

**CENTRO UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO DE
PRESIDENTE PRUDENTE**

CURSO DE DIREITO

**A FIGURA DO PSICOPATA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO:
O DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO-FORENSE E A PROBABILIDADE DE
REINCIDÊNCIA CRIMINAL**

Thaís Vitolo Brito

Presidente Prudente/SP

2019

**CENTRO UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO DE
PRESIDENTE PRUDENTE**

CURSO DE DIREITO

**A FIGURA DO PSICOPATA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO:
O DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO-FORENSE E A PROBABILIDADE DE
REINCIDÊNCIA CRIMINAL**

Thaís Vitolo Brito

Monografia apresentada como
requisito parcial de Conclusão de
Curso para obtenção do grau de
Bacharel em Direito, sob orientação
do Prof. Msc. Marcelo Agamenon
Goes de Souza

Presidente Prudente/SP

2019

**A FIGURA DO PSICOPATA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO:
O DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO-FORENSE E A PROBABILIDADE DE
REINCIDÊNCIA CRIMINAL**

Trabalho de Monografia aprovado
como requisito parcial para obtenção
do Grau de Bacharel em Direito.

Marcelo Agamenon Goes de Souza

Larissa Aparecida Costa

Ana Carolina Greco Paes

Presidente Prudente/SP, 13 de junho de 2019.

Dedico este trabalho à minha família, em especial aos meus pais, essenciais para a conquista da graduação, que me apoiaram em cada etapa e se fazem presentes para superar qualquer dificuldade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar a Deus, por me proporcionar saúde e força para enfrentar e superar todos os obstáculos, assim como perseverança e sabedoria para concluir este trabalho.

Ao meus pais Célia e Jusmar, os principais responsáveis pela realização do curso de graduação em Direito, a quem dedico toda e qualquer vitória. Agradeço por toda dedicação, amor, incentivo e esforço, proporcionando a realização deste sonho.

Ao meu irmão Pedro e a todos os meus familiares, que de alguma maneira contribuíram, encorajaram e torceram para que este sonho se tornasse realidade.

Ao meu professor e orientador, Mestre Marcelo Agamenon Goes de Souza por ter me acompanhado na elaboração do trabalho.

Agradeço às professoras Larissa Aparecida Costa e Ana Carolina Greco Paes, que encarecidamente aceitaram fazer parte da banca examinadora.

A todos os professores que fizeram parte da minha caminhada até aqui e aos meus amigos, que sempre me incentivaram e apoiaram.

RESUMO

O presente trabalho tem o objetivo de estudar a figura do psicopata no ordenamento jurídico brasileiro, principalmente no que diz respeito ao tratamento penal direcionado a esses indivíduos. Para isto, analisa questões como sanções aplicadas, execução da pena, tipos de psicopatia, dentre outras questões de notável relevância dentro do cenário jurídico. O objeto de estudo em questão ainda é pouco explorado pela ciência jurídica no Brasil, e para tentar superar tais lacunas se faz necessário esmiuçar aspectos e pontos teóricos da psiquiatria forense, bem como as maneiras como ordenamentos jurídicos de outros países tratam do tema.

Palavras-chave: Psicopatia. Criminologia. Psicopata. Psiquiatria Forense. Direito Penal.

ABSTRACT

The present work has the objective of studying the psychopath figure in the Brazilian legal system, especially with respect to the criminal treatment directed to these individuals. For this, it analyzes issues such as applied sanctions, execution of the sentence, types of psychopathy, among other issues of notable relevance within the legal scenario. The object of study in question is still little explored by legal science in Brazil, and in order to overcome such gaps it is necessary to analyze aspects and theoretical points of forensic psychiatry, as well as the ways in which legal systems of other countries deal with the subject.

Keywords: Psychopathy. Criminology. Psycho. Forensic Psychiatry. Criminal Law.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 ANÁLISE SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	10
2.1 O Contexto Histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira	10
2.1.1 A Caminhada da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	11
2.1.2 A Lei Paulo Delgado.....	16
2.2 O Doente Mental Criminoso	17
2.2.1 Os Manicômios Judiciários.....	19
2.2.2 Projetos do CNJ Para a Mudança do Sistema Institucional	21
2.3 A Individualização da Medida de Segurança.....	23
3 O CONCEITO DE PSICOPATIA	27
3.1 Características do Psicopata.....	28
3.2 As Espécies de Psicopatas	30
4 A PUNIBILIDADE DO PSICOPATA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO	32
4.1 O Diagnóstico Psiquiátrico Forense	32
4.2 A Periculosidade e a Probabilidade de Reincidência Criminal	34
5 DIREITO COMPARADO	38
6 DIREITOS FUNDAMENTAIS x SEGURANÇA SOCIAL	40
7 CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

O direito surge no cenário social como um instrumento capaz de pacificar conflitos, para isso impõe regras que objetivam a organização da sociedade. No entanto, como ciência limitada, tem a sua efetividade condicionada ao estudo de ramos que em alguns casos fogem de suas especialidades, como é o caso da psicopatia, campo este ainda muito raso no que diz respeito às implicações jurídicas.

Identificar um psicopata é uma atividade difícil, mas é necessário para combater qualquer prática delituosa que possa ser proveniente desta condição do indivíduo.

O presente trabalho busca fazer uma análise detalhada sobre a forma como o direito penal brasileiro trata da questão da psicopatia. Para isto é necessário primeiramente realizar um estudo sobre o contexto da psiquiatria no Brasil, e como esse ramo da medicina evoluiu com o decorrer dos anos.

Posteriormente abordaremos as principais características de um doente mental que pratica condutas delituosas retratando também as consequências drásticas e destrutivas que suas ações deixam em um eventual cenário de crime.

O estudo ainda se dedica a analisar os tipos de penas que são impostas aos indivíduos psicopatas, tais como as medidas de segurança, e locais destinados a isso, como os hospitais de custódia. Além disso, discorreremos também como o cenário carcerário pode afetar o quadro clínico do indivíduo, potencializando ou não a probabilidade de reincidência em condutas delituosas.

Por fim, diante das dificuldades em estabelecer mecanismos efetivos para oferecer tratamento adequado e efetivo aos psicopatas no cenário penal brasileiro, realizamos um estudo baseado no direito comparado, buscando respaldo no regime jurídico aplicado em países como Estados Unidos e Inglaterra.

Veremos que os aspectos que norteiam essa questão são complexos e se sobressaem aos limites de estudo jurídico, fazendo com que juristas e aplicadores do direito estejam constantemente buscando respaldo em estudos científicos e psiquiátricos, objetivando sempre a efetividade da lei quando aplicada a casos concretos.

2 ANÁLISE SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

2.1 O Contexto Histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira

O modelo psiquiátrico empregado no Brasil, anteriormente ao início dos movimentos pró-reforma, fora marcado por inúmeras denúncias e relatos a respeito de abusos contra os pacientes, que se encontravam em situações e instalações precárias, se sujeitavam a tratamento desumano, perverso e, em muitas ocasiões, não eram propriamente diagnosticados, o que resultava em danos ainda mais severos à saúde física e mental, já que em decorrência desse fator, o tratamento dado não era adequado.

O sistema manicomial, implantado no Brasil desde que se tem notícia do tratamento psiquiátrico, baseado na ideia de internação por tempo indeterminado, é extremamente degradante e prejudicial aos pacientes, além disso, estabeleceu-se como um modelo totalmente ineficaz, ocasionando, inúmeras vezes, um efeito contrário ao que naturalmente o tratamento deve objetivar

Ou seja, ao invés de obter a cura das patologias, melhora ou simplesmente a estabilização do quadro psiquiátrico, muitos pacientes tiveram sua situação agravada e, inclusive, milhares morreram dentro de manicômios, em consequência da insalubridade e falta de cuidados.

Essa situação, desde os primórdios, foi responsável por causar tremenda inconformidade por parte daqueles que a presenciavam, incluindo-se nesse contexto os profissionais da saúde que lidavam diariamente com esses pacientes, os psicólogos, psiquiatras e, principalmente, os familiares daqueles que possuíam transtornos psiquiátricos.

Durante o primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945), tem-se notícia da busca, por parte do governo, pela institucionalização da assistência pública psiquiátrica de maneira nacional, incentivando ainda mais o modelo manicomial e asilar que, por si só, já estava enraizado na cultura do país.

Posteriormente, no ano de 1941, houve a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais, com o objetivo de regular as práticas psiquiátricas brasileiras, principalmente no que diz respeito à defesa da saúde mental e em relação ao estudo de métodos para a melhoria da espécie humana.

Durante o governo militar, a partir de 1964, a situação da psiquiatria no país se agravou, pois, foi instituído o chamado “Plano de Pronta Ação”, que consistia na realização de um convênio entre o ente público e os hospitais psiquiátricos pertencentes ao setor privado. Dessa maneira, houve uma espécie de terceirização do serviço psiquiátrico no país, em média 90% das verbas destinadas ao tratamento psiquiátrico era destinada para essas instituições privadas conveniadas.

A implantação do plano fomentou mais uma vez discussões a respeito do modelo empregado, críticas e revolta dos profissionais da área, que continuavam a denunciar a ocorrência de maus-tratos, a realização de internações compulsórias arbitrarias e diversas formas de violações de direitos humanos contra os pacientes, entretanto, as denúncias não foram suficientes para reverter esse cenário catastrófico.

Somente a partir do final da década de 1970, os movimentos e mobilizações, realizados com o objetivo de derrubar o modelo institucionalizado de tratamento de pessoas que possuíam transtornos psicológicos, começou a ganhar real visibilidade e, assim, caminhar para a reorganização do sistema no Brasil.

