um dos conflitos entre psiquiatria e direito uma vez que com a eficácia dos psicofármacos e das psicoterapias, o estado de periculosidade pode cessar antes de decorrido o período mínimo de internação do paciente.

Um ponto importante a ser considerado é que a periculosidade, enquanto uma probabilidade de um ato futuro, estabelece-se no campo jurídico como possibilitadora de uma ação indeterminada e que prolonga-se para além da internação: em todos os casos, segue-se à medida de segurança uma liberdade condicional por um período de um ano. A medida de segurança é utilizada no Brasil seguindo os preceitos da escola dualista, que estabelece uma série de diferenciações em teoria, com relação à pena: não é aflitiva, não é punitiva, não guarda relação com o crime e volta-se para o futuro. Ela é tratamento, objetivando cessar o estado perigoso do doente. Em que pese à absolvição do doente mental criminoso, é o juiz quem interna, estabelece o tempo de duração mínimo da medida de segurança, o qual se converte em indeterminado caso não haja cessado a periculosidade.

Em nome de um perigo a ser evitado, e por um crime que marca o seu estado perigoso, a quebra de salvo conduto constitui-se em um elemento central para a reprodução desta estratégia: reinternações ocorrem por motivos diversos, sem um quadro psicopatológico que as justifiquem. Neste momento, fica clara ainda a participação de outros níveis de controle social como a família, a polícia e a comunidade, mobilizada por um medo que marca a forma de relacionar com a loucura-criminosa. Desta forma, uma internação primeira, e o estabelecimento de sua periculosidade mostram-se como pontos fundamentais neste procedimento. A inimputabilidade e irresponsabilidade, então, passam a constituir-se em um discurso que em prática parece destituído de significação, uma vez que é em nome destas e para tratar esta doença que as medidas de segurança surgem no campo jurídico, com sua multiplicidade de possíveis perpetuações no futuro.

O principal motivo da medida de segurança, previsto em nosso Código Penal ¹², é propiciar condições para a cura do inimputável, restabelecendo sua saúde, para que possa gozar plenamente de sua liberdade sem colocar a sociedade em risco. Por outro lado, a conclusão acerca da cessação da periculosidade somente é alcançada depois da realização de exame médico-psiquiátrico de conteúdo técnico-científico que possibilite ao juiz a avaliação segura das condições do interno.

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.

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

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

§ 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.

§ 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.

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, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º.

¹² http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm

Art. 99 - O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento.

Contraditório e lacunoso, não deve prevalecer o exame de cessação de periculosidade realizado no Complexo Médico-Penal, ainda mais quando se trata de doente mental que praticou reiteradamente condutas penalmente típicas, inclusive estupro e homicídio, restando desprovida a decisão hostilizada de elementos concretos para fundamentar o levantamento da medida de segurança do ora agravado, a qual deve ser prorrogada até que seja submetido a novo exame psiquiátrico minucioso perante o Instituto Médico Legal.

A forma de controle jurídico-penal da doença mental, então, fundamentada pelo saber psiquiátrico, toma o futuro como alvo através da periculosidade que constitui-se em um risco a ser evitado e, por isso, perpetua-se a medida de segurança para além da internação. A lógica aparece, então, regida por um estado - o estado perigoso - que, marcado pelo crime inicial reproduz-se em um ato que virá, talvez, acontecer. A noção que possibilitou a expansão da estratégia alienista, deslocada para o campo jurídico, marca esta forma de controle.

Araújo ¹³ infere que na medida em que a legislação dispõe previamente qual a modalidade da medida de segurança a ser imposta, sem que se faça uma apreciação casuística da periculosidade do inimputável, obstaculiza o processo de "retorno social" deste. Prescindível incorrer em maiores elucubrações acerca das vicissitudes inerentes aos hospitais de custódia e tratamento. Estes, por vezes, obtêm êxito na hercúlea missão de se tornar pior do que as penitenciárias e, não raro, conduzem ao agravamento da patologia psíquica do inimputável.

4.3 Erros na Conexão Médica – Jurídica

Erro médico é a conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica, capaz de produzir um dano à vida ou à saúde de outrem, caracterizada por imperícia, imprudência ou negligência.

¹³ <http://jus.com.br/revista/texto/10216>

O dever de um perito é dizer a verdade, no entanto, para isso é necessário primeiro saber encontrá-la e, depois querer dizê-la. O primeiro é um problema científico, o segundo é um problema moral.

