



**FACULDADE BAIANA DE DIREITO**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO**

**LUIZA RODRIGUES DOS SANTOS**

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO JURÍDICO NA EXECUÇÃO  
DE MEDIDAS DE SEGURANÇA EM CRIMES PASSIONAIS  
FRENTE À LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA (LEI  
10.216/2001)**

Salvador  
2018

**LUIZA RODRIGUES DOS SANTOS**

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO JURÍDICO NA EXECUÇÃO DE  
MEDIDAS DE SEGURANÇA EM CRIMES PASSIONAIS FRENTE À  
LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA (10.216/2001)**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Direito, Faculdade Baiana de Direito, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Mônica Neves Aguiar

Salvador  
2017

## TERMO DE APROVAÇÃO

**LUIZA RODRIGUES DOS SANTOS**

### **A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO JURÍDICO NA EXECUÇÃO DE MEDIDAS DE SEGURANÇA EM CRIMES PASSIONAIS FRENTE À LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA (10.216/2001)**

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em  
Direito, Faculdade Baiana de Direito, pela seguinte banca examinadora:

Nome: \_\_\_\_\_

Titulação e instituição: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Titulação e instituição: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Titulação e instituição: \_\_\_\_\_

Salvador, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2017

Aos meus pais que me deram todo o apoio para chegar até aqui. Gratidão por todo o esforço empregado, pelo afeto, preocupação e investimento realizado por uma única razão: amor.

## AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade de viver sempre sob sua proteção.

Aos meus pais, Sérgio e Simone, que são exemplos de referências profissionais para mim e que tanto incentivam a minha busca pelo conhecimento.

À Fabiane Guimarães pelo apoio incondicional, pelo amor, cuidado, carinho e pela amizade. Obrigada por alimentar o meu grande sonho e me fazer ir sempre além.

A Iracema por todo apoio que muito contribuiu para que esse trabalho se realizasse.

Aos meus avós, Clóvis e Lucila, exemplo de humildade e sabedoria, obrigada pelo amor doce que robustece a minha alma e me dá forças para enfrentar as dificuldades que encontro no caminho.

À Yan Dourado, a quem eu devo gratidão por todo amor, compreensão companheirismo e força nessa jornada.

Aos meus amigos pela ajuda cotidiana, em especial: Hilton, Filipe, Karol pelas inúmeras vezes que leram o meu trabalho, eu não sei nem como agradecer.

Às minhas primas Lua e Ligia que tanto me ajudara nessa etapa.

Agradeço, especialmente, àquelas amigadas que formei durante a graduação pela compreensão mútua e luta que vivemos em conjunto nessa trajetória: Anne, Andrea, Aline, Mariana Medeiros, Júlia, Lerness, Kissia, Hanna, Mariana Oliveira, Mano, Carol Mattos, Annia.

Aos meus amigos do Núcleo de Prática Jurídica, Mila e Caio, pelas tardes de discussão sobre o meu tema de monografia.

A Dra. Mônica Neves Aguiar, minha orientadora, que muito contribuiu para a minha formação acadêmica e me possibilitou ampliar a minha visão acerca da saúde mental. Obrigada por todo apoio.

A todos aqueles que de algum modo contribuíram direta ou indiretamente para que este trabalho fosse realizado.

“A contaminação psíquica é pior que piolho. Vai passando de uma cabeça para outra, numa rapidez incrível. E, como você sabe, todo mundo já pegou piolho”  
Nise da Silveira

“Não são as pessoas que têm complexos, são os complexos que as têm”  
Carl Gustav Jung

## RESUMO

Este trabalho tem por finalidade analisar as medidas de segurança fixadas ao portador de um transtorno mental psicótico que comete um homicídio passional – aquele motivado por paixão. Sob o enfoque jurídico da doutrina penal, apresenta-se os fundamentos para a análise da inimputabilidade daqueles que cometem o crime em comento. A fim de entender a legislação aplicável ao mencionado crime, reputa-se uma análise da evolução histórica acerca da interpretação penal adotada – conjugada com os valores patriarcais e autoritários da sociedade brasileira – que muito contribuiu com o modo de decidir dos jurados. Seguindo esse contexto, busca-se analisar o tema a partir da Teoria dos Complexos, estudada pelo campo da ciência da Psicologia Analítica, de modo a entender qual tipo de transtorno esteve presente na consecução do crime para a adequada aplicação da sanção penal. Diante desses casos, é crucial analisar as controvérsias entre os aspectos práticos e teóricos da aplicação da Lei da Reforma Psiquiátrica ao sistema penal, frente às atuais incipientes condições de infraestrutura dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. O estudo perpassa pelo esboço histórico dos tratamentos psiquiátricos realizados nos manicômios judiciais antes do advento da Lei 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica) e da Lei de Execução Penal no Brasil, abrangendo as conquistas herdadas a partir da revolução proposta pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Esta análise histórica é elementar para o entendimento acerca da luta pela tutela dos direitos dos portadores de transtornos mentais no país e da inserção do psicólogo jurídico no sistema penal. Conclui-se que os portadores de um transtorno psicótico merecem ser julgados de forma justa, de modo a alcançar o tratamento satisfatório que vise a sua ressocialização.

**Palavras-chave:** psicólogo jurídico; medida de segurança; Lei da Reforma Psiquiátrica; crime passional; Teoria dos Complexos; Psicologia Analítica.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

art.	Artigo
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CRP-RS	Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul
CP	Código Penal
CF/88	Constituição Federal da República
ed.	edição
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
LEP	Lei de Execução Penal
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MP	Ministério Público
p.	página
PAILI	Programa de Atenção ao Louco Infrator
PAI-PJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TJDFT	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios
TJGO	Tribunal de Justiça do Estado de Goiás
TJMG	Tribunal de Justiça de Minas Gerais
v.	volume

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	09
<b>2 CRIME PASSIONAL: PODE A PAIXÃO TORNAR-SE UMA DOENÇA MENTAL?</b>	14
2.1 UMA ANÁLISE DOS CRIMES PASSIONAIS À LUZ DA PSICOLOGIA SIMBÓLICA JUNGUIANA	26
2.2 A TEORIA DOS COMPLEXOS DE JUNG	39
2.2.1 O complexo do ciúme	46
2.2.2 O complexo amoroso	48
2.2.3 A constelação do complexo e a prática dos crimes passionais	49
<b>3 A APLICAÇÃO DA LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO ÂMBITO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA</b>	52
3.1 A PSICOSE VISTA COMO LOUCURA E O ESTIGMA DA PERICULOSIDADE DO LOUCO INFRATOR DA NORMA PENAL	61
3.2 A NORMATIVA LEGAL REFERENTE AOS DIREITOS DO DOENTE MENTAL AO LONGO DA HISTÓRIA NO BRASIL	69
3.3 MUDANÇAS NOS TRATAMENTOS PSIQUIÁTRICOS APÓS A LEI 10.216/2001	81
<b>4 CUSTÓDIA E TRATAMENTO DOS CONDENADOS PELA PRÁTICA DE CRIMES PASSIONAIS COM TRANSTORNO MENTAL</b>	89
4.1 DIFERENÇAS CONCEITUAIS ENTRE PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE E MEDIDAS DE SEGURANÇA	94
4.2 ESPÉCIES DE MEDIDA DE SEGURANÇA	103
4.2.1 Tratamento hospitalar	106
4.2.2 Tratamento ambulatorial	108
4.3 A DESISTINTUCIONALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS E A DESINTERNAÇÃO PROGRESSIVA	110
4.4 A ATUAÇÃO DO PSICOLOGO JURIDICO NAS MEDIDAS DE SEGURANÇA	118
<b>5 CONCLUSÃO</b>	126
<b>REFERÊNCIAS</b>	130

## 1 INTRODUÇÃO

O crime, a loucura e a paixão são temas que intrigam a sociedade e que estão cada vez mais em foco nos debates de diversas áreas do saber – como o Direito Penal, a Criminologia, a Psicopatologia, a Psicologia e Psiquiatria Forense. A princípio, necessário se faz destacar que muitos estudos foram galgados em busca da compreensão das doenças mentais, embora o Direito ainda não haja alinhado adequadamente a questão com a psicopatologia, sustentando, por vezes, uma visão estigmatizada sobre a loucura através de uma interpretação superficial e desconexa da realidade subjetiva do indivíduo.

O pensamento jurídico não deve se confinar a uma perspectiva reducionista e ultrapassada acerca do portador de um transtorno psíquico – a partir do estigma da doença psicopatológica –, desconsiderando as suas singularidades e características psíquicas. É necessário alavancar as discussões, críticas e questionamentos acerca dos tratamentos psiquiátricos, da tutela ao direito fundamental à saúde mental, dos ambientes ambulatoriais e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, de modo a ampliar esse debate para uma perspectiva humanística e ressocializadora.

Imperioso se faz estabelecer o vínculo que o trabalho possui com os aspectos psicológicos que envolvem aquele que comete o crime passionai, o qual é versado doutrinariamente pela peculiaridade de ser motivado pela paixão. Tal recorte temático será norteado por uma abordagem interdisciplinar, para melhor entender as questões envolvidas na aplicação de medida de segurança em hipóteses de inimputabilidade em decorrência de psicoses. Por isso, o presente trabalho busca tratar, com base nos estudos da Psicologia Analítica – em específico a partir da abordagem da Psicopatologia Simbólica Junguiana –, a linha tênue que separa o indivíduo que sofre de um transtorno mental daqueles que agem com total capacidade de discernimento da sua conduta.

Tais influências, estudadas pelo campo da Psicologia, podem levar o indivíduo a ter um comportamento violento e abusivo nas relações amorosas, o que pode decorrer de um aspecto patológico da personalidade, em uma dinâmica psicopática, borderline ou psicótica. Estabelecer qual dessas dinâmicas esteve presente na consecução do crime é primordial para se definir se houve crime doloso decorrente de psicopatia – caso em que a imputabilidade é reconhecida – ou se o crime foi

cometido em surto borderline ou psicótico – hipóteses nas quais devem ser aplicadas a medida de segurança adequada. Deste modo, busca-se tratar do indivíduo psicótico que comete um crime passionai, de modo a adequar corretamente a subsunção do fato à norma.

Preocupa-se em abordar os fatores psíquicos que podem indicar os sintomas doentios de um comportamento violento e abusivo do homicida que comete um crime passionai, a fim de entender a sua origem, por meio da influência do seu arcabouço psicológico e emocional.

Assim, dedica-se à análise das influências comportamentais, para além daquelas observáveis no meio ambiente, mas impelidas por forças psíquicas que, quando estimuladas por determinados fenômenos da vida, podem apresentar-se de maneira positiva ou negativa.

Vislumbra-se, a partir dos conhecimentos da Psicologia, agregar a compreensão acerca da linha tênue que perpassa entre o ciúme, a paixão, o amor, a possessividade e as mais diversas emoções que, quando decorrentes de experiências negativas vivenciadas ao longo da vida, levam o indivíduo a matar e/ou agir de forma violenta.

O esclarecimento de tais influências visa auxiliar os profissionais da área forense a entender os pontos comuns e díspares entre o normal e o patológico, embora não faça parte da seara jurídica saber identificar, tecnicamente, esses estados, pois essa análise compete a outros ramos do saber, como a Psicologia. Entender esses aspectos é fundamental para a determinação adequada da espécie de sanção a ser aplicada e, entre as medidas, qual deve ser a escolhida: a internação psiquiátrica ou o tratamento ambulatorial.

Será demonstrado que, em alguns casos, o crime em destaque pode ser motivado por circunstâncias morais, resultantes de uma construção histórica e sociocultural acerca do crime passionai. Neste raciocínio, o indivíduo é influenciado a praticar a conduta criminosa, em virtude dos valores de uma sociedade patriarcal e autoritária, os quais sustentaram, durante muito tempo, a tese da legítima defesa da honra e dignidade do homem, justificando, assim, a violência contra a mulher “adúltera”.

Apesar de a tese da legítima defesa da honra e da dignidade do homem ter sido mitigada, ao não ser expressamente reconhecida no plano jurídico, ainda não foram

totalmente eliminados os sentimentos de autoridade e patriarcalismo da sociedade brasileira, os quais subjagam a mulher. Assim, para alguns homens, a perda desse objeto representa o gatilho para a prática da agressão, seja essa física ou psicológica.

Após a análise da relação estabelecida entre o sentimento da paixão patológica e a doença mental, passa-se a abordagem do tema sob o viés da normativa legal dada ao portador de um transtorno mental delinquente ao longo da história.

Sabe-se que o louco, desde os primórdios da humanidade, é tratado pela sociedade como símbolo de ameaça por força do espectro discriminatório que se construiu ao longo do tempo sob a sua condição mental, bem como em razão da imprevisibilidade quanto às suas condutas.

Pela perspectiva do senso comum, atribui-se aos portadores de uma doença mental características como periculosidade e violência. Por conta disso, tornam-se vítimas da intolerância, preconceito e da exclusão social.

Nesta acepção, a presente abordagem busca realizar um esforço histórico sobre os tratamentos psiquiátricos no Brasil, anteriores à Lei 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica). Tal marco teórico possui extrema relevância para a investigação dos tratamentos ofertados nos manicômios judiciários, e a inserção gradual da figura do psicólogo jurídico nesse contexto, pois representou uma transição paradigmática dos tratamentos psiquiátricos, abandonando a perspectiva hospitalocêntrica, característica do sistema asilar. A grande revolução proposta consubstanciou-se na desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, bem como na implementação de novas alternativas terapêuticas.

Em ordem cronológica, busca-se retomar a forma com a qual o ordenamento jurídico tratou a loucura, desde a criação do primeiro hospício – Hospital Pedro II – até o advento a Lei da Reforma Psiquiátrica.

Paralelamente, demonstra-se como a história da psiquiatria contribuiu para a construção do imaginário social acerca do louco no Brasil, destacando, assim, o Movimento Antimanicomial como o marco central de uma proposta de inclusão do portador de transtorno mental na sociedade. Outros incentivos também serão abordados, como a importância da figura ilustre do italiano Franco Basaglia e da

psiquiatra Nise da Silveira que muito contribuíram para a desistitucionalização da assistência médico-psiquiátrica no país.

Todavia, diante da atual legislação, objetiva-se abordar as controvérsias entre o que dispõe a Lei 10.216/2001 e a Lei de Execução Penal, no que concerne à determinação da espécie do tratamento, a sua duração e a desinternação do paciente judiciário. Deste modo, será demonstrada a obrigatoriedade e necessidade de harmonização entre ambas, uma vez que devem buscar atingir o mesmo fim: o tratamento digno e a ressocialização do indivíduo. A Lei da Reforma Psiquiátrica, por ser mais recente, contempla um rol maior de direitos do portador de um transtorno mental, devendo, principalmente por esse motivo, ser amplamente aplicada ao sistema penal.

Após essa análise cronológica, passa-se a explorar a abordagem acerca dos aspectos práticos da custódia e tratamento dado aos condenados pela prática de crimes passionais, sentenciados ao cumprimento de medida de segurança nos Hospitais de Custódia e Tratamento, outrora chamados de Manicômios Judiciário – instituição onde se cumpre a medida de segurança.

Far-se-á uma distinção entre os aspectos conceituais da pena e da medida de segurança, de modo a esclarecer a finalidade de cada uma. Outro objetivo do trabalho é comparar a natureza jurídica e função de ambas, sobretudo no que se refere ao caráter retributivo e preventivo.

Posteriormente, busca-se demonstrar a atuação psicólogo jurídico no âmbito da execução das medidas de segurança aplicadas aos indivíduos portadores de uma doença psíquica que cometem crimes passionais no Brasil, diante da aplicação da Lei da Reforma Psiquiátrica 10.216/2001.

Sabe-se que, no plano da prática forense, de modo objetivo, o ponto de interseção entre a Psicologia e o Direito se concentra no parecer conclusivo do psicólogo jurídico, embora esse profissional possua competências técnicas que vão além da elaboração de um laudo.

O exame é realizado para avaliar a possibilidade de cessação da periculosidade do indivíduo. Nesse contexto, será abordada a dissensão existente entre essas áreas do conhecimento acerca do caráter conclusivo deste parecer.

Em verdade, há uma grande dificuldade em se estabelecer a precisão do parecer conclusivo do psicólogo jurídico nas medidas de segurança em face da expectativa do magistrado que opõem-se às limitações ético-profissionais desse especialista. Diante desta dissensão entre as duas áreas, pretende-se levantar as implicações da natureza conclusiva do supracitado parecer, frente às limitações impostas pela resolução 012/2011 do Conselho Federal de Psicologia.

Propõe-se apontar as dificuldades práticas que enfrentam os profissionais que atuam nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em virtude das variáveis que influenciam o processo da desinternação e reinserção dos portadores de uma enfermidade psíquica – o abandono sociofamiliar, a dificuldade de inclusão no mercado de trabalho e, muitas vezes, a incapacidade de subsistência pela ausência de recursos e condições financeiras para continuar o tratamento, dentre outras dificuldades.

Em tal situação, destaca-se a importância do trabalho de uma equipe multidisciplinar, de modo a buscar uma avaliação biopsicossocial do indivíduo, não somente sob a perspectiva da cessação da sua periculosidade, mas, essencialmente, a partir do restabelecimento dos vínculos sociais.

Tal alternativa visa corrigir os erros provenientes das incipientes condições de infraestrutura dos Hospitais de Custódia e Tratamento que influenciam na ineficácia dos tratamentos submetidos ao portador de transtorno mental.

Por fim, serão abordadas as dificuldades da desinternação progressiva frente à omissão da legislação penal quanto ao tema. Nesse aspecto, demonstrar-se-á dois modelos de programas – Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI) e Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) – que viabilizam a elaboração e realização de um plano de alta do paciente judiciário vinculados fortemente ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, de modo a apresentá-los como parâmetros de uma política de assistência à saúde mental que deve ser adotada em todo território nacional.

## 2 CRIME PASSIONAL: PODE A PAIXÃO TORNAR-SE UMA DOENÇA MENTAL?

O crime passional deriva do termo paixão e pode ser definido como aquele praticado em decorrência desse sentimento. À vista disso, sabe-se que o crime cometido em razão de relacionamento sexual-amoroso é chamado de passional na linguagem jurídica. Para a análise do crime em destaque, é imprescindível, pois, entender qual a relação do sentimento ora em comento com a conduta criminosa (ELUF, 2007, p.156).

Em primeira análise, é importante apontar que a paixão, via de regra, não exclui a imputabilidade penal. Significa dizer que, à luz do artigo 28, inciso I, do Código Penal<sup>1</sup>, a paixão, por si só, não tem o condão de influir na capacidade plena do indivíduo diante do ilícito cometido, embora algumas ressalvas mereçam ser destacadas neste ponto.

A autora Eglacy Cristina Sophia (2014, p.24) afirma que, do ponto de vista psicológico, o amor é caracterizado como um sentimento próprio do amadurecimento humano. Nesse sentido, é de grande valia destacar que, no entendimento de Mônica Neves Aguiar (2014, p.4), a vivência com as relações primárias de paternidade e maternidade do indivíduo interferem na formação da sua identidade e constitui a base do arcabouço psicológico de como se relacionará ao longo da sua vida com as pessoas.

Cumprido de logo realizar a vinculação do tema com a abordagem da questão dada pela psicologia, haja vista as ferramentas que o universo dessa ciência podem ofertar para a compreensão do crime passional e a aplicação devida da norma legal. Nesse aspecto, é necessário esclarecer que tais relações primárias parentais são a fonte do equilíbrio emocional do indivíduo, por isso a importância dos pais estabelecerem uma relação saudável com a criança, pois será fundamental para que mantenha o equilíbrio e saiba entender os limites das suas atitudes em uma relação futura (BYINGTON, 2015).

De acordo com esse entendimento, é fundamental nutrir sentimentos saudáveis, caso contrário, as futuras relações serão reflexos de uma infância marcada pelo

---

<sup>1</sup> **Emoção e paixão**

Art. 28 - Não excluem a imputabilidade penal: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)  
I - a emoção ou a paixão; (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) (BRASIL, 1984, p.5).

abandono, pelo medo de ficar sozinha, de não ter valor e não receber amor – baixa autoestima –, principalmente se as experiências da infância estiverem sido negativas, fruto de um ambiente familiar desestruturado, permissivo e abusivo.

Assim, a essência do comportamento amoroso patológico não é fruto do amor, e sim do sentimento de medo, de modo que a falta de limites impostos na infância e o sofrimento geraram prejuízo ao indivíduo, por isso estar “preso” a um parceiro garantiria um alívio diante de tais temores, oriundos da infância (NORWOOD, 1985 APUD EGLACY, 2014).

Na visão da promotora Luiza Nagib Eluf (2007, p.113), a paixão não é sinônimo de amor, mas pode ser fruto deste. Quando a paixão é fruto do amor, é terna e doce, embora possa ser também intensa e perturbadora, ou ainda, resultar de um sofrimento. Nessa perspectiva, entende a autora:

Em uma primeira análise, superficial e equivocada, poderia parecer que a paixão, decorrente do amor, tornaria nobre a conduta do homicida, que teria matado por não suportar a perda de seu objeto de desejo ou para lavar sua honra ultrajada. No entanto, a paixão que move a conduta criminosa não resulta do amor, mas sim do ódio, da possessividade, do ciúme ignóbil, da busca da vingança, do sentimento de frustração aliado à prepotência, da mistura de desejo sexual frustrado com rancor (ELUF, 2007, p.113).

Semelhante é o pensamento de Eugênio Raul Zaffaroni e Nilo Batista (2017, p.286), que afirmam ser incontroverso que a diferença entre a emoção e a paixão não é qualitativa, tampouco reside na intensidade da sua manifestação. Diferem entre si em virtude da duração: a emoção é efêmera, e paixão contínua.

Segundo os autores “dispensável é, pois, distingui-las entre si: o medo, a ira, a surpresa, o enamoramento, o ódio, a inveja, o ciúme etc são emoções que podem transformar-se em paixões, desde que se instalem e perdurem” (ZAFFARONI; BATISTA, 2017, p.286).

Por outro lado, Mirabette entende que a diferença entre a emoção e a paixão reside na intensidade da sua manifestação: a primeira é aguda e de curta duração, e a segunda crônica e de existência mais estável. Em ambos os casos, porém, há a modificação do psiquismo que, às vezes, avançam tanto a ponto de subverterem completamente os fenômenos psíquicos. Isso leva alguns doutrinadores a afirmarem

que a paixão e a emoção excluiriam as condições exigidas para a imputabilidade. O autor, porém, entende que tais sentimentos, não se trata de caráter patológico, nem significa a perturbação da saúde mental, por isso não são causas excludentes da imputabilidade. Ademais, não estão previstas expressamente na lei.

Segundo Eugênio Raúl Zaffaroni e Nilo Batista (2017, p.287), para se resolver os casos em que quadros emocionais e passionais extremos, isto é, patológicos, deve-se interpretá-los etiologicamente de acordo com a disciplina geral da imputabilidade. Assim, a emoção e a paixão não excluem a imputabilidade – artigo 28 Código Penal –, porém a doença mental sim – artigo 26 Código Penal. Portanto, desde que afetada drasticamente a capacidade de discernimento e autodeterminação da sua conduta, ensejando, assim, uma doença mental, como uma psicose, será o indivíduo nesses casos considerado inimputável. Trata-se, aqui, de uma readequação do fato à norma.

Maximiliano Roberto Ernesto Fuher (2000, p.55) define que a doença mental é toda manifestação nosológica, funcional ou psíquica, episódica ou crônica. Sendo assim, pode, eventualmente, influenciar na situação de incapacidade psicológica de entender o caráter ilícito do fato ou de o indivíduo determinar-se de acordo com esse entendimento.

Essas incapacidades, de acordo com o artigo 26 do Código Penal<sup>2</sup>, somente constituirão causa de exclusão da imputabilidade penal quando oriundas diretamente de uma doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado, dependência toxicológica ou embriaguez completa. É necessário que essas causas produzam o efeito da incapacidade psicológica para que se tenha a exclusão da imputabilidade penal. Nessa lógica, o referido diploma legal prevê que a causa de excludente de culpabilidade precisa estar prevista em lei.

Trata-se, aqui, do estudo daqueles que praticam um crime com dolo, porém são considerados inimputáveis em razão da gravidade do aspecto patológico da sua conduta, que acaba por comprometer sua capacidade de discernimento diante do ato cometido. Ainda que a legislação penal não tenha definido o conceito da imputabilidade, a doutrina jurídica busca determiná-lo, considerando a perspectiva

---

<sup>2</sup> 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) (BRASIL, 1984, p.5).

biopsicossocial<sup>3</sup> do indivíduo. Assim, o objeto desse estudo compreende a análise dos casos de ciúme patológico – do qual decorre uma psicose.