2.1.1 A Caminhada da Reforma Psiquiátrica no Brasil

De acordo com estudos realizados pela doutrina, a adoção do modelo manicomial como forma de tratamento psiquiátrico se estabeleceu durante muitos anos nos países do ocidente, e o fundamento para utilização desse método se encontrava nos princípios alienistas, defendidos durante a Revolução Francesa. A ideia inicial era que a internação por tempo indeterminado dos pacientes em manicômios, seria responsável por proporcionar um ambiente de inserção dessas pessoas, que não seriam excluídas em razão de sua diferença, onde não haveria preconceito e poderiam se sentir como parte de uma sociedade. Assim, a internação seria imposta a todas as pessoas consideradas loucas, fora da razão ou delirantes.

Conforme anteriormente mencionado, a reforma psiquiátrica passou a se apresentar de maneira mais consistente a partir do final da década de 1970, período no qual apareceram os primeiros sinais de que uma redemocratização poderia vir a ocorrer. Todavia, a partir desse momento, ainda haveriam muitas barreiras a serem derrubadas e um longo caminho a ser percorrido, até que fosse declarada a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira.

Ainda que desde o início houvessem diversas críticas e denúncias contra o sistema de privatização do atendimento psiquiátrico, o fator que mais influenciou para a reforma psiquiátrica, dentro desse contexto, foi o financeiro. Segundo Marco Aurélio Soares Jorge (1997, p. 46), o país começou a enfrentar uma grave crise no setor previdenciário, e os altos custos dos manicômios, com as verbas destinadas às instituições privadas, agravavam ainda mais a situação.

Muitos foram os movimentos realizados durante os, aproximadamente, 23 anos que se passaram desde os primeiros sinais de remodelamento do sistema, até a promulgação da lei da reforma, em 2001, e a grande maioria motivada pela realização de práticas abusivas dentro das instituições. Dente eles, iremos destacar alguns que se mostraram de grande importância para o alcance do objetivo almejado.

Primeiramente, no ano de 1978, foi realizado o “Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental”, que, conforme mencionado por Paulo Amarante, em sua obra “Loucos Pela Vida” (2001, p. 52), tinha como objetivo estabelecer um espaço destinado à discussão de propostas para a mudança da assistência psiquiátrica e realizavam reuniões entre trabalhadores do setor da saúde mental e de outros setores mais amplos, com o intuito de reivindicar questões relacionadas à regularização da sua situação trabalhista, através de abaixo-assinados, cartas abertas, notas públicas, entre outros.

Além disso, alguns médicos passaram a denunciar as más condições em que se encontravam os pacientes no Complexo Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, o que importou em greve dos trabalhadores. Esse evento ocasionou grande repercussão social, e acarretou a chamada “Crise da Divisão Nacional da Saúde Mental”, que difundiu de vez a discussão a respeito da reforma psiquiátrica.

A Divisão Nacional da Saúde Mental (DNSM) era um órgão do Ministério da Saúde encarregado de formular políticas públicas de saúde no campo da saúde mental. Essas políticas são um conjunto de programas e atividades realizadas pelo governo para garantir direitos aos cidadãos.

A crise econômica contínua no país e o desagrado geral da população com as políticas sociais de saúde mental deram início a tentativas, por parte do governo, da criação de medidas para a reestruturação do sistema de saúde mental.

Em 1980 foi proposta uma reformulação que estabelecia a substituição

do sistema hospitalar e manicomial por um sistema mais amplo, que englobaria métodos de prevenção, de recuperação e promoveria a ressocialização das pessoas que possuíssem os transtornos psiquiátricos, além disso, previa o acompanhamento dos pacientes, com tratamentos fora de instituições hospitalares, estabelecendo, caso fosse necessária, uma limitação do tempo de internação.

Porém, mesmo com a realização de tal proposta e apesar da grande concentração da inconformidade social com o modelo adotado, o sistema da institucionalização privada perseverou e, da mesma maneira, as condições precárias e insalubres dentro dessas instituições.

No ano de 1983, durante a Conferência Nacional de Saúde, foi formada uma comissão que apresentou uma nova proposta de reforma, que consistia na implantação de um atendimento integral aos pacientes, através da distribuição de profissionais da área de saúde mental em postos de saúde e a instalação de ambulatórios especiais, que possuiriam atendimentos especializados a esse público, os chamados “Centros de Atenção Psicossocial”.

Essa nova proposta objetivava estabelecer uma convivência mais próxima entre as pessoas que possuíam transtornos psiquiátricos com o restante da sociedade, acabando, dessa forma, com a exclusão social que comumente afetava aquelas pessoas e, além disso, buscava preservar e restabelecer seus direitos como cidadãos.

Paulo Amarante (1995, p. 492), explana:

Em dezembro de 1987, no encontro dos trabalhadores em saúde Mental, em Bauru, surge uma nova e fundamental estratégia. O movimento amplia-se no sentido de ultrapassar sua natureza exclusivamente técnico-científica, tornando-se um movimento social pelas transformações no campo da saúde mental. O lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, construído neste contexto, aponta para a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão e encaminhamento das questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica.

De tal modo, o movimento pró-reforma ganhou ainda mais força e evidência, novamente era proposta a substituição do modelo hospitalar por um procedimento comunitário, que englobava a difusão de serviços e tratamentos, com a conseqüente diminuição no número e da necessidade de internações. Em decorrência desse movimento, houve a instalação do primeiro CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, que existe até os dias atuais, possuindo mais de 30 anos de

atuação.

Em decorrência das diversas denúncias de maus tratos contra os pacientes na Casa de Saúde Anchieta, manicômio que se localizava na cidade de Santos e ficou conhecido como “casa dos horrores”, foi realizada uma intervenção e o conseqüente fechamento do estabelecimento. Este evento fez com que a cidade de Santos municipalizasse todo o atendimento psiquiátrico, colaborando para a consolidação dos CAPS e de outros serviços substitutivos.

Muito anos após a Casa Anchieta fechar as portas, alguns ex-internos, entrevista ao jornal O Estadão de São Paulo, revelaram situações traumáticas que vivenciaram durante os vários anos em que viveram naquele ambiente, como a elevada utilização de forte medicação, tratamentos de choque e, em muitas ocasiões, os funcionários os mantinham amarrados.

O final da década de 1980 e início da década de 1990 foram marcados por grandes acontecimentos e, em um primeiro momento, mais precisamente em 1989, foi elaborado o projeto de Lei do deputado Paulo Delgado a respeito da reforma psiquiátrica brasileira, que somente foi promulgada no ano de 2001 e será abordada mais adiante.

Em 1990 foi divulgado o documento conhecido como Declaração de Caracas, desenvolvido pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAP) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), originalmente intitulado “A reestruturação psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental”,

Em 1991 a Assembleia Geral da ONU estabeleceu princípios de proteção às pessoas com doenças mentais e para a melhoria dos cuidados com essas pessoas, que tinha como objetivo fundamental e incentivar a ideia de implantação de técnicas alternativas e substitutivas no tratamento de doentes mentais, garantindo a convivência em sociedade, sendo assistidos no ambiente menos restrito possível, possuindo conhecimento e consentimento, existindo capacidade para isso, sobre o tratamento realizado.

Nos anos de 1991 e 1992 foram criadas duas importantes portarias pelo Ministério da Saúde, as de número 189/91 e 224/92, a primeira foi responsável por aprovar o financiamento de programas de assistência às pessoas com doença mental através do SUS – Sistema Único de Saúde, incluindo os serviços na área de saúde mental no Grupo de Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, em razão da

necessidade da variação dos meios de tratamento desse grupo social, buscando intensificar os cuidados e atenção com essas pessoas.

A segunda portaria citada, foi responsável pela organização definitiva do funcionamento dos CAPS e NAPS (Núcleos de Assistência Psicossocial), diferenciando os tipos de atendimento, atribuindo as normas para que fossem realizados tais atendimentos, definindo as atribuições de cada unidade, as regras de hierarquização, de regionalização, estabelecendo os serviços de urgência, dentre outras funções.

Posteriormente, por volta do ano de 1992, foi idealizado o Programa de Apoio à Desospitalização, a proposta consistia na concessão de alta aos pacientes que se encontravam internados há muito tempo, que seriam redirecionados às suas casas e famílias, e os recursos originalmente repassados para as instituições hospitalares, seriam redirecionados aos familiares que recebessem os enfermos, no valor de um salário mínimo mensal, e o restante seria direcionado às secretarias municipais de saúde.

Não foi possível a implantação desse programa, ele nunca foi concretizado em razão da falta de recursos técnicos. Mas a proposta foi fundamental para o desenvolvimento de projetos semelhantes, inclusive, nos dias atuais existem programas que preveem o repasse de recursos às famílias ou ao próprio enfermo, para que haja a possibilidade de substituição do tratamento psiquiátrico hospitalar e o retorno ao convívio familiar ou envio a residências terapêuticas.

Os pacientes que por alguma razão recebiam alta da internação, em muitas ocasiões, não tinham para onde voltar, muitos eram rejeitados por sua família, não sabiam onde a encontrar ou simplesmente não possuíam familiares. Para atender a essas pessoas, foram criadas as residências terapêuticas, que foram devidamente regulamentadas através da Portaria 106 de 2000, do Ministério da Saúde, que foi posteriormente alterada pela Portaria de número 3.090 de 2011.

A promulgação da lei da reforma psiquiátrica era constantemente postergada, em decorrência disso, o Ministério da Saúde constantemente criava portarias para a melhoria da situação, determinando a presença de equipes multiprofissionais nos centros de tratamento, regularizando as acomodações, estabelecendo tratamentos alternativos e complementares aos pacientes hospitalizados, fixando prazos máximos de internação, além dessas medidas, previa

um atendimento comunitário nos ambulatórios e nos Núcleos de Atendimento Psicossociais, para melhor atender ao objetivo de reinserção social dos enfermos.