A necessidade de adequar a linguagem médica-psiquiátrica em linguagem acessível e próxima à linguagem jurídica é uma arte e até mesmo um desafio em nosso país. No Brasil, a legislação que aborda os diferentes aspectos psiquiátrico-forenses de alguém que viole a lei encontra-se inserida em diversos documentos legais, sem constituir um documento inteiramente dirigido para a avaliação e seguimento do indivíduo com transtorno mental, como ocorre em outros países, onde existe uma relação muito mais ligada entre as abordagens médica, psiquiátrica e jurídica.

Estudos internacionais realizados no sentido de avaliar a taxa de concordância entre o laudo psiquiátrico e a sentença judicial, mostram altos valores de concordância. Já no Brasil, até o momento, são pouco conhecidos estudos semelhantes, a prática revela que a recusa de um laudo psiquiátrico por uma autoridade judicial representa uma pequena minoria dos casos.

Em uma dessas poucas pesquisas, realizada pelo Ministério Público do Estado de São Paulo, mostra que há um elevado percentual de concordância entre laudos psiquiátricos conclusivos de capacidade parcial de imputação e sentenças judiciais, ou seja, juízes leigos e togados acompanham a conclusão técnica do psiquiatra, muito embora tenham a opção de não acompanhá-la, sob o respaldo legal do artigo 182 do vigente Código de Processo Penal Brasileiro.

O objeto de estudo foram os laudos psiquiátricos conclusivos de capacidade parcial de imputação e sentenças judiciais, acessados através de processos criminais. Tais processos foram obtidos inicialmente no Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC), autarquia ligada à Secretaria de Justiça do Estado de São Paulo, onde foram buscados os laudos e, em seguida, em alguns fóruns do Estado de São Paulo, locais onde foram buscadas as sentenças judiciais correspondentes.

Entretanto, em virtude de percalços na pesquisa, decorrentes principalmente da dificuldade de obtenção de informações e das conseqüentes conclusões dos processos penais, foram encontradas pouquíssimas sentenças correspondentes. Dentre elas, somente em duas não houve concordância com o laudo, estas foram da lavra de um mesmo Juiz de Direito e se referiam a crimes enquadrados na antiga Lei de Antitóxicos (Lei 6.368, de 1976) onde julgou os réus plenamente imputáveis, não concordando com o laudo psiquiátrico

conclusivo de semi-imputabilidade. Assim, houve uma concordância de mais de 90% dos casos encontrados.

Ainda em relação à pesquisa, o tratamento ambulatorial foi a medida de segurança mais recomendada para os casos de retardo mental (75%), entretanto, foi observada também uma baixa concordância no que tange às medidas de segurança propostas pelos psiquiatras e aquelas determinadas pelos juízes para os indivíduos semi-imputáveis. Este é um dado devidamente intrigante e merecedor de estudos adicionais, pois a medida de segurança, ao definir se haverá tratamento ambulatorial ou em regime de internação, bem como a duração do tratamento, requer fundamentação técnica, muito embora a lei penal vigente no Brasil permita que os juízes decidam nessa matéria.

A relação entre o poder judiciário e a prática psiquiátrica nos Hospitais de Custódia e Tratamento (HCT) mostra em dois momentos distintos: inicialmente, e no que se refere ao procedimento jurídico propriamente dito, através de uma interferência que mostra-se limitante para a atuação médica em seus momentos de decisão (internação, determinação do tempo de tratamento e alta). No entanto, cabe ressaltarmos a articulação dos dois campos de atuação, no sentido de que a psiquiatria é viabilizadora da atuação jurídica, uma vez que estabelece a doença com base na qual se determina a inimputabilidade, a irresponsabilidade e a periculosidade. A perícia, neste momento, mostra-se fundamental, em que tange à faculdade de livre convencimento do juiz.

Em um segundo momento, ou seja, na cotidianidade, configura-se a prática psiquiátrica no HCT segundo a lógica que rege o procedimento jurídico que a envolve, ou seja, voltada para o futuro, parece eleger como objeto a periculosidade que é apresentada pelo crime inicial. Neste sentido, relativo aos pacientes em regime de internamento, a psiquiatria mostra-se, no HCT, como preventiva: a medicação e os procedimentos disciplinares medicalizados voltam-se contra um risco de um comportamento agressivo, constituindo-se uma interferência judicial no sentido de uma transplantação da lógica do procedimento jurídico.