É impreterível entender que o pensamento jurídico-científico deve acompanhar a realidade atual das ciências que se debruçam sobre o estudo da mente humana. Não é atribuição do legislador, tampouco do juiz da ação penal classificar o que se interpreta como doença mental. Dessa forma, é necessário recorrer ao estudo da psicopatologia, a partir dos viés da Criminologia, Psicologia e Psiquiatria Forense. O presente trabalho tem por objetivo abordar esta análise a partir de um dos possíveis viés de apreciação do tema: a Psicopatologia Simbólica Junguiana.

A interpretação interdisciplinar acerca da análise do crime passional serve de anteparo às decisões judiciais, de modo a contribuir com a análise jurídica acerca do tratamento legal dado a estes indivíduos. Para isso, traça-se uma análise sobre a fixação da espécie de medida de segurança a ser aplicada. Assim, é necessário entender a importância de um tratamento terapêutico especializado, garantido, inclusive, pelos artigos 98<sup>4</sup> e 99<sup>5</sup> do Código Penal.

No que se refere à aferição da inimputabilidade penal, o legislador adotou o sistema biopsicológico segundo o qual, para haver inimputabilidade, deverá sempre existir um fato biológico – uma doença mental, por exemplo – e também um fato psicológico, representado nas situações em que o agente não consegue ter entendimento da gravidade e ilicitude da sua conduta, tampouco determinar-se diante dela (BRANDÃO, 2007, p.164-165).

Não há, para o Direito Penal, nenhuma relação entre o sentimento “paixão” e a inimputabilidade; esse ramo da ciência jurídica não admite que a paixão, via de regra, se enquadre como uma causa patológica. Pela interpretação literal, o Código Penal não destaca o sentimento da paixão como elemento que retire a consciência e a vontade do indivíduo de realizar a conduta criminosa.

---

<sup>3</sup> O modelo biopsicossocial tem gradativamente crescido na área da saúde e tem proporcionado uma visão integral do ser e do adoecer que compreende uma dimensão física, psicológica e social do indivíduo (MARCO, 2006, p.5)

<sup>4</sup> Art. 98 - Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) (BRASIL, 1984).

<sup>5</sup> **Direitos do internado** Art. 99 - O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento (BRASIL, 1984, p.17).

Luiz Regis Prado (2010, p.376) aponta que há três métodos para a aferição da imputabilidade: o sistema biológico, psicológico e o biopsicológico. O primeiro considera apenas o aspecto da patologia mental do agente. O sistema psicológico puro, por sua vez, diz respeito às consequências psicológicas à época do fato e desconsidera se esta teve ou não influência no poder de compreensão do agente, não se preocupando com a causa biológica que o motivou.

O sistema adotado pelo Código Penal é o sistema biopsicológico, o qual adere tanto as bases biológicas, quanto as circunstâncias psicológicas, por isso resulta da combinação dos dois sistemas anteriores. Para esse modelo, são requisitos da imputabilidade: a presença de uma enfermidade mental, assim como a perda total da capacidade de discernimento sobre a conduta praticada. (PRADO, 2010, p.336).

O legislador, ao dispor que a emoção e a paixão não excluem a imputabilidade penal, não pretendeu desconsiderar esses estados psíquicos para a aplicação da lei penal, mas sim preservar o critério do sistema biopsicológico adotado pelo Código Penal para a aferição da imputabilidade, de modo a afastar a incidência, por vias transversas, do método psicológico puro (SANTORO, 2012, p.70).

Em verdade, a paixão, por si só, não basta para produzir o crime, pois é um sentimento comum aos seres humanos que, em diferentes formas, já sentiram ou sentirão em algum momento das suas vidas. Esse sentimento, de maneira isolada, não leva o indivíduo ao crime e não possui o condão para atenuar a responsabilidade pela conduta criminosa.

Nesse sentido, é o pensamento de Enrico Ferri (1934, p.31):

Toda paixão que não atente contra os interesses da coletividade deverá considerar-se social e, portanto, dirimente da responsabilidade penal por isso que levada pela affectividade ou impulsividade e não obedecendo a um móvel anti-jurídico, anti-social.

Ao diferenciar as paixões sociais das paixões antissociais na visão da Escola Positivista, Enrico Ferri (1934, p.31) entende que “nestas a tendência para a desagregação da vida social, são egoístas, e naquellas o indivíduo não atenta contra o interesse social, são altruístas”. Sendo assim, a paixão que leva o indivíduo a

matar é aquela contagiada por sentimentos narcisistas como a mesquinhez, o orgulho, a vingança, a soberba.

São paixões sociais aquelas que não prejudicam a harmonia geral, como o amor, a honra e a paixão política que são capazes de desenvolver e consolidar a vida social e o progresso humano, bem como fortalecer a vida fraterna e solidária. Por outro lado, as paixões antissociais são aquelas que conduzem ao delito, pois tendem a desagregar as condições normais da vida humana, individual e coletiva, a exemplo do ódio, da vingança e da cupidez (FERRI, 1934, p.56).

Sabe-se que esse sentimento pode ser encarado de diferentes formas. Contudo, a paixão, quando contaminada ou confundida com sentimentos como avareza, vingança, posse e ambição, é capaz de transtornar a mente humana. Por se tratar de um sentimento comum, muitas pessoas o sentem e nem por isso praticam crimes. Por essa razão, a paixão não pode ser usada para perdoar o assassinato, embora sirva para explicá-lo (ELUF, 2007, p.157).

Diante de uma análise histórica e cultural sobre o crime passional, sabe-se que o estigma do homicida que pratica esse ilícito perdura até hoje na sociedade brasileira, visto que a cultura patriarcal considera o homem como superior à mulher. Ao longo de muitos anos, o crime passional foi interpretado a partir da perspectiva moral da tese da legítima defesa da honra e dignidade do homem, segundo a qual a mulher adúltera deveria ser punida com as penas mais atroz.

É possível perceber que, no passado, esse raciocínio conduziu o julgamento e orientação legislativa de diversos diplomas legais, estabelecendo os parâmetros de interpretação da imputabilidade, assim como da possibilidade do sentimento paixão influir nesta. Essa interpretação devia-se à forma como acontece o crime, as suas motivações e as principais circunstâncias pelas quais ocorre a sua consumação.

A literatura brasileira traz um recorte do senso comum acerca da visão patriarcal e romântica dos crimes passionais, por ora relatados de maneira a vangloriar o homem que mata o seu objeto de desejo, criando-se um sentimento de legitimação dessa conduta a partir do perdão social.

Jorge Amado, em sua obra *Gabriela Cravo e Canela*, mostra os aspectos culturais que legitimavam a conduta desse crime. A história ocorre durante o período áureo do cacau na região de Ilhéus, década 20 do século XX, quando ocorreria o

assassinato de Sinhazinha pelo Coronel Ramiro, um dos relatos que compõe a narrativa do autor. A partir disso, é possível perceber os valores patriarcais daquela época, segundo os quais a vítima era culpada pelo seu próprio assassinato, uma vez que a mulher, considerada adúltera, contrariava a moral e os bons costumes da sociedade ilhesense.

A história representava as transformações de uma sociedade patriarcal, autoritária e arcaica, impulsionada pelas mudanças da revolução cultural, política e econômica emergentes naquela época, na cidade de Ilhéus, que passava pelo período de crescente urbanização. O desfecho da obra, com o julgamento do Coronel Jesuíno, simbolizou uma grande mudança do pensamento jurídico da época. Assim, Jorge Amado (1958, p.259) encerra:

Algum tempo depois, o coronel Jesuíno Mendonça foi levado a júri, acusado de haver morto a tiros sua esposa, dona Sinhazinha Guedes Mendonça e o cirurgião dentista Osmundo Pimentel, por questão de ciúmes. Vinte e oito horas duraram os debates agitados, por vezes sarcásticos e violentos. Houve réplica e tréplica, dr. Maurício Caires citou a Bíblia, recordou escandalosas meias pretas, moral e devassidão. Esteve patético. Dr. Ezequiel Prado, emocionante: já não era Ilhéus terra de bandidos, paraíso de assassinos. Com um gesto e um soluço, apontou o pai e a mãe de Osmundo em luto e em lágrimas. Seu tema foi a civilização e o progresso. Pela primeira vez, na história de Ilhéus, um coronel do cacau viu-se condenado à prisão por haver assassinado esposa adúltera e seu amante.

Com efeito, segundo Luiza Nagib Eluf (2007, p.221), ainda na década de 70, persistiam os valores patriarcais na sociedade brasileira. Assim, era inconcebível que a mulher traísse o homem, pois a infidelidade conjugal da mulher representava uma afronta aos direitos do marido e um insulto ao cônjuge enganado que encontrava defesa nos jurados, pois o enxergavam com benevolência.

A partir de uma análise histórica acerca dos julgamentos dos crimes passionais, é possível entender o contexto em que surgiu a tese de legítima defesa da honra e do respeito à dignidade do homem. Inicialmente, é necessário esclarecer que o crime passional nasceu de uma construção doutrinária e jurisprudencial, uma vez que não está tipificado no Código Penal. No Brasil Colônia, era permitido ao homem que matasse a sua mulher e o seu amante se fosse surpreendido por adultério. Contudo, o Código Penal de 1830 eliminou essa regra (ELUF, 2007, p.219).

Posteriormente, com o advento do Código de 1890, o crime passional deixava de ser considerado “crime de homicídio praticado sob um estado de total perturbação dos sentidos e da inteligência”. Antes, entendia-se que o estado emocional gerado pela descoberta do adultério seria tão intenso ao ponto de o marido poder experimentar uma espécie de “insanidade momentânea”. Dessa forma, não haveria ilícito penal e o homicida não sofreria condenação pelo crime praticado (ELUF, 2007, p.219-220).

O artigo 27, §4<sup>o</sup> do referido diploma era convocado para solucionar situações como o homicídio da mulher recém-casada, por haver o marido descoberto que esta era desvirginada, assim como as situações de traição por parte das mulheres “adúlteras” (ZAFFARONI; BATISTA, 2017, p.285).

O Código Penal de 1940 eliminou a imputabilidade dos crimes passionais por força da excludente de ilicitude no que concerne a “perturbação dos sentidos e da inteligência”, passando o delito a ser interpretado como homicídio privilegiado. Nesse sentido, o homicida passional não permaneceria mais impune, apesar de que a pena cominada era menor do que a de homicídio simples (ELUF, 2007, p.220).

No entanto, mesmo com a mudança de paradigma proposta pelo Código de 1940, para a sociedade ainda prevalecia o entendimento acerca da legítima defesa da honra do homem, a ideia de que o homem traído tinha o direito de matar a sua mulher (ELUF, 2007, p.220).

Em 1991, o STJ no julgamento do Recurso Especial 1517/PR decidiu pela cassação do Tribunal do Júri que havia acatado a tese da legítima defesa da honra e dignidade para sujeitar o réu a novo julgamento que havia assisando por motivo de paixão, afastando, assim, a aplicação desta tese em tais casos (REsp 1517 / P RECURSO ESPECIAL 1989/0012160-0).

Diante do cenário popular, considerando as limitações das teses de defesa no que concerne a determinação de uma nova regra de que a emoção e a paixão, embora atenuassem a pena, não excluía a imputabilidade penal, surgiu a tese da legítima defesa da honra e da dignidade. Essa era uma tentativa de absolvição pelo Tribunal do Júri para que perdoassem a conduta criminosa praticada (ELUF, 2007, p.221).

---

<sup>6</sup> Art. 27. Não são criminosos:

§ 4º Os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de intelligencia no acto de commetter o crime (BRASIL, 1890, p.5).

Cumpra esclarecer que o artigo 121 no Código Penal tipifica o crime de homicídio. O crime passional, por sua vez, não é tipificado com essa denominação no ordenamento positivo brasileiro. Porém, quando praticada a conduta homicida, esse é enquadrado na interpretação do artigo 121.

Ainda no que concerne à tese da legítima defesa da honra, tem-se a título exemplificativo, o caso Doca Street que causou espanto na população brasileira na década de 70. O famoso relato ocorreu em 30 de dezembro de 1976, quando a vítima Ângela Maria Fernandes Diniz fora assassinada em sua residência, com um tiro na face e outro no crânio, após uma discussão com o seu companheiro, Raul Fernando de Amaral Street (Doca Street) que confessara ter “matado por amor” (OAB, 2018, p.1).

O episódio ocorreu na Praia dos Ossos, em Cabo Frio, no Estado do Rio de Janeiro. Contudo, o Tribunal do Júri de Cabo Frio somente veio a se reunir em 1980 para o julgamento. Em tal ocasião, o advogado Evandro Lins e Silva fez a memorável defesa do réu, que foi divulgada por todo o país através dos veículos de comunicação, da qual é conveniente destacar a seguinte passagem:

(...) Senhores jurados, temos que insistir no binômio acusado-vítima. O Júri já viu que este moço apaixonou-se, apaixonou-se perdidamente. E a paixão sempre é cega, não é boa conselheira. Quando a paixão se torna obsessiva, quando a pessoa se deixa marcar por ela, vem o ciúme a dominá-lo, ele vai se escravizando à paixão, vai se deixando subjugar pelo objeto amado. E, então, toda a visão que ele tem dos valores da vida se deforma. Ele passa a viver em função daquela idéia fixa, que é a mulher amada. É claro que ele vai se descontrolando em tudo o que faz, minadas as suas resistências pela paixão doentia que o avassala. Isso acontece, como diz neste livro magnífico um dos grandes juizes do Brasil, que se chama Edgard de Moura Bittencourt, livro sobre a vítima, Vitimologia, a Dupla Penal Delinquente-Vítima, quando um homem cai nas garras de uma “mulher fatal.” A “mulher fatal”, esse é o exemplo dado para o homem se desesperar, para o homem ser levado, às vezes, à prática de atos em que ele não é idêntico a si mesmo, age contra a sua própria natureza. Senhores jurados, a “mulher fatal”, encanta, seduz, domina, como foi o caso de Raul Fernando do Amaral Street (OAB, 2018, p.1).

O advogado Evandro Lins e Silva foi aplaudido após o seu discurso que vangloriava a tese da legítima defesa da honra, a qual sustentava a discriminação da vítima (a mulher) e a proteção ao homem.

O resultado do julgamento do caso Doca Street foi considerado uma afronta aos direitos da mulher e fomentou ainda mais a batalha feminista em defesa destes (CONCEIÇÃO; ARAS, 2013, p.1).

O Conselho da Sentença acatou a tese da legítima defesa apresentada e Raimundo Street foi condenado a dois anos de detenção com direito ao “*sursi*” (OAB, 2018, p.1). Essa decisão repercutiu em um movimento que mobilizou e organizou muitas mulheres em torno do lema “quem ama não mata”, uma vez que o crime continuava sendo encarado com benevolência pelo Juri Popular. Havia um repúdio aqui diante da tese de que o amor justificava o crime. Esse julgamento foi anulado e Raul Fernando Street encaminhado para um novo Juri, quando foi condenado a cumprir pena de homicídio (SANTOS, 2015, p.34-35).

Na lógica da tese da legítima defesa da honra e da dignidade do homem, o assassinato de mulheres era socialmente aceitável e legitimado em virtude de uma sociedade que cultuava valores patriarcais e capitalistas, os quais classificavam a mulher como objeto apropriável do homem. Assim, o controle da sexualidade feminina era e ainda permanece intenso, visto que o papel de submissão da mulher se perfaz na responsabilidade por manter a família na estrutura patriarcal autoritária (SANTOS, 2015, p.34).

Por se enquadrar no crime tipificado no artigo 121 do Código Penal – crime de homicídio – é importante se analisar algumas peculiaridades deste referido artigo, principalmente no que se refere às circunstâncias que tornam a conduta criminosa em destaque mais reprovável. Os incisos I e II, § 2º do artigo 121 do Código Penal dispõem acerca das circunstâncias que qualificam o crime, tais quais cumpre destacar para a análise do crime passional duas delas: o motivo torpe e o motivo fútil. O crime qualificado, segundo o Código Penal, é aquele cometido mediante circunstâncias que o tonam mais grave (BRASIL, 1984).

Parte da doutrina entende que as duas qualificadoras destacadas acima estão presentes no crime passional. Nesse sentido, a promotora Luiza Nagib Eluf afirma que o Ministério Público, na maioria das vezes, denuncia o réu pelo crime de homicídio qualificado, o qual é considerado como crime hediondo (2007, p.188).

No que se refere à jurisprudência, no ano de 2013, a 1ª Turma do Supremo Tribunal Federal (STF) denegou o pedido de Habeas Corpus no julgado HC 107090<sup>7</sup>, determinando que cabe ao Tribunal do Júri decidir pela incidência de qualificadora no crime de homicídio motivado por ciúme. Pelo exposto, não há como se afirmar que o crime passional se trata de um homicídio qualificado. Para constatar-se isso é preciso analisar as circunstâncias à luz do caso concreto. Caso o homicídio seja classificado como tal, deverá o julgador fixar a pena com base nos parâmetros previstos no artigo 121 do Código Penal (GRECO, 2017, p.10).

Em relação à qualificadora disposta na redação do inciso I, § 2º do artigo supracitado, a promotora Luiza Nagib Eluf pontua que as motivações do crime em destaque só podem ser enquadradas como motivo torpe. Na concepção da autora, não é o amor e o ciúme controlado que levam o indivíduo a eliminar vida alheia, mas sim sentimentos como o rancor, a vingança, o ódio e os sentimentos que decorrem da personalidade narcisista e do sentimento de frustração do homicida passional (2007, p.193). Acresça-se a eles a justificativa do poder que o homem pensa que tem sobre a mulher e quando é abandonado vê esse poder ser abalado, contestado, desobedecido.

Segundo Cesar Roberto Bitencourt (2012, p.415), o motivo torpe caracteriza-se por aquele que atinge os sentimentos éticos da coletividade, aquele que é repugnado pela consciência do homem médio. Ademais, o autor também destaca que não é possível que o motivo do crime seja torpe e fútil ao mesmo tempo, ou seja, deve estar enquadrado no inciso I ou II do artigo 121 (BITENCOURT, 2012, p.415). Nesse sentido, cabe analisar de que modo os motivos que levaram ao crime passional se enquadram nos referidos incisos para avaliar se este deve ser considerado qualificado ou não à luz do caso concreto.

No que se refere ao elemento característico do crime passional – o ciúme – o autor entende que esse, por si só, é um sentimento comum, pertinente à maioria das

---

<sup>7</sup> “PENAL E PROCESSO PENAL. RECURSO ESPECIAL. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. OCORRÊNCIA. HOMICÍDIO QUALIFICADO. MOTIVO TORPE. CIÚMES. IMPROCEDÊNCIA MANIFESTA NÃO EVIDENCIADA. RECURSO ESPECIAL A QUE SE DÁ PROVIMENTO. 1. Cabe ao conselho de sentença decidir se o paciente praticou o ilícito motivado por ciúmes, assim como analisar se referido sentimento, no caso concreto, constitui o motivo torpe que qualifica o crime de homicídio. 2. Apenas podem ser excluídas da sentença de pronúncia as circunstâncias qualificadoras manifestamente improcedentes, uma vez que não se deve usurpar do Tribunal do Júri o pleno exame dos fatos da causa. 3. Recurso Especial a que se dá provimento, para cassar o acórdão ora recorrido, mantendo-se as qualificadoras reconhecidas na decisão de pronúncia” (BRASIL.STF, 2011).

peças e não se enquadra no conceito de motivo torpe, depende da intensidade e do fato de ser normal ou patológico. Todavia, ainda que o ciúme seja patológico, para o doutrinador, esse não serve para justificar o crime passional, muito menos ainda é suficiente para qualificá-lo (BITENCOURT, 2012, p.417).

Entende-se que a emoção e a paixão, embora não caracterizem, por si só, doença mental; podem eventualmente, a depender do seu grau, desencadear processos mórbidos incapacitantes, ou seja, psicoses, o que seriam, então, considerados as verdadeiras causas da inimputabilidade, segundo o artigo 26, parágrafo único do Código Penal (SANTORO, 2012, p.70). Nessa lógica, o ciúme, a paixão, a possessividade – e todos esses sentimentos que impulsionam o indivíduo a realizar a prática criminosa – merecem ser analisados a partir da vertente da Psicologia Simbólica Junguiana, ciência que tem por fundamento o estudo da natureza da psique humana.

Importante é, portanto, a ciência jurídica compreender que a análise do crime em destaque não deve concordar com a tipificação e objetivação desses estados anímicos<sup>8</sup> e abstratos, a fim de categorizá-los. Dessa forma, sabe-se que o sentimento da paixão não é um conceito jurídico determinado e o Direito se apropria do conceito cunhado pela Psicologia. Contudo, persiste uma discrepância entre essas duas áreas acerca da compreensão do conceito da paixão. Para a Psicologia é analisado sob a ótica subjetiva do ser humano, tema que será explorado no tópico a seguir; já para a área jurídica, alguns profissionais buscam objetivar e classificar esse conceito, visualizando-o de maneira generalizada.

Por conseguinte, para o estudo do assunto, é imprescindível adentrar em uma análise subjetiva diante da compreensão ampla e profunda da paixão, uma vez que as reações e emoções de cada indivíduo são diversas e, por isso, não comportam rótulos e definições limitadas. Em certos casos, há uma linha tênue entre o normal e o patológico e é preciso que a ciência jurídica não busque delimitar esse território, mas sim compreendê-lo.

---

<sup>8</sup> Segundo o dicionário Michaelis online, anímico significa: Relativo a ou próprio da alma (MICHAELIS, 2017, p.1).

## 2.1 UMA ANÁLISE DOS CRIMES PASSIONAIS À LUZ DA PSICOLOGIA SIMBÓLICA JUNGUIANA: DO NORMAL AO PATOLÓGICO

As diversas Escolas Psicológicas tratam do mesmo elemento de análise, contudo partem de diferentes critérios finalidades. Por essa razão, existem diversas abordagens diferentes para a psicoterapia, como: Análise do Comportamento ou Behaviorista, Fenomenologia, Gestalt-terapia, Humanista, Jungiana ou Psicologia Analítica, Transpessoal, Psicanálise, dentre outras. Dentro do campo da Psicologia Analítica, está situada a Psicologia Simbólica Junguiana, que é uma abordagem criada por Carlos Amadeu Botelho Byington.

É através da psicoterapia que os psicólogos buscam tratar questões relacionadas à mente humana e problemas psicológicos, como depressão, ansiedade, dificuldades em relacionamentos, problemas pessoais, existenciais, familiares, dentre outros de diversas naturezas.

A Psicologia Analítica – uma linha de abordagem – foi uma das ciências que se empenhou em estudar a *psique* humana, assim como as doenças mentais. O psiquiatra e psicoterapeuta suíço Carl Gustav Jung foi um dos maiores expoentes no estudo da vida interior do homem e deixou um rico legado diante das descobertas da natureza da *psique*.

A partir dos estudos dos fundamentos dessa área, surgiu a Psicologia Simbólica Junguiana. Essa área do saber traz uma rica contribuição para análise do crime em destaque, visto que sustenta que as emoções podem ser vivenciadas de forma saudável ou patológica, ademais, separa o ciúme neurótico do psicopático e do psicótico, este último objeto de análise deste trabalho. Assim, somente quando identificada uma dessas estruturas no indivíduo, é que se pode tratá-lo apropriadamente. Portanto, este diagnóstico é de extrema importância para a condução do processo psicoterapêutico (MARTINHO; SADALA, 2011, p.244-246).

Os profissionais psicólogos buscam identificar sinais que o indivíduo apresenta diante de um comportamento normal e patológico a partir das motivações que o levam a cometer um crime passionai. Sabe-se que tais estímulos se associam à dimensão subjetiva do indivíduo, e esta é uma análise da qual a ciência jurídica não se ocupa. Neste ponto, destaca-se a proposta desse trabalho: estabelecer um

diálogo, necessário, entre o Direito e a Psicologia para agregar a análise do crime passional.

Antes de adentrar em tal análise, é necessário esclarecer alguns fundamentos e conceitos da Psicologia Analítica, sobretudo no que se refere as estruturas do inconsciente. Jung acreditava que a psique humana é composta por três componentes: o ego, o inconsciente pessoal e o inconsciente coletivo.

O ego é um termo técnico de origem latina que significa o eu. Stein (2014, p.26) aponta que Jung definia o ego como se fosse um espelho, o centro vital da consciência, é a identidade pessoal do indivíduo e, portanto, inato a este.

O inconsciente coletivo é a dimensão objetiva, representa conteúdos universais. Jung descobriu, a partir do estudo de imagens e mitos de indivíduos e grupos distintos em períodos e locais históricos diferentes, que havia um ponto em comum entre eles, sem estabelecer qualquer relação entre si. O fundador da Psicologia Analítica identificou características comuns no pensamento e na imaginação dos humanos (STEIN, 2014, p.87).

