

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

CURSO DE DIREITO

**PSICOPATIA E O DIREITO PENAL: UMA ANÁLISE DENTRO DO
ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO**

Thaysa Balbino Krüger

Presidente Prudente/SP
2020

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

CURSO DE DIREITO

**PSICOPATIA E O DIREITO PENAL: UMA ANÁLISE DENTRO DO
ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO**

Thaysa Balbino Krüger

Monografia apresentada como requisito parcial de conclusão do curso e obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob a orientação do Prof. Mário Coimbra.

Presidente Prudente/SP
2020

PSICOPATIA E O DIREITO PENAL: UMA ANÁLISE DENTRO DO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

Monografia apresentada como requisito
parcial para obtenção do grau de
Bacharel em Direito.

Mário Coimbra

Florestan Rodrigo do Prado

Rodrigo Lemos Arteiro

Presidente Prudente, 27 de novembro de 2020.

Para realizar grandes coisas, devemos não apenas agir, mas também sonhar, não apenas planejar, mas também acreditar.

Anatole France

Dedico o presente trabalho aos meus pais Adriano e Ieda e a minha tia Marcia, pois sem eles os meus sonhos não se tornariam realidade.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus por ter me dado sabedoria e me sustentado até aqui para a conclusão do presente trabalho, por ser meu melhor refúgio nos momentos de cansaço psicológico, por me levantar todos os dias e pelas inúmeras bênçãos concedidas em minha vida, sendo esta monografia uma delas.

Agradeço imensamente aos meus pais que são os melhores do mundo e o alicerce de minha vida, sem eles nada disso seria possível, sou extremamente privilegiada por tê-los em minha vida e grata por todo o apoio que me deram desde o início, por sempre acreditarem em meus sonhos e permaneceram ao meu lado me ajudando a concretizá-los.

A minha tia Marcia que nunca mediu esforços para participar da realização dos meus sonhos e por sempre fazer o melhor por mim durante toda a minha vida, me colocando como maior prioridade na sua vida antes dela mesma, por ser minha segunda mãe sempre disposta a estar me ajudando com todo o carinho e amor do mundo.

A minha querida avó Cecilia que sempre estava ao meu lado em todos os momentos fazendo de tudo por mim, sempre disposta a fazer meus agrados, hoje se encontra em cima de uma cama acometida por uma doença degenerativa chamada ELA (Esclerose Lateral Amiotrófica) que não possui cura, mas mesmo assim sem ao menos conseguir falar direito ainda consigo ouvir seus sussurros dizendo que me ama. Mesmo sendo uma situação de extrema tristeza para nossa família tenho a certeza de que ela ficará muito feliz com a realização do meu sonho, ela sempre me incentivou a estudar muito para que eu me tornasse uma grande profissional no futuro, como forma de agradecimento a ela farei de tudo para me tornar o que ela sempre sonhou para mim.

Agradeço a minha madrinha Keid que esteve ao meu lado desde o início da faculdade, me apoiou me deu inúmeros conselhos, aos finais de semana quando eu ia para sua casa e precisava estudar e escrever este trabalho ela sempre abria seu quarto para que eu pudesse ficar lá me dedicando a ele, pois sempre acreditou no meu sonho.

A minha avó Lidia pelo amor incondicional que ela tem por mim desde o meu nascimento, por sempre me ajudar nas horas mais difíceis de minha vida, por

sempre compreender quando eu não podia lhe visitar, pois estava “mergulhada” nos livros para fazer a melhor pesquisa possível.

Por fim, agradeço muitíssimo ao meu orientador Mário Coimbra que me acolheu com muito carinho e comprometimento desde o momento do meu projeto de monografia, sempre se fazendo presente e me dando todo apoio necessário durante este trabalho fazendo com que o meu sonho da monografia se tornasse realidade.

RESUMO

RESUMO: O presente trabalho versará sobre a psicopatia, como também sobre os transtornos da personalidade, apontando os critérios de classificação, suas principais espécies, características essenciais, com base no CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM – 5), será feita uma breve análise sobre os aspectos históricos da psicopatia, apresentando o entendimento dos principais autores acerca da psicopatia ao longo do tempo, haverá a conceituação e caracterização do indivíduo psicopata sob o ponto de vista de alguns autores, assim como também a realização do estudo da figura do psicopata dentro do ordenamento jurídico brasileiro e por fim a análise de casos reais.

Palavras-chave: Transtorno da personalidade. Psicopatia. Aspectos históricos. O Psicopata. Ordenamento jurídico brasileiro. Casos reais.

ABSTRACT

The present work will deal with psychopathy, as well as personality disorders, pointing out the classification criteria, their main species, essential characteristics, based on the ICD (International Statistical Classification of Diseases) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition (DSM - 5), a brief analysis will be made on the historical aspects of psychopathy, presenting the understanding of the main authors about psychopathy over time, there will be the conceptualization and characterization of the psychopathic individual from the point of view of some authors, as well as as well as the study of the figure of the psychopath within the Brazilian legal system and finally the analysis of real cases.

Keywords: Personality disorder. Psychopathy. Historical aspects. The Psychopath. Brazilian legal system. Real cases.

LISTA DE QUADROS

QUADROS

QUADRO 1 - Detalhamento das Personalidades Perturbadoras Fornecido pela <i>Psychopathy Checklist</i>	35
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE.....	11
2.1 Critérios.....	13
2.2 Espécies.....	14
2.2.1 Transtorno da personalidade paranoide.....	14
2.2.2 Transtorno da personalidade esquizoide.....	16
2.2.3 Transtorno da personalidade esquizotípica.....	18
2.2.4 Transtorno da personalidade antissocial.....	19
2.2.5 Transtorno da personalidade borderline.....	21
2.2.6 Transtorno da personalidade histriônica.....	23
2.2.7 Transtorno da personalidade narcisista.....	24
2.2.8 Transtorno da personalidade evitativa.....	26
2.2.9 Transtorno da personalidade dependente.....	28
2.2.10 Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva.....	29
3 PSICOPATIA	32
3.1 Visão Histórica da Psicopatia.....	33
3.2 O Psicopata.....	35
3.2.1 Da potência e ato.....	37
3.2.2 Da cura do psicopata.....	39
4 A FIGURA DO PSICOPATA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO	41
4.1 Imputabilidade.....	41
4.2 Inimputabilidade.....	42
4.3 Semi-imputabilidade.....	43
4.4 Medida de Segurança.....	46
5 ANÁLISE DE CASOS REAIS	51
5.1 Suzane Von Richthofen.....	51
5.2 Francisco de Assis Pereira.....	53
6 CONCLUSÃO	56
7 REFERÊNCIAS.....	58

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve como desígnio tratar primeiramente sobre os transtornos da personalidade, utilizando para tanto critérios de identificação que podem se manifestar em áreas como Cognição, Afetividade, Funcionamento Interpessoal e Controle de impulsos (DSM-5, 2014, p.646).

Foram expostas de maneira sucinta e superficial algumas espécies de transtornos da personalidade, suas principais características diagnósticas e também menção aos entendimentos dos principais autores sobre personalidade psicopática, em uma análise histórica breve.

Realizou-se uma análise histórica a respeito da psicopatia, juntamente com a conceituação e caracterização de indivíduos psicopatas ou condutopatas, foi trazido para a presente pesquisa entendimentos de médicos psiquiatras de renome a respeito da psicopatia com o intuito de desmistificar a ideia que muitas pessoas leigas têm de ser o indivíduo psicopata um doente mental, alguém que sofre de delírios mentais.

O objetivo deste trabalho foi trazer para os leitores um emaranhado de informações concretas, sólidas a respeito de indivíduos com psicopatia para que se fosse possível à compreensão do que seria um psicopata, quais suas principais características, seu modo de agir, a possibilidade de cura para pessoas com esse tipo de transtorno da personalidade, assim como a respeito do tratamento a ser aplicado a esses indivíduos, analisando as questões de imputabilidade, inimputabilidade, semi-imputabilidade e medida de segurança. Para reforçar as informações trazidas foram apresentados e analisados casos reais de psicopatia que ocorreram no Brasil.

Para que fosse alcançado o propósito deste trabalho, foi empregado o método dedutivo e análises históricas, como também livros, pesquisas na internet, artigos científicos, dissertações de mestrado relativas ao tema em questão, teses e entrevistas realizadas por veículos de comunicação.

2 TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE

Quando os traços de personalidade se tornam inflexíveis e mal adaptativos de tal modo a causarem prejuízos funcionais ou até mesmo um sofrimento subjetivo considerável, eles acabam por constituírem o chamado transtorno da personalidade (DSM-5, 2014, p. 647).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição – DSM-5, American Psychiatric Association (2014, p. 647), “por definição, um transtorno da personalidade é um padrão persistente de pensamento, sentimento e comportamento relativamente estável ao longo do tempo”.

Os transtornos da personalidade possuem alguns critérios clínicos para o seu diagnóstico, sendo que, o ponto essencial de um transtorno da personalidade reside em um padrão perseverante de experiência interna e modo de comportamento que se distancia ativamente das expectativas da cultura do indivíduo e que pode se apresentar em pelo menos duas dessas áreas, sejam elas, cognição, afetividade, funcionamento interpessoal ou controle de impulsos (DSM-5, 2014, p. 647).

Esse padrão por sua vez é inflexível abrangendo uma vasta parcela de acontecimentos sociais e pessoais do indivíduo, provocando desta forma, um sofrimento intenso clinicamente e causando um prejuízo nas principais áreas da vida do indivíduo. O padrão é tido também como estável e de duração prolongada, uma vez que, o seu surgimento deve ocorrer no início da vida adulta ou a partir da adolescência pelo fato de tais características atinentes a um transtorno da personalidade se tornar reconhecíveis durante essas fases da vida de um indivíduo. Por sua vez, esse padrão não é muito bem definido como sendo uma manifestação ou até mesmo como sendo resultante de outro transtorno mental, o padrão também não é atribuído a efeitos fisiológicos ocasionados por alguma substância, ou até mesmo por alguma condição médica (DSM-5, 2014, p. 647).

O diagnóstico dos transtornos da personalidade requer uma avaliação dos padrões de funcionamento do indivíduo a longo prazo uma vez que, trata-se de um comportamento relativamente estável ao longo do tempo, essa análise envolve características particulares da personalidade do indivíduo que devem surgir antes do início da fase adulta, serão avaliadas também tendências cognitivas, afetivas,

interpessoais e comportamentais utilizando critérios diagnósticos específicos (DSM-5, 2014, p. 647).

Conforme disciplina o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição – DSM-5, American Psychiatric Association, (2014, p. 648):

Um transtorno da personalidade deve ser diagnosticado apenas quando as características definidoras tenham surgido antes do começo da vida adulta, sejam típicas do funcionamento de longo prazo do indivíduo e não ocorram exclusivamente durante um episódio de outro transtorno mental.

Para o diagnóstico de um transtorno da personalidade, portanto, o clínico deverá analisar a constância desses traços da personalidade no indivíduo durante um longo período de tempo e em várias circunstâncias. Embora em alguns casos baste uma única avaliação médica no indivíduo para que seja feito o respectivo diagnóstico, algumas vezes se faz necessário realizar não apenas uma única avaliação, devendo ser realizadas outras também e que estas sejam intervaladas no tempo (DSM-5, 2014, p. 647).

Os transtornos da personalidade não podem ser confundidos com características que sucedem em consequência a situações de estresse típicas ou até mesmo com transtornos mentais mais breves, e que não atingem o limiar para um transtorno da personalidade como é o caso, por exemplo, do transtorno depressivo (DSM-5, 2014, p. 647).

Como já mencionado anteriormente, o transtorno da personalidade deve ser diagnosticado antes do início da fase adulta, no entanto, para que seja feito o diagnóstico de um indivíduo menor de 18 anos de idade, se faz necessário que essas características tenham estado presentes ao menos por um ano, abrangendo nessa hipótese uma única exceção, que é o transtorno de personalidade antissocial, o mesmo não pode ser diagnosticado em indivíduos que possuam menos de 18 anos de idade (DSM-5, 2014, p. 647-648).

Algumas espécies de transtorno da personalidade (p.ex., os transtornos da personalidade antissocial e borderline) possuem tendência a ficarem pouco evidentes ou a sumirem com o envelhecimento, o que em tese não ocorre com algumas outras espécies de transtornos da personalidade (p.ex., transtornos da personalidade obsessivo-compulsiva e esquizotípica), (DSM-5, 2014, p. 647).

2.1 Critérios

Como já fora comentado anteriormente, os transtornos da personalidade possuem critérios clínicos para o seu diagnóstico, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição – DSM-5, American Psychiatric Association (2014, p. 646) os disciplina da seguinte maneira:

- A. Um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo. Esse padrão manifesta-se em duas (ou mais) das seguintes áreas:
 1. Cognição (i.e., formas de perceber e interpretar a si mesmo, outras pessoas e eventos).
 2. Afetividade (i.e., variação, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional).
 3. Funcionamento interpessoal.
 4. Controle de impulsos.
- B. O padrão persistente é inflexível e abrange uma faixa ampla de situações pessoais e sociais.
- C. O padrão persistente provoca sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D. O padrão é estável e de longa duração, e seu surgimento ocorre pelo menos a partir da adolescência ou do início da fase adulta.
- E. O padrão persistente não é mais bem explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental.
- F. O padrão persistente não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., traumatismo craniocéfálico).

De acordo com o DSM-5 (2014), os transtornos da personalidade estão relacionados principalmente a questões envolvendo autoidentidade e funcionamento interpessoal. Os problemas relativos à autoidentidade podem se apresentar por meio de uma autoimagem que não se mostra estável, ou até uma inconstância relativa a objetivos, valores e aparência. Por outro lado, os problemas atinentes ao funcionamento interpessoal, geralmente se apresentam pelo fato de o indivíduo não ter capacidade para constituir ou conservar relacionamentos íntimos e/ou por falta de sensibilidade para com outras pessoas, como por exemplo, a falta de aptidão para criar empatia por alguém.

As pessoas com transtorno da personalidade nem sempre reconhecem que têm problemas. Essas pessoas se mostram muitas vezes sem coerência, confusas e decepcionantes para aqueles que a cercam. Pode ocorrer uma dificuldade das pessoas com transtornos mentais compreenderem que existem

limites entre elas e outras pessoas. Sua autoestima pode ser inadequadamente alta ou baixa. (DSM-5, 2014).