O HCT, então, é uma instituição predominantemente custodial, na qual o tratamento é questionado pelos profissionais e pelos pacientes. A esta constatação, soma-se um tratamento que para alguns médicos é puramente farmacológico, insuficiente e falho, caracterizado pelo baixo número de atendimentos feitos pelos médicos assistentes a seus pacientes, o que foi evidenciado também a partir da análise de prontuários.

O psiquiatra forense Guido Palomba afirma que o tratamento do psicopata é a administração do comportamento dele. O que mais assusta os promotores é que a medida de

segurança inicial máxima é de três anos, só que isso não significa que o condenado irá ficar apenas esse período. Terminada a pena, ele terá de passar por uma perícia psiquiátrica, que dificilmente irá atestar que o condenado tem condições de voltar à sociedade. E completa relatando a verdadeira realidade penitenciária do Brasil, que não apresenta profissionais suficientemente qualificados a realizar uma perícia psiquiátrica: "é diferente um psiquiatra clínico atuar como perito em um caso criminal, por exemplo. Tecnicamente, isso seria o ideal, mas a realidade do país é outra e posso dizer que não há profissionais suficientes no país para atender a demanda de análises e nem de unidades de casas de custódia e tratamento". Consequentemente, isto acarretaria um grande ônus a um réu na sentença final de um Juiz, que se baseando por um laudo médico, julga uma provável medida de segurança ou internação a quem não necessita.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todas as considerações expostas ao longo deste estudo, destaca-se para total significância e importância da Psiquiatria Forense, informações que tiveram mais do que uma função literária, demonstrando ao longo da pesquisa, uma função mais ampla, uma função social que tem como principal objetivo a prática em sociedade.

Ao examinar os procedimentos e os profissionais que atuam na área da Psiquiatria Forense, salta aos olhos de que se trata de um assunto de grande complexidade, porém ainda pouco relatado e abordado. Ademais, é importante ressaltar que o seu desenvolvimento, durante todas as civilizações jurídicas, a quebra de paradigmas e a inovação da ciência, foram fatores essenciais para a sua propagação. A integração da ciência jurídica com a ciência médica beneficiou a ambos, proporcionando uma melhor conexão e entendimento a cada caso analisado.

Sendo um tema que trata de princípios éticos e morais e direitos constitucionais da pessoa humana, no caso do periciado, a conduta correta do perito é elemento essencial na realização de qualquer perícia psiquiátrica. Esta conduta compreende ainda maior responsabilidade, pois, neste caso, o perito deve servir a justiça e, conforme legislação deve ser sempre designado por um Juiz para tal função.

Ainda em relação a responsabilidade médica do perito, a fim de se evitar o agenciamento duplo que é o dever de lealdade do mesmo tanto ao paciente-prisioneiro quanto à administração penitenciária, a melhor saída para este entrave é deixar a manutenção, ou até mesmo a fiscalização das clínicas psiquiátricas forenses sob regência do Ministério da Saúde e não do Ministério da Justiça. Visto que, aquele, cria anualmente diversas portarias que estimulam a criação e coordenação de projetos, gerando, incentivos financeiros e recursos para o estabelecimento assistencial.

Devemos entender a personalidade como algo que identifica o próprio indivíduo, algo intrínseco a ele, portanto deve-se classificar as pessoas que infringem a lei como pessoas com características na sua personalidade que não lhes permitam a sua adaptação social, e não continuar reduzindo a todos os infratores da lei apenas sob o rótulo de personalidades psicopáticas e antissociais. Aprofundado pesquisas e estudos dessas características humanas, permitirá, no futuro, prevenir certas condutas antissociais e identificar a periculosidade pré-delitiva. Esse avanço ideológico nos permitiria entrar em um

período de terapêutica criminal, que nos possibilitaria tratar os transtornos da personalidade por melhores métodos.

Na questão das medidas de segurança, e tendo em vista a não culpabilidade do agente é imperioso que estejam presentes os demais elementos do crime, quais sejam, fato típico e antijurídico. Em resumo, por mais que um inimputável demonstre, por meio de atos exteriores, periculosidade, não se lhe pode aplicar medida de segurança, conquanto não tenha cometido um injusto penal, sob pena de consagrarmos um direito penal do autor, e não do fato, em grande agressão aos ditames e valores de proteção à dignidade humana, principalmente daqueles que mais necessitam por eles ser albergados.