Por outro lado, o analista separa esse inconsciente coletivo do inconsciente individual. Este, por sua vez, consiste na dimensão subjetiva do indivíduo (JUNG, 1980, p.59). Jung descreve que o inconsciente coletivo pode ser explicado da seguinte forma:

É o pressuposto e a matriz de todos os fatos psíquicos e por isto exerce também uma influência que compromete altamente a liberdade da consciência, visto que tende constantemente a recolocar todos os processos conscientes em seus antigos trilhos (JUNG, 2008, p.10).

A sua principal descoberta foram os arquétipos que representam a base do pensamento da Psicologia Analítica. Arquétipos são os conteúdos do inconsciente coletivo, uma espécie de modelos originais e padrões de comportamento oriundo dos nossos ancestrais, por exemplo, a predisposição para experimentar os conceitos de mãe, pai, filho, morte, nascimento, casamento, dentre outros. Em suma, são padrões de comportamento que se expressam como tendência (JUNG, 1980, p.58).

Esses arquétipos formam elementos primordiais da *psique* humana. Jung (1980, p.58) entende que o indivíduo alcança o inconsciente coletivo por meio do arquétipo

individual que são as imagens, o que ele chama de Complexos, que representam o instinto que levam o indivíduo a agir. Coletivamente, esses arquétipos se manifestam através das características culturais.

A descoberta do inconsciente coletivo significa mais um passo à frente na interpretação da Psicologia Analítica, a saber: a caracterização e diferenciação existente entre aquele e o inconsciente pessoal. Para Jung (1980, p.60-61), este último não se confunde com o primeiro, por ser totalmente universal e representar a parte objetiva da mente humana. Isso significa dizer que seus conteúdos podem ser encontrados em toda parte, o que, evidentemente, não é o caso dos conteúdos pessoais (JUNG, 1980, p.60-61). Desse modo, o inconsciente pessoal representa a parte subjetiva da psique:

(...) lembranças perdidas, reprimidas (aquelas que são propositalmente esquecidas), evocações dolorosas, percepções que, por assim dizer, não ultrapassaram o limiar da consciência, isto é, contém percepções dos sentidos e conteúdos que ainda não amadureceram para a consciência. Nesta lógica, esses conteúdos que não atingiram a consciência correspondem à figura da sombra (JUNG, 1980, p.60-61).

Os Símbolos são, portanto, conteúdos subjetivos que aparecem frequentemente nos sonhos. Para Jung (1980, p.60-61), os Símbolos são “as imagens primordiais, são as formas mais antigas e universais da imaginação humana” e possuem vida própria, são independentes e, por isso, afirma que são espécies de “almas parciais”.

Byington (2015, p.18-19) amplia o significado de símbolo para símbolo estruturante, com o objetivo de indicar as representações psicológicas dos fenômenos da vida com os seus significados subjetivos e objetivos, conscientes e inconscientes. O psiquiatra associa as ciências humanas com as ciências exatas para buscar o conhecimento.

Assim, as funções psicológicas subjetivas – como a inveja, o ciúme e a agressividade – reúnem-se com as funções fisiológicas objetivas – como a respiração e a digestão – dentro do conceito de função estruturante. Tal função é sempre simbólica e arquetípica, isto é, são representações da imaginação e podem atuar de forma normal ou defensiva. Quando defensiva, a função estruturante sofre

a fixação e passa a fazer parte da Sombra, tornando-se patológica (BYINGTON, 2015, p.18-19).

Em continuidade à análise dos conceitos pilares da Psicologia Analítica, destaca-se que Jung chamou de processo de individuação aquilo que fundamentou as técnicas desenvolvidas para o tratamento dos seus pacientes. Para ele, a individuação é um processo de tornar-se um ser único. Desse modo, o indivíduo entende as suas singularidades mais íntimas, por isso que Jung traduz a individuação nestes termos: “é tornar-se o nosso próprio si mesmo” (JUNG, 1978, p.63).

Essa totalidade, que representa o *Self* do indivíduo, é alcançada por meio dos Símbolos utilizados pelo inconsciente que “a humanidade sempre empregou para exprimir a totalidade, a integridade e a perfeição” (JUNG, 1978, p.98). Desse modo, é através desse processo que se revela o essencial do homem e, portanto, a realização da personalidade originária, inerente ao ser humano e isto se deve ao fato de que a *psique* é formada por “imagens” que são representações do mundo (JUNG, 1978, p.98).

Jung (1978, p. 98) define a individuação como: “o estabelecimento do desabrochar da totalidade originária, potencial”. Então, o analista tem o papel de coordenar as representações para fazer o processo de individuação, que se trata do desenvolvimento daquele indivíduo em direção à sua própria totalidade, à sua própria essência.

Na perspectiva do analista, utiliza-se esse processo de individuação como método de tratamento dos seus pacientes e, por isso, a terapia consiste em utilizar técnicas para representar os Símbolos e revelar o conteúdo do inconsciente a partir destes. Portanto, é por meio da elaboração simbólica, quando os Símbolos são compreendidos e integrados como realidades na consciência que é possível regatar o significado de dentro dos Símbolos e trazê-los para a consciência, para identidade pessoal (JUNG, 1978, p.98).

É importante que os advogados, juízes, promotores da justiça, defensores públicos e os demais profissionais da área jurídica entendam que, para além das características observáveis externamente, o ser humano carrega consigo conteúdos ocultos que podem, em determinadas circunstâncias, desencadear uma doença psíquica. Portanto, esta análise busca afastar a confusão que pode se dar na

interpretação dos estados emocionais que motivam o crime passional, de modo a demonstrar, que quando o comportamento do indivíduo se manifestar como psicótico, a este deve ser aplicado uma medida de segurança e designado ao adequado tratamento.

Em relação ao tipo de transtorno mental que se busca analisar – a psicose – ressalta-se que o indivíduo psicótico é aquele que acredita naquilo que se situa no seu imaginário; por exemplo, visualiza, deformadamente, que certa pessoa é o diabo e que quer matá-la por isso. Dessa forma, a percepção do indivíduo sobre outra pessoa é o que rege o comportamento dele, passando a acreditar nesse virtual, nesse imaginário, como se fosse realidade.

Segundo o psicanalista David E. Zimmerman (2010, p.227), as psicoses “Implicam um processo deteriorativo das funções do ego, a tal ponto que haja em graus variáveis, algum sério prejuízo do contato com a realidade. É o caso, por exemplo, das diferentes formas de esquizofrenias crônicas”.

Quando identificado o quadro psicótico a partir da análise do comportamento do indivíduo, por meio de um diagnóstico realizado através da instauração do incidente de insanidade mental, é que se pode averiguar o tratamento mais apropriado de acordo com a sua demanda psíquica. Somente assim é que se torna possível verificar se o melhor tratamento a ser designado para o indivíduo é o ambulatorial ou internação compulsória.

Expostas as premissas acerca da Psicologia Analítica e da Psicologia Simbólica Junguiana, traça-se um paralelo à análise do tratamento legal sobre os estados emocionais, a *paixão* e o *ciúme*. Neste ponto, é preciso destacar uma grande ressalva: como estabelecer o liame entre o estado patológico e o estado normal diante dessas reações emocionais? É a partir de uma das vertentes da Psicologia Analítica – Psicopatologia Simbólica Junguiana – que esta análise dos crimes passionais se pauta para estabelecer as premissas acerca da diferença entre o normal e o patológico do homicida passional.

A origem etimológica da palavra “patologia” deriva do latim *pathos* que significa sofrimento ou doença e *logos* que significa estudo. Assim, o ramo da psicopatologia trata, de modo geral, sobre o estudo das doenças<sup>9</sup>.

A sentença penal condenatória que obriga o indivíduo ao cumprimento de medida de segurança contempla o universo complexo das doenças psíquicas. Deste modo, o incidente de insanidade mental abarca pessoas com “transtornos mentais orgânicos, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas, transtornos psicóticos, transtornos do humor, transtornos de personalidade e retardo mental” (BRANDI; QUINAGLIA, 2014, p.2).

No presente trabalho, busca-se analisar o portador de uma doença psíquica a partir de uma das possíveis causas de desenvolvimento de um transtorno mental: o relacionamento sexual amoroso abusivo.

Nas lições do psiquiatra e professor Paulo Dalgalarro (2008, p.31-32), para a psiquiatria legal forense, o diagnóstico da anormalidade psicopatológica tem impactos legais, criminais e éticos em razão das implicações do destino social e institucional de uma pessoa portadora de uma enfermidade mental. Por isso a importância de se analisar a origem do comportamento abusivo a partir das matrizes psicológicas do indivíduo.

Na visão de Jung (2001, p.2), “a psicologia, como ciência, relaciona-se em um primeiro plano com a consciência; a seguir ela trata dos produtos do que chamamos psique inconsciente”. Por essa razão, é possível afirmar que os conteúdos e estruturas que habitam o inconsciente, tais quais os Complexos descobertos por Jung, não são diretamente exploráveis por estarem em um nível desconhecido e inacessível e, por essa razão, tornam-se acessíveis a partir da manifestação da consciência e das emoções (STEIN, 2014, p.43).

A partir dos estudos desenvolvidos pela Psicopatologia Simbólica Junguiana, Byington contribuiu ricamente para a compreensão das patologias mentais. Diante das deformações históricas que reduziram o normal e o misturaram com o

---

<sup>9</sup> Segundo o dicionário Michaelis online: Ciência que estuda todos os aspectos da doença, com especial atenção à origem, aos sintomas e ao desenvolvimento das condições orgânicas anormais e suas consequências. (MICHAELIS, 2005, p.584).

patológico, o psiquiatra destaca a importância de situar os estudos desse ramo do saber dentro da psicologia dinâmica<sup>10</sup> (BYINGTON, 2017, p.23).

Fundada pela psicanálise no final do século XIX, a psicologia dinâmica buscou examinar os eventos psíquicos decorrentes das polaridades existentes entre o “normal-patológico, consciente-inconsciente e terapeuta-paciente na relação transferencial”<sup>11</sup> (BYINGTON, 2017, p.23). O pediatra Donald Wood Winnicott desenvolveu essa corrente da psicanálise com base nas relações familiares entre a criança e o meio ambiente. Winnicott considera que grande parte da vida psíquica resulta de processos inconscientes, referente às relações inter-humanas (FULGENCIO, 2008, p.82).

Ao longo da história, várias mudanças legitimaram, equivocadamente, os paradigmas epistemológicos que buscavam fixar os aspectos comuns e díspares entre o normal e o patológico e passaram a guiar, deformadamente, o ramo acadêmico e a mentalidade científica (BYINGTON, 2017, p.15).

Não obstante, para Dalgalarro (2008, p.31) existem situações bastante limítrofes que confundem as delimitações das fronteiras entre o comportamento e as formas de sentir normais e patológicas. Segundo o psiquiatra, o conceito de normalidade para a psicopatologia implica no próprio conceito sobre saúde mental, conquanto este conceito é alvo de controvérsia entre diferentes áreas da saúde e a área jurídica.

Muitos autores se debruçaram nesse debate, entre os quais o filósofo e médico francês Georges Canguilhem (2009) o qual, em uma breve síntese, diz em sua obra “O Normal e o Patológico” que a doença consiste na perturbação do exercício normal da vida cotidiana, de modo a causar sofrimento ao sujeito. Nesse sentido, entende o filósofo:

---

<sup>10</sup> Winnicott (1988) caracteriza a psicanálise como uma psicologia dinâmica, ou seja, uma psicologia que se ocupa do desenvolvimento emocional do indivíduo; trata-se de uma psicologia que trata dos sentimentos, da vida efetiva das pessoas, suas emoções e de sua vida instintual, considerando que grande parte da vida psíquica é fruto de processos inconscientes, processos que são, para ele, sempre referidos a relações inter-humanas, desde o seu início mais remoto (FULGENCIO, 2008, p.81).

<sup>11</sup> Entende-se por relação transferencial aquela que se dá mediante o deslocamento de afeto de outros tempos e pessoas para alguém localizado no presente, o que pode ocorrer, por exemplo, na relação médico-paciente (SALGADO, 2017, p.26).

A natureza (*physis*), tanto no homem como fora dele, é harmonia e equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia, é a doença. Nesse caso, a doença não está em alguma parte do homem. Está em todo o homem e é toda dele. As circunstâncias externas são ocasiões, e não causas (CANGUILHEM, 2009, p.12).

Para uma análise necessária e preliminar sobre a Psicologia Simbólica Junguiana, dentro da teoria arquetípica histórica<sup>12</sup>, é necessário, sobretudo, entender a evolução da ciência no mundo acadêmico. Sabe-se que a ciência conquistou o seu espaço acadêmico na Revolução Francesa (1789) e foi responsável pela separação dos aspectos mítico religiosos da subjetividade dos indivíduos daquela época. Nesse contexto, adotou o materialismo como verdade do pensamento científico, o que inaugurou na cultura ocidental a noção da dissociação sujeito-objeto (BYINGTON, 2017, p.15).

Byington (2017, p.16) afirma que os mitos e religiões guiaram durante muito tempo o saber da humanidade, a exemplo do desenvolvimento da ciência moderna na Europa que teve por fundamento o Mito Cristão. A dicotomia Céu e Inferno, Cristo-Demônio, virtude-pecado, predominante na era medieval, deram origem às polaridades entre o erro-verdade no método científico. A ciência ao se separar da subjetividade, rompeu o vínculo com a sua raiz mitológica, logo o “Mal e o Demônio” que faziam parte das concepções religiosas deixaram de existir, assim, o mito passou a ser equiparado ao erro, ao ilusório (BYINGTON, 2017, p.16).

Nesta época, estabeleceu-se uma dissociação entre subjetivo-objetivo originando, por consequência, a hegemonia da ciência objetiva em detrimento da expulsão da subjetividade da mentalidade científica. Na visão do analista Byington (2017, p.15), este fato deu origem, no século XIX, a uma grave patologia conhecida como “positivismo, materialismo, agnosticismo e ao materialismo dialético”.

Segundo o psiquiatra, “quatro deformações históricas patologizaram indevidamente a dimensão psíquica do normal”, isto é, quatro momentos históricos marcaram uma

---

<sup>12</sup> Para Jung, a teoria arquetípica desenvolveu-se a partir da concepção das “imagens primordiais”, designadas por Jakob Burckhardt. Jung (1980) concebia essas imagens como “a aptidão hereditária da imaginação humana de ser como era nos primórdios”. Nesse sentido, o analista afirma que essa hereditariedade explica o fenômeno, no fundo surpreendente, de alguns temas e motivos de lendas que se reproduziram no mundo inteiro e em formas idênticas. Além disso, essa hereditariedade também explicava o motivo dos portadores de uma doença mental poderem reproduzir exatamente as mesmas imagens e associações que conhecemos dos textos antigos. Contudo, Jung explica que “isso não significa dizer, em absoluto, que as imaginações sejam hereditárias; hereditária é apenas a capacidade de ter tais imagens, o que é bem diferente” (JUNG, 1980, p.59).

mudança/deformação das concepções sobre o normal e o patológico (BYINGTON, 2017, p.24).

A primeira deformação histórica acerca do que seria normal ou patológico origina-se da Gênese, no momento em que a “ampliação da consciência de Adão e Eva é considerada tão má que justifica a sua expulsão do paraíso” (BYINGTON, 2017, p. 24).

A segunda deformação ocorreu com o advento do século XIX, momento em que houve a expulsão da Inquisição predominante da era medieval, através da implementação do método científico na universidade no final do século XVIII, e afastou a religião e o subjetivo, dando lugar à objetividade consagrada pela ciência na cultura ocidental (BYINGTON, 2017, p.24).

Naquela época, passou-se a encarar a ciência a partir da dissociação mente-corpo, portanto, houve uma redução do normal ao patológico, uma vez que a patologia passou a ser vista pela ciência médica como um rótulo. Deste modo, os aspectos subjetivos da mente humana eram excluídos do currículo dos médicos (BYINGTON, 2017, p.25).

Infelizmente essa redução permanece até os dias atuais visto que muitos comportamentos normais passam a ser considerados como patológicos, por exemplo, como ocorre com a depressão e a ansiedade, que são diagnosticados equivocadamente pelo senso comum de modo a rotular alguns estados emocionais. Os sentimentos e sofrimentos inerentes ao ser humano passam a ser reconhecidos como patologias pelos leigos ou ainda alguns profissionais de maneira desvirtuada dos atuais estudos sobre os transtornos mentais (BYINGTON, 2017, p.25).

Diante desse contexto, cabe aos profissionais da área de saúde enxergar os pacientes além do estigma da doença, de acordo as peculiaridades que existem, de fato, no próprio indivíduo e que não necessariamente são estados patológicos. Felizmente, aquela postura de dissociação entre a mente e o corpo foi abandonada pela medicina e a maioria dos psiquiatras e profissionais da área de saúde possuem um olhar crítico frente a visão estigmatizante da patologia mental.

A visão ultrapassada que reduzia o estado normal ao estado patológico não deve ser adotada para o campo jurídico, visto que é necessário abandonar a postura que tende a estigmatizar o indivíduo portador de determinada doença mental, reduzindo

as suas características subjetivas à uma patologia e tratando definitivamente a loucura como um estigma.

Em continuidade à análise da deformação histórica acerca da fronteira entre o normal e o patológico, a dissociação entre o subjetivo-objetivo no século XVIII trouxe as seguintes consequências para o campo científico:

Ao ser expulso, o subjetivo levou com ele as funções do sentimento da ética subjetiva, da fé, da intuição, da introversão da relação emocional, com o universo, pejorativamente reduzidas à superstição e estigmatizadas como o dogmatismo, fanatismo, charlatanismo e o erro método científico (BYINGTON, 2017, p.24).

Durante a Idade Média, a Antiguidade Clássica e a própria humanidade tinha a crença da existência de uma alma substancial. Foi na metade do século XIX que surgiu a psicologia “sem alma”. Somente era considerado científico aquilo que estava no campo material, reconhecido empiricamente, portanto. Desta forma, o materialismo científico regeu durante muito tempo o que era considerado ou não como verdadeiro, uma vez que aquilo que não era concreto, e sim abstrato, era questionado e menosprezado, pois estaria situado no campo da metafísica (JUNG, 2008, p.9).

No final do século XVIII, ainda no que leciona o psiquiatra Byington (2017, p.24), com “a retirada dos loucos do calabouço por Philippe Pinel”, iniciou-se a terceira deformação histórica com a redescoberta do subjetivo através da medicina que buscava entender a “transição do normal para a patologia”. O resgate do subjetivo pela medicina se deu através do estudo da doença, especialmente o estudo da neurologia, que até os dias atuais enxerga dificuldades em diferenciar o estado normal e patológico (BYINGTON, 2017, p.24).

Segundo Byington (2017, p.25), a teoria do magnetismo animal de Franz Anton Mesmer (1734-1815), a qual consiste em um tratamento de patologias distintos dos padrões convencionais hospitalares, também contribuiu para o resgate do subjetivismo diante da dissensão entre o normal e o patológico para a ciência.

Em uma breve síntese, esse tratamento consistia no reestabelecimento da economia magnética do organismo, o que possibilitaria a cura de diversas patologias. Durante o tratamento, alguns pacientes poderiam simultaneamente desenvolver algumas

crises similares às convulsões que sinalavam o início da cura da patologia. *A priori*, necessário se faz esclarecer que essa teoria tinha por crença a existência de um fluido difundido que poderia ser transmitido entre os seres humanos, inclusive para fins terapêuticos (NEUBERN, 2007, p.347-349).

No final do século XVIII, junto com a dissociação patológica subjetivo e objetivo, o subjetivo começou a ser regatado simultaneamente a estes dois acontecimentos: a retirada dos loucos dos calabouços por Philippe Pinel e a “teoria do magnetismo animal” de Franz Anton Mesmer. Esses episódios ocorreram de forma concomitante e trouxeram à medicina o resgate da dimensão subjetiva, fatos que deram ensejo à uma nova interpretação acerca da saúde e da doença. Tais entendimentos contribuíram para a criação da psicologia dinâmica no final do século XIX. Entretanto, a limitação do normal ao patológico aos sintomas, na perspectiva da psiquiatria e da neurologia, ainda não foi completamente abandonada e perduram até os dias atuais (BYINGTON, 2017, p.25).

Ainda no século XIX, a histeria era tratada de maneira preconceituosa e estigmatizada. Foram realizadas atrocidades em pacientes que apresentavam este quadro patológico, tais quais castrações em casos de histeria e epilepsia, cauterização do clitóris e diversas outras barbaridades médicas que podem ser associadas a “demonologia” da Inquisição provenientes da Idade Média. Essas atrocidades devem ser separadas da ciência; por tal razão, a psicodinâmica afastou esses tratamentos que violavam a integridade física e psíquica dos portadores de enfermidade mental (BYINGTON, 2017, p.26).

Por fim, a última deformação histórica acerca da noção do normal e do patológico teve seu apogeu quando Freud descobriu a formação da identidade que se desenvolve desde a infância, bem como a formação do Ego através do Id<sup>13</sup>. A Psicanálise tornou-se a deformação psicológica pela “patologização”. Ocorreu, nesse momento histórico, a “patologização” da psique, isto é, as descobertas de Freud acerca da formação da identidade desde a infância, a sexualidade infantil, do inconsciente reprimido do complexo de Édipo, dos mecanismos de defesa do Ego,

---

<sup>13</sup> Segundo o dicionário Michaelis: id - PSIC Na teoria psicanalítica de Freud, uma das três partes da personalidade, de conteúdo inconsciente, por um lado hereditário e inato, por outro, recalçado e adquirido. É considerado o reservatório inicial da energia psíquica e associado com instintos ou desejos antissociais, geralmente de âmbito sexual ou agressivo. As outras duas partes da personalidade são o ego e o superego (MICHAELIS, 2017, p.1).

da compulsão de repetição, do complexo de castração, da resistência e da transferência defensivo representavam a descrição da psique normal para protegê-la da deformação patológica (BYINGTON, 2017, p.27).

Para Byington (2017, p.27) a Psicanálise, ao tratar como patologia as características normais das crianças e reconhecê-las como o “perverso-polimorfo-normal”, passou a “patologizar” a psique, afirmando que as características normais da criança deveriam ser reprimidas, uma vez que estas já nasciam perversas. Para Freud, as crianças deveriam se submeter à repressão educacional para a formação do superego que, por sua vez, iria reprimir os instintos para permitir que estas fossem civilizadas. Dessa forma, deveria o superego<sup>14</sup> ser formado para permitir o convívio social dos indivíduos (BYINGTON, 2017, p.27).

O ser humano foi considerado instintiva e cientificamente homicida e perverso, por isso necessitado da repressão dos instintos para se civilizar. Indubitavelmente, essa indevida “patologização” do normal foi uma regressão mítica ao Velho Testamento, ao conceito cristão de pecado original, e um subsídio eloquente para a educação repressiva (BYINGTON, 2017, p.27).

Byington entende que a psicologia simbólica junguiana considera todos os fenômenos da vida como símbolos estruturantes, uma vez que este campo do saber classifica todas as funções da vida como funções estruturantes. Assim, expressa o psiquiatra o seguinte entendimento sobre o tema:

Dentro desta perspectiva, tudo é símbolo, inclusive o pensamento e a conduta. O frio do inverno, a raiva de alguém, a vontade de comer um doce, o sol poente, a chuva caindo, são representativas de um sem número de características simbólicas. E todas as funções da vida são funções estruturantes da Consciência através da elaboração simbólica. Ao agasalhar-me estou me protegendo do frio e logo percebo se me sinto melhor ou se preciso de outro agasalho (BYINGTON, 2007, p.2).

Nas lições de Jung, o inconsciente coletivo “compreende toda a vida psíquica dos antepassados desde os seus primórdios” (JUNG, 2008, p.10). Dessa forma, o autor acredita que a consciência individual é condicionada ao inconsciente coletivo, ou

---

<sup>14</sup> Formação inconsciente, consecutiva à identificação da criança com os seus pais, que exerce a função de censura apesar dos impulsos do instinto, dirigindo-os para os objetos substitutivos (AURÉLIO, 2017, p.1).

seja, está vinculada a fatores herdados pelos seus antepassados e também às influências do meio ambiente.

Nessa lógica, essa definição precípua é elementar para entender as funções estruturantes que são arquetípicas, ou seja, aquelas que habitam o inconsciente coletivo. Segundo Byington (2015, p.118), essas funções podem classificar-se em normais ou defensivas. A última, descoberta por Freud, é tratada pelo psicanalista como um mecanismo de defesa do Ego. Desse modo, o psiquiatra entende que:

Tudo na Psique é bipolar, podendo ser empregado para o Bem ou para o Mal. As funções estruturantes também. Elas podem ser normais e estruturar a Consciência, ou defensivas e expressar a Sombra. Assim, o ciúme é uma função estruturante normal, que muito contribui para formar e alimentar a Consciência, ou defensiva, quando se transforma num verdadeiro monstro, que é o ciúme patológico (BYINGTON, 2005, p.2-3).