2.2 Espécies

O DSM-5 (2014, p.646), reúne os transtornos da personalidade em três grupos distintos baseados nas suas semelhanças descritivas. O grupo A, abrange os transtornos da personalidade paranoide, esquizoide e esquizotípica. Indivíduos com esses transtornos constantemente aparentam ser excêntricos ou esquisitos. O Grupo B engloba os transtornos da personalidade antissocial, borderline, histriônica e narcisista. Indivíduos com esses transtornos tem o hábito de parecem errantes, comoventes ou emotivos. O grupo C por sua vez compreende os transtornos da personalidade evitativa, dependente e obsessivo-compulsiva. Indivíduos com esses transtornos continuamente parecem ansiosos ou temerosos.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição – DSM-5, American Psychiatric Association (2014, p. 646) apresenta estimativas concernentes aos grupos mencionados acima:

Estimativas de prevalência para os diferentes grupos sugerem 5,7% para os transtornos do Grupo A, 1,5% para os do Grupo B e 6% para os do Grupo C, com 9,1% para qualquer transtorno da personalidade, indicando concomitância frequente de transtornos de grupos diferentes.

2.2.1 Transtorno da personalidade paranoide

Caracterizado por sentimentos de desconfiança, suspeitas em relação aos outros, de sorte que, as intenções alheias acabam por serem tidas como maldosas na visão de pessoas que possuem esse transtorno. Ele surge no início da vida adulta e encontra-se presente em variadas situações (DSM-5, 2014, p. 649).

Conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID):

CID F600: Transtorno da personalidade caracterizado por uma sensibilidade excessiva face às contrariedades, recusa de perdoar os insultos, caráter desconfiado, tendência a distorcer os fatos interpretando as ações imparciais ou amigáveis dos outros como hostis ou de desprezo; suspeitas recidivantes, injustificadas, a respeito da fidelidade sexual do esposo ou do parceiro sexual; e um sentimento combativo e obstinado de seus próprios

direitos. Pode existir uma superavaliação de sua auto-importância, havendo freqüentemente auto-referência excessiva.

O DSM-5 (2014, p. 649) apresenta os critérios clínicos para o diagnóstico de um transtorno da personalidade paranoide da seguinte maneira:

A. Um padrão de desconfiança e suspeita difusa dos outros, de modo que suas motivações são interpretadas como malévolas, que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por quatro (ou mais) dos seguintes:

1. Suspeita, sem embasamento suficiente, de estar sendo explorado, maltratado ou enganado por outros.
2. Preocupa-se com dúvidas injustificadas acerca da lealdade ou da confiabilidade de amigos e sócios.
3. Reluta em confiar nos outros devido a medo infundado de que as informações serão usadas maldosamente contra si.
4. Percebe significados ocultos humilhantes ou ameaçadores em comentários ou eventos benignos.
5. Guarda rancores de forma persistente (i.e., não perdoa insultos, injúrias ou desprezo).
6. Percebe ataques a seu caráter ou reputação que não são percebidos pelos outros e reage com raiva ou contra-ataca rapidamente.
7. Tem suspeitas recorrentes e injustificadas acerca da fidelidade do cônjuge ou parceiro sexual

B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressivo com sintomas psicóticos ou outro transtorno psicótico e não é atribuível aos efeitos fisiológicos de outra condição médica..

Nota: Se os critérios são atendidos antes do surgimento de esquizofrenia, acrescentar “pré-mórbido”, isto é, “transtorno da personalidade paranoide (pré-mórbido)”.

Os indivíduos com transtorno da personalidade paranoide desconfiam dos outros e pressupõem que estes pretendem lhe enganar ou prejudicar, ainda que não existam motivos suficientes para tais sentimentos.

Eles são comumente de difícil convivência e apresentam constantes problemas em relacionamentos íntimos com outros indivíduos por conta de sua hostilidade e falta de confiança excessiva (DSM-5, 2014, p. 650).

De acordo com DSM-5 (2014, p. 650):

Indivíduos com o transtorno carecem de confiança nos outros, apresentam necessidade excessiva de autossuficiência e forte senso de autonomia. Precisam, ainda, de elevado grau de controle sobre as pessoas ao seu redor.

A estimativa de prevalência para a personalidade paranoide com base em uma subamostragem de probabilidade da II parte do *National Comorbidity Survey Replication Conditions* é de 2,3%, ao passo que o *National Epidemiologic*

Survey on Alcohol and Related Conditions em seus dados sugere uma prevalência para a personalidade paranoide de 4,4% (DSM-5, 2014, p. 651).

O transtorno da personalidade paranoide pode ter sua primeira aparição durante a fase da infância e da adolescência, através do isolamento, baixo rendimento escolar, pelo mau relacionamento com os colegas, entre outras coisas, essas crianças e adolescentes podem parecer “estranhas” frente aos outros, o que poderá motivar a ocorrência de provação por parte de outras pessoas. A análise de amostras clínicas revela que tal transtorno aparenta ser mais frequentemente diagnosticado em pessoas do sexo masculino. Existem alguns indicativos de predominância aumentada do transtorno da personalidade paranoide em familiares de probandos com esquizofrênia, além de indicativos de um vínculo familiar mais específico com transtorno delirante do tipo persecutório (DSM-5, 2014, p. 651).

2.2.2 Transtorno da personalidade esquizoide

O transtorno tem como característica principal um padrão disseminado de afastamento das relações sociais e uma parte restrita de expressão emocional em situações interpessoais. Neste transtorno, a capacidade de se relacionar com os outros se torna consideravelmente restringida. Esse padrão tem início no começo da vida adulta e está presente em várias situações (DSM-5, 2014, p. 653).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças:

F60.0: Transtorno da personalidade caracterizado por um retraimento dos contatos sociais, afetivos ou outros, preferência pela fantasia, atividades solitárias e a reserva introspectiva, e uma incapacidade de expressar seus sentimentos e a experimentar prazer.

O DSM-5 (2014, p. 653) disciplina os critérios clínicos para o diagnóstico de um transtorno da personalidade esquizoide da seguinte maneira:

- A. Um padrão difuso de distanciamento das relações sociais e uma faixa restrita de expressão de emoções em contextos interpessoais que surgem no início da vida adulta e estão presentes em vários contextos, conforme indicado por quatro (ou mais) dos seguintes:
1. Não deseja nem desfruta de relações íntimas, inclusive ser parte de uma família.
 2. Quase sempre opta por atividades solitárias.
 3. Manifesta pouco ou nenhum interesse em ter experiências sexuais com outra pessoa.
 4. Tem prazer em poucas atividades, por vezes em nenhuma.

5. Não tem amigos próximos ou confidentes que não sejam os familiares de primeiro grau.
 6. Mostra-se indiferente ao elogio ou à crítica de outros.
 7. Demonstra frieza emocional, distanciamento ou embotamento afetivo.
- B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressivo com sintomas psicóticos, outro transtorno psicótico ou transtorno do espectro autista e não é atribuível aos efeitos psicológicos de outra condição médica.
- Nota:** Se os critérios são atendidos antes do surgimento de esquizofrenia, acrescentar “pré-mórbido”, isto é, “transtorno da personalidade esquizoide (pré-mórbido)”.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição – DSM-5, American Psychiatric Association (2014, p. 653) assevera ainda que, indivíduos com esse tipo de transtorno alegam que dificilmente experimentam emoções fortes como é o caso, por exemplo, da raiva ou da alegria. Têm por costume apresentar um afeto constricto e com isso, parecem ser indivíduos frios ou distantes. No entanto, existem situações particularmente incomuns em que tais indivíduos permanecem temporariamente confortáveis em revelar a si mesmos, podendo assumir sentimentos de dor, acima de tudo associados às interações sociais.

Os indivíduos com esse transtorno podem possuir uma dificuldade característica de expressar o sentimento de raiva, mesmo em resposta a uma situação de provocação direta, o que acaba concorrendo para a impressão de que são desprovidos de sentimentos, geralmente costumam ter poucos amigos, dificilmente namoram e não costumam se casarem, devido à falta de interações sociais e também inexistência de desejo por experiências sexuais (DSM-5, 2014, p. 653-654).

A estimativa de prevalência para o transtorno da personalidade Esquizoide com base em uma subamostragem de probabilidade da II parte do *National Comorbidity Survey Replication* é de 4,9%, enquanto que o *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* em seus dados de 2001-2002 sugere uma prevalência para o transtorno da personalidade esquizoide de 3,1%. Esse transtorno não é comum em cenários clínicos. O transtorno da personalidade esquizoide pode ter sua predominância ampliada em parentes de indivíduos com transtorno de personalidade esquizotípica ou esquizofrenia. Tal transtorno é comumente mais diagnosticado em indivíduos do sexo masculino e pode ocasionar-lhes maior falta de capacidade (DSM-5, 2014, p. 654).

2.2.3 Transtorno da personalidade esquizotípica

Caracterizado por um padrão disseminado de carências sociais e interpessoais, destacado por incomodidade aguda e capacidade diminuída para relações íntimas, assim como por alterações cognitivas ou perceptivas e comportamento excêntrico. Tal padrão tem surgimento no começo da vida adulta e se faz presente em variadas situações (DSM-5, 2014, p. 656).

Conforme a Classificação Internacional de Doenças:

F21: Transtorno caracterizado por um comportamento excêntrico e por anomalias do pensamento e do afeto que se assemelham àquelas da esquizofrenia, mas não há em nenhum momento da evolução qualquer anomalia esquizofrênica manifesta ou característica. A sintomatologia pode comportar um afeto frio ou inapropriado, anedonia; um comportamento estranho ou excêntrico; uma tendência ao retraimento social; idéias paranóides ou bizarras sem que se apresentem idéias delirantes autênticas; ruminações obsessivas; transtornos do curso do pensamento e perturbações das percepções; períodos transitórios ocasionais quase psicóticos com ilusões intensas, alucinações auditivas ou outras e idéias pseudodelirantes, ocorrendo em geral sem fator desencadeante exterior. O início do transtorno é difícil de determinar, e sua evolução corresponde em geral àquela de um transtorno da personalidade.

O DSM-5 (2014, p. 655-656) estabelece os critérios clínicos para o diagnóstico do transtorno de personalidade esquizotípica da seguinte forma:

- A. Um padrão difuso de déficits sociais e interpessoais marcado por desconforto agudo e capacidade reduzida para relacionamentos íntimos, além de distorções cognitivas ou perceptivas e comportamento excêntrico, que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:
1. Ideias de referência (excluindo delírios de referência).
 2. Crenças estranhas ou pensamento mágico que influenciam o comportamento e são inconsistentes com as normas subculturais (p. ex., superstições, crença em clarividência, telepatia ou “sexto sentido”; em crianças e adolescentes, fantasias ou preocupações bizarras).
 3. Experiências perceptivas incomuns, incluindo ilusões corporais.
 4. Pensamento e discurso estranhos (p. ex., vago, circunstancial, metafórico, excessivamente elaborado ou estereotipado).
 5. Desconfiança ou ideação paranoide.
 6. Afeto inadequado ou constrito.
 7. Comportamento ou aparência estranha, excêntrica ou peculiar.
 8. Ausência de amigos próximos ou confidentes que não sejam parentes de primeiro grau.
 9. Ansiedade social excessiva que não diminui com o convívio e que tende a estar associada mais a temores paranóides do que a julgamentos negativos sobre si mesmo.

B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressivo com sintomas psicóticos, outro transtorno psicótico ou transtorno do espectro autista.

Nota: Se os critérios são atendidos antes do surgimento de esquizofrenia, acrescentar “pré-mórbido”, isto é, “transtorno da personalidade esquizotípica (pré-mórbido)”.

Os indivíduos com esse transtorno costumam ir à busca de tratamento, no entanto, mais direcionado aos sintomas relativos à depressão ou a ansiedade do que para os sintomas atinentes ao transtorno da personalidade em si (DSM-5, 2014, p. 657).

Segundo o DSM-5 (2014, p. 657):

O transtorno da personalidade esquizotípica parece ser familiarmente agregado, sendo mais prevalente entre familiares biológicos de primeiro grau de indivíduos com esquizofrenia em comparação com a população em geral. Pode haver também um aumento pequeno de esquizofrenia e de outros transtornos psicóticos em familiares de probandos com transtorno da personalidade esquizotípica.

As taxas informadas em estudos de grupos do transtorno da personalidade esquizotípica variam em torno de 0,6% em relação a amostras norueguesas e em torno de 4,6% em relação a amostras norte-americanas. Em populações clínicas a prevalência é de zero a 1,9%, encontra-se no National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions uma prevalência de 3,9% na população em geral. Tal transtorno mostra-se um pouco mais frequente em indivíduos do sexo masculino (DSM-5, p. 657).

2.2.4 Transtorno da personalidade antissocial

Caracterizado por um padrão generalizado de menosprezo e violação aos direitos dos outros indivíduos, o transtorno da personalidade antissocial tem seu surgimento na infância ou no início da adolescência e perdura na fase adulta. Esse padrão já foi tratado também como sociopatia, psicopatia ou até mesmo como transtorno da personalidade dissocial, em virtude de que, o fingimento, bem como a manipulação corresponde aos pontos principais do transtorno da personalidade antissocial (DSM-5, 2014, p. 659).

Conforme a Classificação Internacional de Doenças:

F60.2: 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 da 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.

O DSM-5 (2014, p. 659) estabelece os critérios clínicos para o diagnóstico do transtorno da personalidade antissocial do seguinte modo:

- A. Um padrão difuso de desconsideração e violação dos direitos das outras pessoas que ocorre desde os 15 anos de idade, conforme indicado por três (ou mais) dos seguintes:
1. Fracasso em ajustar-se às normas sociais relativas a comportamentos legais, conforme indicado pela repetição de atos que constituem motivos de detenção.
 2. Tendência à falsidade, conforme indicado por mentiras repetidas, uso de nomes falsos ou de trapaça para ganho ou prazer pessoal.
 3. Impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro.
 4. Irritabilidade e agressividade, conforme indicado por repetidas lutas corporais ou agressões físicas.
 5. Descaso pela segurança de si ou de outros.
 6. Irresponsabilidade reiterada, conforme indicado por falha repetida em manter uma conduta consistente no trabalho ou honrar obrigações financeiras.
 7. Ausência de remorso, conforme indicado pela indiferença ou racionalização em relação a ter ferido, maltratado ou roubado outras pessoas.
- B. O indivíduo tem no mínimo 18 anos de idade.
- C. Há evidências de transtorno da conduta com surgimento anterior aos 15 anos de idade.
- D. A ocorrência de comportamento antissocial não se dá exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou transtorno bipolar.

Os indivíduos com transtorno da personalidade antissocial constantemente apresentam falta de empatia para com os outros e possuem tendência a serem frios, sarcásticos e insolentes, no tocante as emoções, sofrimentos e direitos dos demais indivíduos (DSM-5, 2014, p. 660).