Após 12 anos de tramitação, em 06 de abril de 2001, finalmente foi promulgada a lei da reforma psiquiátrica, de número 10.216, conhecida através do nome do deputado autor do projeto, Lei Paulo Delgado.

2.1.2 A Lei Paulo Delgado

O projeto de lei foi apresentado originalmente no Congresso Nacional no ano de 1989, elaborado pelo deputado Paulo Delgado, tinha como objetivo a regulamentação dos direitos das pessoas que possuíam transtornos psiquiátricos e o fim dos manicômios, de maneira gradativa, entretanto, apenas após 12 anos de tramitação, com alterações, finalmente a Lei foi sancionada, no ano de 2001, pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso.

A Lei Federal 10.216 não foi aprovada com seu texto original, na verdade, a aprovação se deu em face de um texto de lei substituto. A pressão política realizada por parte do setor privado de assistência à saúde mental foi a grande responsável pela demora na aprovação da Lei e, além disso, influenciou muito para a alteração do texto, inclusive, foi realizada a supressão dos incisos que tratavam da extinção progressiva do tratamento manicomial no país.

A lei aprovada alterou o sentido da assistência à pessoa com transtorno mental, e priorizou o tratamento através da implantação de serviços de base comunitários, que consistem em um sistema completo, onde há a substituição dos hospitais psiquiátricos pela instalação de instituições, associações e outros ambientes que buscam o bem-estar e o avanço no quadro de enfermidade mental dos pacientes. Além disso, um dos grandes objetivos da lei dizia respeito ao alcance e reestabelecimento dos direitos sociais das pessoas com patologias mentais.

Apesar disso, a lei não estabeleceu de que maneira se daria o procedimento de extinção dos manicômios e do modelo manicomial de forma definitiva.

Durante o segundo semestre do ano de 2011, com a reforma psiquiátrica em alta, o Ministério da Saúde passou a destinar recursos financeiros para o setor da saúde mental no país, destinação que se consolidou através da

Portaria de número 336 de fevereiro de 2002, que teve como fundamentação a Lei “Paulo Delgado”. Além disso, essa portaria foi responsável pela criação de várias unidades dos CAPS, que possuíam finalidades diversas, inclusive alguns específicos para o atendimento de dependentes químicos, ou então, crianças e adolescentes.

A reforma psiquiátrica no Brasil foi de extrema importância para as pessoas que possuem patologias psiquiátricas, para os profissionais da área da saúde que lidam com esses pacientes, e inclusive para as famílias que têm em seu seio um integrante com transtorno mental, principalmente pois há uma cultura enraizada no Brasil (e em grande parte dos países) que impõe um pré-julgamento a essas pessoas, que possuem seus transtornos automaticamente relacionados à loucura e a periculosidade.

Nesse sentido, a mudança de paradigmas alcançada por esse movimento foi responsável pela abertura do espaço para que essas pessoas conseguissem viver em comunidade, de maneira mais digna, diminuindo o preconceito sofrido e, ainda, aumentando a qualidade e quantidade de informação social a respeito dos transtornos psiquiátricos e as formas de tratamento.

2.2 O Doente Mental Criminoso

Os movimentos sociais realizados por décadas, em busca do fim do sistema manicomial, resultaram em uma grande evolução na forma de tratamento de doentes mentais, deixando evidente que o método de tratamento institucional estaria longe de ser o mais adequado ao paciente, em razão das condutas desumanas e inadequadas muitas vezes empregadas nessas instituições e os desdobramentos negativos dessa situação.

Todavia, apesar da grande importância desse movimento, principalmente no que diz respeito ao fim da segregação social que sempre afetou os portadores de doenças psiquiátricas e a busca pela quebra do estereótipo de periculosidade associado a esses indivíduos, é preciso ressaltar que, da mesma maneira que não se deve de imediato presumir a periculosidade desses indivíduos, não é possível deixar de considerar que, em alguns casos, essa periculosidade está presente e é evidente.

As pessoas que possuem doenças mentais e que praticaram crimes

precisam de um olhar mais atento e de um tratamento diferenciado, principalmente no que diz respeito à punição e o cumprimento da “pena”. Muitas são as razões para essa distinção, mas abordaremos o que diz respeito ao próprio agente, sua proteção, a preservação de sua integridade física e mental.

Nessa perspectiva, é preciso destacar a ocorrência das chamadas ‘psicoses carcerárias’, que consistem na evolução de quadros de psicoses dentro do ambiente carcerário, que podem vir a ocorrer simplesmente dentro do presídio ou então em decorrência dele ou da prisão.

A psicose é compreendida como um sintoma da presença de um transtorno psiquiátrico, é caracterizada como um distanciamento que ocorre do indivíduo em relação à compreensão da realidade que o cerca, que pode gerar alteração em sua personalidade, podendo ainda causar delírios, surtos, confusão e alucinações.

Apesar de ser plenamente possível a constatação da aparição de um quadro originário de doença mental no ambiente carcerário, esse meio é o maior causador das evoluções desses quadros psiquiátricos, a afetação em pessoas que já possuíam transtornos psíquicos anteriormente à prisão é extremamente maior, em relação àqueles que nunca o tiveram, quando se fala em psicoses decorrentes do cárcere.

Levando em consideração o estudo realizado pelo médico legista Antônio José Eça, formação em psiquiatria pelo Manicômio Judiciário do Estado - Hospital de Custódia e Tratamento, apresentado em sua obra “Roteiro de Psicopatologia Forense”, em relação aos problemas, devem ser apartadas as psicoses que ocorrem simplesmente dentro da prisão e as que decorrem do ambiente carcerário.

Segundo esse entendimento, as psicoses carcerárias que ocorrem simplesmente durante o período em que o indivíduo passa cumprindo a pena privativa de liberdade dentro de um presídio, normalmente caracterizam-se como o surgimento de quadros de esquizofrenia. Já aquelas que decorrem das condições enfrentadas no ambiente carcerário, devem ser analisadas mais a fundo.

Assim, é comum o desenvolvimento das chamadas “reações paranoides” nos detentos, reconhecidas como quadros intensos de psicose, que geram as mencionadas alucinações, delírios, angústia e muitas vezes causam um sentimento de desconfiança em relação a todos ao redor, influenciando em sua maneira de agir. Por se tratar de uma reação,

no caso, ao ambiente carcerário, a solução para esse quadro geralmente se dá através da mudança de ambiente em que o indivíduo se encontra.

Em razão disso, o método de solução comumente adotado é a transferência daquele que está acometido da reação psicótica a uma casa de custódia, no passado conhecida como manicômio judiciário. O ambiente carcerário é um grande causador de distúrbios, já que a situação dos presos é capaz de alterar drasticamente as condições psíquicas em que as pessoas se encontram.

A prisão, por si só, limita o preso em relação à sua sanidade mental, pois esta é constantemente abalada em razão das condições precárias em que dormem, comem, e praticam as atividades cotidianas. Além disso, a pouca quantidade de ocupação, física e mental, as relações conturbadas e a agitação diária dentro dos presídios, abrem ainda mais espaço para o desenvolvimento de tais transtornos, distanciando a mente do equilíbrio emocional.

Se essas situações têm potencial nocivo em relação àqueles que possuem a sua saúde mental inviolada, que não possuem histórico de transtornos ou patologias psiquiátricas de nenhum tipo, é plenamente possível concluir que, para aqueles que já possuem a pré-disposição e essas perturbações e enfermidades, as possibilidades de ocorrência são muito maiores e capazes de gerar prejuízos de grande proporção à própria saúde e integridade física, assim como à das pessoas que o cercam.

Portanto, é essencial que seja analisada a fundo a personalidade de cada agente de crime, realizando devidamente os exames psiquiátricos e, nos momentos em que seja constatada a presença de transtornos psiquiátricos, e quando as circunstâncias permitirem, devem ser encaminhados às casas de custódia, e não para a prisão comum.

2.2.1 Os Manicômios Judiciários

Os manicômios judiciários apresentam-se hoje como hospitais de custódia, que consistem nas instituições para onde são encaminhados os agentes de crime que o praticam em razão da existência de um transtorno ou enfermidade psiquiátrica. O primeiro manicômio judiciário surgiu no Brasil no ano de 1921, no Rio de Janeiro, seguido de Minas Gerais e Rio Grande do Sul. O estado de São Paulo

apenas teve implantado o seu primeiro no ano de 1933.

Apesar de, conforme mencionado anteriormente, o ambiente carcerário não ser o mais indicado e propício às pessoas que sofrem com as doenças psíquicas, cabe ressaltar que a maneira como se desenvolve o tratamento desses internos agentes de crimes, dentro dos hospitais de custódia, acaba não sendo também um método salubre e favorável para essas pessoas.

A ideia que existe por trás desse sistema era o objetivo de, ao mesmo tempo, garantir a integridade física e a sanidade mental dessas pessoas, mantendo-as longe dos problemas do sistema carcerário, realizando o tratamento adequado através da internação pelo tempo que se entendesse necessário e, ainda, proteger a sociedade contra a periculosidade de alguns desses agentes.

Contudo, partindo de um cenário no qual as denúncias realizadas contra os tratamentos empregados e as más condições nos manicômios comuns impulsionaram a reforma psiquiátrica brasileira, é preciso observar que, da mesma maneira, são apontadas diversas falhas nas instituições responsáveis pelo tratamento dos agentes de crimes, as “casas de custódia”.