Passada a análise acerca destas premissas iniciais sobre as diferentes concepções históricas do normal e do patológico, é possível entender que a percepção sobre o liame entre esses estados varia a cada contexto histórico, conforme destacado pelo autor Byington (2017, p.23-28). Isso influencia no modo pelo qual a ciência, a religião e a sociedade passam a enxergar determinado comportamento como patológico.

Ao longo dos anos, muitos esforços foram empregados pela ciência para contrariar o senso comum em busca da compreensão acerca das doenças psíquicas. Contudo, alguns campos do saber permaneceram inertes em relação ao assunto (MARTINS; AGUIAR, 2016, p.82).

Ainda que a área jurídica seja marcada pela característica da imperatividade das normas e que resida nesta a dificuldade de perpetrar nos aspectos subjetivos dos indivíduos, torna-se necessário compreender a contribuição que a Psicologia traz neste ponto à prática forense.

A visão interdisciplinar serve de anteparo ao Direito diante da possível tendência desse ramo do conhecimento em manter uma postura engessada ao tratar a loucura como um estigma de maneira determinante. Não obstante, a Psicologia busca aproximar-se do paciente por entendê-lo como sujeito dotado de características e singularidades psíquicas as quais devem ser levadas em consideração para se

chegar a qualquer conclusão acerca da personalidade daquele indivíduo (MARTINS; AGUIAR, 2016, p.82).

Desta forma, é preciso que os intérpretes do Direito entendam que existem sinais de uma anormalidade psíquica e que devem ser previamente diagnosticados pelos profissionais da área da psiquiatria e da psicologia a fim de designar o tratamento adequado ao indivíduo, seja o tratamento ambulatorial ou internação psiquiátrica compulsória. Procura-se distinguir o que é normal e o que é patológico, então, a partir da Teoria dos Complexos de Jung.

Este trabalho não se ocupa em analisar a culpabilidade do indivíduo que mata por paixão ou emoção, mas sim a análise do devido tratamento daquele que cometeu um crime passional em virtude de um transtorno mental desencadeado por um relacionamento amoroso sexual abusivo. Portanto, o amor em si não se transforma em doença, mas alguns relacionamentos abusivos podem despertar no indivíduo uma estrutura, uma doença psíquica, até o momento desconhecida.

Conclui-se que os elementos que que impulsionam o crime passional (a *emoção* e a *paixão*) não excluem a imputabilidade penal, *vide* o *caput* do artigo 28 do Código Penal. Porém, essas motivações que levam o homicida passional a matar podem ter natureza patológica e é esse o objeto de análise do presente trabalho. Por esta razão, inicia-se a análise do crime em destaque à luz da Teoria dos Complexos de Jung.

## 2.2 A TEORIA DOS COMPLEXOS DE JUNG

A psiquiatra alagoana Nise da Silveira, admiradora dos trabalhos desenvolvidos por Carl Gustav Jung, o pai da Teoria dos Complexos, compilou em seu livro “Jung Vida e Obra” uma espécie de “mapa de bolso”, assim denominado por ela, acerca da Psicologia Analítica. A autora relata, em sua obra, que Jung trouxe à psiquiatria base psicológica da mesma forma que a medicina necessita e tem por fundamento a fisiologia (1981, p.23). O presente livro traz uma sucessão cronológica das obras de Jung e uma rica compreensão a respeito dos fundamentos desse ramo do saber.

Com o intuito de trazer à psiquiatria fundamentos da psicologia, Jung aprofundou-se no estudo da teoria do associacismo, até então explorada pelo campo da Psicologia. Essa teoria traduzia que a vida psíquica poderia ser explicada pelas combinações e recombinações dos elementos mentais, que entrariam em conexão por força de determinadas leis, tais quais as leis da contiguidade, semelhança, contrastes, dentre outras que não serão exploradas pelo presente trabalho (SILVEIRA, 1981, p.23-24).

Jung, que antes era considerado como discípulo das teorias de Freud, contrariou os “dogmas” da psicanálise e empenhou-se no estudo considerado à sua época o “tabu” da psicanálise: o inconsciente coletivo. Ao publicar, em 1912, a obra “Transformações e Símbolos da Libido”, trouxe à tona o conceito de libido como energia psíquica. Este marco histórico rompeu com o vínculo entre Freud e Jung, pois estabeleceram-se divergências nas interpretações acerca da libido – para Freud, sinônimo de sexualidade; e para Jung, de energia psíquica – o que culminou na cisão entre eles em duas escolas: a Psicanálise e a Psicologia Analítica (SILVEIRA, 1981, p.36).

Diante dessa cisão com a psicanálise, Jung defendia que “libido é apetite, é instinto permanente de vida que se manifesta pela fome, sede, sexualidade, agressividade, necessidade e interesses os mais diversos” (SILVEIRA, 1981, p.36-37). Para Freud, a libido tinha significação exclusivamente sexual, atrelava-se à noção de interesse erótico (SILVEIRA, 1981, p.36-37). Freud descrevia o trauma causador de distúrbios como “decorrência do conflito entre o desejo sexual de um objeto do mundo externo e real e a censura desse desejo” (LOPARIC, 2010, p.1).

Nessa lógica, Jung, ao estudar o fenômeno da esquizofrenia não conseguia conceber que o contato com a realidade fosse limitado aos “afluxos sexuais”, às percepções eróticas da realidade dada por Freud. O estudo desta psicopatologia foi fundamental para que Jung desenvolvesse a Psicologia Analítica, afinal de contas os principais conceitos formulados por Jung foram criados por intermédio da análise de pacientes esquizofrênicos, através da observação dos delírios e alucinações dos seus pacientes. Sendo assim, Jung demonstrou repúdio aos entendimentos firmados pela psicanálise acerca do reduativismo da libido e da afetividade à sexualidade, pois tal afirmação deformava a dimensão do normal, deslocando-o para o plano do patológico a partir das afirmações do psicanalista (BYINGTON, 2017, p.27).

A partir da experiência da associação, Jung observou que ocorriam reações diante das emoções reprimidas no inconsciente do indivíduo. Ele passou a observar os seus pacientes que eram submetidos a determinados estímulos. A experiência consistia no seguinte método: organizava-se uma lista de palavras chamadas de “palavras indutoras”. Estas, por sua vez, não estabeleciam entre si nenhum vínculo semântico, eram palavras aleatórias. O indivíduo examinado era estimulado a reagir às palavras pronunciadas pelo examinador e, logo em seguida, deveria pronunciar uma única palavra, a primeira que viesse à mente. A palavra pronunciada pelo paciente era denominada de palavra induzida. Media-se, então, o tempo estabelecido entre a palavra indutora e a induzida para conceber o tempo de reação (SILVEIRA, 1981, p.25-26).

Seguindo a análise dos experimentos das “palavras-estímulos”, o analista junguiano canadense Murray Stein assinala (2014, p.43) que os complexos se expressam a partir das perturbações da consciência que surgem em resposta à determinado estímulo, determinada reação diante de imagens, pensamentos, fantasias e influências que impelem o comportamento dos indivíduos. Desse modo, Jung (2014, p.40-44) descobriu que esse território abstrato e desconhecido, que era considerado uma incógnita à sua época, era habitado pelos complexos.

Para Murray Stein (2014, p.40-44), os complexos traduziam os conteúdos ocultos e inconscientes que davam origem as perturbações da consciência. Ele compara essas perturbações como se fossem espécies de diabrites e demônios interiores que podem surpreender o indivíduo a qualquer tempo.

Stein (2014, p.44-45) ainda aponta para o fato de que as perturbações oriundas de fatores estressantes provenientes do meio ambiente externo deve ser diferenciada das perturbações originadas pelos complexos. Os complexos explorados por Jung eram dotados de determinada carga emocional que era examinada a partir da análise do paciente por meio de uma investigação das reações que as “palavras-estímulos” representavam para o indivíduo.

Essa técnica é utilizada no processo terapêutico e consiste em resgatar os conteúdos difíceis de serem acessados pelo consciente do indivíduo. A partir do exame da estrutura dos complexos, Jung concluiu que a ligação desses se dá por meio da emoção e esta, por sua vez, os reprime no inconsciente (STEIN, 2014, p.55).

Para Jung, o ego pode reprimir os conteúdos da consciência, aqueles que não lhe agradam ou considerados intoleráveis, penosos ou até mesmo incompatíveis com outros conteúdos. Por outro lado, o ego pode também recuperar conteúdos reprimidos no inconsciente desde que estes não estejam bloqueados por mecanismos de defesa, como a repressão, ou seja, quando os conteúdos do inconsciente são incompatíveis com aqueles que já se encontram no ego e, por isso, intoleráveis e inalcançáveis. Ademais, esses conteúdos do inconsciente, para serem resgatados, necessitam estabelecer uma associação suficientemente forte com o ego (STEIN, 2014, p.26).

Para análise da Teoria dos Complexos de Jung, é necessário entender as estruturas da psique humana, bem como de sua característica mais central, o ego. Este é um termo técnico utilizado pela psicanálise que deriva do latim e significa “eu” (STEIN, 2014, p.21).

Murray Stein (2014, p.21) explica que, apesar de Jung preocupar-se em descortinar aquilo que habitava o inconsciente, no interior da *psique*, o analista também se encarregou de descrever e explicar a consciência humana. Essa descrição é o ponto de partida para adentrar nos conteúdos ocultos da *psique*, pois a consciência do ego era uma característica primordial para se explorar a região do inconsciente. Assim, a consciência era uma espécie de “condição prévia para investigação psicológica” (STEIN, 2014, p.21).

Segundo o analista Stein (2014, p.21) “o ego é uma espécie de espelho no qual a psique pode ver-se a si mesma e pode tornar-se consciente”. À vista disso é que se entende a função do ego, sendo este um conteúdo complexo que relaciona todos os conteúdos do consciente, nas palavras do analista, uma espécie de “sujeito de todos os atos conscientes da pessoa”. Os conteúdos psíquicos quando apresentados ao ego é que se tornam conscientes, ou seja, à medida que o conteúdo psíquico é tomado e refletido pelo ego, ele se torna parte do domínio da consciência.

Stein (2014, p.24) relata que Jung, ao descrever o ego, estabelece uma diferença entre características conscientes e inconscientes da *psique*, sendo estas tudo aquilo que se conhece e aquelas tudo aquilo que se ignora. Essa distinção é importante para entender de que modo o inconsciente é acessado e investigado a partir da experiência das “palavras-estímulos”, pois é no inconsciente que se encontram todos

os conteúdos psíquicos que estão fora da consciência, sejam de maneira temporária ou permanente.

A consciência é o estado de conhecimento do indivíduo acerca dos eventos internos e externos, é o “fator vital” dos seres vivos (STEIN, 2014, p.24). O analista traduz a consciência da seguinte forma: “A consciência é como um quarto cujas quatro paredes cercam o conteúdo psíquico que, temporariamente, o ocupa. A consciência precede o ego, o qual se converte, em última instância, no seu centro” (STEIN, 2014, p.25). Assim, consciência do ego está sujeita a perturbações e reações emocionais que, por sua vez, são criadas por choques entre o indivíduo e o ambiente externo. Tais reações, manifestadas através do experimento das “palavras-estímulos”, representavam as associações que o indivíduo realizava com os conteúdos ocultos do inconsciente. As respostas às “palavras-estímulos” eram nada mais, nada menos do que os indicadores do complexo (STEIN, 2014, p.40).

Jung, então, considerou que essas colisões entre a *psique* e o mundo, se não forem excessivamente severas, levam ao desenvolvimento do ego, isto é, a partir dessas colisões o indivíduo passa a ter mais competência e autonomia individual frente à resolução dos seus problemas psicológicos. Desta forma, o ego cresce a partir das interações entre a psique e o mundo. Assim, os perigos, as atrações, contrariedades, ameaças e frustrações causados por outras pessoas e outros fatores ambientais geram um certo nível de energia concentrada na consciência, de modo que o ego se encarrega de lidar com esses aspectos que configuram imersões no mundo real (STEIN, 2014, p.40).

Todavia, existem outras perturbações da consciência que não estão ligadas a quaisquer causas ambientais, além disso, são manifestadas de modo totalmente desproporcional diante dos estímulos observáveis. O que Jung descobriu é que essas perturbações não são inicialmente causadas por colisões externas, e sim internas (STEIN, 2014, p.40).

Stein (2014, p. 40) destaca que “os humanos são impelidos por forças psíquicas e motivados por pensamentos que não se baseiam em processos racionais, e sujeitos a imagens e influências para além daquelas que podem ser medidas no meio ambiente observável”.

Por essa razão, muitas pessoas enlouquecem, às vezes, com motivos que não são externos ao indivíduo e muitas dessas colisões internas traduzem-se em formas inexplicáveis de comportamento, como ocorre com a esquizofrenia. Da mesma forma, as pessoas podem se tornar psicóticas, podem ser dominadas por uma fúria incontrolável, apaixonam-se, têm alucinações, sonham ou ficam pura e simplesmente loucas por motivos não aparentes. Sendo assim, é possível inferir que os complexos nascem dos traumas (STEIN, 2014, p.40).

Stein (2014, p.54) defende que os complexos também podem ser considerados como fragmentos da personalidade ou subpersonalidades e todo e qualquer indivíduo está vulnerável, em certa medida, à desintegração, uma vez que a personalidade é construída de grandes e pequenos fragmentos, portanto, estes podem descolar-se. O analista explica que quando o indivíduo está “em complexo” ele está em um estado de dissociação, ou seja, é como se a pessoa estivesse na posse de uma personalidade alheia. Isto ocorre quando a consciência do ego é perturbada e, a depender da extensão desta perturbação, a consciência pode situar-se em um estado considerável de confusão e desorientação.

Todos os indivíduos possuem complexos, logo, todos possuem personalidades múltiplas. Contudo, via de regra, os complexos estão subordinados a um ego integrado, portanto eles possuem menos energia do que o ego. Este, por sua vez, é o centro primário da consciência (STEIN, 2014, p.54).

Segundo a psiquiatra Nise da Silveira (1968, p.33), Jung definia os complexos como “imagens fortemente carregadas de emoções” que representam as “manifestações vitais da *psique*” e que podem ser agrupados em categorias distintas, como: “o complexo mãe, o complexo pai, complexo de poder, complexo de inferioridade, etc.”. A psiquiatra entende que os complexos expressam a relação entre o inconsciente pessoal e o inconsciente coletivo, assim, completa seu raciocínio da seguinte maneira:

Tais bases seriam os arquétipos, isto é, os alicerces da vida psíquica comuns a todos os humanos. Visto nesta perspectiva, por traz de suas características exclusivamente pessoais, o complexo mostraria conexões com os arquétipos, ou seja, haveria sempre uma ligação entre as vivências individuais e as grandes experiências da humanidade. Por exemplo : sob a trama do complexo mãe, com suas múltiplas implicações individuais, vislumbra-se o arquétipo mãe. Desse arquétipo, depositário das mais

primordiais experiências do homem, emana o poder fascinante e o mistério que tantas vezes envolve o complexo mãe individual e que tanto dificulta sua assimilação (SILVEIRA, 1968, p.33).

Jung teve por propósito entender esse lado menos racional da natureza humana através de técnicas da experiência de associação, de modo a investigar o que motiva as emoções, as fantasias e também o comportamento humano. Desse modo, descobriu que o mundo interior do indivíduo era povoado pelos Complexos, os quais representavam sinais e reações defensivas contra os conflitos psicológicos do inconsciente (STEIN, 2014, p.41-43).

Para a Psicologia Analítica, segundo Stein (2014, p.53), o processo de análise busca desvendar os complexos do indivíduo e expô-los à reflexão consciente do ego. O analista confirma que “é na análise que a pessoa toma consciência de como funcionam os complexos, o que desencadeia a sua constelação e o que pode evitar a sua interminável repetição”.

Se o ego não intervém de modo a tomar consciência deste complexo, este último passa a comportar-se como um “corpo estranho animado de vida própria ou como uma infecção” Stein (2014, p.53). Portanto, uma pessoa sob o domínio de um complexo pode se sentir totalmente impotente e incapaz de controlar suas emoções e, por essa razão, o processo de análise procurar controlar o poder que o complexo possui sob o indivíduo.

Em suma, o processo de análise auxilia no estudo acerca da causa externa e interna que conduziu o indivíduo a desencadear determinado transtorno psicótico. A violência psicológica, por exemplo, muito comum em alguns relacionamentos amorosos nos dias atuais, pode despertar no indivíduo um complexo até então reprimido no inconsciente e levá-lo à prática de condutas violentas. É dentro dessa dinâmica que o ciúme passa a se tornar patológico e a operar na consciência do indivíduo. Contudo, os complexos podem ser modificados por experiências ulteriores e isso representa um benefício para o indivíduo, pois o potencial curativo da psicoterapia depende dessa modificação (STEIN, 2014, p.55).

### 2.2.1 O complexo do ciúme

A partir da Teoria dos Complexos, Jung admitiu que as perturbações da consciência, decorrentes das respostas aos estímulos verbais, deviam-se as associações do inconsciente com as palavras lidas. Jung afirma que tais associações não se dão entre palavras de estímulos e de respostas, mas sim entre as palavras de estímulos e os conteúdos ocultos adormecidos no inconsciente. Essas associações, quando estimuladas por lembranças, fantasias, imagens e pensamentos, geram uma perturbação na consciência, dessa maneira, os complexos se manifestam (STEIN, 2014, p.43).

A Psicologia Simbólica Junguiana concebe todos os fenômenos da vida símbolos estruturantes, inclusive o pensamento e a conduta, e todas as funções da vida são as funções estruturantes, ou seja, são as vivências, percepções, sensações que formam o indivíduo. Por isso, tudo aquilo que o homem desenvolve em relação a sua identidade, que se relaciona com o corpo e a mente, resulta das cognições, percepções, sensações e reações do indivíduo. A consciência, portanto, se forma através do processo de elaboração simbólica que se dá através da interação dos símbolos e das funções estruturantes que contribuem para a formação da consciência (BYINGTON, 2007, p.2).

Byington (2007, p.2) descreve a vivência das coisas como símbolos que, através das funções estruturantes, formam a identidade do Ego e os elementos na Consciência. Esse processo, que forma a consciência através dos símbolos e funções estruturantes chama-se processo de elaboração simbólica e é considerado o centro de toda a atividade psíquica (BYINGTON, 2007, p.2).

Muitos símbolos e funções estruturantes formam mais facilmente a consciência, porque agradam aos indivíduos, a exemplo do aplauso, do elogio, do carinho. Contudo, outros símbolos como o ciúme, a agressividade, a inveja, a vergonha e a ambição fazem com que o indivíduo sofra e por isso são reprimidos no inconsciente, de modo que não são admitidos como símbolos que contribuem para o crescimento da consciência. Assim sendo, a tradição cultural, muitas vezes, chegou a rotular, discriminar e estigmatizar algumas funções estruturantes que ameaçam a estabilidade do indivíduo e da sociedade, classificando-as funções exclusivamente

malignas e destrutivas, como aconteceu com os sete pecados capitais (BYINGTON, 2007, p.2).

Byington (2007, p.2) afirma que os símbolos são impedidos de serem elaborados pelos indivíduos em virtude da discriminação preconceituosa e moralista acerca das funções desqualificadas pela sociedade e, por isso, passam a operar na Sombra, no inconsciente reprimido. Deste modo, essas funções se tornam inadequadas e destrutivas e, nas palavras do analista, “são expressas por defesas que infernizam a vida”. As funções estruturantes normais quando fixadas e defensivas é que surgem as patologias mentais, o crime, à destrutividade e a todo o Mal de que o homem é capaz de realizar.

O ciúme é uma função estruturante que pode ser experimentado de diferentes formas, ao qual se atribui diferentes valores, assim, pode ser manifestado de maneira saudável ou patológica. Nesse sentido, Byington (2005, p.5) afirma que:

O ciúme é uma função estruturante que, quando opera normalmente, guia a função estruturante do amor e delimita o seu território. Nesse caso, o ciúme é o guardião ético do amor. O ciúme esclarece para a Consciência até onde o amor tem direitos e deveres e mostra quando ele transgride suas fronteiras e torna-se defensivo, ou seja, inadequado, possessivo e destrutivo.

Necessário se faz entender que as funções estruturantes são arquetípicas, isto é, habitam o inconsciente coletivo de todas as pessoas. Estas, por sua vez, podem ser consideradas normais ou defensivas. Uma função estruturante defensiva é aquela que reprimem os símbolos no inconsciente pessoal. Isso só foi possível perceber após a descoberta de Freud acerca dos mecanismos de defesa do Ego, contudo, Byington (2007, p.2) destaca que essas defesas são funções estruturantes defensivas do *Self*, e não do ego. Tudo na psique é bipolar, ou seja, podem ser empregados para o bem como para o mal, e não é diferente o que ocorre com as funções estruturantes.

Deste modo, elas podem ser normais e estruturar a consciência, ou defensivas e expressar as sombras. Portanto, a Sombra é tudo aquilo que o indivíduo não deseja ser. O ciúme, por exemplo, é uma função estruturante normal que muito contribui no crescimento da consciência, por outro lado pode ser também uma função

estruturante defensiva e, por isso, de acordo com os esclarecimentos de Byington, transforma-se em um sentimento destrutivo, como ocorre com o ciúme patológico (BYINGTON, 2007, p.2).

### **2.2.2 O complexo amoroso**

Ao estudar as “imagens” que habitam o inconsciente, Jung explorou uma das suas estruturas: o complexo afetivo. O que causa precisamente a perturbação da consciência e, portanto, a manifestação do complexo só pode ser desvendado mediante novas perguntas envolvendo as palavras-estímulos, isto é, através de mais análise (STEIN, 2014, p.44). É nesse ponto que a Teoria dos Complexos contribuiu ricamente para a compreensão acerca dos elementos instrínsecos do crime passionai: a paixão, o ciúme, o ódio, a vingança e as mais variadas cargas emocionais psíquicas que impulsionam o comportamento humano.

De acordo com Jung (2009, p.175), o complexo afetivo, assim como os demais complexos, é considerado uma imagem reprimida no inconsciente dotada de forte carga emocional que é incompatível com o conteúdo racional da consciência. Essa imagem é dotada de autonomia, tem coerência interior e, por essa razão, a consciência só consegue controlar esse complexo até um determinado limite.

Em virtude dessa autonomia, o complexo se comporta na esfera do consciente como um corpo estranho que possui vida própria (JUNG, 2009, p.31). Portanto, é preciso entender que certos conteúdos inalcançáveis à percepção das características observáveis podem indicar, a depender da elevada carga emocional que aquela imagem represente, um complexo que leva o indivíduo a matar e/ou agir de forma violenta.

Jung (2009, p.20) entende que é possível reprimir o complexo com algum esforço de vontade, contudo, é impossível negar sua existência e, diante de determinadas circunstâncias favoráveis que o ativem, é possível que este volte à tona com toda a sua força original.

### 2.2.3 A constelação do complexo e a prática dos crimes passionais

O termo constelação para Jung (2009, p.18) representa “o fato de que uma situação exterior ao indivíduo desencadeia um processo psíquico que consiste na aglutinação e na atualização de determinados conteúdos”, ou seja, é quando algo externo ativa os conteúdos psíquicos por meio do agrupamento de conteúdos já existentes, ou através da atualização destes.

A constelação, portanto, consiste em um processo automático que ninguém pode deter por vontade própria. Jung (2009, p.18) entende que os conteúdos constelados são os complexos. Os efeitos dessa constelação podem durar por bastante tempo após o indivíduo ser submetido à determinado estímulo, ainda que este complexo tenha deixado de exercer o seu impacto na psique (STEIN, 2014, p.53).

A expressão “está constelado” utilizada por Jung (2009, p.18) indica que “o indivíduo adotou uma atitude preparatória e de expectativa, com base na qual reagirá de forma inteiramente definida”. Isso significa que quando um complexo está constelado, de acordo com Murray Stein (2014, p.54), a consciência é perturbada, podendo ficar confusa e desorientada, pois o indivíduo, ao reagir às palavras estímulos por meio da experiência das associações e que está em uma posição preparatória e de expectativa, reage de maneira inusitada.

A erupção dos complexos pode ocorrer de maneira espontânea, de modo que estes são capazes de irromper subitamente a consciência e, assim, apossar-se das funções do ego. Por essa razão, nem toda manifestação pode ser considerada pura. Existe, com frequência uma espécie de gatilho, nas palavras do analista Murray Stein (2014, p.57), “um sutil estímulo disparador”, que pode, muitas vezes, ser detectado a partir da observação do passado recente do indivíduo.