Assim, quando da aplicação da medida de segurança ao inimputável que haja cometido fato definido como crime, deve o magistrado aplicar, a depender do caso concreto, a internação ou o tratamento ambulatorial, sem que haja qualquer limitação nessa escolha em relação aos delitos que, em abstrato, são punidos com pena de reclusão. De qualquer forma, se entender ser o caso a aplicação da medida de internação, deve o julgador fundamentar-se em conhecimentos técnicos especializados, por meio de laudo médico circunstanciado, que indiquem a internação como melhor tratamento, nos termos da Lei 10.216/2001.

Até onde podemos conseguir definir a nossa idéia sobre a justiça contra ou a favor dos criminosos alienados mentais? Partindo da premissa de que muito já se desenvolveu na área de Psiquiatria Forense, podemos questionar se no contexto social do século XXI todas as barreiras e preconceitos que existem sobre este tema já foram ultrapassados. Este questionamento nos remete a verdade que ainda há uma sociedade marcada por pensamentos retrógrados que terminam por atrapalhar a formação de um futuro caracterizado pela compreensão de todas as partes envolvidas. O julgamento dever-se-á ir além dos fatos observados empiricamente, devemos penetrar profundamente nas explicações médico-legais determinadas nos casos criminais.

Sem sombra de dúvida, cabe apenas a justiça adequar essa realidade social, elaborando leis que possam lidar adequadamente com essas questões, não se atendo mais apenas às leis naturais como o único princípio legal a ser respeitado, mas, em alguns momentos, até contestá-la.

REFERÊNCIAS

ABDALLA-FILHO, Elias. **Avaliação de Risco em Psiquiatria Forense**. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n6/279.html>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

ARANTES, Artur Cristiano. **Fundamentos da Medicina Legal para o Acadêmico de Direito**. São Paulo: Editora Lemos & Cruz, 2007.

ARAÚJO, Fábio Roque da Silva. **Medida de segurança: caráter residual da internação**. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 12, n. 1494, 4 ago. 2007. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/10216>>. Acesso em: 01 dez. 2012.

BALLONE, G. J. **Perícia Psiquiátrica**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=17>>. Acesso em: 23 out. 2012.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Manual do Direito Penal**. 6 ed. (rev. e atual.) São Paulo: Editora Saraiva, 2000. v. 1.

BRANDÃO, Cláudio. **Curso de Direito Penal**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição (da) República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 25 set. 2012.

_____. **Decreto-Lei Nº. 2.848, de 07 de Dezembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 25 out. 2012.

_____. **Decreto-Lei Nº. 3.689, de 03 de outubro de 1941**. Código de Processo Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689compilado.htm>. Acesso em: 25 out. 2012.

_____. **Lei Nº. 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 16 set. 2012.

_____. **Resolução Conselho Federal de Medicina Nº. 1931**, de 17 de setembro de 2009. Disponível em: <http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2012.

CASOY, Ilana. **Serial Killer: Louco ou Cruel?**. 8.ed. rev e ampl. São Paulo: Editoria Ediouro, 2008.

COHEN, Claudio. **Os transtornos mentais e a justiça**. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/comciencia/?section=8&edicao=64&id=814>>. Acesso em: 14 nov. 2012.

CORDEIRO, José Carlos Dias. **Psiquiatria Forense: A pessoa como sujeito ético em Medicina e em Direito**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

CORRÊA, Joel Machado. **O Doente Mental e o Direito**. São Paulo: Editora Iglu, 1999.

CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton. **Manual de Medicina Legal**. 7.ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

DSM-IV-TR. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. trad. Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Editora Artmed, 2002.

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

GOMES, Hélio. **Medicina Legal**. 33.ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2004.

JR. MIRANDA-SÁ, Luiz Salvador de. **Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000200005>. Acesso em: 23 out. 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006. 238 p.

RAMOS, Maria Regina Rocha. **Psiquiatras Forenses e Operadores do Direito: Como Anda Relação entre esses Profissionais**. In: **XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria**, 2003. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=361>>. Acesso em: 21 out. 2012.

WEBARTIGOS. **Psiquiatria Forense: A atuação do psicólogo no cenário Jurídico**. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/psiquiatria-forense-a-atuacao-do-psicologo-no-cenario-juridico/66970/>>. Acesso em: 21 out. 2012.