Em reportagem especial sobre os “manicômios judiciários”, realizada pela Rádio Câmara em 2016, o coordenador da Comissão de Psicologia Jurídica do Conselho Federal de Psicologia, Rodrigo Torres, conclui que os internos dessas instituições sobrevivem em condições desumanas e humilhantes, em ambientes de iluminação precária, insalubres, convivem com a presença de ratos e outros bichos e insetos, em razão da má higienização, sofrem com a falta de privacidade e, ainda, com a falta de profissionais para que recebam um atendimento adequado e suficiente.

Tais conclusões se deram através do acompanhamento de uma pesquisa, realizada em diversos estados brasileiros. Chega-se, portanto, à conclusão de que as condições nos hospitais de custódia são semelhantes às compreendidas nos manicômios comuns, e que os movimentos realizados por décadas para aumentar a qualidade dos serviços prestados na área da saúde mental, além de não terem compreendido a totalidade do setor social, já que, ainda nos dias atuais existem diversos manicômios em funcionamento no território nacional (pois a Lei da Reforma não estabeleceu um prazo para a extinção dos mesmos), não houve grande influência da reforma na esfera criminal.

Nesse seguimento, de acordo com Marden Marques, responsável pela elaboração de diversos projetos do eixo social do Conselho Nacional de Justiça, durante a mesma reportagem acima mencionada, ainda não se pode dizer que reforma psiquiátrica alcançou o patamar do judiciário brasileiro (2016, *on-line*):

Mesmo a lei sendo de 2001, da reforma psiquiátrica, para dentro da Justiça criminal, isso é uma novidade, porque existe essa mudança de paradigma. E essa mudança de paradigma exige não interpretar mais Lei 7.210, que é a Lei de Execução Penal, e começar a interpretar a Lei 10.216, buscando alternativas para o não encarceramento e sim para o tratamento desse sujeito em uma rede substitutiva ao manicômio.

Marques menciona ainda, a existência de projetos do CNJ que possuem o objetivo de direcionar a reforma psiquiátrica para o campo das ciências criminais, ao poder judiciário brasileiro. Esses projetos são os denominados “Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (Paili)” e “Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ)”.

2.2.2 Projetos do CNJ Para a Mudança do Sistema Institucional

O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator - Paili atende, no estado de Goiás, pessoas que possuem distúrbios mentais ou que demonstraram possuir algum “sofrimento mental” no curso da execução penal e, em razão disso, são sujeitas à aplicação de medida de segurança.

O Programa tem realizado esse atendimento há aproximadamente sete anos e, em agosto de 2017, já eram acompanhados 247 pacientes, distribuídos em 77 diferentes municípios do Estado de Goiás.

De acordo com informações da Secretaria da Saúde do Estado de Goiás, esse programa segue todos os preceitos da Lei da Reforma Psiquiátrica no que diz respeito à aplicação de medida de segurança, considerando que a Lei possui como objetivo evitar ao máximo os casos de internação, utilizando esse meio apenas em casos extremos, buscando sempre o atendimento mais humanizado quanto possível.

Informam ainda que a criação do Paili se deu através da cooperação entre a Secretaria do Estado da Saúde de Goiás, a Secretaria Estadual de Justiça

do Estado de Goiás, o Ministério Público Estadual, o Tribunal de Justiça do Estado, além das secretarias municipais dos municípios que se encontram vinculados ao programa, com o objetivo de fornecer o auxílio apropriado aos agentes de crimes que possuem transtornos psiquiátricos.

O programa é responsável por realizar a avaliação do agente, no sentido clínico e psicossocial, além de realizar o acompanhamento de cada caso, zelar para que haja proporcionalidade entre as medidas judiciais tomadas, a saúde desse indivíduo e sua relação com a sociedade, até que as medidas jurídicas cheguem ao fim, vislumbrando a ausência de reincidência criminal e sua reintegração na sociedade.

A realização desse programa de assistência ao portador ultrapassa a esfera de cuidados com o próprio enfermo, pois vislumbra também um propósito social, a reestruturação de seus laços familiares, mediante a realização de debates com os profissionais que lidam com esses pacientes, buscando formas de conscientização e de difusão do conhecimento sobre o assunto, inclusive para a realização do exame de cessação de periculosidade de maneira mais precisa.

Em relação ao Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ), este consiste em um programa pertencente ao estado de Minas Gerais, criado pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais e que, da mesma maneira, realiza o acompanhamento do portador de doença mental que tenha praticado um crime.

No caso desse programa, o início da assistência prestada se dá a partir da determinação do Juiz da vara criminal onde tramita o processo, e que determinará, ainda, qual a medida judicial mais indicada para aplicação naquele caso em concreto. Essa determinação se dá através do auxílio prestado pelos diferentes tipos de profissionais que atuam no programa.

De acordo com informações disponibilizadas pelo portal do Tribunal de Justiça do estado de Minas Gerais, através do PAI-PJ é realizado o acompanhamento de processos crime em que o condenado possui algum tipo de desordem psíquica ou então nos casos onde existem indicativos dessas desordens, auxiliando a justiça no decorrer das fases processuais.

Esse programa tem como objetivo, garantir que a sanção seja aplicada de maneira adequada ao réu, em cada processo, utilizando como base os ideais da

reforma psiquiátrica, impulsionando para que sejam adotados os modelos de tratamento diverso do manicomial.

O grupo de profissionais que integram o PAI-PJ é formado por psicólogos, bacharéis em Direito, propriamente habilitados para exercer as atividades necessárias para o desenvolvimento do programa e assistentes sociais. Além disso, é marcado pela união entre o Poder Judiciário, o Poder Executivo e o Ministério Público, visando o melhor atendimento possível às pessoas com patologias mentais.

Além disso, no ano de 2010, o programa passou a fazer parte do chamado Projeto Novos Rumos, que foi regulamentado pela resolução nº 366/2010 do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, e posteriormente alterada pelas resoluções 784/2015 e 843/2017. O projeto é originado da junção de diversas iniciativas do governo do estado de Minas Gerais, realizado com o propósito de reforçar execução das penas privativas de liberdade e das medidas de segurança aplicadas através da internação de forma mais humanizada.

Mais uma vez, busca-se alcançar o implemento de técnicas substitutivas à internação, a adequação das medidas aplicadas para cada caso em concreto, analisando-se as condições de cada indivíduo, e principalmente a inclusão dessas pessoas na volta ao meio social.

À vista disso, mesmo que em âmbito nacional, não se possa observar um cenário de amplo destaque e aplicação dos ditames da Lei da Reforma Psiquiátrica no Poder Judiciário, é possível identificar diversas iniciativas por parte dos estados-membros, para que sejam alcançados os ideais pretendidos, abrindo espaço para uma evolução progressiva no campo judicial da saúde mental.

2.3 A Individualização da Medida de Segurança

É inimputável ou semi-imputável o agente de crime acometido por alguma enfermidade psiquiátrica, em razão de ser totalmente incapaz de se autodeterminar e compreender que a conduta praticada é ilícita, ou então, por não possuir integralmente essa capacidade, respectivamente. O Código Penal, em seu artigo 26, determina que:

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.

Assim, como esses agentes são isentos de pena, a sanção é aplicada através da chamada “medida de segurança”, que poderá ser imposta de duas maneiras diferentes, conforme o artigo 92 do Código Penal:

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.

Neste sentido, Damásio de Jesus conceitua as medidas de segurança (2015, p.593):

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

Partindo deste conceito, as medidas de segurança são mais do que uma simples sanção imposta para responsabilizar o autor do delito, ela possui um caráter preventivo, visa à proteção da sociedade contra a reincidência criminal desses agentes e, em alguns momentos este fator deverá ser priorizado.

A verificação do estado mental do agente é realizada através do chamado “incidente de insanidade mental”, que possui previsão em nosso ordenamento jurídico nos artigos 149 a 154, do Código de Processo Penal e, de acordo com tais disposições, poderá ser realizado por determinação de ofício pelo juiz ou a requerimento das partes.

A apuração é feita por meio de um exame médico-legal, sendo este uma perícia elaborada por um médico legista, um psiquiatra forense, que elaborará um laudo a respeito da capacidade de autodeterminação e da periculosidade do agente.

O nível de periculosidade do agente é o fator determinante para a

aplicação da medida de segurança cabível e sua individualização ao caso em concreto, já que esta deverá ser imposta de maneira correspondente e proporcional aos riscos que esse indivíduo está propenso a causar à sociedade.

De acordo com Salo de Carvalho, em sua obra “Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro” (2015, p. 502):

O reconhecimento do estado de periculosidade (fundamento da aplicação da medida de segurança) produz significativos efeitos sancionatórios. Em razão de a periculosidade ser entendida como um estado ou um atributo natural do sujeito – o indivíduo carrega consigo uma potência delitiva que a qualquer momento pode se concretizar em um ato lesivo contra si ou contra terceiros –, a resposta estatal não pode ser determinada ex ante.

Nesse sentido, o termo “ex ante” empregado, indica que as medidas impostas a estes agentes, deverão ser definidas através de uma análise aprofundada de cada indivíduo, suas condições pessoais, seu comportamento e sua enfermidade, e não através de mero prognóstico, objetivando a proteção da sociedade como um todo, incluindo a do próprio agente, que pode vir a se tornar vítima de sua própria condição.

As medidas de segurança, conforme mencionado anteriormente, podem ser impostas de duas maneiras diferentes, sendo a primeira o tratamento ambulatorial, caracterizado pelo acompanhamento psiquiátrico periódico desse indivíduo. A segunda maneira trata-se da internação em hospital de custódia, método empregado em ocasiões nas quais forem constatadas uma maior periculosidade.