Sendo assim, as pessoas podem converter os impulsos reprimidos em ações. Murray Stein (2014, p.57) denomina isto de *acting out* que significa “passagem ao ato” e, muitas vezes, quando o ego é dominado a tal ponto, ele acaba assimilando ao complexo e aos propósitos deste, o que resulta naquilo que o analista chama de *acting out*. Assim, uma depressão neurótica pode parecer endógena, isto é, resultado de questões internas do indivíduo, até que se descubra “o minúsculo e repentino insulto que a deflagrou” (STEIN, 2014, p.57), portanto resultado de uma

questão externa ao indivíduo. As pessoas que convertem esses impulsos reprimidos em suas ações com frequência não percebem que estas resultam daqueles (STEIN, 2014, p.57).

Quando o ego é ludibriado ao ser induzido a pensar que está sendo conduzido por livre expressão de si mesmo e, portanto, o complexo domina-o, o indivíduo passa a desencadear um comportamento doentio, psicótico – está aqui a natureza da patologia. O indivíduo passa a concretizar a sua vontade através do seu comportamento, ou seja, aquilo que se está com vontade de fazer ele realiza e, na sua concepção, esta ação lhe parece congruente com o ego. Jung (2009, p.21) afirma que, na Idade Média, a identificação com o complexo tinha outra denominação, qual seja a possessão. Somente através do retrospecto da situação é que a pessoa percebe que algo se apossou dela e a fez agir de tal forma, no momento da sua ação ela não tinha consciência do que estava fazendo (STEIN, 2014, p.57). Nesse sentido, Jung (2009, p.21) afirma:

Provavelmente ninguém imaginará que este estado seja tão inofensivo; em princípio, porém, não há diferença entre um lapso corrente de linguagem causado por um complexo e as disparatadas blasfêmias de um possesso. Há apenas uma diferença de grau.

É de máxima importância perceber que existem graus de possessão que “vão dos momentâneos e inconsequentes até os psicóticos e crônicos” (STEIN, 2014, p.58). O que ocorre na possessão é que as características da personalidade do indivíduo não condizem com o caráter do ego, portanto tornam-se ostensivamente manifestas a ponto de dominar a consciência do indivíduo. Ocorre que tais características, até o momento desconhecidas, se aglutinam e se formam no inconsciente pessoal durante um certo tempo, contudo, elas irrompem subitamente a consciência e passam a dominar o ego. Por isso na, Idade Média, dizia-se que a pessoa estava possuída pelo demônio (STEIN, 2014, p.58).

A constelação do complexo relaciona-se à prática dos crimes passionais a partir do momento que este resulta de uma psicose que leva o indivíduo a realizar a prática criminosa. É importante que se identifique os sinais através das entrevistas e conversas com o homicida passional e que seja devidamente diagnosticado pelos profissionais da psiquiatria e psicologia para verificar a natureza dessa

manifestação, se patológica ou normal. Dentro dessa perspectiva, evidentemente, há de se convir que o ato de matar não está na dimensão da normalidade.

Desta forma, a presente visão interdisciplinar pretende subsidiar as decisões judiciais acerca da designação legal institucional do indivíduo, razão pela qual o juiz deve analisar a adequação da espécie medida de segurança aplicada, buscando sempre a ressocialização do indivíduo.

### 3 A APLICAÇÃO DA LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO ÂMBITO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

Ante a problemática apresentada no presente trabalho acerca da relação entre a paixão e a doença mental, passa-se à análise da aplicação da medida de segurança a esses casos, a partir dos ditames da Lei 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica).

Ao tocar no tema da loucura é impossível não aventar a referida lei, uma vez que esta representou uma mudança de visão acerca da política pública de saúde a ser adotada em relação aos doentes mentais.

No tocante à saúde mental, questiona-se a possibilidade de aplicar esta lei na seara penal, uma vez que a sua aplicação *ipsis literi* implicaria em uma reformulação do tratamento que é conferido atualmente pela Lei de Execução Penal, em virtude dos motivos que serão expostos a seguir (PRADO, 2010, p.89).

Após a reforma do Código Penal, introduzida pela Lei 7.209/1984, o referido diploma legal adotou o sistema vicariante, o qual impede a cumulação de pena e medida de segurança. No caso dos inimputáveis, a aplicação de medida de segurança se dá isoladamente e, conforme o artigo 96<sup>15</sup> do Código Penal, existem duas espécies: tratamento ambulatorial e internação psiquiátrica.

---

<sup>15</sup> Art. 96. As medidas de segurança são: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)  
I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)  
II - sujeição a tratamento ambulatorial. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)  
Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) (BRASIL, 1984, p.10).

Ocorre que o critério de determinação da espécie da medida adotado pelo código, de acordo com o artigo 97<sup>16</sup> do Código Penal, depende da gravidade do delito e a periculosidade do indivíduo (PRADO, 2010, p.100). Para permitir uma decisão judicial favorável à desinternação condicional, ou seja, a uma desvinculação da Justiça, o juiz observa os seguintes requisitos objetivos: a requisição de exames para verificar a cessação de periculosidade, o tempo de reclusão e existência de parente que as acolha (SILVA; BRANDI, 2013, p.3947).

De acordo com a professora Alessandra Rapassi Mascarenhas Prado (2010, p.100-101):

Verifica-se, portanto, que a periculosidade do indivíduo é medida pela gravidade do fato, e não a partir da análise de uma doença e suas implicações no comportamento do indivíduo, ou de sua personalidade, o que parece resultar em uma responsabilidade objetiva, sem que haja individualização da medida.

Sabe-se que a disciplina legal da medida de segurança deve estar coadunada com os princípios de um direito penal mínimo, tais quais: o princípio da legalidade, princípio da intervenção mínima, princípio da igualdade, da dignidade da pessoa humana e da proporcionalidade. Nesse sentido, em se tratando de uma sanção penal imposta pelo Estado, a aplicação das medidas de segurança deve observar todas as garantias e princípios constitucionais inerentes à pena (FERRARI, 2010, p.91).

---

<sup>16</sup> Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

**Prazo**

§ 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

**Perícia médica**

§ 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) (BRASIL, 1984, p.10)

**Desinternação ou liberação condicional**

§ 3º - A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

§ 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) (BRASIL, 1984, p.10).

Antes de tudo, é necessário frisar que o tratamento dado ao portador de uma enfermidade mental, sentenciado ao cumprimento de medida de segurança, precisa estar afinado com princípio constitucional da individualização da pena, corolário do princípio da proporcionalidade. O aludido princípio pode ser extraído do artigo 5º, inciso XLVI, da Carta Magna, o qual determina que a lei deve regular a individualização da pena.

Dessa forma, esse princípio se materializa em três momentos: primeiro, na individualização legislativa de acordo com a natureza do bem jurídico tutelado; segundo, quando da sentença, na aplicação da pena justa e proporcional à gravidade do crime e à culpabilidade do agente; e, finalmente, aplica-se a individualização da pena na fase da execução da sentença, onde ocorre efetivamente a sanção criminal (BITENCOURT, 2012, p.282).

Sendo assim, é fundamental a observância do aludido princípio diante da interpretação jurídica acerca da espécie da medida de segurança a ser adotada diante do caso concreto, uma vez que é preciso considerar que a “individualização da medida se dá a partir de dados subjetivos, de acordo com as características biopsíquicas do indivíduo e da possibilidade deste voltar a delinquir” (PRADO, 2010, p.101).

Neste ponto, há uma dissensão entre a Psicologia e o Direito no contexto do judiciário, visto que a interpretação jurídica se concentra em critérios objetivos, diferentemente da psicologia que estuda os aspectos subjetivos dos indivíduos.

De acordo com o princípio da proporcionalidade, também chamado de proibição ao excesso, o Poder Legislativo e o Poder Judiciário devem observar a proporção entre a gravidade do crime praticado e a sanção aplicada, para que não cometam arbitrariedades, quer seja na cominação legal (proporcionalidade em abstrato), quer seja na aplicação das penas (proporcionalidade em concreto) (FERRARI, 2001, p.100).

Tal entendimento pode ser extraído do item 2 do artigo 11º da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789<sup>17</sup> (BITENCOURT, 2012, p.29). O referido princípio visa limitar os excessos do *jus puniendi* estatal, contestando as ingerências desnecessárias, não adequadas ou desproporcionais (FERRARI, 2001, p.100).

À vista disso, cabe aos magistrados e aos demais intérpretes do Direito analisar a internação desses indivíduos não somente a partir da conduta e indícios de periculosidade, mas essencialmente pela sua necessidade de um tratamento adequado nos moldes da Lei 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica). Por esse motivo, a interpretação da legislação penal deve observar os princípios penais de modo a definir a medida de segurança adequada à necessidade do indivíduo, quer seja aplicada a Lei da Reforma Psiquiátrica ou não (PRADO, 2010, p.89).

Contudo, ressalta-se que, no que diz respeito à aplicação da Lei da Reforma Psiquiátrica às medidas de segurança infere-se pelo artigo 2º da mencionada lei que há aplicação aos atendimentos de saúde mental de qualquer natureza.

Diante do avanço da Farmacologia e com o surgimento de novos remédios, a ampliação de recursos como a psicoterapia e a instauração de um novo modelo assistencial psiquiátrico garantido pela Lei Antimanicomial, necessário se faz a seguinte reflexão à luz do caso concreto aos intérpretes do Direito: é necessária a internação compulsória? É preciso repensar e até mesmo afastar a internação como regra e única perspectiva de tratamento (PRADO, 2010, p.101).

Um dos argumentos para responder esta questão funda-se na Lei da Reforma Psiquiátrica, de acordo com o inciso III do artigo 6º, segundo o qual “a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos”.

Em paralelo com o movimento antimanicomial que teve como protagonistas profissionais da área de saúde mental, na seara jurídica, em contrapartida, foram tecidas muitas críticas à disciplina legal das medidas de segurança, sobretudo, em virtude do advento da Lei da Reforma Psiquiátrica. As críticas apontavam para o fato

---

<sup>17</sup> Artigo 11º 1. Toda a pessoa acusada de um acto delituoso presume-se inocente até que a sua culpabilidade fique legalmente provada no decurso de um processo público em que todas as garantias necessárias de defesa lhe sejam asseguradas.

2. Ninguém será condenado por acções ou omissões que, no momento da sua prática, não constituíam acto delituoso à face do direito interno ou internacional. Do mesmo modo, não será infligida pena mais grave do que a que era aplicável no momento em que o acto delituoso foi cometido.

de que as medidas de segurança feriam garantias mínimas previstas no artigo 2<sup>o</sup><sup>18</sup> da mencionada lei (PRADO, 2010, p.102).

Em 2001, ano de publicação da Lei 10.216, o Brasil passou por uma revolução da política pública de saúde mental. Um dos princípios basilares dessa norma diz respeito à regra segundo a qual o atendimento deve se dar em liberdade e utilizar recursos extra-hospitalares, de acordo com o seu artigo 4<sup>o</sup><sup>19</sup> (PRADO, 2010, p.102). Prioriza-se aqui o tratamento ambulatorial.

No entanto, as bases da reforma psiquiátrica não se adaptam ao quanto disposto da legislação penal, visto que elas se contrapõem em alguns aspectos. É possível perceber que, enquanto que a internação compulsória é a regra da modalidade de medida de segurança a ser aplicada ao caso concreto, em virtude da intenção de tratar e retribuir condutas ilícitas, a reforma surge para percorrer o caminho inverso, de modo a buscar a desinternação para reabilitação e garantia à cidadania à pessoa com transtorno mental (PRADO; SCHINDLER, 2017, p.636).

Cumprir destacar que esta é uma análise importante para o presente estudo. Embora o foco se concentre na fase de execução da medida de segurança, é fundamental entender como se dá a sua aplicação para compreender as repercussões e as influências que circundam os efeitos da medida aplicada. Sendo assim, tais esclarecimentos representam, sobretudo, o pano de fundo deste estudo,

---

<sup>18</sup> Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001, p.1).

<sup>19</sup> Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (BRASIL, 2001, p.1).

uma vez que, para se analisar o papel do psicólogo jurídico nestes casos, é preciso entender todo o escopo que fundamenta a aplicação da medida de segurança, a fim de compreender a eficácia dos tratamentos ofertados, quer seja esta analisada durante ou após o cumprimento de sentença.

Diante dos desafios encontrados para a desinternação de portadores de transtorno mental em conflito com a lei, em virtude da incerteza quanto à “cura” do problema, do abandono do indivíduo pela família e perda dos seus vínculos sociais e, por consequência, pela sua dificuldade de reabilitação, destaca-se a contribuição do profissional psicólogo jurídico neste âmbito.

Cabe ressaltar que esse profissional possui conhecimentos relevantes para contribuir e auxiliar a atividade do magistrado, bem como de toda a equipe de saúde mental nos hospitais de custódia. Tal profissional possui competências para demonstrar aspectos relevantes ao processo de diagnóstico e ao tratamento do internado em conflito com a lei. Portanto, possui um papel fundamental para os trâmites jurídicos seja a internação, através do tratamento psicoterapêutico do indivíduo, como também no processo de desinternação deste (CAMPOS; SOUZA, 2015, p.10).

O cenário dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico é retratado no documentário *A Casa dos Mortos* (direção e roteiro de Debora Diniz). A narrativa trata da realidade dos internados nesses locais a partir da história de três personagens internados no HCTP da cidade de Salvador: Jaime, Almerindo e Antônio. Baseado no poema-testemunho de Bubu, um dos reclusos internado 13 vezes, o filme retrata que existem três tipos de mortes possíveis nesses locais “ou o indivíduo mata, ou ele se mata, ou ele morre seja física ou simbolicamente” (SILVA; BRANDI, 2013, p.3948). A diretora e roteirista Debora Diniz (2013, p.27) relata, assim, como foi “a chegada da câmera” no HCTP da cidade de Salvador para realizar o filme-documentário:

No dia seguinte, fui novamente procurada por Bubu. Dessa vez, ele trazia um papel manuscrito entre os dedos. “Fiz um poema para o seu filme. Ele se chama *A casa dos mortos*”, anunciou em tom solene. Fui sua primeira audiência: um poema-testemunho em que ele é personagem e crítico do poder psiquiátrico, ao mesmo tempo em que a nosologia médica da esquizofrenia é substituída por “surtos de loucura brejihótica”. Nos versos, encontrei um roteiro para o filme – uma voz em três atos: “As mortes sem

batidas de sino”, “As vidas sem câmbios lá fora”, “As drogas usuais e ditas legais” – e uma autoridade estética nativa para a narração. A escuta do poema foi perturbadora. Provocou uma suspensão no pêndulo Jaime e Almerindo, pois havia ainda um terceiro personagem a ser localizado, aquele cuja existência oscilava entre o perigoso e o ingênuo. O terceiro personagem era o habitante ainda não desaparecido do mundo externo, aquele sem lugar dentro ou fora do manicômio. Eles eram muitos dentro do hospital, com histórias singulares e anônimas ao mesmo tempo (DINIZ (2013, p.27).

O primeiro indivíduo a ser apresentado no documentário chama-se Jaime, que já havia sido internado uma vez, retornou ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico por cometer novamente homicídio no bairro da Barroquinha, na cidade de Salvador. Segundo Jaime, o que o fez retornar a praticar homicídio foi porque começou a “tomar remédio, tomar cachaça e usar drogas” (A CASA DOS MORTOS, 2009, cap.1). Ao retornar ao HCTP, Jaime cometeu um outro homicídio e afirma que o realizou porque estava “descompensado e sem tomar remédio” e, questionado se a vítima havia falado algo, Jaime diz que sim, havia mostrado o pênis para ele (A CASA DOS MORTOS, 2009, cap.1).

No capítulo 1 desta curta-metragem é possível observar o que roteirista denominou de “as mortes sem batidas de sinos” (DINIZ, 2013, p.23), ou seja, aquele que não tem direito às condolências por ser um invisível social. Jaime durante a filmagem ao ser questionado o que ele havia feito para estar no HCTP, imediatamente responde “121” (A CASA DOS MORTOS, 2009, cap.1). Debora Diniz (2013, p.23) destaca que o dispositivo penal não permitia esquecer o espectro de Jaime, a imagem do “louco perigoso”. Jaime cometeu suicídio durante o período das filmagens e a sua figura, segundo a cineasta (2013, p.29), corporifica a imagem do “o morto sem luto”.

Antônio, o segundo personagem da trama, retornou ao HCTP amarrado à carroceria de uma camionete (DINIZ, 2013, p.7). Ao ser filmado, Antônio começou a falar frases desconexas, mas que remetiam sua história de vida através dos delírios e, segundo Debora Diniz (2013, p.7), “a presença da câmera provocou nele um rito de anamnese”. Iniciava sua fala se apresentando, dizia quando nasceu e passava a falar coisas desconexas como “onde somos sem pé, quanta, foto, revista, playboy, natural, jogador, profissional, trabalhador, cantor, encontra atitude, profissão, quantas, carteira (...)” (A CASA DOS MORTOS, 2009, cap.3) e assim pronunciava a sequência ilógica de diversas palavras.

Almerindo, o terceiro personagem sobre o qual o filme aborda a história, encontra-se no HCTP desde 1981. O motivo pelo qual foi designado ao cumprimento de medida de segurança se deu por ter roubado uma bicicleta e foi acusado por crimes de lesões corporais leves por ter agredido a vítima ao jogar uma pedra e depois, não satisfeito, aproximou-se e jogou a bicicleta (A CASA DOS MORTOS, 2009, cap.3). Uma das passagens que marca a cena em que o personagem é entrevistado é quando ele afirma que “Almerindo já morreu” e diz que não quer voltar para casa porque não tem casa (A CASA DOS MORTOS, 2009, cap.3). Almerindo representa a situação de muitos internados do HCTP, não possui mais família, tampouco para onde ir.

Esse personagem corporifica a morte simbólica, a perda da identidade e dos vínculos sociais. O personagem representava o “louco ingênuo”, visto que poderia estar cumprindo tratamento ambulatorial, contudo, permanecia em internação compulsória, representava um “equivoco de uma engrenagem prisional” (DINIZ, 2013, p.6). Esquecido e ignorado, Almerindo personifica a denúncia ao grande problema que existe quando findo o tratamento e o prazo da medida de segurança: para onde irá aquele indivíduo abandonado e excluído da sociedade?

Nesta senda, necessária se faz a reflexão acerca dos tratamentos intermináveis das medidas de segurança, que mais se assemelham a uma espécie de “prisão perpétua” (FONTES, 2009, p.97), dada a dificuldade do processo de desinstitucionalização do paciente judiciário e a sua ressocialização em virtude da perda dos vínculos sociais. Problemas como o abandono e a estigmatização dos internados levam à ineficácia dos tratamentos e ao ciclo de internações intermináveis, uma vez que não retornam ao convívio social reabilitados porque são muitas vezes abandonados e excluídos socialmente.

No que concerne à disposição legal acerca do limite da duração da medida de segurança, de acordo com o artigo 97, parágrafo 1º do Código Penal<sup>20</sup>, o prazo

---

<sup>20</sup> **Imposição da medida de segurança para inimputável**

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

**Prazo**

§ 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984).

mínimo de cumprimento da medida de segurança deverá ser estabelecido pelo juiz, o qual deverá ser fixado entre 1 e 3 anos.

Contudo, não foi previsto o prazo máximo de duração da medida de segurança e, por esta razão, é necessária que haja razoabilidade diante da necessidade do indivíduo ao tratamento, de modo a buscar o controle do seu transtorno psíquico ou, se possível, a cura e a recuperação do internado. A jurisprudência do Supremo Tribunal de Justiça já se manifestou acerca do caráter perpétuo dessas medidas, de acordo com a súmula 527, dispondo que devem estar de acordo com o limite máximo da pena abstratamente cominada ao crime praticado.

É preciso afastar o caráter da perpetuidade da medida de segurança aplicando-se o mesmo limite dado aos condenados à pena privativa de liberdade – o limite de trinta anos – conforme preceitua o artigo 5º, inciso XLVII, alínea b da Constituição Federal<sup>21</sup> (FARIA, 2017, p.212). O Supremo Tribunal Federal<sup>22</sup> tem julgado no sentido de que a medida de segurança deve perdurar até que tenha cessado a periculosidade do agente, todavia, deve ser observado o limite constitucional do período máximo de trinta anos (FARIA, 2017, p.212).

Nesse contexto, indispensável se faz a reflexão sobre a possibilidade da progressão de regime da internação compulsória para o tratamento ambulatorial, tal como ocorre com a pena privativa de liberdade. Para Tânia Maria Nava Marchewka (2004, p.180), tudo indica que a aplicação de medida de segurança de internação compulsória é pior do que a pena privativa de liberdade, pois não existe dispositivo na Lei de Execução Penal (Lei 7.210/2984) que garanta e possibilite a liberação do doente mental de forma progressiva, assim como ocorre com a pena privativa de liberdade. Infere-se que a referida lei denota uma postura contraditória em relação ao que dispõe a Lei da Reforma Psiquiátrica, visto que a internação compulsória deve ser vista como última instância para o tratamento do indivíduo, devendo prevalecer o tratamento ambulatorial como a regra.

---

<sup>21</sup> Artigo 5º, inciso XLVII, alínea b da Constituição Federal: (...) não haverá penas:

b) de caráter perpétuo (BRASIL, 1988, p.2).

<sup>22</sup> “**HABEAS CORPUS’. PRESCRIÇÃO. MEDIDA DE SEGURANÇA. PRAZO MÁXIMO 30 ANOS. NÃO OCORRÊNCIA DO LAPSO TEMPORAL. RISCO À INTEGRIDADE FÍSICA DO PACIENTE.**

**1. No caso concreto, verifica-se que o paciente está internado há 26 (vinte e seis) anos, não atingindo o tempo máximo para o reconhecimento da prescrição da medida de segurança.**

**2. Ordem denegada”**

(**HC 142.244/RS**, Rel. Min. ADILSON VIEIRA MACABU, Desembargador convocado do TJ/RJ) (grifo nosso).

Paulo Queiroz (2016, p.534-535) reconhece que a Lei da Reforma Psiquiátrica deve ser amplamente aplicável às medidas de segurança e esta trouxe importantes modificações, que exigem uma releitura do Código Penal e da LEP (Lei de Execução Penal), havendo, inclusive, quem defenda a revogação desta última pelas razões expostas.

Há uma necessidade do reconhecimento por parte daqueles que atuam no sistema penal – Poder Judiciário, Ministério Público, Administração Penitenciária, órgãos da Saúde, Defensoria Pública, dentre outros – da harmonização e adequação entre a Lei da Reforma Psiquiátrica e a Lei de Execução Penal diante da proteção dos direitos da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (PRADO, SCHINDLER, 2017, p.9-10).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria n. 001/2014 que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do SUS<sup>23</sup>.

Por fim, importante destacar que o CNJ (Conselho Nacional de Justiça) editou a Resolução de nº113 de 20 de abril de 2010<sup>24</sup>, e a Recomendação nº 35 de 12 de Julho de 2011, determinando o cumprimento da referida lei no âmbito da execução das medidas de segurança.

### 3.1 O ESTIGMA DA PERICULOSIDADE DO LOUCO INFRATOR DA NORMA PENAL

Sabe-se que loucura acompanha a história da humanidade desde os primórdios. A cada contexto histórico e social, um novo atributo era empregado ao louco. Essas

---

<sup>23</sup> Art. 9º As ações de saúde serão ofertadas por serviços e equipes interdisciplinares, assim definidas:

I - a atenção básica será ofertada por meio das equipes de atenção básica das Unidades Básicas de Saúde definidas no território ou por meio das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), observada a pactuação estabelecida; e

II - a oferta das demais ações e serviços de saúde será prevista e pactuada na Rede de Atenção à Saúde.

Parágrafo único. A oferta de ações de saúde especializada em serviços de saúde localizados em complexos penitenciários e/ou unidades prisionais com população superior a 1.000 (mil) pessoas privadas de liberdade será regulamentada por ato específico do Ministro de Estado da Saúde (BRASIL.MS, 2014, p.2).

<sup>24</sup> Art. 17. O juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2010, p.5).

interpretações acerca das doenças mentais construíram, com o passar do tempo, o estigma da loucura.

Estigma, na visão do autor Erving Goffman (p.11–15, 2009), é usado como um atributo profundamente depreciativo para categorizar, estereotipar uma pessoa em razão de uma característica que a torne diferente das demais pessoas que se encontram em um determinado padrão físico, comportamental, estético, ideológico, social. Esse atributo, na visão do autor, decorre de alguma característica repugnada pela sociedade que ocasiona uma série de discriminações.

O portador de uma enfermidade mental foi estigmatizado por diferentes concepções ao longo da história, a exemplo das mítico-religiosas, organicistas e psicológicas. Essas, por sua vez, alteraram os atributos dos loucos no contexto social, científico e religioso. A noção do louco na Idade Média, por exemplo, não foi a mesma que perdurou na Modernidade. Tampouco a interpretação da loucura para a ciência médica não é a mesma adotada pela ciência psicológica, até mesmo porque se tratam de ramos do saber diferentes e, por essa razão, possuem abordagens diferentes.