De acordo com DSM-5 (2014, p. 660):

Falta de empatia, autoapreciação inflada e charme superficial são aspectos que têm sido comumente incluídos em concepções tradicionais da psicopatia e que podem ser particularmente característicos do transtorno e mais preditivos de recidiva em prisões ou ambientes forenses, onde atos criminosos, delinquentes ou agressivos tendem a ser inespecíficos.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição – DSM-5, American Psychiatric Association (2014, p. 661) afirma ainda que:

A probabilidade de desenvolvimento de transtorno da personalidade antissocial na idade adulta aumenta se o transtorno da conduta do indivíduo teve início na infância (antes dos 10 anos) e se houve também déficit de atenção/hiperatividade associado. Abuso ou negligência infantil, paternidade/maternidade instável ou errática ou disciplina parental inconsistente podem aumentar a probabilidade de o transtorno da conduta evoluir para transtorno da personalidade antissocial.

No tocante ao transtorno da personalidade antissocial existem estimativas que taxas de prevalência de 12 meses desse transtorno (baseado em critérios de DSMs antigos) possuem uma variação entre 0,2 e 3,3%. Tal transtorno possui um seguimento crônico, no entanto, pode se tornar menos perceptível ou pode ser atenuado na medida em que o indivíduo envelhece (DSM-5, 2014, p. 661).

O transtorno da personalidade antissocial é mais comum entre parentes biológicos de primeiro grau dos indivíduos que possuem essa espécie de transtorno, em paralelo com a população de modo geral, também é mais habitual em indivíduos do sexo masculino do que feminino. Os fatores genéticos e ambientais contribuem para a possibilidade de risco de desenvolvimento do transtorno de personalidade antissocial (DSM-5, 2014, p. 661-662).

2.2.5 Transtorno da personalidade borderline

Caracterizado por um padrão disseminado de inconstância das relações entre pessoas, da autoimagem e de sentimentos e de impulsividade de modo acentuada. Tem seu surgimento no início da fase da vida adulta e se faz presente em variadas situações (DSM-5, 2014, p. 663).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças:

F60.3: Transtorno de personalidade caracterizado por tendência nítida a agir de modo imprevisível sem consideração pelas conseqüências; humor imprevisível e caprichoso; tendência a acessos de cólera e uma incapacidade de controlar os comportamentos impulsivos; tendência a adotar um comportamento briguento e a entrar em conflito com os outros, particularmente quando os atos impulsivos são contrariados ou censurados. Dois tipos podem ser distintos: o tipo impulsivo, caracterizado principalmente por uma instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos; e o tipo "borderline", caracterizado além disto por perturbações da

auto-imagem, do estabelecimento de projetos e das preferências pessoais, por uma sensação crônica de vacuidade, por relações interpessoais intensas e instáveis e por uma tendência a adotar um comportamento autodestrutivo, compreendendo tentativas de suicídio e gestos suicidas.

O DSM-5 (2014, p. 663) disciplina os critérios diagnósticos para o transtorno da personalidade borderline da seguinte maneira:

Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (**Nota:** Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). (**Nota:** Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.
6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).
7. Sentimentos crônicos de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).
9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

Os indivíduos com transtorno da personalidade borderline podem possuir um padrão de boicotagem pessoal no instante em que um objetivo almejado está prestes a ser alcançado (p. ex., desistência da escola antes da realização da formatura). Eles podem ter a sensação de que estão mais bem protegidos quando em contato com objetos transacionais (p.ex., animais de estimação) do que entre relações envolvendo pessoas (DSM-5, 2014, p. 665).

Para o DSM-5 (2014, p. 665), a preponderância média do transtorno da personalidade borderline na população é considerada em 1,6%, apesar de ser capaz de atingir a marca de 5,9%, essa prevalência é de aproximadamente 20% em pacientes psiquiátricos internados. Essa preponderância tem a possibilidade de diminuição em indivíduos pertencentes a faixas etárias maiores.

Há uma significativa modificação no seguimento do transtorno da personalidade borderline. O padrão mais frequente é de inconstância permanente no início da vida adulta com acontecimentos graves de desequilíbrio afetivo e impulsivo e graus elevados de utilização dos meios de saúde e de saúde mental também. O dano consequente do transtorno e o risco do suicídio são elevados entre os jovens adultos e desvanecem gradativamente com o progredir da idade (DSM-5, 2014, p. 665).

O transtorno da personalidade borderline é em torno de cinco vezes mais frequente em familiares biológicos de primeiro grau dos indivíduos com esse tipo de transtorno do que em relação à população em geral. Tal transtorno é preponderantemente diagnosticado em indivíduos do sexo feminino, aproximadamente 75% (DSM-5, 2014, p. 665-666).

2.2.6 Transtorno da personalidade histriônica

Caracterizado por um padrão generalizado de demasiada emotividade e procura por atenção em exagero. Tem seu surgimento no início da fase da vida adulta e encontra-se presente em variadas situações (DSM-5, 2014, p. 667).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças:

F60.4: Transtorno da personalidade caracterizado por uma afetividade superficial e lábil, dramatização, teatralidade, expressão exagerada das emoções, sugestibilidade, egocentrismo, autocomplacência, falta de consideração para com o outro, desejo permanente de ser apreciado e de constituir-se no objeto de atenção e tendência a se sentir facilmente ferido.

O DSM-5 (2014, p. 667) estabelece os critérios diagnósticos para o transtorno da personalidade histriônica da seguinte forma:

Um padrão difuso de emocionalidade e busca de atenção em excesso que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Desconforto em situações em que não é o centro das atenções.
2. A interação com os outros é frequentemente caracterizada por comportamento sexualmente sedutor inadequado ou provocativo.
3. Exibe mudanças rápidas e expressão superficial das emoções.
4. Usa reiteradamente a aparência física para atrair a atenção para si.
5. Tem um estilo de discurso que é excessivamente impressionista e carente de detalhes.
6. Mostra autodramatização, teatralidade e expressão exagerada das emoções.

7. É sugestionável (i.e., facilmente influenciado pelos outros ou pelas circunstâncias).
8. Considera as relações pessoais mais íntimas do que na realidade são.

Os indivíduos com transtorno da personalidade histriônica podem possuir impedimentos em obter intimidade com sentimentos intensos em seus relacionamentos amorosos ou sexuais. Eles podem buscar uma situação de controle sobre o seu parceiro através do uso de manipulação emocional ou por meio de sedução, mas por outro lado concomitantemente a isso, mostram um estado de dependência intensa deles (DSM-5, 2014, p. 668).

Indivíduos com esse tipo de transtorno comumente possuem dificultoso relacionamento com amigos do mesmo sexo, devido ao seu modo de comportamento que se mostra sexualmente sedutor, isso pode gerar uma espécie de ameaça aos relacionamentos amorosos daqueles. Como exigem uma atenção contínua podem acabar gerando o afastamento dos amigos. Com regularidade esses indivíduos ficam deprimidos e descontentes quando não são o ponto central das atenções dos outros. Suas ações são continuamente direcionadas ao alcance de uma satisfação instantânea (DSM-5, 2014, p. 668).

Informações do National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions relativas aos anos de 2001-2002 recomendam uma prevalência do transtorno da personalidade Histriônica em torno 1,84% (DSM-5, 2014, p. 668).

Em cenários clínicos esse transtorno foi identificado com maior assiduidade em indivíduos do sexo feminino, no entanto alguns estudos utilizando avaliações estruturadas declaram taxas de prevalência para o transtorno da personalidade histriônica semelhantes entre os sexos feminino e masculino (DSM-5, 2014, p. 669).

2.2.7 Transtorno da personalidade narcisista

Caracterizado por um padrão disseminado de superioridade, indivíduos com esse transtorno necessitam de admiração e apresentam ausência de empatia, o surgimento desse transtorno se dá no início da vida adulta e se faz presente em variadas situações (DSM-5, 2014, p. 670).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças, “F60. 8 outros transtornos específicos da personalidade Personalidade excêntrica, imatura, narcísica, passivo-agressiva, psiconeurótica, tipo ‘haltlose’”.

O DSM-5 (2014, p. 669-670) dispõe os critérios clínicos para o diagnóstico do transtorno da personalidade narcisista da seguinte maneira:

Um padrão difuso de grandiosidade (em fantasia ou comportamento), necessidade de admiração e falta de empatia que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Tem uma sensação grandiosa da própria importância (p. ex., exagera conquistas e talentos, espera ser reconhecido como superior sem que tenha as conquistas correspondentes).
2. É preocupado com fantasias de sucesso ilimitado, poder, brilho, beleza ou amor ideal.
3. Acredita ser “especial” e único e que pode ser somente compreendido por, ou associado a, outras pessoas (ou instituições) especiais ou com condição elevada.
4. Demanda admiração excessiva.
5. Apresenta um sentimento de possuir direitos (i.e., expectativas irracionais de tratamento especialmente favorável ou que estejam automaticamente de acordo com as próprias expectativas).
6. É explorador em relações interpessoais (i.e., tira vantagem de outros para atingir os próprios fins).
7. Carece de empatia: reluta em reconhecer ou identificar-se com os sentimentos e as necessidades dos outros.
8. É frequentemente invejoso em relação aos outros ou acredita que os outros o invejam.
9. Demonstra comportamentos ou atitudes arrogantes e insolentes.

A insegurança na autoestima transforma esses indivíduos em pessoas mais dotadas de sensibilidade a “lesões” decorrentes de fracasso ou crítica. Ainda que esses indivíduos possam não tornar evidentes essas situações de maneira direta, a crítica pode amedrontá-los, causando-lhes medo e ocasionando neles sentimentos de vexação, rebaixamento e vazio. Tais indivíduos possuem a capacidade de reagir com fúria, indiferença ou contra atacar de forma provocadora (DSM-5, 2014, p. 671).

O DSM-5 (2014, p. 671) assevera ainda que:

Relações interpessoais costumam ser afetadas devido a problemas resultantes da crença no merecimento de privilégios, da necessidade de admiração e da relativa desconsideração das sensibilidades dos outros. Embora ambição e confiança desmedidas possam levar a grandes conquistas, o desempenho pode ser comprometido pela intolerância a críticas ou derrotas.

O desempenho desses indivíduos no ambiente de trabalho pode por vezes ser consideravelmente baixo, representando ausência de vontade de se atrever em cenários competitivos ou em outras situações onde haja possibilidade de insucesso (DSM-5, 2014, p. 671).

O transtorno da personalidade narcisista possui estimativas de prevalência baseadas nos conteúdos do DSM IV, que variam entre zero a 6,2%. As características narcisistas podem ser principalmente mais frequentes em adolescentes, mas isso não quer dizer que obrigatoriamente o indivíduo irá desenvolver esse transtorno. Dentre os indivíduos diagnosticados com transtorno da personalidade narcisista, cerca de 50 a 75% pertencem ao sexo masculino (DSM-5, 2014, p. 671).

2.2.8 Transtorno da personalidade evitativa

Caracterizado por um padrão generalizado de retraimento social, sensações de ausência de adequação e uma sensibilidade excessiva a apreciação negativa. O transtorno da personalidade evitativa tem seu surgimento no início da fase da vida adulta e faz-se presente em variadas situações (DSM-5, 2014, p. 673).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças:

F60.6: Transtorno da personalidade caracterizado por sentimento de tensão e de apreensão, insegurança e inferioridade. Existe um desejo permanente de ser amado e aceito, hipersensibilidade à crítica e a rejeição, reticência a se relacionar pessoalmente, e tendência a evitar certas atividades que saem da rotina com um exagero dos perigos ou dos riscos potenciais em situações banais.

O DSM-5 (2014, p. 672-673) disciplina os critérios para o diagnóstico do transtorno da personalidade evitativa do seguinte modo:

Um padrão difuso de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade a avaliação negativa que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por quatro (ou mais) dos seguintes:

1. Evita atividades profissionais que envolvam contato interpessoal significativo por medo de crítica, desaprovação ou rejeição.
2. Não se dispõe a envolver-se com pessoas, a menos que tenha certeza de que será recebido de forma positiva.
3. Mostra-se reservado em relacionamentos íntimos devido a medo de passar vergonha ou de ser ridicularizado.

4. Preocupa-se com críticas ou rejeição em situações sociais.
5. Inibe-se em situações interpessoais novas em razão de sentimentos de inadequação.
6. Vê a si mesmo como socialmente incapaz, sem atrativos pessoais ou inferior aos outros.
7. Reluta de forma incomum em assumir riscos pessoais ou se envolver em quaisquer novas atividades, pois estas podem ser constrangedoras.

Os indivíduos com transtorno da personalidade evitativa têm por costume analisar com vigilância as movimentações e as expressividades daqueles com quem convivem. A conduta receosa e preocupante desses indivíduos pode ocasionar o escárnio e tripúdio dos outros, o que por outro lado corrobora suas dúvidas particulares. Tais indivíduos sentem-se bastante ansiosos frente à probabilidade de obstem à crítica com rubidez ou pranto. Esses indivíduos são caracterizados pelos outros como “acanhados”, “introvertidos”, “isolados” e “sozinhos”. A esse transtorno da personalidade estão relacionados dois grandes problemas que acontecem no desempenho profissional e social (DSM-5, 2014, p. 673-674).

Conforme dados do National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions dos anos de 2001-2002, a prevalência para o transtorno da personalidade evitativa é de 2,4% (DSM-5, 2014, p. 674).

O modo de comportamento evitativo tem por costume o seu surgimento na fase da infância pré-verbal ou verbal através de acanhamento, isolamento e temores de desconhecidos e de situações novas. Ainda que a timidez em crianças se mostre como um antecessor do transtorno da personalidade evitativa, na grande parte dos indivíduos ela tem tendência a desvanecer vagarosamente com o decorrer dos anos. De maneira antagônica, os indivíduos que manifestam o transtorno da personalidade evitativa podem permanecer progressivamente mais tímidos e evitativos na fase da adolescência e no início da fase da vida adulta quando as relações sociais com indivíduos novos tornam-se principalmente mais pertinentes (DSM-5, 2014, p. 674).

Existem alguns indícios dos quais, esse transtorno nos indivíduos adultos possuem tendência a ficar menos perceptível ou sofrer remissão com o envelhecimento do indivíduo. O transtorno da personalidade evitativa aparenta ser comum em ambos os sexos (DSM-5, 2014, p. 674).