Por essa perspectiva, nota-se que a internação é uma medida extrema, que deverá ser aplicada em circunstâncias onde é possível vislumbrar sua imprescindibilidade. Contudo, cabe ressaltar que, o Código Penal brasileiro não estabelece a duração máxima de aplicação da medida de segurança, estabelecendo apenas o prazo mínimo, que seria de um a três anos.

Apesar das veementes críticas e movimentos contra as internações por tempo indeterminado, e da vedação constitucional à prisão perpétua, a qual alguns entendem que deve ser aplicada analogamente às internações em hospitais de custódia, mais uma vez é preciso lembrar o caráter protetivo dessas medidas.

Algumas patologias psíquicas até os dias atuais não têm cura, como

por exemplo a esquizofrenia, o transtorno bipolar e a psicopatia. Por essa razão, os agentes de crimes afetados por essas enfermidades e que, em decorrência disso, tiveram constatado através da perícia médica altos níveis de periculosidade, precisam de assistência constante, que somente poderá ser prestada através do sistema institucional de tratamento.

São notórios nacional e mundialmente, diversos casos marcados por crimes tenebrosos e aterrorizantes, cometidos por agentes que possuem desordens psíquicas graves, como por exemplo o “Maníaco do Parque” e o “Chico Picadinho”, sendo estes agentes psicopatas brasileiros, responsáveis por delitos que até os dias de hoje chocam a sociedade.

Em vista disso, em situações como essa, deve-se priorizar a proteção social, mantendo essas pessoas que colocam em risco toda a sociedade em um ambiente onde possam ter os seus quadros psiquiátricos constantemente controlados, sendo acompanhados diariamente, tendo em vista se tratar de doenças incuráveis.

Neste diapasão, os hospitais de custódia podem ser extremamente importantes, já que são sim necessários para a realização do acompanhamento de alguns criminosos. O que se deve buscar, é a melhora das condições dentro das instituições, o emprego de um tratamento digno ao ser humano, a presença de profissionais qualificados e uma estrutura completa para o alcance de tais objetivos.

Além disso, é imprescindível que o incidente de insanidade mental seja feito da maneira bastante cautelosa, para que a aplicação da medida se dê da forma mais coerente possível. O mesmo deve ocorrer no exame de cessação de periculosidade, com o propósito de evitar a concessão de alta a algum paciente que não deve voltar ao convívio social, dando especial atenção à averiguação da probabilidade de reincidência e, ainda, evitar a ocorrência de eventuais injustiças, ao prorrogar a internação desnecessária.

3 O CONCEITO DE PSICOPATIA

Conceituar a psicopatia é um desafio para as mais diversas áreas que estudam e acompanham esse fenômeno. Etimologicamente a palavra psicopatia deriva do grego *psyché*, alma, e *pathos*, enfermidade, ou seja, uma enfermidade da alma.

A tradicional visão de doenças mentais como desorientação, delírios, alucinações, raramente estão presentes nas características da psicopatia o que entrava ainda mais a definição de um conceito pacífico entre os profissionais que se dedicam ao assunto.

Contudo, a Organização Mundial da Saúde, a OMS, classificou e conceituou tal assunto, que é seguido por muitos dentro das suas peculiaridades. A Organização (OMS, 1993) emprega o termo Transtorno de Personalidade Dissocial para definir a psicopatia, com a seguinte descrição:

Transtorno de personalidade caracterizado por um desprezo das obrigações sociais, falta de empatia para com os outros. Há um desvio considerável entre o comportamento e as normas sociais estabelecidas. O comportamento não é facilmente modificado pelas experiências adversas, inclusive pelas punições. Existe uma baixa tolerância à frustração e um baixo limiar de descarga da agressividade, inclusive violência. Existe uma tendência a culpar os outros ou a fornecer racionalizações plausíveis para explicar um comportamento que leva o sujeito a entrar em conflito com a sociedade.

Ainda temos a Associação Americana de Psiquiatria que utiliza a expressão Transtorno de Personalidade Antissocial para definir o padrão global que inclui a psicopatia.

De fato, afora as diversas definições existentes temos o acordo de que a psicopatia é um transtorno de personalidade e não uma doença mental. E como transtorno de personalidade esse:

Exige a constatação de um padrão permanente de experiência interna e de comportamento que se afasta das expectativas da cultura do sujeito, manifestando-se nas áreas cognitivas, afetiva, da atividade interpessoal, ou dos impulsos, referido padrão persistente é inflexível, desadaptativos, exibe longa duração de início precoce (adolescência ou início da vida adulta) e ocasiona um mal-estar ou deterioração funcional em amplas gamas de situações e sociais do indivíduo. (GOMES; MOLINA, 2008, p. 284)

Logo, a psicopatia, ou também, sociopatia e transtorno de personalidade antissocial, é um transtorno na personalidade do indivíduo, o tornando instável, predisposto a cometer atos contra a sociedade, indo na contramão das normas sociais, com uma enorme indiferença aos sentimentos alheios, acompanhados de violência, agressão dentre outras características que trataremos a seguir.

3.1 Características do Psicopata

Cumprime primeiramente dizer que não é possível definirmos uma característica homogênea de todos os psicopatas, é impossível afirmar que todos são iguais. Isso porque cada indivíduo tem um grau de transtorno, tem influência do seu ambiente, e um histórico na infância e na adolescência que o determina como pessoa.

Contudo, existem dois traços determinantes para definir a personalidade psicótica. A primeira é a incapacidade de reagir emocionalmente em situações nas quais se esperaria uma reação de um indivíduo normal. É complexo exemplificar tal situação, pois como já tido, não existe homogeneidade na psicopatia, enquanto um indivíduo com transtorno não esboça reação alguma a um acidente de carro, outro com o mesmo transtorno pode se emocionar naquele caso, mas em outros, demonstra frieza e nenhuma reação de uma pessoa comum, e vice-versa.

A segunda característica é uma tendência irresistível a agir com impulsividade. Dessa, em especial podemos extrair outras com tão importante relevância como a agressividade, a ausência de sentimento de culpa, a impossibilidade de ser influenciado por alguma punição e a falta de motivação positiva.

Quando trazemos essa visão para a área emocional do indivíduo encontramos um egocentrismo exacerbado e até um narcisismo elevado.

Podemos analisar também as questões fisiológicas do cérebro para o diagnóstico da psicopatia. Diversos estudos são elaborados a cada dia para que a sociedade possa identificar pessoas com esse transtorno antes que cometam qualquer ilícito.

A parte do cérebro responsável pelos processos racionais é conhecida como lobo pré-frontal. Um dos sistemas que influencia tal processo é chamado de

sistema límbico, o qual é responsável pelas emoções humanas e parte do aprendizado e memória.

Logo, a ligação entre o lobo pré-frontal e amígdala cortical, responsável pelo funcionamento do sistema límbico, é praticamente nula em pessoas com o transtorno de personalidade da psicopatia. Ana Beatriz Barbosa Silva (2008, p. 187) afirma que a amígdala do psicopata:

(...) deixa de transmitir, de forma correta, as informações para que o lobo frontal possa desencadear ações ou comportamentos adequados. Chegam menos informações do sistema afetivo/límbico para o centro executivo do cérebro (lobo frontal), o qual, sem dados emocionais, prepara um comportamento lógico, racional, mas desprovido de afeto.

Comumente são feitas investigações utilizando imagens com forte conteúdo emotivo, que despertam sensibilidade em pessoas comuns, contudo, ao processar para pessoas com o referido transtorno, os ritmos cardíacos, atividade elétrica e o movimento dos músculos faciais demonstram que o psicopata tem uma capacidade extremamente limitada para reagir a essas emoções. Gomes e Molina (2010, p. 258), ensinam:

Os cérebros dos psicopatas mostraram maior atividade que os cérebros dos não psicopatas ante palavras de carga emotiva que palavras neutras, isto é, os psicopatas não se esforçam mais para reconhecer e processar as palavras com carga emocional que as neutras.

Em todos os estudos realizados, a linguagem do psicopata é incongruente, trocando de um assunto para o outro de maneira abrupta, apresentando conclusões sem expor qualquer argumentação e pouco se importando com as emoções do interlocutor.

Mais uma vez Gomes e Molina (2010, p. 159), explicam:

O psicopata aprende mal – ou não aprende – o comportamento prescrito pelas leis porque o sistema nervoso vegetativo dos mesmos reage pouco, mal e devagar diante do temor do castigo e se recupera muito lentamente. Tal déficit do sistema neurovegetativo dos psicopatas seria, hereditário e congênito.

Percebe-se que não há como alterar e influenciar na maneira do psicopata em ver o mundo, visto que se trata mais de uma questão fisiológica do que

social. Ser psicopata é um modo de ser e não uma fase de alterações emocionais momentânea.

Diante disto, é perceptível que as espécies de psicopatas podem ser amplas, pois não existe homogeneidade entre eles e muito menos são transitórios, logo, trataremos de algumas espécies principais a seguir.

3.2 As Espécies de Psicopatas

Quando tratamos dos psicopatas o primeiro pensamento e impressão é a de um indivíduo cujo comportamento se dá de forma sequenciada, geralmente utilizando-se de detalhes para deixar uma marca registrada em sua ação.

Essa visão cinematográfica do psicopata que estamos acostumados a presenciar na mídia é a visão de apenas uma espécie do indivíduo com transtorno de psicopatia, os *serial killer* ou assassinos em série, contudo, existem outros grau e espécies que merecem ser analisadas, pois apesar de não carregarem consigo tantas ações mórbidas, são muito mais comuns em nosso dia a dia.

No Brasil são raros os casos de assassinos em série, tornando-se assim grandes manchetes e mobilizações midiáticas como o Maníaco do Parque e o caso do Chico Picadinho, por essa razão se tornam a espécie de psicopatas mais conhecidos, contudo, cabe analisar a seguir as outras formas de psicopatia.