Tais percepções alternaram-se durante o período da Grécia Antiga, prevalecendo a cada momento algumas delas. Essas considerações, empregadas ao longo da história acerca da loucura, estavam intimamente vinculadas a determinados pensamentos específicos do homem que diferiam diante da forma como concebiam a natureza, a etiologia e a terapêutica recomendada para o tratamento do portador de uma enfermidade mental. Assim, a interpretação da loucura variou ao longo do tempo de acordo com diferentes contextos – filosófico, científico, jurídico, religioso, cultural, social, político, ideológico, dentre outros ramos (PACHECO, 2009, p.37).

De acordo com as concepções mítico-religiosas, o autor Antonio Carlos da Ponte (2012, p.11) expõe que as antigas civilizações, como a dos hebreus, egípcios e gregos relacionavam as doenças mentais com os maus espíritos.

Esse mesmo enfoque mitológico-religioso da loucura se deu no período conhecido como a “Idade Média helênica” – que vai de Homero à tragédia grega, também conhecido como “Iluminismo Grego” – a loucura era vista como símbolo negativo, interpretada como algo que acarretava culpa e estigma por quem fosse por ela interpelado. Os transtornos mentais, advindos da perturbação da consciência,

representavam, pois, os efeitos da ação dos deuses sobre os homens (PACHECO, 2009, p.38).

Conforme a psicóloga Juiliana Garcia Pacheco (2009, p.39), com o fim da “Idade Média” helênica, a partir do século V a.C, surgiram obras dos trágicos e filósofos como Sócrates, Platão e Aristóteles. Eles não procuravam construir nenhuma teoria sobre a loucura, porém nas suas obras podem ser encontradas diversas histórias de loucos, sendo a loucura compreendida como desequilíbrio, destempero e exarcebação (PESSOTTI, 1994 APUD PACHECO, 2009, p.38).

Antonio Carlos da Ponte (2012, p.11) afirma que os gregos foram os primeiros a introduzir a terapêutica médica, através das práticas piedosas. Hipócrates, por exemplo, chegou a elaborar a descrição de algumas doenças mentais, como a epilepsia, que, à época, era considerada o mal sagrado.

A loucura passou a ser vista como doença do corpo – sob uma perspectiva organicista – a partir das ideias de Hipócrates. Conhecido como o “Pai da Medicina”, o médico e filósofo da Grécia Antiga representou para esta civilização a libertação da medicina das suas influências mítico-religiosas. Teve uma grande importância no que se refere à relação médico-paciente como o ponto fundamental para o restabelecimento dos pacientes. Foi em sua obra que se encontrou a primeira referência acerca da necessidade da Medicina adotar uma postura ética com relação a esses (PACHECO, 2009, p.52).

Hipócrates defendia uma visão global do ser humano, compreendendo a saúde por meio de uma concepção holística e ecológica, de modo que enxergava a continuidade entre a natureza e o organismo. Ele buscava enxergar o portador de transtorno mental de maneira individualizada, específica, e acreditava que para cada tipo de transtorno era preciso uma terapêutica diferente “que compreendia dietas, modificação dos hábitos de higiene, passeios ao ar livre, novas ocupações e recreação como forma de reestabelecer o equilíbrio do organismo com o seu ambiente natural” (PACHECO, 2009, p.53).

O filósofo buscou entender os transtornos mentais a partir Teorias dos Humores, a qual dizia que cada um dos humores estava relacionado a elementos naturais (ar, terra, fogo e água). Assim, as doenças psíquicas se determinavam a partir do desequilíbrio desses humores fundamentais. Hipócrates defendia que os distúrbios e

conflitos afetivos não possuíam origem na loucura, uma vez que eram considerados apenas sintomas. Esse pensamento, inclusive, demonstrou uma ruptura com a obra de seus antecessores (PACHECO, 2009, p.53).

Nesta época, na hipótese de infração penal, o louco não era punido sob dois fundamentos distintos: de acordo com as concepções filosóficas e humanitárias, que alicerçavam-se, basicamente, na piedade inspirada pela doença, uma vez que esta já era considerada pagã, isto é, um castigo infligido pelos deuses; a outra questão se dava em consideração aos princípios jurídicos, apelando para a noção de irresponsabilidade, ou seja, o louco não tinha a total compreensão dos seus atos (PONTE, 2012, p.12-13).

Todavia, o tratamento penal do doente mental, por muitos séculos, se dava em razão da superstição, que permitia a punição dos alienados delinquentes, considerados endemoniados, por isso castigados com penas tortuosas. Foi assim que ocorreu na Idade Média (PONTES, 2012, p.13). Com o declínio da cultura helênica, inicia-se o fortalecimento do cristianismo e do pensamento teocêntrico. Tal transformação trouxe também consequências na concepção da loucura, pois o dogmatismo cristão tomou conta do pensamento ocidental (PACHECO, 2009, p.62-63).

À medida que o Cristianismo crescia em importância, passando a ser uma grande influência no mundo ocidental, mais a compreensão cristã sufocava as outras formas de pensamento. A partir do século V, com o início da Idade Média, o pensamento cristão era baseado no pensamento dualista relativo à compreensão do mundo e explicação dos fenômenos; inclusive, a loucura e seus fenômenos era explicada a partir deste pensamento. Interpretada sob a égide da *“demonologia”*, acreditava-se que a loucura era obra diabólica. Não obstante, a loucura passou a ser vista como a manifestação do demônio e a sua cura, quando existente, baseava-se nos exorcismos (PACHECO, 2009, p.62-63).

No período da Renascença, ocorreu uma libertação do pensamento demonológico em relação à loucura. Em suma, nesse período histórico, a transformação do pensamento teocêntrico para o pensamento antropocêntrico demonstrou uma abertura para surgirem diversas significações sobre a loucura. Segundo Juliana Garcia Pacheco (2009, p.78), a visão do mundo racionalista característico da final época, “cujo o homem ideal deveria ter como principal característica a razão”, trouxe

uma nova concepção que teve como consequência “o enclausuramento e exclusão deste reverso da razão que é a loucura”.

Ao final do século XVIII, a loucura começa a ser encarada como doença, sobretudo porque representava um grave problema social para as principais cidades da Europa (PONTES, 2012, p.16). A perspectiva nosológica das patologias mentais perdurou até meados século XX. Naquela época, predominava o caráter especulativo acerca das práticas dirigidas aos doentes mentais, quando ainda se faziam inúmeras experiências em manicômios com os loucos, baseadas em teorias espontâneas sem fundamento algum em uma confirmação terapêutica (PACHECO, 2009, p.54).

Nos manicômios brasileiros, por exemplo, eram feitas experiências como traumaterapia, que consistia em fortes pancadas na cabeça, e malarioterapia feita a partir da inoculação do vírus da malária nos corpos dos doentes mentais. Esses tratamentos foram aplicados a um grande contingente de pessoas e, somente em alguns casos isolados, por mera coincidência, os sintomas da doença mental eram, aparentemente, amenizados. Porém, isto ocorria muito provável em razão de outros fatores que, com certeza, não eram vinculados à forma dos tratamentos aplicados (PACHECO, 2009, p.54).

Conforme exposto, ao portador de uma doença mental foram atribuídos diferentes predicados pela sociedade ao longo da história, como a periculosidade, agressividade, hereditariedade e a incapacidade seja para a constituição familiar, como para o exercício da atividade profissional. Tal conjunto de atributos constituiu um estigma, o qual, por sua vez, apresenta-se de duas formas: a objetiva e a subjetiva (VENTURA, 2015, p. 7-8).

O estigma objetivo origina dos estereótipos (padrões sociais) e preconceitos (atitudes individuais em relação ao outro) que existem na sociedade, o que, por consequência, condiciona e determina os portadores de uma doença mental à discriminação. Com efeito, o estigma subjetivo se dá a partir da interiorização do indivíduo da intolerância que o aflige, tão danoso quanto o estigma objetivo, pois leva o indivíduo a acreditar que de fato possui mesmo limitações; no caso do doente mental, ele passa a acreditar que é incapaz de viver uma vida social (VENTURA, 2015, p.7-8).

Segundo Erving Goffman, a sociedade busca estabelecer os meios de categorizar as pessoas. Dessa forma, atribuem diferentes características comuns e naturais para membros de cada categoria. Baseando-se nessas concepções, são criadas as “expectativas normativas” em relação à determinada categoria considerada padrão, assim, passam a se transformar em uma exigência rigorosa diante da sociedade. O autor chama esse aspecto de “*identidade social virtual*” (GOFFMAN, 2009, p.12).

Quando um estranho é apresentado à sociedade a tendência é que a partir dos seus primeiros aspectos, ou primeira impressão, possam prever a sua categoria e os seus atributos, portanto, a sua identidade social. Contudo, a categoria e os atributos que o indivíduo possui, na realidade, é o que se chama de sua “*identidade social real*” (GOFFMAN, 2009, p.12).

Não ocorre de maneira diferente quando um portador de uma doença mental é apresentado para sociedade seja no âmbito social, profissional. Os seus atributos representam para a sociedade uma discrepância entre a *identidade “social virtual”* e a “*identidade social real*” para a sociedade (GOFFMAN, 2009, p.12). Assim sendo, acabam tornando-se vítimas da exclusão social.

A abordagem acerca da loucura pela vigente legislação penal se dá a partir da perspectiva da periculosidade do portador de um transtorno mental, a qual constitui um requisito para aplicação da medida de segurança. Segundo esse pressuposto, o inimputável por doença mental é presumidamente perigoso e, havendo a prática de crime punido com pena de reclusão, constatada a periculosidade do indivíduo, o juiz fica obrigado a decretar a internação psiquiátrica. Isto significa que o doente mental que venha praticar crimes como furto simples, uma receptação dolosa ou culposa ou uma lesão corporal grave, será involuntariamente internado em um hospital psiquiátrico de custódia e tratamento, uma vez que se analisa essa questão a partir de critérios objetivos (MARCHEWKA, 2004, p.180-181).

Diante disto, Tânia Maria Nava Marchewka (2004, p.181), destaca o seguinte paradoxo: o imputável que comete um crime de pena preventiva de reclusão e, sendo este réu primário, poderá permanecer em liberdade em virtude do benefício

do instituto do *surs*<sup>25</sup> ou ainda poderá haver a substituição da sua pena por uma restritiva de direitos, por multa ou até mesmo com a suspensão do processo; por outro lado, o doente mental, via de regra, não poderia se beneficiar de nenhuma dessas alternativas.

Para evitar o paradoxo em razão do estigma da periculosidade atribuído ao indivíduo pelo crime cometido, é preciso que haja uma interpretação analógica em relação à aplicação dos benefícios atribuídos aos imputáveis aos inimputáveis em cumprimento de medida de segurança, de acordo com a interpretação *in bonam parte*, ou o princípio da interpretação em benefício ao réu, em atendimento à política criminal, dogmática penal e processual penal. É preciso abandonar a visão estigmatizante sob a percepção exclusiva indivíduo a partir da sua doença, desconsiderando os seus aspectos subjetivos e limitando-o à classificação genérica da sua patologia. Só assim, o inimputável teria condições de receber um tratamento adequado que, de fato, melhore o seu estado de saúde mental (MARCHEWKA, 2004, p.181).

Sabe-se que a internação, por ser medida constrangedora da liberdade individual e pelos males inevitáveis que acarreta ao indivíduo, viola direitos fundamentais do homem e, por isso, deve ser fixada somente em casos excepcionais. Não se deve esquecer que o fim maior da medida de segurança é o tratamento psiquiátrico de um indivíduo inimputável, por ser este um portador de uma doença mental, portanto, não é o objetivo da medida de segurança reprimi-lo (MARCHEWKA, 2004, p.181).

Segundo Álvaro Mayrink da Costa (2007, p.17-18), a Reforma brasileira da Parte Geral do Código Penal, de 1984, extinguiu a distinção que existia entre a periculosidade real e a periculosidade presumida, de acordo com os artigos 77 e 78

---

<sup>25</sup> Em 1991, o STJ no julgamento do Recurso Especial 1517/PR decidiu pela cassação do Tribunal do Júri que havia acatado a tese da legítima defesa da honra e dignidade para sujeitar o réu a novo julgamento que havia assisando por motivo de paixão, afastando, assim, a aplicação desta tese em tais casos (REsp 1517 / P RECURSO ESPECIAL 1989/0012160-0).

do Código Penal de 1940<sup>26</sup>. O autor esclarece que a periculosidade real é verificada pelo juiz penal através do exame de insanidade mental para confirmar se o periciado é ou não portador de uma doença mental. Por outro lado, a periculosidade presumida é aquela que decorre da lei, isto é, determina que o doente mental seja internado em hospital de custódia para tratamento psiquiátrico ou cumpra tratamento ambulatorial. Cumpre esclarecer que inexistiu, pela Reforma de 1984, qualquer vinculação do juízo penal à declaração da periculosidade real, assim como era disposto no artigo 77, §1º do Código de 1940; deste modo, o conceito de periculosidade real desapareceu.

Não obstante, no XVIII Congresso Nacional de Defensores Públicos, realizado na cidade de Santa Catarina, cujo o tema era “Defensoria Pública: em defesa das pessoas em situação de vulnerabilidade”, a Defensora Pública do Estado do Rio de

---

#### **26 Verificação da periculosidade**

Art. 77. Quando a periculosidade não é presumida por lei, deve ser reconhecido perigoso o indivíduo, se a sua personalidade e antecedentes, bem como os motivos e circunstâncias do crime autorizam a suposição de que venha ou torne a delinquir.

Art. 77. Quando a periculosidade não é presumida por lei, deve ser reconhecido perigoso o agente: (Redação dada pela Lei nº 6.416, de 1977)

I - se seus antecedentes e personalidade, os motivos determinantes e as circunstâncias do fato, os meios empregados e os modos de execução, a intensidade do dolo ou o grau da culpa, autorizam a suposição de que venha ou torne a delinquir; (Incluído pela Lei nº 6.416, de 1977)

II - se, na prática do fato, revela torpeza, perversão, malvadez, cupidez ou insensibilidade moral. (Incluído pela Lei nº 6.416, de 1977)

§ 1º Compete ao juiz que presidir a instrução, salvo os casos de promoção, remoção, transferência ou aposentadoria, para os fins do disposto no § 5º do artigo 30, declarar na sentença a periculosidade do réu, valendo-se, para tanto, dos elementos de convicção constantes dos autos e podendo determinar diligências. (Incluído pela Lei nº 6.416, de 1977)

§ 2º O juízo poderá dispor, na forma da lei local, de funcionários para investigar, coletar dados e informações com o fim de instruir o requerimento de verificação de periculosidade. (Incluído pela Lei nº 6.416, de 1977) (BRASIL, 1940, p.14).

#### **Presunção de periculosidade**

Art. 78. Presumem-se perigosos:

I aqueles que, nos termos do art. 22, são isentos de pena;

II - os referidos no parágrafo único do artigo 22;

III - os condenados por crime cometido em estado de embriaguez pelo álcool ou substância de efeitos análogos, se habitual a embriaguez;

IV - os reincidentes em crime doloso;

V - os condenados por crime que hajam cometido como filiados a associação, bando ou quadrilha de malfetores.

#### **Casos em que não prevalece a presunção**

§ 1º A presunção de periculosidade não prevalece, quando a sentença é proferida dez anos depois do fato, no caso do n. I deste artigo, ou cinco anos depois, nos outros casos.

§ 1º A presunção de periculosidade não prevalece se, entre a data do cumprimento ou da extinção da pena e o crime posterior, tiver decorrido período de tempo superior a dez anos, no caso do inciso I deste artigo, ou de cinco anos, nos outros casos. (Redação dada pela Lei nº 6.416, de 1977)

§ 2º A execução da medida de segurança não é iniciada sem verificação da periculosidade, se da data da sentença decorrerem dez anos, no caso do n. I deste artigo, ou cinco anos, nos outros casos, ressalvado o disposto no art. 87.

§ 3º No caso do art. 7º, n. II, a aplicação da medida de segurança, segundo a lei brasileira, depende de verificação da periculosidade (BRASIL, 1940, p.15).

Janeiro, Patrícia Carlos Magno (2017, p.432), aponta para a necessidade da prática defensorial de superar o paradigma da periculosidade do indivíduo dos processos penais de execução de medida de segurança, sob o qual foi erigida toda a construção das medidas de segurança no Código Penal de 1940 – reformado em 1984 – que se concentra na perspectiva do “estigma do pericolista do sujeito, como se a loucura fosse um defeito dele”. Ressalta-se que essa nova visão não deve se limitar ao campo da prática defensorial, mas nortear toda a prática forense no âmbito da aplicação e execução das medidas de segurança.

É preciso abandonar essa lógica individualista, para buscar o redirecionamento ao modelo de atenção psicossocial ao portador de um transtorno mental. Diante disso, conclui-se que há uma necessidade de substituição do Exame de Cessação de Periculosidade pelo Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial – EMPAP, o qual será explorado no capítulo 4 deste trabalho (MAGNO, 2017, p.34).

### 3.2 A NORMATIVA LEGAL REFERENTE AOS DIREITOS DO DOENTE MENTAL AO LONGO DA HISTÓRIA NO BRASIL

A história da saúde mental no Brasil é uma narrativa de lutas na qual se destacou muitos atores sociais que romperam com conceitos e contrariaram o modelo clássico dos hospitais psiquiátricos. Essa trajetória foi marcada por diversos entraves sociais, culturais e políticos que desafiavam a construção de uma perspectiva humanística sobre a saúde mental.

Em verdade, a história da loucura no Brasil se confunde, por vezes, com a da psiquiatria (PACHECO, 2009, p.95). Assim, será necessário adentrar também na trajetória da medicina psiquiátrica para, em paralelo, entender a inserção do psicólogo no âmbito da atuação da área de saúde pública e a evolução normativa legal referente aos direitos do doente mental. Portanto, o presente trabalho passará a traçar um panorama acerca dos tratamentos e das políticas públicas a fim de elucidar as circunstâncias, contextos e paradigmas que construíram o imaginário social acerca dos loucos no Brasil.

Historicamente, sabe-se que a atuação do psicólogo brasileiro se consolidou, a princípio, na esfera particular, momento em que a prática psicoterápica era o seu

principal instrumento de trabalho. (MARCON et al.,2004, 2004, p.28). Na década de 80, com a publicação da lei 7.210/1984 (Lei de Execução Penal), reconheceu-se a obrigatoriedade da presença do psicólogo jurídico no âmbito do sistema prisional.

Assim, a psicologia jurídica sobreveio como área de atuação psicológica a serviço das decisões da Justiça, principalmente através da elaboração de laudos periciais. À época, esse ramo do saber era fortemente influenciado pelos ideais positivistas e, durante muito tempo, a prática desses profissionais limitou-se à realização de diagnósticos solicitados por juízes, a partir de uma ampla utilização dos testes psicológicos (LO BIANCO; BASTOS; NUNES; SILVA, 1994, p. 235-236).

A inserção de psicólogos jurídicos brasileiros no âmbito do sistema prisional se deu de forma lenta e gradual, muitas vezes de maneira informal, através de trabalhos voluntários. A história revela que a preocupação com a avaliação do criminoso – sobretudo quando se refere ao doente mental delinquente – é bem anterior a esses acontecimentos (BANDEIRA; ROVINSKI; TEIXEIRA; AMATO; LAGO, 2009, p.484). Por isso, é fundamental entender a contribuição histórica na mudança dos tratamentos diante das intervenções desse profissional em relação ao ponto de vista dos procedimentos empregados para análise do paciente, bem como da terapêutica adotada, totalmente diferente da Psiquiatria.

De uma forma concisa, no Brasil, a saúde mental só passou a sofrer intervenção do Estado a partir do século XIX, quando em 1830, após fundada no Rio de Janeiro a Sociedade de Medicina, os loucos da cidade passaram a ser reconhecidos como doentes mentais e destinados à reclusão e tratamento. Até o momento, não existia nenhum tipo de sistematização da assistência à saúde no Brasil, exceto o amparo oferecido pela Santa Casa da Misericórdia, que desenvolvia um trabalho filantrópico e desvinculado de uma política específica (PACHECO, 2009, p.96).

Os loucos, assim como os leprosos, pedintes e bebedores incorrigíveis eram, com frequência, reclusos na Cadeia Pública ou nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia. Havia, naquela época, uma grande preocupação por parte da Sociedade de Medicina em “higienizar” a população, que defendia a necessidade da criação de manicômios ou estabelecimentos especiais para o tratamento dos alienados da cidade. O cenário que vigorava era deplorável, os alienados eram encarcerados em cubículos estreitos e em condições insalubres, o que evidenciava

as condições de maus tratos a que eram submetidos (ODA; DALGALARRONDO, 2005, p. 984).

No mesmo ano de 1830, ocorreu o primeiro protesto público contra o modo desumano de tratamento aos doentes mentais oferecido pelas Santas Casas de Misericórdia, sobretudo em virtude dessa situação contrariar o progresso social e o pensamento científico que vigorava naquela época (PACHECO, 2009, p.97).

É possível perceber que a instituição da psiquiatria no Brasil, inicialmente, apresentava fins filantrópicos, quando as Santas Casas desempenhavam serviços de assistência clínica generalista aos insanos. Contudo, somente algumas décadas depois é que a Psiquiatria ganha espaço e autonomia no âmbito da ciência e em todo território nacional.

Nesta senda, no mesmo ano de 1830, o Código Criminal do Império tratou, pela primeira vez, sobre os doentes mentais, dispondo em seu artigo 10, §2 que “não se julgarão criminosos os loucos de todo o gênero, salvo se tiverem lúcidos intervalos e neles cometerem crime”. A imputabilidade penal era excluída se o delito cometido fosse praticado por um portador de doença mental, devendo este ser entregue à sua família ou ao estabelecimento asilar, com base no juízo de conveniência do juiz. Assim era disposto na redação do artigo 12<sup>27</sup> do Código supracitado (SANTORO, 2001, p.11-12).

Em 1841, D. Pedro II sancionou o decreto 82 de 1841 para a construção do primeiro hospício do Brasil e, em 8 de dezembro de 1852, foi inaugurado, na cidade do Rio de Janeiro, o Palácio dos Loucos, também conhecido como hospital psiquiátrico Pedro II. Contudo, o local, que era anexado à Santa Casa da Misericórdia, encontrava-se superlotado em virtude da entrada indiscriminada de pacientes curáveis, incuráveis, afetados mentalmente ou meros indigentes (PACHECO, 2009, p. 99-100).

Os hospícios na era do Segundo Reinado (1840 – 1889) seguiam o modelo asilar, o qual buscava apenas o isolamento dos alienados, além disso não havia a presença significativa de médicos psiquiatras. Os tratamentos eram invasivos e opressores e o

---

<sup>27</sup> Art. 12. Os loucos que tiverem commettido crimes, serão recolhidos ás casas para elles destinadas, ou entregues ás suas familias, como ao Juiz parecer mais conveniente (BRASIL, 1830, p.2).

ambiente asilar apenas ratificava a exclusão social dos doentes mentais (ODA; DALGALARRONDO, 2005, p.986).

A administração do local foi atacada por severas críticas por parte da Sociedade de Medicina, pois não era um ambiente especializado em atender somente aos alienados que deveriam ser tratados por meio de critérios e procedimentos. Nessa época, ainda perambulavam pela cidade do Rio de Janeiro inúmeros loucos em razão da superlotação do hospício que passava por uma má administração por parte das instituições religiosas. Por fim, o hospital não estava atendendo aos anseios da classe médica, pois, daquela forma, não podiam aplicar seus novos conhecimentos científicos (PACHECO, 2009, p.100).

No entanto, as críticas levantadas pela Sociedade de Medicina às instituições religiosas (Santas Casas de Misericórdia) traziam, em verdade, uma preocupação científica. Os protestos realizados reivindicavam a construção de um hospital psiquiátrico destinado aos cuidados dos insanos nos moldes da nova Psiquiatria francesa, local este que seria também um espaço para tratamento e estudos sobre a loucura. Não se tratava, de fato, de um ato de caridade e preocupação dos médicos com os direitos humanos violados dos alienados, mas sim uma preocupação de cunho científico e racionalista (PACHECO, 2009, p.97-98).

Somente no início do século XX, diante de inúmeras denúncias e protestos da classe médica, foi que esses profissionais conseguiram afastar o poder administrativo da Santa Casa da Misericórdia e das ordens religiosas que prestavam serviços no Hospital Pedro II. Texeira Brandão foi uma das mais importantes figuras que teve uma forte atuação nas denúncias contra os maus tratos ocorridos no Hospício Pedro II. O médico generalista assumiu a direção do hospital e iniciou o processo de laicização da assistência psiquiátrica no país (PACHECO, 2009, p.100).