2.2.9 Transtorno da personalidade dependente

Caracterizado por uma necessidade generalizada e demasiada de ser zelado que conduz a uma conduta de subordinação e apego e a receios de separação e rupturas. O transtorno da personalidade dependente tem seu surgimento no início da fase da vida adulta e faz-se presente em variadas situações (DSM-5, 2014, p. 676).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças:

F60.7: Transtorno da personalidade caracterizado por: tendência sistemática a deixar a outrem a tomada de decisões, importantes ou menores; medo de ser abandonado; percepção de si como fraco e incompetente; submissão passiva à vontade do outro (por exemplo de pessoas mais idosas) e uma dificuldade de fazer face às exigências da vida cotidiana; falta de energia que se traduz por alteração das funções intelectuais ou perturbação das emoções; tendência freqüente a transferir a responsabilidade para outros.

O DSM-5 (2014, p. 675) determina os critérios clínicos para diagnóstico do transtorno da personalidade dependente da seguinte maneira:

Uma necessidade difusa e excessiva de ser cuidado que leva a comportamento de submissão e apego que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Tem dificuldades em tomar decisões cotidianas sem uma quantidade excessiva de conselhos e reassuramento de outros.
2. Precisa que outros assumam responsabilidade pela maior parte das principais áreas de sua vida.
3. Tem dificuldades em manifestar desacordo com outros devido a medo de perder apoio ou aprovação. (**Nota:** Não incluir os medos reais de retaliação.)
4. Apresenta dificuldade em iniciar projetos ou fazer coisas por conta própria (devido mais a falta de autoconfiança em seu julgamento ou em suas capacidades do que a falta de motivação ou energia).
5. Vai a extremos para obter carinho e apoio de outros, a ponto de voluntariar-se para fazer coisas desagradáveis.
6. Sente-se desconfortável ou desamparado quando sozinho devido a temores exagerados de ser incapaz de cuidar de si mesmo.
7. Busca com urgência outro relacionamento como fonte de cuidado e amparo logo após o término de um relacionamento íntimo.
8. Tem preocupações irrealistas com medos de ser abandonado à própria sorte.

Os indivíduos com transtorno da personalidade dependente constantemente são descritos por derrotismo e por se autoquestionarem, têm tendência a depreciar suas competências e seus pontos positivos e podem continuamente fazer referência a si mesmos com “ignorantes”. Esses indivíduos

encaram as críticas e reprovações como evidência de seu desvalor e perdem a convicção em si mesmo (DSM-5, 2014, p. 677).

O desempenho profissional desses indivíduos pode sofrer prejuízo perante a exigência de atividades autônomas ou independentes. Os relacionamentos sociais de pessoas com esse transtorno possuem tendência a ser restritos àquelas pequenas quantidades de pessoas da qual o indivíduo está sujeito a um vínculo (DSM-5, 2014, p. 677).

Informações do National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions dos anos de 2001-2002 geraram um cálculo aproximado da prevalência para o transtorno da personalidade dependente de 0,49%. Baseado em parte de uma amostra de probabilidades da II Parte do National Comorbidity Survey Replication, foi estimada uma prevalência de 0,6% para o transtorno da personalidade dependente. Em cenários clínicos, o diagnóstico do transtorno da personalidade dependente tem sido mais assíduo em indivíduos do sexo feminino, ainda que algumas análises indiquem taxas de prevalência semelhantes em ambos os sexos (DSM-5, 2014, p. 677).

2.2.10 Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva

O transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva tem como característica fundamental uma preocupação com organização, obsessão em realizar tudo com perfeição, controle mental e entre pessoas por meio de condescendência, abertura e efetividade. Seu surgimento dá-se no início da fase da vida adulta e se faz presente em variadas situações (DSM-5, 2014, p. 679).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças:

F60.5: Transtorno da personalidade caracterizado por um sentimento de dúvida, perfeccionismo, escrupulosidade, verificações, e preocupação com pormenores, obstinação, prudência e rigidez excessivas. O transtorno pode se acompanhar de pensamentos ou de impulsos repetitivos e intrusivos não atingindo a gravidade de um transtorno obsessivo-compulsivo.

O DSM-5 (2014, p. 678) estabelece os critérios diagnósticos para o transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva da seguinte forma:

Um padrão difuso de preocupação com ordem, perfeccionismo e controle mental e interpessoal à custa de flexibilidade, abertura e eficiência que

surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por quatro (ou mais) dos seguintes:

1. É tão preocupado com detalhes, regras, listas, ordem, organização ou horários a ponto de o objetivo principal da atividade ser perdido.
2. Demonstra perfeccionismo que interfere na conclusão de tarefas (p. ex., não consegue completar um projeto porque seus padrões próprios demasiadamente rígidos não são atingidos).
3. É excessivamente dedicado ao trabalho e à produtividade em detrimento de atividades de lazer e amizades (não explicado por uma óbvia necessidade financeira).
4. É excessivamente consciencioso, escrupuloso e inflexível quanto a assuntos de moralidade, ética ou valores (não explicado por identificação cultural ou religiosa).
5. É incapaz de descartar objetos usados ou sem valor mesmo quando não têm valor sentimental.
6. Reluta em delegar tarefas ou trabalhar com outras pessoas a menos que elas se submetam à sua forma exata de fazer as coisas.
7. Adota um estilo miserável de gastos em relação a si e a outros; o dinheiro é visto como algo a ser acumulado para futuras catástrofes.
8. Exibe rigidez e teimosia.

Os indivíduos com transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva podem dispor de muita dificuldade para escolher as atividades que serão priorizadas por eles ou qual a forma mais adequada de se realizar alguma atividade exclusiva que podem em tempo nenhum iniciar qualquer coisa. Esses indivíduos possuem predisposição ao descontentamento ou à fúria em circunstâncias nas quais não conseguem preservar o comando do seu ambiente físico ou entre pessoas, ainda que a fúria não seja exteriorizada de modo direto (DSM-5, 2014, p. 680).

Indivíduos com esse transtorno normalmente expressam afeição de maneira bastante contida ou sem naturalidade, artificial e podem experimentar um intenso desconforto diante de outros que se manifestam com emoção. As relações diárias são dotadas de seriedade e formalidade, e os indivíduos com transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva podem aparentar serem circunspectos em circunstâncias das quais outras pessoas gracejariam e ficariam contentes (DSM-5, 2014, p. 680).

Eles reprimem-se de maneira cuidadosa até estarem convencidos de que aquilo que irão dizer será correto. Com assiduidade mostram problemas de manifestar sentimentos afetivos e esporadicamente realizam elogios. Podem também terem problemas e sofrer no trabalho, especialmente quando colocados à frente de situações novas que demandem tolerância e condescendência (DSM-5, 2014, p. 680).

A prevalência do transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva é estimada em torno de 2,1 e 7,9%. O transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva através de estudos sistêmicos aparenta ser diagnosticado por volta de duas vezes mais em indivíduos pertencentes ao sexo masculino (DSM-5, 2014, p. 681).

3 PSICOPATIA

Da etimologia da palavra psicopatia é extraída a acepção de “doença mental”, (originária do grego, psyche significa mente e pathos por sua vez, doença). A partir disso, o termo psicopatia seria capaz de conduzir à ideia de se fazer referência a uma patologia. Contudo, da perspectiva médico-psiquiátrico a psicopatia não se amoldaria numa perspectiva clássica das doenças mentais em geral, referindo-se de fato a uma espécie de transtorno da personalidade e não a uma patologia como o seu significado aduz (PIMENTEL, 2016, s.p).

Em sua dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Maria Fernanda Faria Achá (2011, p. 13) destaca que as características dos indivíduos com psicopatia são semelhantes em alguns pontos aos critérios diagnósticos estabelecidos ao transtorno da personalidade antissocial, no entanto, ao passo que o transtorno da personalidade antissocial é entendido como um diagnóstico médico, a palavra psicopatia é comumente empregada no contexto jurídico para a classificação de indivíduos que mostrem propensões à atividade criminal, falta de sensibilidade afetiva e comportamentos antissociais.

Ainda nesse seguimento, segundo Achá (2011) o termo psicopatia no que lhe diz respeito, dispõe de uma história longa e questionável e até mesmo na atualidade é empregada de maneira indistinta e indefinida, inclusive pela Classificação Internacional de Doenças (CID) que incluiu na descrição oficial do diagnóstico concernente ao “transtorno da personalidade dissocial” (CID F60.2) os termos “personalidade psicopática” e “personalidade sociopática” como sinônimos de tal transtorno.

A psicopatia foi integrada pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), sendo descrita como transtorno da personalidade antissocial. Todavia, Hare (2013, p. 40-41) esclarece que existe diferença entre o transtorno da personalidade antissocial e a psicopatia. Aquele faz referência, sobretudo, a um conjunto de condutas criminosas e antissociais, a psicopatia por sua vez, é caracterizada como um complexo de traços da personalidade bem como de condutas sociais desviadas. Além disso, a maior parte dos criminosos não são psicopatas e inúmeros indivíduos que têm capacidade para atuar no lado obscuro da lei e ficam fora do cárcere são psicopatas.

3.1 Visão Histórica da Psicopatia

Outrora o julgamento e a compreensão que existia a cerca de um indivíduo psicopata era absolutamente diverso da noção que temos nos dias atuais dos indivíduos que possuem esse sério transtorno mental, no entanto sempre existiram indivíduos maléficos e que não possuíam limites de maldade ao praticarem seus crimes, que se encontravam incluídos na sociedade, isso desde os primórdios. Por meio de estudos antropológicos fora demonstrada que a psicopatia não se encontrava associada à medicina, todavia encontrava-se relacionada a coisas divinas, ao transcendente e inclusive à feitiçaria (GARDENAL e COIMBRA, 2018, s.p).

A conceituação da psicopatia, a qual se origina do grego, surgiu de modo mais específico no século XIX e, dentro da Medicina Legal, no qual quaisquer indivíduos que apresentassem problemas ou doenças mentais seriam tidos como psicopatas, acontece que, os médicos acabaram constatando que inúmeros criminosos maldosos e desumanos, não exibiam qualquer espécie de delírio, portanto, baseado nessa verificação foi dado início a denominada “tradição clínica da psicopatia” (GARDENAL e COIMBRA 2018, s.p).

O psiquiatra francês Philippe Pinel foi um dos primeiros médicos a escrever a respeito de psicopatas. Conforme Hare (2013, p.41):

Ele usou o termo *mania sem delírio* para descrever um padrão de comportamento marcado por absoluta falta de remorso e completa ausência de contenção, um padrão que ele acreditava distinto daquele “mal que os homens costumam fazer”. Pinel considerava essa condição moralmente neutra, mas outros escritores consideraram esses pacientes “moralmente insanos”, uma verdadeira personificação do mal. Assim teve início uma discussão que se estendeu por gerações e que oscilou entre a visão de que os psicopatas são “loucos” ou de que são “maus” ou até diabólicos.

O médico Philippe Pinel desenvolveu um trabalho que passou a ser considerado como o pioneiro da história da psicopatia por expor os primeiros relatos científicos de parâmetros comportamentais e afetuosos que se assemelham ao que hoje se denomina como sendo psicopatia (FILHO; TEIXEIRA; DIAS, 2009, s.p).

Pinel criou o termo “mania sem delírio” com propósito de relatar a conjuntura de alguns de seus pacientes que, apesar de se envolverem em condutas

caracterizadas por violência extrema em relação aos outros ou a si mesmos, eles possuíam uma perfeita compreensão da índole irracional de seus atos e não poderiam ser tidos como alucinados (FILHO; TEIXEIRA; DIAS, 2009, s.p).

Foi a partir de 1941 com o trabalho de Hervey Cleckley denominado de *The Mask of Sanity* (A Máscara da Sanidade) que a conceituação da psicopatia e a respectiva utilização da nomenclatura se instituíram, com efeito. Cleckley expôs um conceito determinante e amplo da psicopatia, tido pela literatura como a descrição mais completa a respeito da psicopatia (FILHO; TEIXEIRA; DIAS, 2009, s.p).

De acordo com Germano Gabriel Lima Esteves em sua Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas (2014, p.45), para Cleckley o psicopata encontra-se livre de indícios, sinais ou sintomas específicos da neurose, deficiência mental ou psicose; ele tem conhecimento das consequências do seu modo de comportamento antissocial; exibe um déficit na admissão de sentimentos, verbalizando-os de maneira racional; possui uma falta de capacidade de adequação em relações sociais; expressa uma falta de aptidão de aprender com as experiências mesmo por meio de punição; não possui motivação ou apresenta uma falta de adequação na motivação para realização da conduta antissocial; e, possui entendimento das respostas afetivas socialmente esperadas, mas manifesta desdém no que diz respeito aos outros.

Esteves (2014, p. 46) ainda menciona que Cleckley forneceu um quadro clínico da psicopatia, elaborando uma lista com 16 características distintas que integram ou definem o perfil de um psicopata, não há a necessidade do preenchimento de todas as características para a identificação da psicopatia, a lista inclui:

- (1) Charme superficial e boa inteligência;
- (2) Ausência de delírios e outros sinais de pensamento irracional;
- (3) Ausência de nervosismo e/ou manifestações psiconeuróticas;
- (4) Não confiável;
- (5) Falsidade, tendência à mentira e falta de sinceridade;
- (6) Ausência de remorso ou vergonha;
- (7) Comportamento antissocial inadequadamente motivado;
- (8) Julgamento deficitário e falha em aprender com a experiência;
- (9) Egocentrismo patológico e incapacidade para amar;
- (10) Deficiência generalizada nas reações afetivas;
- (11) Perda específica de *insight*;
- (12) Falta de reciprocidade nas relações interpessoais;
- (13) Comportamento fantasioso e desagradável sob influência de álcool e às vezes sem;
- (14) Ameaças de suicídio raramente concretizado;
- (15) Vida sexual impessoal, trivial e mal integrada; e,
- (16) Falha em seguir um plano de vida.

Cleckley em seu livro *The Mask of Sanity* exerceu muita influência sobre os pesquisadores nos Estados Unidos e no Canadá e proporcionou a estrutura clínica de diversas pesquisas científicas em relação à psicopatia feitas nos últimos 25 anos (HARE, 2013, p.43).

Robert D' Hare (2013) disponibilizou pela primeira vez uma ferramenta clínica complexa reservada ao uso profissional, denominada de *Psychopathy Checklist* (Avaliação de Psicopatia), ela é utilizada no mundo todo para auxiliar médicos e pesquisadores a diferenciar, com plausível certeza, os indivíduos que são de fato psicopatas dos indivíduos que tão somente infringem normas.

De acordo com Hare (2013, p.48):

A *Psychopathy Checklist* (Avaliação de Psicopatia) permite a discussão das características dos psicopatas sem o menor risco de descrever simples desvios sociais ou criminalidade ou de rotular pessoas que não têm nada em comum, a não ser o fato de terem violado a lei. Ela também fornece um quadro detalhado das personalidades perturbadas dos psicopatas que se encontram entre nós.