A primeira espécie de psicopatia é a chamada de psicopatia leve. Nela, o sujeito, com regularidade, aplica pequenos golpes em pessoas frágeis, demonstrando boa índole e se aproveitando da fragilidade desses indivíduos. Geralmente esses indivíduos nunca chegam a praticar algum crime lesando a vida, aplicando golpes contra o patrimônio.

A segunda espécie é chamada de psicopatia moderada que geralmente se assemelha às características da espécie acima citada, em um grau um pouco mais elevado. Nesta, o sujeito se envolve de maneira mais categórica com as suas vítimas com golpes maiores e mais danosos, sem empatia quanto aos danos causados.

A terceira espécie é a cinematográfica versão de *Hollywood*, o já mencionado *serial killer*. O indivíduo que pertence a essa categoria demonstra um perigo extremamente elevado à sociedade, lesando a integridade física de suas vítimas e na maioria das vezes lhes tirando a vida.

Ana Beatriz Barbosa Silva (2015, p. 187), autora comumente citada no assunto afirma:

Esses “predadores sociais” com aparência humana estão por aí, misturados conosco, incógnitos, infiltrados em todos os setores sociais. São homens, mulheres, de qualquer etnia, credo ou nível social. Trabalham, estudam, fazem carreiras, casam, têm filhos, mas definitivamente, não são como a maioria das pessoas: aquelas a quem chamaríamos de “pessoas do bem”. Em casos extremos, os psicopatas matam a sangue-frio, com requintes de crueldade, sem medo de arrependimento. Porém o que a sociedade desconhece é que os psicopatas, em grande maioria, não são assassinos e vivem com se fossem pessoas comuns.

Essa linha tênue em identificar um psicopata leve ou grave e a inconsistência em suas características, torna extremamente difícil identificarmos um indivíduo com transtorno de personalidade psicopática quando o mesmo não comete crimes de relevância midiática.

É por isto que a maioria dos casos de punibilidade de psicopatas em nosso ordenamento jurídico se restringe aos casos de assassinos em série ou em crime extremamente bárbaros, revelando o indivíduo. Por essa razão, é de suma importância que abordemos a forma como o ordenamento jurídico brasileiro trata o assunto.

4 A PUNIBILIDADE DO PSICOPATA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

Como dito anteriormente, a identificação do psicopata é complexa, visto a dificuldade em sua caracterização e graus de manifestação.

O artigo 26, do Código Penal, faz menção a várias categorias de transtornos mentais de forma distinta, como a doença mental, o desenvolvimento mental incompleto, o retardado e até a perturbação a saúde mental. Nucci (2014, p. 242), define que, “Doença mental é um quadro de alterações psíquicas qualitativas, como a esquizofrenia, as doenças afetivas (...) e outras psicoses (...) abrangendo as doenças de origem patológica e de origem toxicológica”.

Quando tratamos do desenvolvimento mental retardado estamos falando daqueles indivíduos que não possuem inteligência, como os oligofrênicos ou débil mental. Já quando falamos de desenvolvimento mental incompleto estamos tratando diretamente aos que não desenvolvem o cérebro totalmente, como os menores de idade.

Percebemos com muita clareza que o referido artigo, o principal para o assunto, não aborda o transtorno de personalidade da psicopatia, logo, como a legislação Brasileira trata tais indivíduos?

A omissão legislativa tem gerado consequências importantes e danosas para a nossa sociedade. Com ela, temos um elevado índice de reincidência desses indivíduos, gerando ainda mais a sensação de insegurança e impunidade. Os psicopatas são seres praticamente não ressocializáveis, o que torna a pena de prisão obsoleta se está for a sua finalidade.

4.1 O Diagnóstico Psiquiátrico Forense

Avaliar os aspectos de personalidade na psicologia forense é um enorme desafio. A escassez de instrumentos de avaliação que produzam segurança para as impressões clínicas e um diagnóstico efetivo, é a primeira barreira tratada quando se coloca tais indivíduos em avaliação.

A segunda dificuldade que enfrenta o profissional responsável por tal diagnóstico é que, as pessoas com Transtorno de Personalidade Antissocial têm característica tendência a negar, minimizar e até mentir sobre seus atributos sociais,

colocando em jogo uma das únicas características capazes de identificar o indivíduo psicopata.

Do ponto de vista legal, quando um sujeito ativo de crime é reconhecido como capaz, ou seja, pode ser responsabilizado por suas condutas, por não se enquadrar aos termos do artigo 26 do Código Penal, o próprio judiciário se encarrega de conduzir o caso, sem questionar a existência ou não de tal transtorno, a não ser que ele atinja níveis graves como no caso dos assassinos em série.

Contudo, quando o comportamento de tal indivíduo sai da seara do que é comum e esperado de criminosos, a responsabilidade legal sai da esfera exclusivamente jurídica e se envia nas capacidades mentais do sujeito, necessitando de um diagnóstico por especialistas da área da psicologia forense.

Em nosso país, para a finalidade forense, os transtornos de personalidade não são considerados doença mental, mas sim perturbação da saúde mental, como elencado no segundo capítulo deste trabalho.

Para o Direito Penal Brasileiro, é necessário o exame de tal indivíduo via avaliação psiquiátrica forense, analisando a capacidade de entendimento e determinação do sujeito que cometeu determinada infração penal.

A capacidade de entendimento é variável, dependendo essencialmente dos aspectos cognitivos, que quase sempre se encontram preservados em indivíduos acometidos de psicopatia.

Contudo, a determinação do sujeito depende da capacidade volitiva, ou seja, a intenção do ato, e é considerada vital para o nosso ordenamento jurídico.

Para a avaliação psicológica das características antissociais e psicopatas do indivíduo, é fato determinante a observação atenta do seu comportamento desde o primeiro contato com o examinador.

Os indivíduos que possuem algum grau de psicopatia carregam características de manipulação, portanto, durante a perícia, podem simular, mentir e calcular respostas e reações, a fim de levar o examinador a se convencer de algo que não é real.

É necessária muita capacidade técnica e bom senso para uma avaliação precisa sobre o transtorno de personalidade da psicopatia e comportamentos antissociais. Novos instrumentos, além da perícia verbal com o sujeito, estão sendo desenvolvidos para a solução de tal problema e em busca de um diagnóstico acurado.

Contudo, é notável que, ainda que existissem em nosso ordenamento jurídico normas que versassem especificamente sobre esses indivíduos, a maior dificuldade permaneceria nas técnicas de identificação e julgamento dos mesmos, em razão das peculiaridades do agente.

4.2 A Periculosidade e a Probabilidade de Reincidência Criminal

A falta de respaldo legal que recaia em especial à figura do psicopata, possibilita dois caminhos à sanção aplicada a esses indivíduos no ordenamento jurídico brasileiro: a pena privativa de liberdade ou a medida de segurança.

O juiz poderá, na dosimetria da pena, aplicar o artigo 26 do Código Penal e reduzir a pena de um a dois terços ou ainda, aplicar ao sujeito a medida de segurança, através do disposto nos laudos periciais e os quesitos respondidos ao Juiz.

Logo, se o indivíduo for considerado semi-imputável não lhe é aplicável as normas dispostas no artigo 32, do Código Penal

A doutrina e a jurisprudência, de maneira majoritária consideram que o psicopata é um ser semi-imputável, sendo a ele aplicado apenas o disposto no artigo 26, do Código Penal, reduzindo a pena de um a dois terços ou medida de segurança conforme o caso concreto. Nucci (2017, p. 257) afirma:

É preciso muita cautela, tanto do perito, quanto do juiz, para averiguar as situações consideradas limítrofes, que não chegam a constituir normalidade, pois que personalidade antissocial, mas também não caracterizam a anormalidade a que faz referencia o artigo 26 do Código Penal.

Assim, o magistrado constatando a psicopatia do agente deve se atentar aos laudos psiquiátricos detalhadamente, determinando a realização de exames específicos para verificar a espécie de psicopatia, já mencionadas neste trabalho, contudo, a frequência de utilização desses exames no judiciário brasileiro é praticamente nula. Dotti (2004, p. 522), assevera:

A pena pressupõe culpabilidade; a medida de segurança, periculosidade. A pena tem seus limites mínimo e máximo predeterminados (CP, arts. 53, 54, 55, 58 e 75); a medida de segurança tem um prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, porém o máximo da duração é indeterminado, perdurando a sua aplicação enquanto não for averiguada a cessação da periculosidade (CP, art. 97, §1º). A pena exige a individualização, atendendo às condições

personais do agente e às circunstâncias do fato (CP, arts. 59 e 60); a medida de segurança é generalizada à situação de periculosidade do agente, limitando-se a duas únicas espécies (internação e tratamento ambulatorial), conforme determinado pelo art. 96 do Código Penal. A pena quer retribuir o mal causado e prevenir outro futuro; as medidas de segurança são meramente preventivas. A pena é aplicada aos imputáveis e semi-imputáveis; a medida de segurança não se aplica aos imputáveis. A pena não previne, não cura, não defende, não trata, não ressocializa, não reabilita: apenas pune o agente.

Conclui-se então, que o fundamento para a aplicação da pena privativa de liberdade é a culpabilidade do agente, e o fundamento para a aplicação da medida de segurança é a periculosidade do sujeito. Nucci (2014, p. 337), discorre sobre a finalidade da pena:

O caráter preventivo da pena desdobra-se em dois aspectos, geral e especial, que se subdividem em outros dois. Temos quatro enfoques: a) geral negativo, significando o poder intimidativo que ela representa a toda a sociedade, destinatária da norma penal; b) geral positivo, demonstrando e reafirmando a existência e eficiência do Direito Penal; c) especial negativo, significando a intimidação ao autor do delito para que não torne a agir do mesmo modo, recolhendo-o ao cárcere, quando necessário e evitando a prática de outras infrações penais; d) especial positivo, que consiste na proposta de ressocialização do condenado, para que volte ao convívio social, quando finalizada a pena ou quando, por benefícios, a liberdade seja antecipada.