Finalmente, em 1890, o hospital de Pedro II passa a se chamar de Hospital Nacional de Alienados e deixa de fazer parte da Santa Casa da Misericórdia. Após muito tempo depois, em 1921, foi criado o primeiro manicômio judiciário, inaugurado por Heitor Carrilho, para abrigar os doentes mentais que cometiam delitos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

As origens da história da Psicologia Jurídica no Brasil surgiram a partir da influência de profissionais a serviço do Estado do Rio de Janeiro. Wacław Radecki, por

exemplo, foi o responsável pela criação do Laboratório de Psicologia criado em 1924 na Colônia dos Psicopatas em Engenho de Dentro, o qual em 1937 foi incorporado pela Universidade do Brasil – atual Universidade Federal do Rio de Janeiro (CENTOFANTI, 1982, p.1). Esse local era ligado à Assistência dos Psicopatas e submetia-se à jurisdição do Ministério da Justiça. Em 1932, o decreto nº 21.173 foi convertido em Instituto de Psicologia e o artigo 2º definia os seguintes objetivos:

O Instituto de Psicologia tinha por objetivo coordenar estudos e pesquisas de psicologia geral e aplicada; servir como centro de aplicação das técnicas de diagnose psicológica, para os serviços de orientação e seleção de profissionais; contribuir para estudos de aplicação da psicologia à pedagogia, medicina, técnica judiciária e racionalização do trabalho industrial; e formar psicologistas profissionais, mediante cursos teóricos e práticos com estágios obrigatórios em seus laboratórios (INSTITUTO DE PSICOLOGIA, 2018, p.1)

Ainda no início do século XX, em 1907, foi criada a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal (SBPNML), a qual atuou no processo de institucionalização da psiquiatria no Rio de Janeiro e foi presidida durante muito tempo pelo psiquiatra Juliano Moreira (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A SBPNML foi criada em um contexto de transição para a medicina, momento em que ocorrera a crescente especialização de alguns ramos da área médica e diversos avanços tecnológicos. Para os médicos, participar destas sociedades representava *status* e legitimava a prática daquele profissional perante à sociedade (CERQUEIRA, 2014, p. 38-39).

Em 1923, foi criada por Gustavo Riedel a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), uma entidade civil de reconhecimento público que era constituída pelos mais importantes psiquiatras brasileiros da época. Tal entidade surgiu com principal objetivo de melhorar a assistência aos portadores de doença mental e modernizar os tratamentos psiquiátricos (ALMEIDA, A.; ALMEIDA; LOTUFO, 2005, p.3).

Na primeira metade do século XX, a loucura era associada pelos médicos psiquiatras ao conceito de hereditariedade. Esse conceito fora influenciado pelo princípio da eugenia e pela ideologia positivista dominante na época e de origem francesa, caracterizado pelos ideais de modernidade, ordem, progresso e racionalidade. Nesse cenário, o Brasil enfrentava diversos entraves sociais em razão

do contexto histórico, a abolição da escravidão e a imigração que intensificou a crescente urbanização e acarretou nos problemas sociais e sanitários no país (ALMEIDA, A; ALMEIDA; LOTUFO, 2005, p.3).

Diante dessa conjuntura social e política, surgiu a LBHM que defendia a importância e influência da higiene mental daqueles assolados pela miséria, alcoolismo, extrema pobreza e ignorância, circunstâncias que eram consideradas possíveis causas de loucura, para romper com essa cadeia hereditária. A LBHM construiu a noção de origem social da loucura, com o propósito de modernizar e criar uma nação saudável, uma vez que, nessa época, a loucura já era encarada pelos psiquiatras como base hereditária (ALMEIDA, A; ALMEIDA, LOTUFO, 2005, p.3).

A história da loucura no Brasil também acompanhou as influências do pensamento cientificista que emanava da Europa no final do século XIX e início do século XX. Lombroso, um grande expoente da Escola Antropológica Italiana, destacou-se pela influência da sua teoria criminológica que buscava distinguir o criminoso nato do criminoso ocasional. Essa teoria sustentava a biodeterminação do ato criminoso, pois, segundo os estudos do antropólogo, o crime nascia do primitivismo ancestral e crescia no bojo da constituição biológica das raças inferiores, conforme as explicações científicas, que confirmavam a poligenia – teoria que explicava a origem das raças. A partir desses estudos, Lombroso passou a relacionar a degeneração ao criminoso, assim como o louco aos “selvagens” (PACHECO, 2009, p.101).

A Psiquiatria no Brasil encontrou grande respaldo na teoria de Lombroso a qual, por sua vez, fora amplamente estudada por Nina Rodrigues, um dos primeiros antropólogos do Brasil, que se destacou como um grande estudioso da cultura e da etnia brasileira. Nina Rodrigues dedicou-se à pesquisa de diversos temas como a medicina legal, psicopatologia forense, a antropologia criminal e psicologia coletiva e étnica e tornou-se famoso a partir dos seus estudos sobre a constituição étnica da sociedade brasileira (PACHECO, 2009, p.101-102).

Destaca-se, em seus estudos, a correlação entre o negro, o mestiço e a predisposição destes à degeneração. O antropólogo dedicou-se ao estudo da influência negativa do negro e da mestiçagem no desenvolvimento intelectual e cultural do brasileiro, partindo do pressuposto das diferenças sociais explicadas pelo darwinismo social (PACHECO, 2009, p.101-102).

O pensamento de Nina Rodrigues, nas últimas décadas do século XIX, despertou em muitos estudiosos e psiquiatras a preocupação com o processo de mestiçagem no Brasil. Diante de um contexto de diversidade étnica no país e da presença forte e maciça dos negros, índios e migrantes na sociedade brasileira, havia uma preocupação em que a criminalidade e a loucura, considerada à época como um fator degenerativo, fossem disseminadas no país (PACHECO, 2009, p.102).

No plano normativo, o Código Penal de 1890, em seu artigo 27, §3º<sup>28</sup>, definia as pessoas que não seriam consideradas criminosas, dirimindo a imputabilidade penal daqueles que eram considerados absolutamente incapazes (SANTORO, 2001, p.12). O aludido diploma legal também previa no artigo 29<sup>29</sup> que o recolhimento ao hospital de alienados dependia da situação de periculosidade em que se encontrasse o portador de um transtorno mental. Entretanto, nada previa sobre a forma e prazo do tratamento, assim como a internação não era submetida a nenhum tipo de controle por parte do Judiciário (SANTORO, 2001, p.12).

Ainda no ano de 1890, a promulgação do Decreto 206-A criou o serviço de assistência médica aos alienados. O artigo 13 dispunha que “todas as pessoas que, por alienação mental adquirida ou congênita, perturbarem a tranquilidade pública, ofenderem a moral e os bons costumes, e por atos atentarem contra a vida de outrem ou contra a própria, deverão ser colocadas em asilos especiais, exclusivamente destinados á reclusão e ao tratamento de alienados” (BRASIL, 1890).

Nesse mesmo ano, foi promulgado o Decreto 508 que especificava os preceitos contidos nas instruções do decreto anterior. O seu artigo 3º estabelecia que “a direção geral do Hospício seria confiada a um médico com competência em estudos psiquiátricos” (BRASIL, 1890).

Em 22 de dezembro de 1903, o Presidente Rodrigues Alves promulgou o Decreto 1.132, que tinha por objetivo central proteger a ordem pública, conforme previa o artigo 1º<sup>30</sup>, bem como reorganizar mais uma vez a assistência aos enfermos

---

<sup>28</sup> Art. 27. Não são criminosos:

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

<sup>29</sup> Art. 29. Os individuos isentos de culpabilidade em resultado de affecção mental serão entregues a suas familias, ou recolhidos a hospitaes de alineados, si o seu estado mental assim exigir para segurança do publico (BRASIL, 1890).

<sup>30</sup> Art. 1º O individuo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados (BRASIL, 1890, p.4).

mentais. O novo diploma legal representava uma evolução para o tratamento de portadores de transtornos mentais e tratava sobre os seguintes temas: os motivos que determinava a internação, o procedimento para realizá-la, bem como a necessidade de laudo médico (SANTORO, 2001, p.12-13).

Já na década de 30, algumas mudanças apontavam para criticar o modelo clássico psiquiátrico e, em 1934, na era Vargas, surgiu o Decreto 24.559, que substituiu o decreto 1.1132 de 1903. Essa norma tratava da “profilaxia mental, assistência e proteção à pessoa e aos bens dos mentalmente enfermos e fiscalização do serviço psiquiátrico” (SANTORO, 2001, p.14). Tal decreto buscava implementar um novo regime de tratamento, amparo médico e psiquiátrico, bem como proteção legal aos alienados, em síntese, promover a higiene psíquica e tinha por objetivo específico promover a profilaxia das psicopatias. Assim sendo, prevalecia a regra da internação compulsória quanto ao portador de um transtorno mental, que era tratado como objeto e não como coparticipante do próprio tratamento (SANTORO, 2001, p.14).

O Decreto 24.559 sofreu severas críticas em virtude do seu viés manicomial, sendo considerado um instrumento de eugenia, pois possuía um conteúdo discriminatório. Contudo, não se pode negar que era o pensamento predominante na sociedade e próprio da cultura imperante àquele momento histórico. Apesar disto, sabe-se que, ao menos, a sua edição conferiu maiores garantias aqueles portadores de doença mental (SANTORO, 2001, p.14).

O Código Penal de 1940, influenciado pela Escola Positivista de Lombroso, apresentou uma grande novidade para o cenário jurídico: a criação das medidas de segurança. O prazo disposto no artigo 91<sup>31</sup>, §1º e incisos referia-se ao prazo mínimo, uma vez que a fixação dependia do limite mínimo para a pena cominada do crime praticado. A aplicação das medidas estava prevista no artigo 76<sup>32</sup> do Código e

---

<sup>31</sup> Art. 91. O agente isento de pena, nos termos do art. 22, é internado em manicômio judiciário.

§ 1º A duração da internação é, no mínimo:

I - de seis anos, se a lei comina ao crime pena de reclusão não inferior, no mínimo, a doze anos;

II - de três anos, se a lei comina ao crime pena de reclusão não inferior, no mínimo, a oito anos;

III - de dois anos, se a pena privativa de liberdade, cominada ao crime, é, no mínimo, de um ano;

IV - de um ano, nos outros casos (BRASIL, 1940, p.16).

<sup>32</sup> Art. 76. A aplicação da medida de segurança presuppõe:

I - a prática de fato previsto como crime;

II - a periculosidade do agente.

Parágrafo único. A medida de segurança é também aplicável nos casos dos arts. 14 e 27, se ocorre a condição do n. II.

Verificação da periculosidade (BRASIL, 1940, p.14).

pressupunha que “a prática de ato previsto como crime e a periculosidade do agente” (SANTORO, 2001, 15).

Analisava-se à luz do Código Penal de 1940 a periculosidade, a gravidade do crime para se aplicar a medida de segurança. A perícia médica servia para constatar o tipo de internação a ser aplicada, podendo o indivíduo ir para o manicômio judiciário ou, se considerado parcialmente capaz, poderia internar-se na casa de custódia e tratamento pelo prazo mínimo de 6 meses. A medida de segurança só poderia ser cessada se realizada a perícia médica, ouvidos o Ministério Público e o diretor do local (SANTORO, 2001, p.15).

Era evidente que a periculosidade, conforme pode ser depreendido do artigo 28<sup>33</sup>, caput, c/c artigo 78<sup>34</sup>, I do Código Penal de 1940, era presumida de forma absoluta em relação ao portador de doença mental ou àquele que tinha o desenvolvimento mental incompleto e cometia um ilícito penal, ou seja, ao tempo da ação ou da omissão, era inteiramente incapaz de entender a sua conduta, tampouco o caráter criminoso desta ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Deste modo, vigora a regra de que os portadores de uma enfermidade mental eram designados para o cumprimento de medida de segurança detentiva, portanto, a exclusão social. (SANTORO, 2012, p.14-15).

Não obstante, em se tratando de crime com pena mínima inferior a um ano, a internação compulsória poderia ser substituída por liberdade vigiada. Dessa forma, nesta hipótese, o juiz poderia substituir a internação em manicômio judiciário por internação em casa de custódia e tratamento, nos mesmos prazos. A liberdade vigiada era aplicada, por sua vez, quando mais conveniente, nos casos em que a pena mínima fosse inferior a um ano (SANTORO, 2012, p. 14-15).

---

<sup>33</sup>Art. 22. É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

**Redução facultativa da pena**

Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (BRASIL, 1940, p.5).

<sup>34</sup> **Presunção de periculosidade**

Art. 78. Presumem-se perigosos:

I aqueles que, nos termos do art. 22, são isentos de pena;

II - os referidos no parágrafo único do artigo 22 (BRASIL, 1940, p.14).

De acordo com o referido diploma legal, a medida de segurança de internação só era cessada, quer fosse cumprida em casa de custódia e tratamento ou manicômio judiciário, se fosse constatada pela perícia e após ouvidos o Ministério Público e o diretor do estabelecimento, conforme preceitua o artigo 91, §4<sup>o35</sup>. Posto isto, cessada a periculosidade do indivíduo, era determinado o período de prova de um ano, durante o qual permanecia submetido à liberdade vigiada e, nos casos em que a periculosidade persistisse, procedia-se novamente a internação; do contrário, a medida de segurança era extinta (SANTORO, 2012, p.16).

Em 1941, com a promulgação do Decreto-Lei nº 3.171, de 2 de abril, foi criado o Serviço Nacional das Doenças Mentais que tinham como órgãos principais: o Centro Psiquiátrico Nacional, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O Serviço Nacional de Saúde fora criado no governo de Getúlio Vargas, na era do Estado Novo, com o intuito de expandir a assistência psiquiátrica pública para todas as regiões brasileiras. Esse órgão administrativo federal, situado na cidade do Rio de Janeiro, atuava também diretamente na área executiva influenciando na elaboração de políticas públicas. Considerado como órgão hierárquico superior, tinha sob sua subordinação instituições que prestavam serviços psiquiátricos assistenciais à população (BRAGA, 2013, p. 14).

Embora no plano normativo já existisse a primeira legislação específica sobre saúde mental – quando criada a Lei de Assistência aos Alienados o modelo assistencial psiquiátrico em 1903 – o debate acerca das políticas de saúde pública e modelo

---

<sup>35</sup> Art. 91. O agente isento de pena, nos termos do art. 22, é internado em manicômio judiciário.

§ 1º A duração da internação é, no mínimo:

I - de seis anos, se a lei comina ao crime pena de reclusão não inferior, no mínimo, a doze anos;

II - de três anos, se a lei comina ao crime pena de reclusão não inferior, no mínimo, a oito anos;

III - de dois anos, se a pena privativa de liberdade, cominada ao crime, é, no mínimo, de um ano;

IV - de um ano, nos outros casos (BRASIL, 1940, p.16).

§ 2º Na hipótese do n. IV, o juiz pode submeter o indivíduo apenas a liberdade vigiada.

**Substituição facultativa**

§ 3º O juiz pode, tendo em conta a perícia médica, determinar a internação em casa de custódia e tratamento, observados os prazos do artigo anterior.

**Cessaçãõ da internação**

§ 4º Cessa a internação por despacho do juiz, após a perícia médica (art. 81), ouvidos o Ministério Público e o diretor do estabelecimento.

**Período de prova**

§ 5º Durante um ano depois de cessada a internação, o indivíduo fica submetido a liberdade vigiada, devendo ser de novo internado se seu procedimento revela que persiste a periculosidade. Em caso contrário, declara-se extinta a medida de segurança (BRASIL, 1940).

**Internação em casa de custódia e tratamento**

asilar de assistência psiquiátrica somente passou a ser discutido no contexto nacional no final da década de 1970, época em que surgiu O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no Rio de Janeiro (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). A Reforma Psiquiátrica foi impulsionada por esse movimento que, à época, passou a incitar as primeiras discussões ao modelo psiquiátrico clássico, em virtude da prática nas instituições psiquiátricas e representou o pensamento crítico no campo da saúde mental. Essa nova visão revolucionária reestruturou o modelo psiquiátrico até então instaurado no Brasil a partir do conceito de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos (SANTORO, p.17). Contudo, os manicômios judiciários não acompanharam ao mesmo passo essa grande revolução e evolução dos tratamentos psiquiátricos e ainda precisa avançar nesse sentido.

No âmbito da legislação penal, o Código de 1940 ainda tinha por principal objetivo exclusivo o isolamento e a segregação social do portador de um transtorno mental. Assim sendo, a preocupação com o efetivo tratamento do internado e sua reinclusão social permanecia como uma questão apenas remanescente (SANTORO, 2012, p.16).

A Nova Parte Geral do Código Penal de 1984, que ainda permanece em vigor, alterou substancialmente o regime das medidas de segurança aplicáveis aos portadores de uma enfermidade mental, o que representou um avanço diante da proteção dos direitos dos portadores de um transtorno mental. Ainda que de forma tímida, a Reforma deste Código demonstrou maior preocupação com o tratamento do que com o isolamento e exclusão social do internado. Esse entendimento pode se depreender a partir do artigo 97, caput<sup>36</sup>, do referido código que dispõe sobre a possibilidade do indivíduo sujeitar-se, quando possível, apenas ao tratamento ambulatorial, nos casos em que o crime cometido seja punido com pena de detenção.

Outra mudança pôde ser percebida em relação à possibilidade da desinternação ou liberação condicional em qualquer hipótese no prazo de um ano. Por fim, a Reforma do Código Penal de 1984 também definiu como direito do internado que o

---

<sup>36</sup> **Imposição da medida de segurança para inimputável**

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) (BRASIL, 1984, p.16).

estabelecimento a que este fosse designado deve ser dotado de características hospitalares e que ele deve ser submetido a tratamento (SANTORO, 2012, p.16).

Seguindo a linha cronológica, posteriormente à Reforma do Código Penal de 1984, em 6 de abril de 2001, após muitas discussões no Congresso Nacional, foi promulgado a Lei Paulo Delgado 10.216/2001. Somente depois de 12 anos de tramitação esse projeto foi sancionado. A lei dispõe “sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. O novo diploma legal representou um grande avanço no cenário jurídico e, principalmente, uma grande revolução dos tratamentos psiquiátricos a que eram submetidos os portadores de uma doença mental. Nas lições do autor Antônio Carlos Santoro Filho:

O novo diploma legal inverteu o sistema até então vigente, pois estabeleceu a excepcionalidade da internação, somente quando os recursos extrahospitalares mostrassem suficientes; a proteção dos direitos do portador de transtorno mental contra abusos no tratamento; o reconhecimento do paciente como sujeito titular de direitos; a preocupação com o melhor tratamento e não apenas com a “segurança social”; a reinserção social gradual do usuário do sistema de saúde mental (SANTORO, 2001, p.18-19).

O psiquiatra Benilton Bezerra Jr. (2007, p.1) afirma que finalmente a Reforma Psiquiátrica no Brasil se consagrou como uma política de assistência à saúde mental e deixou de ser uma “proposta alternativa” para se tornar uma política oficial, uma nova realidade dos tratamentos psiquiátricos no Brasil. Essa Lei ganhou espaço no universo jurídico, no campo da ciência social, no ramo acadêmico e entre os profissionais de saúde. Nesse cenário, o psicólogo jurídico reforçou a sua atuação profissional no âmbito da terapêutica dos portadores de uma enfermidade mental.

Em síntese, esta é uma demonstração da evolução histórica em relação à normativa legal acerca dos tratamentos psiquiátricos e da proteção dos portadores de um transtorno mental no Brasil.

### 3.3 MUDANÇAS DOS TRATAMENTOS PSIQUIÁTRICOS NOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA APÓS A LEI 10.216/2001

A desistintucionalização do atendimento médico psiquiátrico trouxe um novo cenário aos Hospitais Psiquiátricos e manicômios judiciários. Implementou novos tratamentos e promoveu mudanças no modelo assistencial asilar aos pacientes portadores de uma enfermidade mental, criando novos serviços ambulatoriais como as casas terapêuticas conhecidas como CAPS – Centro de Atenção Psicossocial (SANTORO, 2012, p.50-51).

Um dos grandes objetivos da Reforma Psiquiátrica aponta para uma nova abordagem do problema da doença ou dos transtornos mentais, completamente distinta daquela oferecida pela psiquiatria nos moldes do modelo asilar. Nesse aspecto, o doente não mais se resumia à doença e nem constituía um objeto do tratamento, passando a ocupar a condição de coparticipe dos procedimentos terapêuticos, por isso deixou de figurar como objeto da psiquiatria para passar a ocupar-se da condição de sujeito desta (SANTORO, 2012, p.50-51).

A finalidade precípua da desistintucionalização consiste em um esforço para transformar o modo de viver, sentir e trabalhar o próprio transtorno ou o seu sofrimento, de modo a readaptar o portador de um transtorno mental ao convívio social, ainda que com limitações (SANTORO FILHO, 2012, p.51). Esse processo foi a principal alternativa proposta pela Reforma Psiquiátrica para a desconstrução das práticas manicomialis, pois rompeu com o modelo segregador asilar ao trazer a possibilidade do tratamento em liberdade (GLEDES; KANTORSKI; PEREIRA; CLASEN; LANGE; MUNIZ, 2010, p.550).

Conforme exposto no item anterior, ao longo da história, a prática médica psiquiátrica passou por grandes modificações. Sendo assim, o objetivo inicial da transformação do hospital psiquiátrico consistia na anulação dos efeitos negativos desse ambiente – impregnado pelas características do sistema asilar (CORRÊA, 2004, p.22).

Nessa época, a patologia era interpretada como um fenômeno natural, isto é, resultado da ação do meio sobre a pessoa e, por isso, a intervenção médica deveria ser dirigida ao meio ambiente que envolvia a doença. Deste modo, o objetivo

principal não se concentrava na cura do paciente, e sim no meio no qual ele estava inserido (CORRÊA, 2004, p.22).

No século XVIII, para conhecer a doença, o médico utilizava o modelo epistemológico botânico, ou método classificatório de Lineu, proveniente das ciências naturais, segundo o qual baseava-se na observação e na análise do fenômeno estudado, desse modo, consistia em observar, descrever, comparar e classificar os objetos de estudo. Criava-se uma espécie de “estatuto do doente” atribuído ao louco (CORRÊA, 2004, p.22).

O método naturalista tinha alguns princípios, dentre os quais destacam-se: o isolamento, que significava separar, retirar o objeto de conhecimento do meio que pudesse inferir na sua observação; e o afastamento que propiciava a separação dos objetos para, posteriormente, agrupá-lo de acordo com a classificação das características encontradas (CORRÊA, 2004, p.22).

Assim sendo, a presença do médico no ambiente hospitalar passou a permitir que as doenças fossem isoladas, separadas e observadas minuciosamente durante o seu desenvolvimento viabilizando, assim, a sua classificação. O hospital, portanto, se tornou um local privilegiado de aprendizado, de produção e transmissão do saber, o que propiciou o estabelecimento e desenvolvimento da medicina clínica (CORRÊA, 2004, p.22).

Na Europa, em 1793, Pinel foi nomeado o médico-chefe do hospital *Bicêtre* e empregou uma verdadeira reforma neste ambiente que representou um gesto de “desacorrentar” os loucos, tornando-se o símbolo da criação da psiquiatria e da libertação da loucura. Nesse contexto, a partir da libertação dos loucos, da criação de um ambiente exclusivo para tratá-los e de uma observação sistemática da loucura, Pinel criou um novo saber – a clínica psiquiátrica (CORRÊA, 2004, p.23).

Segundo Renata Corrêa Britto (2004, p.23-24), até o momento, a loucura era considerada uma “des-razão”, isto é, um rompimento com a realidade. Naquela época, o estado de transtorno mental presumia a perda da razão e da liberdade e a cura se dava por meio do tratamento moral do alienado, através da restituição de dois elementos: razão e liberdade. Sendo assim, a cura era viabilizada através da reeducação da mente do alienado.

A loucura passava a ser considerada doença mental e a sujeitar ao domínio médico para melhor conhecê-la. Dessa forma, o médico atuava de acordo com o método epistêmico até então vigente, o método classificatório de Lineu, segundo o qual consistia em isolar, separar, classificar e agrupar o objeto de estudo de acordo com as características observadas. Nesse sentido, a reforma operada por Pinel consistia na internação, medicalização e classificação, o que viabilizou a transformação do hospital para um ambiente de centro de estudos e conhecimentos produzidos de teorias e práticas que fundamentaram a psiquiatria (CORRÊA, 2004, p.23).