QUADRO 1 - Detalhamento das Personalidades Perturbadoras Fornecido pela *Psychopathy Checklist*

SINTOMAS-CHAVE DA PSICOPATIA	
Emocional/interpessoal	Desvio social
• eloquente e superficial	• impulsivo
• egocêntrico e grandioso	• fraco controle do comportamento
• ausência de remorso ou culpa	• necessidade de excitação
• falta de empatia	• falta de responsabilidade
• enganador e manipulador	• problemas de comportamento precoces
• emoções "rasas"	• comportamento adulto antissocial

Fonte: Hare (2013, p. 49).

Hare acrescenta ainda que, indivíduos que não são psicopatas são capazes de apresentar alguns desses sintomas descritos no quadro fornecido pela *Psychopathy Checklist*. Segundo ele, vários indivíduos são impetuosos ou instáveis, insensíveis, antissociais, apesar disso, não quer dizer que esses indivíduos sejam psicopatas. Para Hare (2013, p.49) a psicopatia é uma *síndrome* – um conjunto de sintomas relacionados.

3.2 O Psicopata

O psicopata é caracterizado como sendo um indivíduo que exibe um desordenamento ou transtorno da personalidade, ele apresenta na maior parte das vezes um modo de comportamento antissocial, ausência de aptidão de se identificar com o outro (empatia), não possui sentimento de pena e nem de arrependimento ou remorso, são indivíduos desprovidos de sentimentos, seu controle de comportamento é muito pequeno, no entanto apresenta um caráter dominante muito grande. São indivíduos com um vasto poder de sedução, encantadores e atraentes, porém somente até o momento em que conseguem estabelecer uma confiança e obter aquilo que aspiram, esses indivíduos são na verdade interesseiros, egoístas, frios, manipuladores, ardilosos, violadores de regras que se escondem por trás da máscara de uma boa pessoa (RATH, 2019, s.p).

No mesmo sentido, Ana Beatriz Barbosa Silva (2008, p. 32) descreve os psicopatas da seguinte maneira:

Os psicopatas em geral são indivíduos frios, calculistas, inescrupulosos, dissimulados, mentirosos, sedutores e que visam apenas o próprio benefício. Eles são incapazes de estabelecer vínculos afetivos ou de se colocar no lugar do outro. São desprovidos de culpa ou remorso e, muitas vezes, revelam-se agressivos e violentos. Em maior ou menor nível de gravidade e com formas diferentes de manifestarem os seus atos transgressores, os psicopatas são verdadeiros "predadores sociais", em cujas veias e artérias corre um sangue gélido.

Os psicopatas são indivíduos que podem ser encontrados em qualquer raça, cultura, sociedade, credo, sexualidade, ou nível financeiro. Estão infiltrados em todos os meios sociais e profissionais, camuflados de executivos bem-sucedidos, líderes religiosos, trabalhadores, "pais e mães de família", políticos etc.

Segundo ela, em algum momento de sua existência cada pessoa terá conhecido ou conhecerá alguns desses indivíduos conhecidos como psicopatas.

Hare (2013, p.11) os define da seguinte forma:

Os psicopatas são predadores sociais que conquistam, manipulam e abrem caminho na vida cruelmente, deixando um longo rastro de corações partidos, expectativas frustradas e carteiras vazias. Sem nenhuma consciência ou sentimento, tomam tudo o que querem do modo mais egoísta, fazem o que têm vontade, violam as normas e expectativas sociais sem a menor culpa ou arrependimento.

Os psicopatas possuem marca registrada caracterizada por uma elevada carência de consciência; seu desígnio é a autossatisfação (eles buscam se satisfazer consigo mesmo) a cargo de outra pessoa, esses indivíduos apoderam-se mais do que oferecem aos outros (HARE, 2013, p. 19).

A imagem de um psicopata seria segundo Hare (2013, p. 20), “a de uma pessoa autocentrada, fria, que não sente remorso, com profunda falta de empatia, incapaz de estabelecer relações emocionais calorosas com os outros; uma pessoa que age sem as restrições da consciência”.

Em entrevista concedida a jornalista Nailena Faian do Grupo Maringá de Comunicação, o psiquiatra forense Guido Palomba (2020) define esses indivíduos como condutopatas uma vez que, a doença e a deformação estão no comportamento. Esses indivíduos se distinguem dos demais tidos como normais por possuírem um comportamento patológico.

Ainda na entrevista, Palomba (2020) assevera que, os condutopatas apresentam três características fundamentais, a primeira delas é a carência absoluta de arrependimento ou remorso, em razão de não possuírem sentimentos superiores como dedicação desinteressada ao próximo, sentimentos de pena e de ansiedade. A segunda característica está ligada a um anseio completamente deformado, eles desejam coisas que não seriam desejadas por pessoas normais. A terceira característica é a ausência de valores éticos e morais, são indivíduos desenfreados.

Em outra entrevista concedida a Daniela Paulino do Jornal A Tribuna, Palomba (2019) afirma que os condutopatas se assemelham a indivíduos normais, possuem a capacidade de se camuflarem para viverem em sociedade muito bem sem serem descobertos, eles apresentam distúrbios dos sentimentos, não possuem sentimentos superiores como já descritos anteriormente e carecem de arrependimento, esses indivíduos apresentam uma vontade deformada em relação à vontade de indivíduos tidos como normais.

3.2.1 Da potência e ato

Em entrevista concedida ao IV Congresso Nacional On-line de Perícia Criminal, Palomba (2020) sustenta que o indivíduo desde o nascimento possui uma potência orgânica, constitucional inata a ele para a perturbação da saúde mental que é justamente a zona fronteira onde se encontram os psicopatas, ou seja, o

indivíduo já nasce com ela, desenvolve-a em algum momento de sua vida e morre assim. Essa potência pode ser grande ou mesmo pequena e dependendo dos aspectos socioculturais ocorrerá a estimulação da mesma e por consequência sua transformação em ato, portanto trata-se de uma questão envolvendo ato e potência.

Segundo ele, se o indivíduo nascer com uma potência elevada para se tornar um fronteiroço, em qualquer contexto sociocultural que o mesmo estiver inserido ele irá tornar sua potência um ato e passará a ser um fronteiroço atuante, ativo. Por outro lado, se o indivíduo nascer com uma potência de nível pequeno e encontra-se em um meio extremamente favorável a ele, possivelmente essa potência ficará apenas em potência, não se tornando ato. Ainda no sentido de potência pequena, existe a possibilidade de esse indivíduo estar inserido em um ambiente eminentemente desfavorável a ele, nesse caso pode ser que porventura esse agente venha a transformar sua potência em ato e se torne um fronteiroço. Por fim, se o indivíduo não houver nascido com nenhum nível de potência, independentemente do meio em que estiver inserido, ele não será um fronteiroço.

Para Palomba (2020), nenhuma vivência dolorosa sofrida por alguém terá a capacidade de originar “monstros”, psicopatas propriamente ditos, o máximo que uma pessoa pode se tornar desde que muito bem instruída e estudiosa no assunto, é uma ativista, levantando uma bandeira contrária àquilo que sofreu. Não há indivíduos que possuam condutopatia adquirida durante a vida por alguma experiência emocional intensamente desagradável ou por trauma, muito pelo contrário, o indivíduo já nasce com uma constituição condutopática a qual irá relevar em algum instante de sua vida como já mencionado. Ele salienta ainda que, nem todos os condutopatas são criminosos, não é o simples fato de o indivíduo ser um fronteiroço que significará que o mesmo será um criminoso, os fronteiroços podem ser considerados como pessoas normais assim como quaisquer outras, no entanto portadoras de um transtorno de personalidade, mas não é o fato de ter tal transtorno de personalidade que o tornará mais criminoso do que um indivíduo tido como normal. Na sociedade existem pessoas normais e algumas que delinquem, o mesmo acontece com a psicopatia, existem indivíduos psicopatas e alguns deles delinquem, visto que um psicopata pode nunca delinquir a depender de sua potência.

Ele ainda afirma que, todo crime praticado por um indivíduo psicopata não é capaz de ser compreendido psicologicamente, p.ex., no caso alguém que adentra a um cinema com uma metralhadora carregada e a descarrega em pessoas

que nunca viu em sua vida e ainda é preso no local com o objeto em mãos sem demonstrar nenhuma reação, pela normalidade esse fato é incompreensível, apenas pelo toque de anormalidade que será possível a compreensão do crime praticado por este indivíduo.

3.2.2 Da cura do psicopata

De acordo com Palomba (2020), para o psicopata não existe cura, esses indivíduos podem até possuir certo comando do quadro mais agudo do transtorno, no entanto a cura do transtorno de personalidade em si não pode ter, pois eles carregam consigo, em sua constituição a potência que poderá vir a ser ato.

Em entrevista concedida ao portal de notícias GaúchaZH, a médica psicanalista Soraya Hissa de Carvalho (2011), afirma que seria um empenho sem que houvesse uma espécie de glória, vitória ao final, o fato de se realizar o tratamento um indivíduo com psicopatia, pois a psicopatia se veste de uma maneira de ser, não existe a possibilidade de alterar o modo pelo qual o psicopata vê o mundo, como também a maneira como sente-o. Segundo ela, não haveria cura para os psicopatas uma vez que, tais indivíduos possuem uma grande capacidade de fingimento e são habilidosos em mentir, sendo capazes inclusive de manipular afeto, o prazer deles encontra-se presente na materialização do crime por eles desejado, não manifestando nenhum sentimento de pesar ou arrependimento posteriormente ao ato praticado.

Seguindo a mesma linha de pensamento, Ana Beatriz Barbosa Silva (2008, p. 87) assevera que:

[...] Eles jamais deixarão de apresentar comportamentos anti-sociais; o que pode mudar é a forma de exercer suas atividades ilegais durante a vida (roubos, golpes, desvio de verba, estupro, sequestro, assassinato etc). Em outras palavras, a maioria dos psicopatas não é expert numa atividade criminal específica, mas sim “passeia pelas mais diversas categorias de crimes”, o que Hare denomina de versatilidade criminal.

Ainda segundo Silva (2008, p. 161):

Com raras exceções, as terapias biológicas (medicamentos) e as terapias 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 há 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.

Em relação ainda à cura do psicopata, em matéria realizada por Glauco Araújo do portal de notícias G1, Palomba (2010) assevera que:

É impossível curar um psicopata. O melhor é mantê-lo afastado da sociedade. O erro mais comum é condenar um criminoso com esse diagnóstico a penas corporais, como a detenção. O mais sensato é a medida de segurança, que permite tratamento e estabilização do quadro diagnosticado.

À medida que se mostra mais coerente dita acima pelo psiquiatra Guido Palomba será tratada de maneira mais detalhada ao longo deste trabalho em um tópico exclusivo.

4 A FIGURA DO PSICOPATA DENTRO DO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

Segundo Palomba (2020), existem os doentes mentais, os quais são considerados como sendo inimputáveis, os fronteirços (psicopatas) que por sua vez consistem naqueles indivíduos abrangidos pelo campo da semi-imputabilidade e por fim os “normais”, aqueles tidos como imputáveis pelo ordenamento jurídico brasileiro.

O Código Penal em seu artigo 26 parágrafo único classifica os indivíduos fronteirços como sendo semi-imputáveis, em razão de serem parcialmente capazes de compreender aquilo que estão fazendo, ou se eles possuem total capacidade para entender, são parcialmente capazes de se determinar (Palomba, 2020).

Assim dispõe o artigo 26 e parágrafo único do Código Penal:

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. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

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. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Com base na interpretação do conteúdo contido no caput do referido artigo bem como em seu parágrafo único acima, faz-se provável o reconhecimento no caput das causas de inimputabilidade (doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado), como também das causas de semi-imputabilidade presentes em seu parágrafo único.

4.1 Imputabilidade

Segundo Rogério Sanches Cunha (2013, p. 260), “a imputabilidade é a capacidade de imputação, ou seja, possibilidade de se atribuir a alguém a responsabilidade pela prática de uma infração penal”.

A imputabilidade consiste em uma das conjecturas da culpabilidade, conforme a leitura do artigo 26 do Código Penal trata-se da aptidão do sujeito em compreender a ilicitude do fato praticado ou de determina-se conforme esse entendimento ao momento da ação ou da omissão.

Nesse sentido Cleber Masson (2015, p. 553) estabelece algumas características atinentes à imputabilidade:

A imputabilidade penal depende de dois elementos: (1) intelectual: é a integridade biopsíquica, consistente na perfeita saúde mental que permite ao indivíduo o entendimento do caráter ilícito do fato; e (2) volitivo: é o domínio da vontade, é dizer, o agente controla e comanda seus impulsos relativos à compreensão do caráter ilícito do fato, determinando-se de acordo com esse entendimento.

Para ser caracterizado como imputável faz-se necessário que o indivíduo possua a capacidade de compreender o caráter ilícito do fato, como também o mesmo precisa ser capaz de exercer o controle de seus impulsos para a prática do ilícito (VASCONCELOS; BONINI, 2020).

4.2 Inimputabilidade

A contrário sensu da imputabilidade, a inimputabilidade se verifica pela completa incapacidade do agente no sentido de compreender a ilicitude do fato que praticou, bem como de se determinar segundo tal entendimento no momento na ação ou da omissão, conforme a redação contida no caput do artigo 26 do Código Penal.

Damásio (1998, p. 467) conceitua a inimputabilidade do seguinte modo:

É a incapacidade para apreciar o caráter ilícito do fato ou determinar-se de acordo com essa apreciação. Se a imputabilidade consiste na capacidade de entender e de querer, pode estar ausente porque o indivíduo, por questão de idade, não alcançou determinado grau desenvolvimento físico ou psíquico, ou porque existe em concreto uma circunstância que a exclui. Fala-se, então, em inimputabilidade.

A capacidade de entendimento no tocante ao caráter ilícito do fato praticado pelo indivíduo, bem como a aptidão de determinar-se de acordo com esse entendimento apresenta uma relação com a existência de aspectos biológicos, psíquicos e antropológicos (SANTOS, 2018).

O caput do artigo 26 do Código Penal torna evidente a existência de três causas que podem conduzir à inimputabilidade, sejam elas, doença mental; desenvolvimento mental incompleto e desenvolvimento mental retardado.

Conforme Nucci (2016, p. 1413), “A doença mental é um quadro de alterações psíquicas qualitativas”, essa seria a definição de uma das causas geradoras de inimputabilidade. Existe uma ínfima parcela da doutrina composta por Fernando Capez que sustenta um entendimento no sentido de a psicopatia estar englobada nesta causa, no entanto, a medicina em conjunto com a psiquiatria afirma que a psicopatia não se enquadra no rol de doenças mentais (VASCONCELOS; BONINI, 2020).