Logo, a finalidade geral da pena é intimidar a sociedade, visando impedir a prática de novos crimes e como finalidade especial, o autor do crime é retirado do âmbito social para que seja corrigido e impedido de praticar novos delitos.

Contudo, como pode um psicopata ser corrigido e reinserido na sociedade se os seus erros não são de ordem social, cultural ou histórica, e sim um transtorno em sua personalidade? A única resposta possível se apresenta através dos altos índices de reincidência de tais indivíduos, pois nunca se curam daquilo que não possui cura.

É evidente que o psicopata é um ser naturalmente manipulador e em razão disso, ao inserir esse sujeito em presídios comuns, além de ser ineficaz para a ressocialização do psicopata, induz outras pessoas à sua rede de delitos, dentro e fora do ambiente carcerário.

Sendo incapazes de compreender e seguir as sanções penais, são geralmente os psicopatas que lideram rebeliões, sem ao menos serem culpados por

isso, pois, na maioria dos casos, possuem comportamento exemplar frente às autoridades carcerárias. Trindade (2012, p. 178), assevera:

Os psicopatas necessitam de supervisão rigorosa e intensiva, sendo que qualquer falha no sistema de acompanhamento pode trazer resultados imprevisíveis. Assim, as penas a serem cumpridas por psicopatas devem ter acompanhamento e execução diferenciada dos demais presos, uma vez que não aderem voluntariamente a nenhum tipo de tratamento, sendo que, quando aderem, é com a finalidade de se obter benefícios e vantagens secundárias.

Em contrário, a medida de segurança possui natureza preventiva, com o objetivo de evitar, através da privação da liberdade, a reincidência de um criminoso que possua um alto grau de periculosidade e que não pode ser ressocializado com a pena privativa de liberdade nas prisões comuns.

Entendemos no decorrer deste trabalho que o indivíduo que possui a psicopatia não possui uma doença mental, mas sim um transtorno de personalidade, que resulta em um comportamento drasticamente alterado. É evidente, em outras palavras, que a periculosidade do psicopata não irá cessar com o tratamento prestado em um hospital de custódia com a medida de segurança e nem na prisão comum, com os demais criminosos.

A sociedade está cada vez mais vulnerável a estes indivíduos, visto que o despreparo das ciências é evidente. Nesse sentido, Silva (2014, p. 186) afirma:

Senhoras e senhores, não trago boas-novas. Com raras exceções, as terapias biológicas (medicamentos) e as psicoterapias em geral se mostram, até o presente momento, ineficazes para a psicopatia. Para os profissionais de saúde, este é um fator intrigante e ao mesmo tempo desanimador, uma vez que não dispomos de nenhum método eficaz que mude a forma de um psicopata se relacionar com os outros e perceber o mundo ao seu redor. É lamentável dizer que, por enquanto, tratar um deles costuma ser uma luta inglória.

Por isso, considerando as peculiaridades e rejeição a qualquer tratamento contra a psicopatia, fica evidente a necessidade de medidas especiais voltadas apenas a esses indivíduos, observando garantias constitucionais como a dignidade da pessoa humana e, ao mesmo tempo, que não deixe a sociedade totalmente vulnerável a esses indivíduos.

Alguns países já possuem uma gama de estudos e estrutura normativa acerca desse tratamento especial, o qual merece atenção antes de concluirmos os objetivos desse trabalho.

5 DIREITO COMPARADO

A psiquiatria forense, como um direito fundamental à identificação do psicopata, até hoje é pouco estudada pelo direito penal brasileiro quando comparada com os outros ordenamentos jurídicos pelo mundo.

Contudo, devido às grandes diferenças entre as legislações penais, pouco consegue se extrair das comparações de resultados para aplicarmos em nosso próprio ordenamento.

Nesse caminho, países como Estados Unidos, Austrália, Holanda, Noruega e China, utilizam um instrumento denominado *Psychopathy Checklist*, ou PCL-R. Tal instrumento é composto por um teste com 20 itens, com a finalidade de verificar a psicopatia por meio da personalidade do indivíduo.

A primeira grande diferença entre outros países e o Brasil é que não utilizamos o instrumento do PCL-R para a identificação de tal transtorno. Silva (2008, p. 188) afirma:

A psiquiatra forense Hilda Morana, responsável pela tradução, adaptação e validação do PCL para o Brasil, além de tentar aplicar o teste para a identificação de psicopatas nos nossos presídios, lutou para convencer deputados a criar prisões especiais para eles. A ideia virou um projeto de lei que, lamentavelmente, não foi aprovado.

É necessário observar como países como os Estados Unidos e a Inglaterra lidam com a psicopatia desde os seus primeiros momentos. Alguns autores afirmam que boa parte dos psicopatas iniciam suas carreiras matando animais e, por isso, pessoas com essa predisposição, nesses países, são tratadas e julgadas de maneiras diferenciadas.

Com isso, podemos extrair outra diferença importante entre o Brasil e demais países do mundo, onde lá fora a importância dada a esses indivíduos é tão grande que acompanham os seus primeiros passos.

Em países como Alemanha, Estados Unidos, Suécia, Dinamarca, entre outros, costumam utilizar a aplicação do hormônio feminino a esses indivíduos, reduzindo o nível de testosterona e conseqüentemente a libido sexual, configurando uma castração química sancionada a crimes sexuais cometidos em série.

Nos Estados Unidos, bem como no Canadá utiliza-se da criação de leis especiais para os psicopatas, demonstrando que já compreenderam que os crimes

cometidos por esses agentes com personalidade e condutas díspares merecem atenção individualizada, a fim de evitar a reincidência. Palomba (2003, p. 186), assevera:

Quanto a se discutir eventual liberação pela suspensão da medida de segurança, quase há um consenso, com poucas discórdias em torno dele, no sentido de que tais formas extremas de psicopatia que se manifestam através da violência são intratáveis e que seus portadores devem ser confinados. Deve-se a propósito deste pensamento considerar que os portadores de personalidade psicopática são aproximadamente de três a quatro vezes propensos a apresentar recidivas de seu quadro do que os não psicopatas.

Alguns países utilizam a prisão perpétua para sentenciar psicopatas. Nos Estados Unidos, Canadá e alguns países da Europa, há uma previsão na lei acerca da prisão perpétua com cela especial de isolamento.

Contudo, existem peculiaridades no ordenamento jurídico interno, com traços de prisão perpétua, não admitida em nosso ordenamento. O caso conhecido como Chico Picadinho é um deles, em 1996 ele esquartejou uma mulher, foi condenado e após oito anos foi colocado em liberdade, quando voltou a matar outras mulheres da mesma forma. Nesse ciclo, cumpriu mais de 22 anos de pena até sofrer interdição civil.

Após a constatação de que, a reincidência do Chico Picadinho era impossível de ser quebrada, embora não haja prisão perpetua no Brasil, Chico foi segregado em um hospital de Custódia em Taubaté/SP, por tempo indeterminado.

É evidente que o Brasil, a despeito dos outros países, continua em meio a um hiato no que tange à punição do psicopata homicida. Caminhando a passos lentos, aos poucos o Brasil se espelha nos países acima citados com soluções mais efetivas e eficazes, contudo, essa lentidão mantém a sociedade em insegurança e à disposição de novas ocorrências.

6 DIREITOS FUNDAMENTAIS x SEGURANÇA SOCIAL

Quando tratamos de qualquer sujeito que cometa um crime e de sua reinserção em sociedade, nos deparamos com o confronto dos direitos fundamentais do preso e a segurança social dos outros indivíduos.

É importante que, ao fim deste trabalho, possamos brevemente abordar tais quesitos, visto que é neles que se pautam a importância de uma legislação especial para tratar das pessoas acometidas pela psicopatia.

Como já foi apontado anteriormente, pessoas com tal transtorno devem receber um tratamento especial, diferenciado e ser retiradas do convívio em sociedade.

Isso, pois, os sujeitos com características da psicopatia possuem alto teor de manipulação e impulsão, e, quando propensos à prática de crime, torna-se praticamente nula a chance de passarem a vida sem cometer uma série de delitos, mesmo que sejam de baixa periculosidade, como nos casos dos psicopatas leves.

É visível que o grande lapso de tempo existente entre o Código Penal Brasileiro e a Constituição Federal de 1988, afeta boa parte dos indivíduos, inclusive os psicopatas.

Os hospitais de custódia, quando recebem esse sujeito, não conseguem manejar adequadamente o tempo de tratamento para cada indivíduo. Por lógica, o sujeito portador de psicopatia não tem possibilidade de cura, contudo, nosso ordenamento jurídico proíbe a prisão perpétua.

Dessa forma, encontramos um claro conflito entre a dignidade da pessoa humana do indivíduo acometido pelo transtorno, bem como a sua garantia de liberdade, contra os mesmos princípios inerentes à pessoa humana, pertencentes aos demais cidadãos, como a segurança.

A segurança pública é aquela entendida através da situação de normalidade, com a manutenção da ordem pública interna do Estado. Quando essa esfera não é respeitada, temos a violação de direitos básicos, propensa a resultar em eventos de insegurança generalizada e altos índices de criminalidade.

Logo, a segurança pública é dever do Estado e um direito de todos. Assim como todos os outros princípios devem ser garantidos tanto ao sujeito psicopata, preso em decorrência da prática de crime, quanto aos demais indivíduos em sociedade.