O desenvolvimento mental incompleto é observado em indivíduos que não atingem em sua integralidade o desenvolvimento mental de maneira completa (VASCONCELOS; BONINI, 2020). Por fim, segundo Nestor Sampaio Filho (2012, p. 172), “Por desenvolvimento mental retardado compreende-se a oligofrenia em todas as formas tradicionais: idiotia, imbecilidade e debilidade mental”.

A fim de se atestar a presença de doença mental, torna-se indispensável à colocação em prática do exame médico-legal, tal exame além de possuir a finalidade já mencionada, é utilizado também com o objetivo de mensurar o nível de perigo que o indivíduo representa para a sociedade (VASCONCELOS; BONINI, 2020).

4.3 Semi-imputabilidade

Existe a possibilidade do indivíduo não ser abrangido pela imputabilidade, como também pela inimputabilidade, esses indivíduos constituem os denominados semi-imputáveis, aqueles que se encontram na fronteira entre um e outro, por isso Palomba chamam-os de indivíduos fronteirços (VASCONCELOS; BONINI, 2020).

De acordo com Lhais Silva Baia (2018), “a semi-imputabilidade é a perda parcial da compreensão da conduta ilícita e da capacidade de auto-determinação ou discernimento sobre os atos ilícitos praticados, compreende a redução da imputabilidade”.

Na mesma linha de pensamento, Nucci (2016, p. 1438) vai dizer que a semi-imputabilidade, “não deixa de ser uma forma de doença mental, embora não retirando do agente, completamente, a sua inteligência ou a sua vontade. Perturba-o, mas não elimina a sua possibilidade de compreensão”.

Na semi-imputabilidade o indivíduo não é tido como plenamente incapaz de entender o caráter ilícito do fato, de responsabilizar-se por seus atos, pois isso o transformaria em um agente inimputável, posto que, mesmo de modo reduzido o indivíduo ainda possui uma consciência da ilicitude do fato praticado (VASCONCELOS; BONINI, 2020).

A realização do exame médico-legal no indivíduo se faz necessário para que seja verificado o nível de perturbação, bem como o grau de incapacidade daquele, de maneira obrigatória terá o juiz o dever de diminuir a pena do indivíduo em 1/3 a 2/3 desde que tenha sido atestada a perturbação causadora incapacidade de maneira parcial no indivíduo. Na hipótese em que o juiz presuma haver necessidade, o mesmo poderá realizar a substituição da pena pela medida de segurança presente no artigo 98 do Código Penal (VASCONCELOS; BONINI, 2020).

Há divergências doutrinárias quanto aos psicopatas serem abrangidos pela semi-imputabilidade, ainda que a jurisprudência pátria não seja unanime nesse sentido, o entendimento que acaba prevalecendo é o dos doutrinadores que defendem que os psicopatas seriam semi-imputáveis, visto que, via de regra haveria redução em suas aptidões de autodeterminação, mas seriam dotados de plena capacidade de entendimento do caráter ilícito do fato praticado (LIMA, 2020).

No mesmo sentido Ilana Casoy (2014, p. 101) afirma que:

O diagnóstico de personalidade psicopata ou transtorno de personalidade antissocial implica na semi-imputabilidade, na qual inclusive o preso tem direito à diminuição de pena sem ser obrigatoriamente internado, já que não é considerado doente mental. O problema é que, apesar de o portador desse transtorno entender o caráter de seus atos, ele não consegue controlar sua vontade. Dessa forma, a probabilidade de reincidir é extremamente alta e sua periculosidade, indiscutível.

Destarte, o indivíduo psicopata poderá ser considerado como um agente capaz de compreender o que não é certo, o caráter ilícito do fato, contudo, inapto quanto ao controle de seus impulsos considerados como “naturais”, como também de comportar-se de maneira correta (LIMA, 2020). O Código Penal em seu

artigo 26 parágrafo único classifica os psicopatas como sendo semi-imputáveis conforme já descrito acima.

Conforme entendimento do Superior Tribunal de Justiça – STJ no mesmo sentido:

“HABEAS CORPUS. HOMICÍDIO DUPLAMENTE QUALIFICADO E PORTE ILEGAL DE ARMA DE FOGO. DOSIMETRIA. PENA-BASE. FIXAÇÃO ACIMA DO MÍNIMO LEGAL. CULPABILIDADE. DESFAVORABILIDADE. CONDUITA SOCIAL. ARGUMENTAÇÃO IDÔNEA. SANÇÃO MOTIVADA. ELEVAÇÃO JUSTIFICADA. DESPROPORCIONALIDADE ENTRE OS FUNDAMENTOS ESPOSADOS E O QUANTUM DE REPRIMENDA IRROGADO. CONSTRANGIMENTO ILEGAL PARCIALMENTE EVIDENCIADO. MITIGAÇÃO DEVIDA. [...]3. Embora a elevação da pena-base pela Corte originária encontre-se justificada pela consideração da presença de outras duas circunstâncias judiciais tidas por desfavoráveis, verifica-se a desproporcionalidade entre os fundamentos expostos e o quantum de pena irrogado relativamente ao crime de homicídio qualificado MINORANTE PREVISTA NO ART. 26, PARÁGRAFO ÚNICO, DO CP. SEMI-IMPUTABILIDADE. FUNDAMENTAÇÃO CONCRETA. PERTURBAÇÃO MENTAL REDUZIDA. FRAÇÃO MÍNIMA QUE SE MOSTRA DEVIDA. COAÇÃO ILEGAL NÃO DEMONSTRADA. 1. Nos termos do art. 26, parágrafo único, do CP: "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." 2. Demonstrado que o paciente não era portador de doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado, apenas não possuindo plena capacidade de determinar-se de acordo com esse entendimento, em razão de perturbação na sua personalidade, justificada a escolha pela fração mínima (1/3) prevista no parágrafo único do art. 26 do CP. 3. Habeas corpus parcialmente concedido, apenas para reduzir a pena imposta ao paciente relativamente ao delito do art. 121, § 2º, I e IV, do CP, tornando-a definitiva, para ambos os crimes em que condenado, em 12 (doze) anos de reclusão, mantida a pecuniária aplicada pelas instâncias ordinárias, preservados, no mais, a sentença condenatória e o acórdão impugnado. (BRASIL. STJ - HC 186149 DF 2010/0176782-7, Relator: Ministro JORGE MUSSI, Data de julgamento: 04/08/2011, T5 - QUINTA TURMA, Data de Publicação: DJE 19/08/2011).

Pode-se concluir por meio do entendimento estabelecido pelo Superior Tribunal de Justiça que, sendo demonstrado que o indivíduo apenas possuía uma capacidade reduzida de se determinar segundo tal entendimento em virtude de um transtorno da personalidade, mas não sendo o caso do mesmo ser doente mental, ou possuir desenvolvimento mental incompleto ou ainda, desenvolvimento mental retardado será enquadrado no rol dos semi-imputáveis conforme o parágrafo único do artigo 26 do referido Código. Por a psicopatia não ser considerada uma doença mental e sim um transtorno da personalidade, os psicopatas são considerados como sendo indivíduos semi-imputáveis.

4.4 Medida de Segurança

O Código Penal adota o sistema Vicariante, segundo o qual haverá a aplicação de pena ou medida de segurança em caráter de substituição e não como no antigo sistema do duplo-binário adotado pelo Código Penal de 1940, em que haveria a aplicação de pena conjuntamente com a medida de segurança ao indivíduo semi-imputável (Mesquita Júnior, 2007).

A pena e a medida de segurança se diferem, pois, a primeira possui função punitiva e ressocializadora, tendo como princípio para sua aplicação a culpabilidade do agente, ao passo que a medida de segurança tem caráter preventivo, levando-se em conta para a sua aplicação à periculosidade do agente, além dessas diferenças citadas, ambas se diferem também quanto ao seu tempo de duração que varia de acordo com o delito, bem como outras situações (LIMA, 2020).

De acordo com Estefam e Gonçalves (2014, p. 2861), a medida de segurança é uma “espécie de sanção penal, de caráter preventivo, fundada na periculosidade do agente, aplicada pelo juiz da sentença, por prazo indeterminado, aos inimputáveis e, eventualmente, aos semi-imputáveis, a fim de evitar que tornem a delinquir”.

Segundo Nucci (2016, p. 2737/2738) existem duas espécies de medidas de segurança:

- a) internação, que equivale ao regime fechado da pena privativa de liberdade, inserindo-se o sentenciado no hospital de custódia e tratamento, ou estabelecimento adequado (art. 96, I, CP); b) tratamento ambulatorial, que guarda relação com a pena restritiva de direitos, obrigando o sentenciado a comparecer, periodicamente, ao médico para acompanhamento (art. 96, II, CP).

As medidas de segurança encontram previsão no Código Penal em seu artigo 96, consistindo em duas espécies, a primeira delas é a detentiva (internação) e a segunda é a restritiva (tratamento ambulatorial), conforme o parágrafo primeiro do referido artigo, o prazo mínimo de duração da internação ou tratamento ambulatorial deverá ser de 1 a 3 anos, caso seja averiguado a ausência de periculosidade, cessará a medida de segurança. Na situação em que através de exames realizados por determinação do juiz restar comprovada que a periculosidade

ainda persiste no agente, será dada continuidade a execução da medida (LIMA, 2020).

Não existe um entendimento unânime firmado no Brasil no tocante ao mais apropriado tratamento penal a ser aplicado aos indivíduos com psicopatia, posto que, muitos doutrinadores possuem entendimentos que divergem nesse sentido, como também devido à inexistência de uma legislação exclusiva a respeito disso. O entendimento mais aceito majoritariamente é o de que os psicopatas são indivíduos semi-imputáveis, levando-se em conta a sua carência de aptidão quanto a entender punições ou de manifestar sentimento de arrependimento, remorso ainda que frente à prisão, a pena não constitui um meio com o condão de impedir que o psicopata retorne à prática da atividade criminosa, isso acaba por tornar a medida de segurança o meio mais conveniente que possa atender ao *jus puniendi* do Estado. Apesar de ser considerada a medida que se apresenta como sendo a mais adequada a ser aplicada ao indivíduo psicopata, a medida de segurança não se isenta de imperfeições, sendo também alvo de grandes críticas, tais críticas têm por base as características dos psicopatas, por serem mentirosos e manipuladores podem por vezes acabar enganando os peritos quanto ao seu verdadeiro estado, exibindo uma melhora de maneira falsa, e com isso podendo receber um laudo em seu favor que o colocará de volta ao convívio em sociedade. (LIMA, 2020).

Palomba (2020) afirma que nos dias atuais em termos de execução penal há uma visão deturpada da imputabilidade penal na aplicação da medida de segurança. Até os anos 2000 segundo ele, a medida de segurança era a última coisa pela qual o advogado deveria pensar pelo fato de que, se o indivíduo fosse considerado como sendo um inimputável ou mesmo semi-imputável deveria permanecer sob medida de segurança pelo tempo em que vivesse, pois caso houvesse o seu retorno para o convívio em sociedade não tardaria à atividade criminosa.

Ainda nesse sentido, Palomba (2020) diz que no presente momento existe uma decadência da psiquiatria, trata-se de uma psiquiatria americanizada, direcionada pelas indústrias farmacêuticas que produzem remédios e que objetivam a venda destes, tal situação acaba por afetar uma subespecialidade da psiquiatria denominada de psiquiatria forense, em inúmeros casos são improvisados peritos para a realização de perícias em indivíduos com psicopatia, ocorre que na ocasião em que o perito fará a perícia desses indivíduos psicopatas eles se encontram

recolhidos em casa de custódia e tratamento, estão sendo bem cuidados, tomando os devidos remédios, não tem mulheres para estuprar, não precisam trabalhar, com isso, encontram-se calmos, lúcidos e colaborantes com a situação, levando em conta tais comportamentos favoráveis, o médico perito despreparado em razão de uma psiquiatria decadente e sem a devida especialização em psiquiatria forense entenderá que o quadro clínico daquele psicopata não justifica a continuidade de sua internação, concedendo ao mesmo parecer favorável, inserindo-o novamente ao convívio social, quando na verdade ao psiquiatra forense o que interessa é a periculosidade do agente e não o seu quadro clínico.

Na mesma linha de pensamento, o livro Medida de Segurança – Uma questão de saúde e ética do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2013, p. 55) declara que:

Muitas vezes, iniciada a medida de segurança em casos de semi-imputabilidade (psicopatas e transtornos de personalidade severos), torna-se muito difícil ao perito atestar a cessação da periculosidade, visto que apesar de o juízo de realidade e a capacidade cognitiva estarem preservados, existe um risco aumentado por questões que transcendem à psiquiatria e sua capacidade terapêutica atual.

Fica evidente a necessidade de um perito preparado, especializado em psiquiatria forense devido ao fato de haver uma grande dificuldade para se atestar a supressão da periculosidade do indivíduo psicopata, uma vez que a psicopatia não tem cura e tais indivíduos possuem como uma de suas características principais o hábito de mentir, manipular, podendo “enganar” profissionais despreparados.

Devido ao fato da psicopatia ser um transtorno da personalidade que não possui cura, a medida de segurança enfrenta uma grande problemática, pois o indivíduo psicopata submetido a ela é tratado como sendo um ser doente, o qual se encontrará curado e apto para o retorno à convivência em sociedade logo após o cumprimento de sua sanção penal. Ocorre que, não se considera o indivíduo psicopata como sendo uma pessoa doente, mas sim com um transtorno de personalidade desprovido de cura ou tratamento capaz de amenizá-lo (ZAFFORONI; PIARENGELI, 1997).

No Brasil, observa-se que a aplicação das medidas de segurança para indivíduos psicopatas constitui um meio sem eficácia, por outro lado o recolhimento dos psicopatas ao cárcere comum revela-se como não sendo o bastante para os

fronteiriços, uma vez que tais indivíduos possuem como característica a incapacidade de manifestação de sentimentos de arrependimento ou remorso frente aos atos praticados, com isso após o cumprimento da pena e conseqüente retorno ao convívio em sociedade, se torna muito possível que eles retornem à prática da atividade criminosa anteriormente praticada, dentro do sistema prisional brasileiro os psicopatas se mostram como indivíduos sem disciplina, os quais não se submetem a repreensão, reprimenda e correção (GRECO, 2012).

A partir do cenário suscetível a complicações exibido acima, surgem inúmeros posicionamentos de estudiosos na tentativa de solucionar tal problema envolvendo os indivíduos com psicopatia e o melhor tratamento penal a ser-lhes aplicado no Brasil.

Segundo Christian Costa (2008, p. 97):

A solução para o problema estaria na criação de prisões especificamente destinadas a psicopatas, onde estes ficariam isolados dos presos comuns, de maneira que não poderiam controlá-los. Esta prisão deveria receber uma atenção especial do governo, contando sempre com equipe médica e psicológica para acompanhamento permanente, caso contrário o que seria a resolução do problema, acabaria sendo verdadeira bomba prestes a estourar. Na impossibilidade de prisões específicas para os dissociais, [...] o compartilhamento de instituições prisionais com presos comuns também surtiria efeitos, se psicopatas e presos comuns não fossem colocados em contato, a partir de uma escala de horários diferenciada, e de selas equidistantes.

Para José Alves Garcia (1942, p. 418) a solução seria, “nem uma absolvição perigosa e nem uma punição ilógica; mas o direito de defesa social exige que nos pronunciemos por um isolamento definitivo de certos psicopatas, em especial dos recidivistas”.

Em contrapartida, Nathalia Cristina Soto Banha (2008, p. 3) estabelece outra espécie de solução para o referido problema, segundo ela:

Deve ser observada pela política criminal para o psicopata que mesmo após o fim da punição, seja ela medida de segurança ou não, ele precisa ser monitorado eternamente, já que possui em si a capacidade de cometer crimes, bastando uma válvula de escape, que pode se dar nas situações mais inusitadas; para isso ele poderia fazer uso da “tornozeleira eletrônica”, de maneira que sempre seria possível achá-lo. Outro ponto interessante é que mesmo em liberdade e com a tornozeleira, ele passasse por perícias periódicas (por uma equipe interdisciplinar) para que fosse analisado como anda seu transtorno.

Perante o exposto, nota-se que a psicopatia constitui uma real situação problemática para a subespécie da psiquiatria denominada de psiquiatria forense, tal situação não possui como fator preponderante a dificuldade de se estabelecer um diagnóstico de psicopatia em alguém, e sim no tocante a prestação de auxílio, ajuda destinada à Justiça acerca do ambiente e tratamento mais apropriado para o psicopata (MASI, 2018).

5 Análise de Casos Reais

5.1 Suzane Von Richthofen

Um dos casos mais chocantes que ficou conhecido pelos brasileiros, o qual ganhou muita notoriedade através da mídia nacional pelo fato de uma jovem ter arquitetado e matado seus próprios pais na casa da família.

Suzane era uma jovem de 19 anos na época dos fatos, de origem rica bonita, pertencente à classe médica alta, estudante do curso de direito em uma faculdade de São Paulo, que planejou e facilitou a morte de Marísia Von Richthofen e Manfred Albert Von Richthofen, seus pais. Em 31 de outubro de 2002 no Brooklin, um bairro nobre da cidade de São Paulo, logo em seguida à meia-noite, Suzane adentra a casa onde morava com seus pais com o intuito de averiguar se eles realmente estavam dormindo, confirmando isso ela permite o acesso de seu namorado Daniel Cravinhos e o irmão dele, Cristian, que tinham a época dos fatos 21 e 26 anos respectivamente, ao quarto onde seus pais se encontravam, os irmãos Cravinhos mataram os pais de Suzane com diversos golpes na cabeça provocados por um instrumento contundente enquanto eles dormiam. (SILVA, 2008, p.107).

Após o cenário de horror, constatando que o casal estava morto, os irmãos reviraram todo o quarto onde foi a cena do crime com o objetivo de fazer parecer um crime de laticínio, colocaram ainda ao lado do corpo de Manfred um revólver calibre 38 de sua propriedade para simular uma tentativa de defesa realizada pela vítima. Suzane levou da casa cerca de oito mil reais em dinheiro, seis mil euros e cinco mil dólares que estavam guardados numa maleta que pertencia ao seu pai e que ela tinha conhecimento de que havia dinheiro dentro da mesma, como forma de simular que realmente se tratava de um latrocínio como já descrito acima, ela ainda pegou joias da família e deixou algumas espalhadas pela casa. O casal de namorados por fim, precisava ainda de um álibi para a sua defesa como última etapa de seu plano sórdido e para isso foram até um motel localizado na zona sul de São Paulo onde ficaram em uma suíte presidencial no valor de cerca de R\$300,00 reais até por volta de 03h da manhã do dia seguinte, pediram nota fiscal ao irem embora do local, constituindo um fato intrigante para na tentativa de constituir um álibi perfeito (LIMA; BERTONI, 2015).

A motivação do crime se deu devido ao fato de os pais de Suzane não aceitarem o seu relacionamento com Daniel Cravinhos, um jovem de classe social muito diferente da dela, como ela era uma moça viajada que falava três idiomas, cursava o ensino superior, seus pais queriam que ela concluísse os estudos fora do país. Durante uma viagem dos pais de Suzane, o casal planejou a morte Marísia e Manfred para poderem ficar juntos.

O trio foi condenado pelo assassinato do casal Manfred e Marísia, Suzane e o namorado Daniel Cravinhos foram condenados a 39 anos de reclusão e seis meses de detenção, já Cristian a 38 anos de reclusão e seis meses de detenção (SILVA, 2008, p.109).

Segundo a Delegada Cintia Tucunduva (2012) no Documentário Investigação Criminal, o que chamava a atenção em Suzane era sua falta de manifestação de sentimento, no momento em que a polícia voltou à sua casa, eles demoraram em atender os policiais, estavam na piscina em uma espécie de comemoração, nas palavras dela: “como se fosse uma guia de museu” referiu-se a delegada ao momento em que Suzane acompanhara os policiais e indicava qual fora o local o crime, os cômodos da casa de onde foram retirados objetos.

O perito criminal Ricardo Salada (2012) também no Documentário Investigação Criminal, diz que não há como compreender que uma jovem de classe média alta que tem de tudo na vida cometer um crime bárbaro assim. Ele usa a palavra “geladeira” para se referir a Suzane pelo modo frio com que ela se apresenta desde o início, sem derramar uma lágrima sequer.

Por fim, ainda no Documentário Investigação Criminal, Palomba (2012) afirma que Suzane habita na zona fronteira, trata-se de uma psicopata, uma vez que, ela não é uma doente mental porque não sofre de delírios ou mesmo alucinações, como também não é uma pessoa normal, ela se encontra no fronteira entre ambos. A deformidade dela está justamente no querer, no fazer e nos seus sentimentos. Esse poder de sedução que constitui uma das características de indivíduos psicopatas fez com ela conseguisse realizar algo do qual não seria capaz de fazer sozinha, então ela urde um plano para que aquele seu desejo dê certo, que foi a morte de seus pais, para matá-los sozinha seria difícil, pois exigiria força, dado isso ela conseguiu convencer seu namorado e o irmão dele a executarem seu plano de morte. Esses indivíduos parecem ser brilhantes em algumas áreas, mas são absolutamente limitados em outras, como no caso de Suzane em que o plano

elaborado por ela pode ser tido como absolutamente pueril, sendo baseado em seriados de televisão, onde quiseram caprichar ao máximo para que fosse um crime sem suspeitas, no entanto, coberto por falhas que os colocavam cada vez mais na cena do crime.

A delegada Cintia Tucuncuva (2012) diz que por meio de pesquisas se faz possível perceber que alguns autores de homicídios agem em uma data próxima a algum significado, tal questão se mostra relevante uma vez que, o aniversário de Suzane é no dia 03 de novembro e crime ocorreu em 31 de outubro, muito provavelmente segundo a delegada exista sim essa simbologia. Nesse sentido Palomba (2012) fala dos parricídios, que consistem no ato de matar ascendentes, geralmente os indivíduos que cometem parricídios, os denominados parricidas, eles costumam praticar tais crimes com frequência, próximo a datas comemorativas ou datas que lhes são importantes. Segundo ele, essas datas possuem a característica de estimular impulsos afetivos, não como presentes, mas como a resolução de algum problema que precisava ser resolvido.

A respeito de Suzane, em reportagem realizada por Rodrigo Cardoso, Jonas Furtado e Juliana Lopes da revista IstoÉ Gente, o psiquiatra forense Antônio José Eça (2002) afirma que: “Ela tem alguma coisa de ruim dentro dela, uma perversidade, uma anormalidade de personalidade. A maldade está arraigada na alma dela”. Segundo ele, não há uma justificativa para o crime de Suzane se não for buscá-la em sua psicopatia, para ele a jovem deveria ir para um hospital de custódia e tratamento e permanecer internada lá pelo resto de sua vida, pois não alcançará nunca uma melhora significativa, uma vez que a psicopatia não tem cura.

5.2 Francisco de Assis Pereira

O assassino em série brasileiro que ficou conhecido como Maníaco do Parque. Segundo o portal de notícias da Polícia Civil do Estado de São Paulo (2019), Em 1998 no Parque do Estado, um parque dentro da mata, localizado em São Paulo na zona sul, começaram a ser encontrados vários corpos do sexo feminino um após o outro, dentre eles, alguns possuíam sinais de violência sexual e de mordidas na pele além se estarem dispostos com os joelhos no chão e outros foram encontrados já esqueletizados. A partir de investigações acerca dos fatos, o Departamento de Homicídios e de Proteção à Pessoa (DHPP) concluiu que aqueles

corpos de mulheres que haviam sido encontrados teriam sido vítimas do mesmo criminoso, se tratava portando, de um assassino em série. De acordo com O DHPP por meio das investigações, 23 mulheres teriam sido atacadas no Parque do Estado, sendo 11 delas brutalmente assassinadas no local, as demais conseguiram escapar com vida devido ao fato de o maníaco não ter atingido ainda sua forma mais violenta de atuação, as vítimas sobreviventes contribuíram para a elaboração do retrato falado do criminoso, fazendo com que a polícia chegasse até o motoboy Francisco de Assis Pereira.

Ainda segundo o portal notícias da Polícia Civil do Estado de São Paulo (2019), Francisco se utilizava de falsas promessas de trabalhos como modelo para seduzir suas vítimas que eram escolhidas por ele em um ambiente público, através de uma boa conversa, falando exatamente aquilo que as mulheres queriam ouvir e fazendo inúmeros elogios a elas, conseguia convencê-las a irem junto com ele em uma motocicleta para o Parque do Estado, onde segundo o mesmo, haveria uma equipe de publicidade presente no local para a realização de testes fotográficos para a carreira de modelo. O maníaco revelava sua verdadeira personalidade no momento em que adentravam ao interior da mata, neste local as vítimas sofriam a prática de torturas físicas e psicológicas, fazia questão de mostrar a elas os cadáveres de mulheres que haviam sido suas vítimas anteriormente. Por fim, no interior da mata após as sessões de tortura ele matava suas vítimas asfixiadas com o uso de seus próprios adereços como p.ex., cintos e cadarços de sapatos, logo após, os cadáveres das vítimas eram vilipendiados por ele. Francisco de Assis Pereira foi condenado a mais de 280 anos de reclusão por seus assassinatos em série.

Francisco possui um comportamento desviante do normal desde a sua infância através de ocorrências de brutalidades contra animais, quando ainda era criança ele presenciava com frequência cenas de abate de animais, uma vez que, morava próximo a um abatedouro de bois, falava que sentia “dó” quanto à violência empregada para matar tais animais, mas que não se importava em observar àquelas cenas de morte. Importante salientar que, os bois quando caem após a ação curvam os joelhos e vêm a óbito, da mesma maneira como os corpos de algumas de suas vítimas foram encontrados, de joelhos ao chão e corpo caído. O maníaco do parque é considerado um psicopata, pois possui um intenso desvio de sua personalidade, ou melhor, um transtorno de personalidade, objetivando a satisfação de sua lascívia,

utilizando-se de um charme “superficial” e falsas promessas, visto que uma das grandes características dos psicopatas é a mentira, consegue atrair suas vítimas para o local do crime, durante e posteriormente à prática dos crimes, Francisco não esboça nenhum tipo de arrependimento ou mesmo remorso (SOUZA, 2019).

Palomba (2020), também afirma ser Francisco de Assis Pereira um indivíduo com psicopatia, devido ao fato do mesmo entender o caráter ilícito dos fatos por ele praticados, tanto compreendia, que para a prática do crime atraia essas mulheres por meio de elogios, cantadas, para locais afastados, no entanto ao chegarem ao Parque do Estado ele não conseguia exercer o domínio de maneira total sobre aquele ímpeto selvagem, orgânico, inato dele, é como se ele estivesse escravizado com algum determinado desejo mórbido de praticar aquilo. Ainda segundo ele, o maníaco do parque possuía uma capacidade de entendimento direcionada a si mesmo, isso ficou evidente quando em um de seus ataques a vítima lhe disse que era soropositiva e ele recuou da prática do crime, do mesmo modo ele não atacava as vítimas se houvesse alguma testemunha por perto.

Em laudo psiquiátrico realizado pelo governo de São Paulo restou confirmado que Francisco de Assis Pereira se tratava de um verdadeiro psicopata, não restando dúvidas de que não era um doente mental dada à sua capacidade de compreensão da ilicitude de seus atos.

6 CONCLUSÃO

Por meio deste trabalho podemos concluir que, indivíduos psicopatas sempre existiram na sociedade desde os primórdios, no passado eram denominados psicopatas quaisquer indivíduos que exibissem problemas ou transtornos mentais, mas com o avançar dos estudos médicos psiquiátricos acabou-se constatando que nem todos os indivíduos que cometiam crimes de modo desumano e cruel apresentavam algum tipo de delírio. Atualmente podemos compreender os psicopatas como sendo indivíduos com transtorno da personalidade, afastando-os de qualquer espécie de loucura, delírio ou até mesmo de doença mental como o próprio significado da palavra psicopatia aduz, pelo fato de serem indivíduos que possuem um perfeito entendimento da índole irracional de seus atos.

Os psicopatas se diferem dos indivíduos normais por não possuírem sentimentos de pena, empatia, arrependimento ou remorso, possuem um grande poder de sedução, são encantadores e atraentes, mas que se escondem por trás de uma máscara aparentando serem boas pessoas até conseguirem o que aspiram, sendo na verdade indivíduos frios, calculistas, manipuladores, violadores de regras, mentirosos e desenfreados não medindo esforços para atingirem o seu objetivo, tais indivíduos possuem como propósito a autossatisfação.

Os indivíduos psicopatas se assemelham a pessoas normais e possuem a capacidade de se camuflarem para conseguirem viver bem em sociedade sem que sejam descobertos, no entanto não são pessoas normais por possuírem distúrbios dos sentimentos, ausência de sentimentos superiores e uma deformidade relativa à sua vontade.