Esse conflito aparente de princípios é uma questão complexa e bem discutida na doutrina. Hoje, prevalece o entendimento de Robert Alexy e Ronald Dworkin que, além disso, ensina sobre os conflitos entre princípios e regras no ordenamento.

É sabido que os princípios não são absolutos e que devem coexistir no sistema constitucional para garantir a harmonia e o bem-estar de todos.

Alexy (2011, p. 93) passa a discorrer sobre a colisão entre princípios, afirmando que, se dois princípios colidem, “um dos princípios terá que ceder”, pois os princípios têm pesos diferentes e aquele que tiver maior peso tem precedência, de sorte que “um dos princípios tem precedência em face do outro sob determinadas condições”.

Para Alexy (2011, p. 103), todavia, os princípios são definidos como “mandamentos de otimização” e as regras como “normas que são sempre ou satisfeitas ou não satisfeitas”, e destas diferenças decorrem os diferentes comportamentos no caso de conflitos e colisões. As regras exigem que seja feito exatamente aquilo que elas ordenam e que sejam aplicadas na forma do tudo ou nada, enquanto os princípios representam razões que podem ser afastadas por circunstâncias antagônicas, indicando assim, apenas uma direção.

Assim, tratando de um conflito evidente entre princípios, a solução para essa colisão seria a análise do caso concreto, ponderando quais dos princípios afetariam menos a intensidade e incidência do outro.

No caso em tela, seria possível considerar a possibilidade de manter em lugares especializados aqueles indivíduos acometidos de psicopatia, com alto grau de periculosidade e propensos a praticar crimes, sem romper totalmente com a sua liberdade, assegurando seus direitos fundamentais e garantias constitucionais.

Dessa forma, resguarda-se também a segurança dos indivíduos no meio social no qual estamos inseridos, diminuindo a incidência de delitos cometidos por sujeitos que não respondem às finalidades do nosso sistema jurídico penal, seja ele a prevenção ou a sanção e a ressocialização dos indivíduos.

7 CONCLUSÃO

Viu-se com o presente trabalho que ao longo da história, existiram vários movimentos que levantaram a bandeira do humanitarismo aplicado à esfera da saúde mental no Brasil, movimentos que surgiram primordialmente por iniciativa dos profissionais da área da saúde, mas que, ao longo do tempo agregaram diversas parcelas da sociedade, alcançando repercussão nacional e mudanças efetivas no sistema.

Essas mudanças foram responsáveis pela criação de diversos programas de atenção à saúde mental, houve um rompimento com o método de tratamento essencialmente hospitalar, através da implantação de serviços alternativos de atendimento – como os CAPS –, foram responsáveis, ainda, pela difusão de informações à sociedade, para realizar a desmistificação e quebra de estereótipos a respeito das pessoas com transtornos psiquiátricos.

Apesar das grandes mudanças efetivamente alcançadas, ainda há um longo caminho a ser percorrido, já que até os dias de hoje existem manicômios em funcionamento e denúncias a respeito de péssimas condições e maus tratos dos pacientes dentro dos estabelecimentos.

No entanto, é preciso manter em mente que, apesar de o tratamento psiquiátrico hospitalar ser manchado por uma imagem de ineficácia e sofrimento àqueles que a ele são submetidos, é essencial que se faça uma diferenciação entre o simples procedimento de tratamento psiquiátrico aos civís que possuem enfermidades psiquiátricas, e àqueles que cometem crimes em virtude de um desvio de personalidade.

Foi possível constatar durante o trabalho que, o psicopata não é acometido por uma doença mental, mas sim por um transtorno de personalidade. Contudo, devido as suas características, é alarmante o convívio normal desses indivíduos com o restante da sociedade quando criminosos, principalmente no que tange a segurança pública.

O Brasil possui uma legislação que praticamente ignora a capacidade dos agentes psicopatas, bem como não prevê nenhuma medida realmente efetiva para evitar a reincidência desses indivíduos, causando enorme insegurança jurídica, principalmente no que diz respeito à quantidade de sanção a ser aplicada.

Conclui-se que, os agentes de crimes movidos por transtornos de

personalidade, e que possuem alto nível de periculosidade constatado, devem ser submetidos ao regime hospitalar das casas de custódia especializadas, visando à consumação da proteção social, que se encontra inserida nos objetivos da medida de segurança. No entanto, essa modalidade de medida de segurança deverá ser utilizada apenas em caráter essencial.

Assim, a grande preocupação que envolve medidas de segurança aplicadas em casas de custódia, deve se pautar não na proibição da internação e na extinção desses estabelecimentos, e sim na aplicação desse instituto da maneira mais humanizada possível, sendo devidamente regulamentado, encaminhando profissionais qualificados para realizar o acompanhamento dessas pessoas e que sejam ambientes propícios para o fim a que se destinam, reconhecendo-se a importância dessas instituições para a sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. Trad. Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2011.

AMARANTE, P. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica**, Cadernos de Saúde, Rio de Janeiro, 1995, p. 491 – 494, Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/a2d9/88f57a89224bfdc04f10ed182691bfc988.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**, 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ÁVILA, Humberto. **A distinção entre princípios e regras e a redefinição do dever de proporcionalidade**. Revista de Direito Administrativo, 1999. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows/Downloads/47313-94245-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2019

BECCARIA, Cesare. **Dos delitos e das penas**. São Paulo: Martin Claret, 2002.

BRASIL. Código de Processo Penal. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. **Vade mecum**. São Paulo: Saraiva, 2015.

BRASIL. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Vade mecum**. São Paulo: Saraiva, 2015.

BRASIL. Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984. **Lei de Execução Penal**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 20 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 224 de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 29 jan. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106**. Dispõe sobre a criação e regulamentação das residências terapêuticas para portadores de transtornos mentais. Disponível em http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_106.htm. Acesso em: 20 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 189, de 11 de dezembro de 1991. Dispõe sobre o atendimento à Saúde Mental no Brasil. **Diário Oficial Da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 11 dez. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336**. 19 de fevereiro de 2002. Estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2018.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **RESP nº 1306687**, da 3ª Turma, 18 de março de 2011. Disponível em <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/25054791/recurso-especial-resp1306687-mt-2011-0244776-9-stj/inteiro-teor-25054792?ref=juris-tabs>. Acesso em: 20 mai. 2019.

CARVALHO, Salo de. **Penas e Medidas de Segurança No Direito Penal Brasileiro**, 2 ed. Saraiva, 2015.

COELHO, Edhieres Marques. **Manual de Direito Penal: Parte Geral**. 2. ed. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira, 2008.

EÇA, Antônio José. **Roteiro de Psicopatologia Forense**. 2. ed. Editora Forense, 2008.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina Legal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1984.

FÜHRER, Maximiliano Roberto Ernesto. **Tratado da Inimputabilidade no Direito Penal**. 1. ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

GOLEMAN, Daniel. **Inteligência emocional**. Trad. Marcos Santarrita. 84. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

GOMES, Luís Flávio; GARCÍA-PABLOS DE MOLINA, Antônio. **Criminologia: introdução a seus fundamentos teóricos, introdução às bases criminológicas da lei nº 9.099/95 – lei dos juizados especiais criminais**. 6. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

GRECO, Rogério. **Curso de direito penal**. 14. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2012.

HARE, Robert D. **Sem consciência: o mundo perturbador dos psicopatas que vivem entre nós**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

JESUS, Damásio de. **Direito Penal - Parte Geral**, 35. ed. Saraiva, 2015.

JORGE, Marco Aurélio Soares. **Engenho Dentro de Casa: Sobre a Construção de um Serviço de Atenção Diária em Saúde Mental**. 1997. 118 f. Dissertação Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública. 1997

LIMA JR, José César Naves. **Manual de Criminologia**. Salvador: Juspodivm, 2016.

MACHADO, Fábio Guedes de Paula. **A Culpabilidade no Direito Penal Contemporâneo**. São Paulo: Quartier Latin, 2010.

MIRABETE, Julio Fabrini. **Execução Penal**. Disponível em: <https://juridicocerto.com/p/draraquelaguilar/artigos/exame-criminologico-aalteracao-do-artigo-112-da-lei-de-execucoes-penais-1048>. Acesso em: 17 mai. 2019.

MORANA, HCP. **Identificação do ponto de corte para a escala PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) em população forense brasileira.** São Paulo, 2003.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de direito penal.** 10. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID -10:** Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

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

PIMENTEL, Vanessa Miceli de Oliveira. **Psicopatia e direito penal – o lugar do autor psicopata dentro do sistema jurídico-penal.** Disponível em: http://ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=17068. Acesso em: 01 mai. 2019.

REALE JÚNIOR, Miguel. **Teoria do Delito.** 2. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2000.

Reforma psiquiátrica: manicômio judiciários – Bloco 04. Câmara dos Deputados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/REPORTAGEM-ESPECIAL/511568-REFORMA-PSIQUIATRICA-MANICOMIOS-JUDICIARIOS-BLOCO-4.html>. Acesso em: 18 mai. 2019.

SARACENO, BENEDETTO. **Libertando Identidades: da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível.** Editora Franco Basaglia, 2001.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes perigosas: o psicopata mora ao lado.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.

TJMG. Dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do Programa Novos Rumos, no âmbito do Tribunal de Justiça, e sua implementação em todas as comarcas do Estado de Minas Gerais. **Resolução n. 633, de 3 de maio de 2010.** Disponível em <http://www8.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/re06332010.PDF>. Acesso em: 22 mai. 2018.

TOLEDO, Francisco de Assis. **Princípios Básicos de Direito Penal.** São Paulo: Saraiva, 2000.