O indivíduo não adquire a psicopatia em algum momento de sua vida devido a uma vivência dolorosa, ela é inata a ele, ou seja, desde o seu nascimento ele já é um psicopata, possui uma potência dentro de si que pode ser de grau leve ou mesmo elevado e que a partir de fatores socioculturais poderá ocorrer a transformação desta potência que faz parte da constituição desse indivíduo desde que ele nasceu em ato. A psicopatia não tem cura, nem ao menos um tratamento eficaz que possa ajudar o indivíduo a controlar seus impulsos, com isso não se faz possível a ressocialização do psicopata.

No Brasil não existe um tratamento específico para os psicopatas, o atual Código Penal adota o sistema vicariante, onde será aplicado ao indivíduo pena

ou medida de segurança em caráter de substituição, a primeira não se mostra eficaz, uma vez que o psicopata não “aprende” com a pena cominada a ele, quando preso ele não manifesta nenhum sentimento de remorso ou arrependimento, com isso a pena não cumpre seu caráter ressocializador, visto que, assim como já foi dito acima a psicopatia não tem cura, desta forma assim que retornar ao convívio em sociedade o psicopata não tardará à prática de novos crimes. Por outro lado a medida de segurança se apresenta como sendo a melhor medida a ser aplicada ao psicopata, segundo entendimento majoritário o indivíduo com psicopatia é considerado um agente semi-imputável por isso à aplicação de medida de segurança a ele. Embora ela se mostre a medida mais eficaz, não se exime de falhas e críticas quanto à forma de tratamento empregado ao psicopata que é tratado como sendo um doente que um dia estará curado, quanto à carência de peritos especializados em psiquiatria forense dada à elevada capacidade de persuasão, manipulação e mentiras dos psicopatas.

No ordenamento jurídico brasileiro, a ausência de uma medida exclusiva destinada aos indivíduos com psicopatia faz surgir uma imensa necessidade da criação de uma forma de tratamento individualizada que atenda em sua totalidade às necessidades dos psicopatas, bem como um ambiente compatível para o emprego de tal tratamento.

Embora os casos reais apresentados anteriormente não deixem dúvidas de que Suzane Von Richthofen e Francisco de Assis Pereira sejam psicopatas, devendo por tal motivo serem considerados semi-imputáveis para que a eles seja aplicada a medida de segurança dado ao incurável transtorno de personalidade que possuem, a justiça não se convenceu disso e os considerou como sendo imputáveis, aplicando a eles penas restritivas de liberdade, a medida adotada pela justiça revela um grande problema, uma vez que, assim como já mencionado anteriormente a psicopatia não tem cura, logo os psicopatas não sairão melhores do que entram na cadeia, tais indivíduos não aprendem com penas, dado que, não sentem arrependimento nenhum do que fizeram, logo, haverá uma grande probabilidade de retorno à prática de crimes como aqueles que resultaram em sua prisão. Segundo especialistas, ambos deveriam estar internados em hospitais de custódia e tratamento pelo resto de suas vidas, em virtude do grau elevado de periculosidade que possuem para com a sociedade.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHÁ, Maria Fernanda Faria. **Funcionamento executivo e traços de psicopatia em jovens infratores**. 2011. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em:

<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-07122011-150839/publico/MariaFernandaFariaAcha.pdf>. Acesso em: 14 de mar. 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al; Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli. et al. 5 ed. Porto Alegre. 2014.

ARAÚJO, Glauco. **'É impossível curar um psicopata', diz psiquiatra forense Guido Palomba**. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL1568178-5598,00-E+IMPOSSIVEL+CURAR+UM+PSICOPATA+DIZ+PSIQUIATRA+FORENSE+GUIDO+PALOMBA.html>. Acesso em: 20 de ago. 2020.

BAIA, Lhais Silva. **Semi-imputabilidade e medidas de segurança**. Artigos 2018. Disponível em:

<https://canalcienciascriminais.jusbrasil.com.br/artigos/614629910/semi-imputabilidade-e-medidas-de-seguranca#:~:text=A%20culpabilidade%20pode%20ser%20entendida,ao%20fato%20t%C3%ADpico%20e%20il%C3%ADcito>. Acesso em: 14 de set. 2020.

BRASIL. **Decreto-Lei nº. 2.848 de 7 de Dezembro de 1940. Código Penal**.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 02 de set. 2020.

BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Habeas-corpus nº 186149. 5ª Turma. Relator: Min. Jorge Mussi, Brasília, DF, 19 de agosto de 2011. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/21099539/habeas-corpus-hc-186149-df-2010-0176782-7-stj/inteiro-teor-21099540?ref=juris-tabs>. Acesso em: 02 de set. 2020.

CARDOSO, Rodrigo; FURTADO, Jonas; LOPES, Juliana. **Esta menina matou os pais**. 2002. Disponível em:

https://www.terra.com.br/istoegente/172/reportagens/capa_suzana_01.htm. Acesso em: 05 de set. 2020.

CASOY, Ilana. **Serial Killer: made in Brazil**. Rio de Janeiro: Darkside Books, 2014.

CLARA, Thays. **Aspectos históricos da psicopatia**. Artigos. 2017. Disponível em: <https://thaysclara.jusbrasil.com.br/artigos/530180428/aspectos-historicos-da-psicopatia>. Acesso em: 15 de mar. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Medida de Segurança: uma questão de ética**. São Paulo, 2013.

COSTA, Chirstian. **Curso de Psicologia Criminal**. Belém: Planeja RH, 2008.

CUNHA, Rogério Sanches. **Curso de Direito Penal: parte geral (arts. 1º ao 120)**. Salvador: Editora Juspodivm, 2013.

DAMÁSIO Evangelista de Jesus. **Direito Penal: Parte Geral**. 21º edição: Editora Saraiva, 1998.

DOCUMENTÁRIO INVESTIGAÇÃO CRIMINAL – **Caso Suzane Von Richtofen**. 2012. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=RtGGgw2BDD8>. Acesso em: 25 de set. 2020.

ESTEFAM, André; GONÇALVES, Victor Eduardo Rios. **Direito Penal Esquematizado – Parte Geral**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

ESTEVES, Germano Gabriel Lima. **Comportamento Antissocial: Uma Avaliação A Partir da Agressividade, Personalidade e Psicopatia**. 2014. Dissertação apresentada ao programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas. Disponível em: <http://www.ufal.edu.br/unidadeacademica/ip/pos-graduacao/mestrado-em-psicologia/dissertacoes/2014/germano-gabriel-lima-esteves-comportamento-antissocial-uma-avaliacao-a-partir-da-agressividade-personalidade-e-psicopatia>. Acesso em: 18 de abr. 2020.

FAIAN, Nailena. **Entrevista: Psicopata, no limite tênue entre a loucura e a maldade**. 2020. Disponível em: <https://gmconline.com.br/noticias/geral/nao-e-possivel-curar-um-condutopata-afirma-psiquiatra-forense/>. Acesso em: 30 de mai. 2020.

FILHO, Nelson Hauck; TEIXEIRA, Antônio Pereira; DIAS, Ana Cristina Garcia. **Psicopatia: o construto e sua avaliação**. Artigos 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000300006. Acesso em: 23 de mai. 2020.

FILHO, Nestor Sampaio Penteado. **Manual Esquematizado de criminologia**. 2. Ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

GARCIA, José Alves. **Compendio de psiquiatria**. Rio de Janeiro: A Casa do Livro, 1942. Disponível em <http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/21158/21158.PDF>. Acesso em: 21 de set. 2020.

GARDENAL, Izabela Barros; COIMBRA, Mário. **Evolução Histórica do Psicopata na Sociedade**. Artigos 2018. Disponível em: <https://izabelabgardenal.jusbrasil.com.br/artigos/604499552/evolucao-historica-do-psicopata-na-sociedade>. Acesso em: 14 de mar. 2020.

GAÚCHAZH. **Psicopatia não tem cura; é um modo de ser, diz psicanalista**. 2011. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/comportamento/noticia/2011/05/psicopatia-nao-tem-cura-e-um-modo-de-ser-diz-psicanalista-3323647.html>. Acesso: 02 de out. 2020.

GRECO, Rogério. **Código Penal Comentado**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2011.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal**. 13. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2011.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal**. 14. ed. Rio de Janeiro. Editora Impetus, 2012.

GUEDES, Rayane Ferreira. **A responsabilidade penal dos psicopatas à luz do hodierno sistema jurídico brasileiro**. Artigos 2017. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/a-responsabilidade-penal-dos-psicopatas-a-luz-do-hodierno-sistema-juridico-brasileiro/>. Acesso em: 18 de abr. 2020.

HARE, Robert D. **Sem consciência: o mundo perturbador dos psicopatas que vivem entre nós**. 2013. Disponível em: <https://epdf.pub/sem-consciencia-o-mundo-perturbador-dos-psicopatas-que-vivem-entre-nos-1-ediao.html>. Acesso em: 07 de mar. 2020.

INSTITUTO ÊXITO. **IV Congresso Nacional On-line de Perícia Criminal. Loucura & Crime: Prof.: Guido Arturo Palomba**. 2020. Disponível em: <https://portal.institutoexito.net.br/aluno/sala/curso/52/video/647>. Acesso em: 10 de out. 2020.

LIMA, Cezar de; BERTONI, Felipe Faoro. **Caso Richthofen**. 2015. Disponível em: <https://canalcienciascriminais.jusbrasil.com.br/artigos/323442322/caso-richthofen>. Acesso em: 07 de out. 2020.

LIMA, Jackeline Oliveira de. **Os aspectos jurídicos e psicológicos da psicopatia**. Artigos 2020. Disponível em: http://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/54674/os-aspectos-juridicos-e-psicologicos-da-psicopatia#_ftn1. Acesso em: 12 de out. 2020.

Manual MSD versão para profissionais da saúde. **Visão geral dos transtornos da personalidade**. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psiQUI%3%A1tricos/transtornos-de-personalidade/vis%3%A3o-geral-dos-transtornos-de-personalidade>. Acesso em: 05 de mar. 2020.

MASI, Carlo Velho. **Transtorno de personalidade antissocial e Direito Penal**. Disponível em <https://canalcienciascriminais.com.br/transtorno-personalidade-antissocial/>. Acesso em: 15 de out. 2020.

MASSON, Cleber. **Direito Penal Esquematizado – parte geral – Vol. 1**. 9. Ed, ver., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2015.

MAZER, Angela K; MACEDO, Brisa Burgos D; JUREMA, Mário Francisco. **Transtornos da personalidade**. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2017/vol50-Supl-1/Simp9-Transtornos-da-Personalidade.pdf>. Acesso em: 31 de mai. 2020.

MESQUITA JÚNIOR, Sidio Rosa de. **O sistema vicariante na Lei nº 11.343/2006.** Artigos 2007. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/9654/o-sistema-vicariante-na-lei-n-11-343-2006>. Acesso em: 03 de out. 2020.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Direito Penal – Parte Geral.** 4. Ed. Rio de Janeiro: Forense, 2015.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal.** 12. ed. rev., atual e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

PASSOS, Beatriz Fernandes; ROSA Andréia Ayres Gabardo da. **A figura do psicopata no ordenamento judiciário brasileiro.** Artigos 2019. Disponível em: <https://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/53038/a-figura-do-psicopata-no-ordenamento-judiciario-brasileiro>. Acesso em: 28 de set. 2020.

PAULINO, Daniela. **Loucura e crime: um bate-papo com o psiquiatra forense Guido Palomba.** 2019. Disponível em: <https://www.atribuna.com.br/variedades/atrevista/loucura-e-crime-um-bate-papo-com-o-psiquiatra-forense-guido-palomba-1.76131>. Acesso em: 06 de mai. 2020.

PIMENTEL, Vanessa Miceli de Oliveira. **Psicopatia e Direito Penal O Lugar do autor psicopata dentro do sistema jurídico-penal.** Artigos 2016. Disponível em: <https://nessamiceli.jusbrasil.com.br/artigos/314024342/psicopatia-e-direito-penal>. Acesso em: 21 de mar. 2020.

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO. Notícias. **Maníaco do Parque.** 2019. Disponível em: https://www.policiacivil.sp.gov.br/portal/faces/pages_home/noticias/noticiasDetalhes?rascunhoNoticia=0&collectionId=358412565221036839&contentId=UCM_048822&afrLoop=1464999435418217&afrWindowMode=0&afrWindowId=jepsazwh7_70#!%40%40%3F_afrWindowId%3Djepsazwh7_70%26collectionId%3D358412565221036839%26_afrLoop%3D1464999435418217%26contentId%3DUCM_048822%26rascunhoNoticia%3D0%26_afrWindowMode%3D0%26_adf.ctrl-state%3Djepsazwh7_90. Acesso em: 20 de out. 2020.

RATH, Ferdinando Resende. **Psicopata; o que é? Doença ou transtorno de personalidade? Psicopata x cura.** Artigos 2019. Disponível em: <https://resenderathferdinando.jusbrasil.com.br/artigos/707110585/psicopata-o-que-e-doenca-ou-transtorno-de-personalidade?ref=serp>. Acesso em: 06 de jun. 2020.

SANTOS, Bruna Gabriela Batista. **A imputabilidade por doença mental.** Artigos 2018. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/66379/a-imputabilidade-por-doenca-mental>. Acesso em: 22 de set. 2020.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes Perigosas: o psicopata mora ao lado.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.

SOUZA, Danielle Ortiz de Avila. **Maníaco do parque: análise psicopatológica e comportamental.** 2019. Disponível em:

<https://canalcienciascriminais.com.br/maniaco-do-parque-analise-psicopatologica-e-comportamental/>. Acesso em: 20 de out. 2020.

SPERA, Nayara Pressotto. **Psicopata: Criminoso Comum ou Doente Mental?**.

2010. Disponível em:

<https://cepein.femanet.com.br/BDigital/argTccs/0711230584.pdf>. Acesso em: 17 de out. 2020.

TORRES, Bruna Pereira; VIANA, André de Paula. **Psicopatia com enfoque no caso de Suzane Von Richthofen**. Artigos 2020. Disponível em:

<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/psicopatia-com-enfoque-no-caso-de-suzane-von-richthofen/>. Acesso em: 01 de out. 2020.

VASCONCELOS, Aline Trindade; BONINI, Luci Mendes de Melo. **Sistema Jurídico-Penal Brasileiro: A responsabilidade do Psicopata**. Artigos 2020. Disponível em:

<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-processual-penal/sistema-juridico-penal-brasileiro-a-responsabilidade-do-psicopata/>. Acesso em: 30 de set. 2020.

ZAFFORONI, Eugenio Raul; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1997.