Todavia, o modelo asilar de tratamento e internação era um recurso predominante, o que acabou por influenciar em questões sociais como a segregação dos alienados e passou a promover o afastamento desses das suas famílias, amigos e, conseqüentemente, da sociedade. Pinel ao promover a “sequestração do louco” e o afastamento da vida social e, conseqüentemente, o seu isolamento, fundamentou um novo paradigma de tratamento. A existência do hospital e a manutenção da internação era um fator propiciador da cura (CORRÊA, 2004, p.24). Nesse sentido, expõe a psicóloga e pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Renata Corrêa Britto (2004, p.25):

A utilização do isolamento como estratégia de conhecimento e sua transformação em princípio terapêutico contribuíram para formar uma estrutura de tratamento sólida e forte no campo psiquiátrico, que teve como consequência a constituição de conceitos presentes constantemente na vida das pessoas adoecidas: a exclusão, a segregação, a redução do sujeito à condição de objeto-doença, a perda da autonomia e do convívio social e a redução de sua (complexa) experiência à exposição dos sintomas.

De acordo com a perspectiva da psicóloga (CORRÊA, 2004, p.25), um outro fato que fortaleceu e tornou até mesmo obrigatória a “sequestração dos loucos” foi o estigma da periculosidade e criminalidade atribuído ao louco. Assim sendo, o louco era considerado um despossuído de razão, um incapaz, ou fora de si, o que representava um perigo para a sociedade. Esse estigma somente reforçou a exclusão social dos alienados.

Nesse contexto, de transformação de paradigma do tratamento psiquiátrico, os conceitos de cidadania e direito das pessoas portadoras de um transtorno mental

passaram a ter relevância no contexto social francês. Desse modo, os direitos dos loucos resumiram-se ao direito ao tratamento. Assim, entendia-se que a exclusão da cidadania do louco se dava em virtude da sua condição psíquica e o reestabelecimento da sua cidadania se dava através do tratamento moral, passando este a ser sujeito de direito após o tratamento (CORRÊA, 2004, p.26).

A mudança acerca da compreensão da saúde passou a considerar os aspectos biopsicossociais do portador de um transtorno mental. Abandonou-se o entendimento apenas sob a perspectiva da sua dimensão biológica, passando a ser compreendida não apenas como ausência e/ou presença de doença, “mas como um conjunto de fatores sociais, psicológicos, ambientais, culturais, condições de alimentação, emprego, lazer, entre outros aspectos”. É possível identificar essa ampliação de conceito de saúde foi estimulado pela Nação Unida, consolidado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, adotado pela Reforma Brasileira e, posteriormente, incorporado pela Constituição (TRABUCO; SANTOS, 2015, p.3).

Em 1946, a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu que “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”.

Diante do processo de institucionalização dos movimentos sociais – os quais almejavam que o Estado atuasse em função da sociedade, sobretudo na política social de saúde – instituiu-se o Projeto da Reforma Sanitária (TRABUCO; SANTOS, 2015, p.3). “Suas diretrizes foram: universalidade do atendimento; integralidade e equidade da atenção à saúde, e democratização através da participação da sociedade civil e do controle social pelos usuários” (DIAS, 2007, p.50).

A Reforma Sanitária Brasileira pretendia, através da democratização da saúde, desvincular a luta pela adoção de um novo modelo assistencial às questões exclusivamente técnicas e políticas, abrangendo a proposta para que toda a sociedade lutasse por essas transformações (DIAS, 2007, p.50).

Dentre esses antecedentes históricos que impulsionaram a mudança desse paradigma, destacam-se como principais fatores de influência: a formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTST), a luta antimanicomial e os postulados da psiquiatria democrática italiana de Franco Basaglia (SANTORO, 2012, p.51).

A Psiquiatria Democrática Italiana teve como principal expoente Franco Basaglia que fez uma crítica radical ao paradigma psiquiátrico do modelo asilar, afirmando assim a urgência e necessidade da revisão das práticas médicas empregadas nessa área. Em 1971, Basaglia foi para Trieste, onde realizou a construção de novas formas de compreender, lidar e tratar a loucura; para isso, iniciou a demolição do aparato manicomial, o que representou uma análise crítica para a sociedade da época. Embora a sua crítica não tenha significado uma negação absoluta dos manicômios e da doença mental, apontava para a negação do “poder” que a sociedade atribuía à psiquiatria. Anteriormente, esse ramo da medicina possuía o arbítrio de isolar os loucos e, conseqüentemente, excluí-los do meio social em razão da sua condição psíquica (CORRÊA, 2004, p.44).

O trabalho realizado por Basaglia em Trieste representava uma alternativa de assistência e atenção ao louco capaz de oferecer e produzir novas formas de sociabilidade, de reinserção social, para que assim a assistência psiquiátrica fosse utilizada como efetivamente a produção de cuidados e tratamento e não meramente o isolamento dos portadores de um transtorno mental. Essa experiência e crítica motivou a “demolição” dos manicômios, de modo a pôr um fim à violência promovida pela instituição psiquiátrica tradicional (CORRÊA, 2004, p.44-45).

O MTST foi um movimento que se constitui no mesmo ano em que, na Itália, havia sido aprovada uma lei que “proibia a realização de internações nos manicômios, determinava o esvaziamento progressivo destes estabelecimentos, estabelecia a necessidade da criação do serviço substitutivo e extinguiu o estatuto de periculosidade do louco” (CORRÊA, 2004, p.45).

Essa nova lei italiana representava uma grande revolução e transformação de paradigma diante do modo de tratar e lidar com a loucura, pois representava a necessidade de criação de novas alternativas que substituíssem o tratamento exclusivo realizado nos manicômios, nos moldes da psiquiatria tradicional e extinguiu o estatuto de periculosidade do louco (CORRÊA, 2004, p.45).

Desse modo, grandes transformações foram propostas a partir da transformação dos recursos assistenciais, do reconhecimento social dos loucos e da busca pela ressocialização destes. Houve, portanto, um grande impacto positivo da nova legislação italiana na realidade brasileira, visto que promoveu o deslocamento da discussão acerca da loucura e do manicômio no campo técnico para a sociedade em

geral. Assim sendo, questões como cidadania e direitos dos portadores de um transtorno mental vieram à tona com muita força e representatividade (CORRÊA, 2004, p.45).

Neste contexto de grandes impactos positivos na realidade dos manicômios brasileiros, surgiu em 2001, após anos de luta, a Lei 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica. Diante da revolução proposta pela referida acerca dos tratamentos psiquiátricos, representou um processo constante de construção de reflexões e transformações nos campos que compõem a sociedade: assistencial, cultural, conceitual e jurídico (CORRÊA, 2004, p.45). A psicanalista Fernanda Ottoni (2010), acrescenta que essa mobilização trouxe uma nova concepção sobre a doença mental:

Buscou-se substituir a ideia de doença mental, que encerrava nela mesma o sentido deficitário e incapacitante da loucura, pelo conceito de saúde mental, que apresentava uma nova forma de conceber a loucura como uma experiência viva, criativa e capaz de inventar formas de sociabilidade, se puder incluir sua diferença nas relações de convivência (OTTONI, 2010, p.32).

Uma outra grande influência que impactou positivamente na mudança de paradigma do modelo asilar psiquiátrico se deu pela figura da ilustre psiquiatra alagoana, Nise da Silveira. No Centro Psiquiátrico Nacional situado no bairro Engenho de Dentro, na cidade do Rio de Janeiro, trabalhou a psiquiatra alagoana Nise da Silveira que inaugurou no local, em 1946, a Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação (SILVEIRA, 2018).

A psiquiatra direcionou a meta de todo o tratamento do psiquiátrico à recuperação do indivíduo para a comunidade, e não a remoção dos sintomas. Desta forma, um aspecto que era muito valorizado para reabilitar o portador de um transtorno mental era leva-lo a compreensão acerca da utilidade das atividades expressivas, como a arte, tais práticas construíram o tratamento ocupacional do doente e persistiam mesmo depois da alta (SILVEIRA, 2018).

Nise, com muita coragem, inovou o tratamento psiquiátrico, pois acreditava que os trabalhos rotineiros como os domésticos, industriais e burocráticos eram canais muitos estreitos para conseguir reativar o inconsciente diante da experiência

daqueles que passavam por uma experiência psicótica. A psiquiatra influenciada pelos conhecimentos de Carl Gustav Jung, dizia que a situação psíquica do indivíduo ganha forma a partir do impacto de emoções. Por isso, pintar sonhos e fantasias era uma medida preventiva indicada contra recaídas na condição psicótica. (SILVEIRA, 2018). A autora relata que, ao assumir a diretoria do setor da Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico Pedro II, criou o atelier de pintura:

Era surpreendente verificar a existência de uma pulsão configuradora de imagens sobrevivendo mesmo quando a personalidade estava desagregada. Apesar de nunca terem pintado antes da doença, muitos dos frequentadores do atelier, todos esquizofrênicos, manifestavam intensa exaltação da criatividade imaginária, que resultava na produção de pinturas em número incrivelmente abundante, num contraste com a atividade reduzida de seus autores fora do atelier, quando não tinha mais nas mãos os pincéis (SILVEIRA, 1981, p.14).

O atelier de pintura foi um setor de atividade, dentre outras que eram realizadas pela Terapêutica Ocupacional. Para a psiquiatra, essa alternativa de tratamento consistia em uma psicoterapia não verbal, especial para o tratamento dos esquizofrênicos. Demonstra que, antes de assumir a direção desse setor, as atividades realizadas exigiam que os doentes arrumassem, limpassem e varressem o Hospital (SILVEIRA, 1994, p.4).

A psiquiatra expõe que entrou no território da psiquiatria pelo atalho da ocupação terapêutica – método secundário e subalterno segundo os moldes convencionais da prática psiquiátrica da época – “lidando com atividades manuais e expressivas, processando-se, sobretudo em nível não verbal” (SILVEIRA 1980, p.139). Segundo a autora, “a Terapia Ocupacional não goza de prestígio na nossa cultura tão deslumbrada pelas elucubrações do pensamento racional e tão atraída pelo verbo” (SILVEIRA 1980, p.139).

Nise da Silveira encontrou um caminho, uma possibilidade de o indivíduo descobrir, quando doente, as atividades expressivas e criativas tão pouco exploradas e acessíveis à maioria das pessoas. Essa descoberta poderia acarretar em novas perspectivas de aceitação própria do portador de um transtorno mental, potencializando-o a partir da expressão artística ou, simplesmente, muni-lo de um meio ao qual poderá recorrer sozinho, como, por exemplo, o contato com animais,

desenvolvendo a sua sensibilidade para manter seu equilíbrio psíquico (SILVEIRA, 2018).

Infelizmente, essa não é a realidade que encontramos atualmente nos HCTP's, pois ainda se enfrenta diversos desafios diante da implementação de outras vias alternativas de tratamento, apesar de esses locais encontram-se em condições precárias, muitas vezes, pela falta de profissionais. Condições estas que comprometem a qualidade da atuação do psicólogo jurídico no âmbito do sistema prisional e nos Hospitais de Custódia e Tratamento, visto que a sua atuação deve se dá de forma multidisciplinar, e não isolada.

É preciso questionar e refletir sobre os problemas enfrentados pela crise do paradigma superada por esta lei, no que se refere ao tratamento jurídico penal das medidas de segurança, sobretudo, no que concerne os critérios estabelecidos pela doutrina penal para a determinação da periculosidade do indivíduo.

Conforme exposto, este debate tem como pano de fundo o Estado de Direito Democrático e Social e, portanto, está pautado nos princípios, direitos e garantias previstos na Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, é elementar que os profissionais jurídicos se comprometam, essencialmente, com a defesa da cidadania, da dignidade e do direito ao tratamento em liberdade do portador de uma doença mental infrator da norma penal.

#### **4 CUSTÓDIA E TRATAMENTO DOS CONDENADOS POR CRIMES PASSIONAIS COM TRANSTORNO MENTAL**

O Código Penal, no artigo 26, determina que, se a pessoa for inimputável por força de uma doença mental, ela é isenta de pena. Tal isenção trata-se do que parte da doutrina penal convém chamar de uma absolvição imprópria, isto é, provada a inimputabilidade penal por meio do exame de insanidade mental, a hipótese será de absolvição sem qualquer sanção penal, aplicando-se a medida de segurança (MIRABETTE; FRABRINI, 2011, p.198-199).

Comprovada a inimputabilidade do agente, é preciso que haja uma análise precedente da existência ou não da infração penal, bem como da tipicidade e da antijuridicidade. Inexistindo tais pressupostos, o réu, embora inimputável, deverá ser absolvido, sem a aplicação da medida de segurança (MIRABETTE; FRABBRINI, 2011, p.198-199)

Desta forma, após verificados os pressupostos e o juiz declarar na sentença que o a conduta analisada é considerada crime, mas o autor é inimputável em razão da sua doença mental, aplicar-se-á a medida de segurança nos moldes do artigo 97 do Código Penal<sup>37</sup>, que poderá ser internação compulsória ou tratamento ambulatorial.

Em entrevista ao portal Notícias STF o advogado criminalista Antônio Alberto do Vale Cerqueira (2015) explica que a terminologia imprópria da absolvição decorre do entendimento de que a sentença condena, mas ao não determinar o cumprimento de pena pelos motivos elencados no artigo 26 do Código Penal, e sim de medida de segurança, estaria absolvendo impropriamente. O advogado expõe que tal denominação é bastante criticada pela doutrina porque, em verdade, não há absolvição.

A inimputabilidade decorrente da ausência de discernimento acerca do ilícito penal praticado pode ser uma condição já instalada, ou seja, característica do agente, ou pode decorrer de uma circunstância que desencadeou a doença mental no momento da ocorrência do crime. Na hipótese de o juiz entender pela inimputabilidade do

---

<sup>37</sup> Imposição da medida de segurança para inimputável

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) (BRASIL, 1940, p.16).

agente, diante da análise do caso concreto, deixa de aplicar a pena restritiva de liberdade e passa a aplicar uma medida de segurança (CERQUEIRA, 2015). Aplicada a medida de segurança, o indivíduo será designado à internação compulsória em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou ao tratamento ambulatorial.

Nota-se que o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado da Bahia, situado na cidade de Salvador, é a única instituição local destinada ao cumprimento de medida de segurança e à realização de exames de sanidade mental em portadores de doenças psíquicas. Sob a ordem judicial, os suspeitos e/ou acusados por práticas delituosas são afastados das suas residências e são conduzidos a esses hospitais para serem internados à espera da realização do exame pericial e, posterior apreciação pelo Poder Judiciário (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p.26).

Designado à internação compulsória no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, o paciente deve ser submetido à tratamento por meio de devidas e necessárias intervenções médicas, através de medicamentos, bem como deve ter acompanhamento e assistência psicológica, de acordo com as determinações do artigo 99 do Código Penal<sup>38</sup>. Contudo, de acordo com o advogado e ex-presidente do Conselho Federal da OAB, Marcus Vinicius Furtado Coelho (2015, p.8), os manicômios judiciais encontram dificuldades que contribuem para o quadro “desolador” desses locais: a falta de avaliação psicológica regular, a ausência de política estatal de reinserção dos doentes e a grave omissão do Judiciário em autorizar a saída dessas pessoas.

De acordo com o Relatório de Inspeção do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado da Bahia, realizado 2015 pelo Conselho Regional de Psicologia 3<sup>o</sup> região (CRP-03), em conjunto com membros da Comissão de Direitos Humanos e da Comissão de Direito à Saúde OAB-BA, membros da Defensoria Pública, representante do Ministério Público e membros dos Conselhos Regionais de Assistência Social, Enfermagem e Farmácia (2015, p.25), constatou-se que a

---

<sup>38</sup> Direitos do internado

Art. 99 - O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) (BRASIL, 1940, p.18).

situação atual do HCTP é “catastrófica”. A inspeção realizada no dia 16 de abril de 2015 notou os seguintes problemas:

1. O HCT permanece localizado na região limítrofe do subúrbio ferroviário da cidade de Salvador, ocupando um prédio construído no início do Século XX em que funcionou a penitenciária do Estado da Bahia até os anos 1950, cujas instalações permanecem com as características de uma prisão e em nada lembra um estabelecimento hospitalar.
2. As instalações de circulação dos internos são guarnecidas com grades de ferro, no feitiço dos estabelecimentos penitenciários.
3. A inadequação das instalações, bem como a ausência de ações e serviços terapêuticos estabelecidos na legislação específica denotavam a submissão compulsória dos internos a condições impróprias aos tratamentos de saúde.
4. As condições estruturais do prédio e o insuficiente quadro de recursos humanos evidenciam que não existe proteção aos internos de riscos de adoecimentos e agravos de várias naturezas.
5. Não são desenvolvidas atividades que visem a promoção, prevenção e reabilitação da saúde, reinserção na família, no trabalho e no meio comunitário, consoante determina a legislação vigente.
6. O fluxo burocrático de lenta operacionalidade mantém os internos, sob restrição de liberdade por tempo sempre muito superior aos prazos legalmente estabelecidos.
7. 85% dos internos são originários de municípios do interior do Estado e o longo tempo de internação, distante de familiares, amigos e do seu meio social resulta no esgarçamento dos laços afetivos e, não raro, em situação de abandono sócio familiar (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p.26).

No que se refere ao ponto 1, é possível inferir, pelas características descritas, que as atuais condições do Hospital de Custódia e Tratamento, outrora chamado de Manicômio Judiciário, não estão de acordo com o quanto disposto no artigo 99 supracitado, uma vez que este determina que o estabelecimento seja dotado de características hospitalares. Contudo, o ambiente mais se assemelha a uma prisão do que a um hospital. Ademais, o prédio é bastante antigo, construído no início do século XX, o que evidencia uma estrutura que remete aos hospícios nos moldes do sistema asilar e relembra as denúncias realizadas por Michel Foucault em sua obra “História da Loucura” acerca do tratamento dispensado aos doentes mentais na Europa na Idade Clássica (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p.26).

É possível visualizar que ainda perseveram, nos locais de tratamento dos doentes mentais, característica hospitocêntrica, que transforma esses ambientes em verdadeiras prisões e depósito dos loucos. Em referência à obra *a História da Loucura na Idade Clássica* de Foucault, publicada em 1961, percebe-se que tal

feição ainda não foi abandonada pelo atual sistema prisional. A obra relata uma investigação entre o período da Renascimento à modernidade acerca das diferentes formas de percepção da loucura, bem como as diferentes classificações da loucura atribuídas pelo cientificismo e academicismo dominantes do pensamento francês (AMARANTE; TORRE, 2011, p.41-44).

Foucault demonstra que, no século XVII, com o enclausuramento dos alienados, considerados anormais e indesejáveis aos padrões da época, buscava-se proteger a tranquilidade pública e garantir a ordem social (PACHECO, 2012, p.79). Naquele período, a prática de segregação foi adotada não apenas para aprisionar os loucos, mas também os leprosos, pedintes, criminosos e os desocupados (PONTES, 2012, p.15). Neste sentido, Foucault (1978, p.55) assevera:

É sabido que o século XVII criou vastas casas de internamento; não é muito sabido que mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas, por alguns meses. É bem sabido que o poder absoluto fez uso das cartas régias e de medidas de prisão arbitrárias; é menos sabido qual a consciência jurídica que poderia animar essas práticas. A partir de Pinel, Tuke, Wagnitz, sabe-se que os loucos, durante um século e meio, foram postos sob o regime desse internamento, e que um dia serão descobertos nas salas do Hospital Geral, nas celas das "casas de força"; percebe-se também que estavam misturados com a população das Workhouses ou Zuchthusern. Mas nunca aconteceu de seu estatuto nelas ser claramente determinado, nem qual sentido tinha essa vizinhança que parecia atribuir uma mesma pátria aos pobres, aos desempregados, aos correccionários e aos insanos. E entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá — não nos esqueçamos — que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos "libertado". A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural (FOUCAULT, 1978, p.55).

Em paralelo à situação atual acusada pelo Relatório de Inspeção de 2015, é possível afirmar que subsistem, no Hospital Psiquiátrico de Custódia e Tratamento de Salvador, muitas denúncias realizadas no passado contíguo por Foucault. Embora a medicina psiquiátrica e os tratamentos tenham avançado consideravelmente, permanecem ainda algumas características do sistema asilar nas dependências desse local. Uma destas é destacada no ponto 2 do Relatório de Inspeção citado acima que compara as instalações de circulação dos internos aos estabelecimentos penitenciários (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p.26).

O ponto 3 destaca ainda “a ausência de ações e serviços terapêuticos estabelecidos em legislação específica” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p.25). Há, aqui, uma clara evidência de que o tratamento ofertado pelo HCTP viola nitidamente a Lei da Reforma Psiquiátrica, principalmente o direito previsto no inciso VIII, do artigo 2º que se refere ao direito ao tratamento terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.

Conforme destacado no ponto 5, não são desenvolvidas atividades que busquem a ressocialização do paciente, assim como determina o inciso II, do artigo 2º da Lei da Reforma Psiquiátrica “II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”.

Ainda no âmbito dos direitos do portador de transtorno mental, o inciso I, do artigo 2º da Lei da Reforma Psiquiátrica guarda o direito ao “acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”, o que está longe de ser alcançado pelo tratamento ofertado no HCTP, uma vez que as condições estruturais deste local são antigas, o que põe em risco a vida dos internados.

Em relação aos prazos legalmente estabelecidos, de acordo com a Constituição Federal artigo 5º, XLVII, percebe-se que há uma violação aos limites determinados, não apenas em virtude do fluxo burocrático de lenta operacionalidade do HCTP, mas também porque, não raro, muitos se encontram em situação de abandono familiar. A perda do vínculo com os familiares, amigos e com o meio social é mais um problema a ser enfrentado para alcançar-se o fim a que se propõe as medidas de segurança: a ressocialização dos portadores de um transtorno mental. Nesse sentido:

Muito mais que um instrumento terapêutico, o velho manicômio se afirmou como instrumento de exclusão. Exclusão física que duplica no plano do concreto a exclusão simbólica do universo da cidadania. Na modernidade, diante da nova legislação que dispõe sobre a assistência ao doente mental, a psiquiatria brasileira enfrenta o grande desafio da transformação radical diante de modelos diferenciados para garantir a manutenção de vínculos entre o paciente, a família e a comunidade (MAYRINK, *apud* Talvane de Moraes, 2006, p.27).

Portanto, é preciso que a ordem judicial que encaminha o portador de um transtorno mental em conflito com a lei à internação compulsória – sob o argumento da

segurança da sociedade – busque aplicar o tratamento mais eficaz para o indivíduo, em virtude das dificuldades enfrentadas pelos HCTPs. Essa espécie de medida deve ser aplicada em última instância, uma vez que a Lei da Reforma Psiquiátrica enterrou definitivamente o atual modelo de tratamento ofertado pelos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

#### 4.1 DIFERENÇAS E SEMELHANÇAS ENTRE MEDIDA DE SEGURANÇA E PENA

A principal característica das normas jurídicas é o seu caráter imperativo e coercitivo. Isso significa que, no âmbito do direito penal, a tipificação de uma conduta como crime estará sempre vinculada à possibilidade concreta do Poder Estatal habilitar e legitimar atos coercitivos. A própria Constituição, ao estabelecer princípios que regem o sistema de crimes e das penas, determina que os tipos incriminadores – figuras abstratas que classificam as condutas tidas como criminais – fixem uma resposta punitiva diante da sua violação (CARAVLHO, 2016, p.43).

Por essa razão, a estrutura da norma penal forma-se a partir de um preceito primário – que descreve a conduta incriminadora – e um preceito secundário que estatui a punição. Nessa perspectiva, ressalta-se que a sanção penal se desdobra em duas espécies: a pena e a medida de segurança (CARAVLHO, 2016, p.43).

De forma geral, entende-se como pena privativa de liberdade a sanção penal de caráter aflitivo imposta pelo Estado, diante da execução da sentença. De acordo com a sua natureza jurídica, tal intervenção repressiva retira do réu, de uma forma mais rígida ou menos branda, o direito à liberdade de locomoção, uma vez que este é recolhido a um estabelecimento prisional (NORONHA, 2009, p. 232).

René Ariel Dotti (2002, p.448) reconhece que, para determinadas formas de criminalidade e para certas formas de comportamento doloso, não existe outra providência estatal mais adequada que vise, simultaneamente, a repressão e a prevenção da criminalidade. A supressão da liberdade tem por intuito a retribuição punitiva do infrator contra a lesão por ele provocada, buscando a sua ressocialização e a prevenção de novos delitos. Diante das suas subclassificações, para o estudo das medidas de segurança, importa destacar duas delas: a pena privativa de reclusão e detenção.

No que concerne às espécies, de acordo com o artigo 33 do Código Penal, a pena de reclusão pode ser cumprida em regime fechado, aberto ou semi-aberto; a pena de detenção se aplica aos crimes menos severos, podendo ser executada nos regimes abertos e semi-abertos. O critério de aplicação se dá a partir da gravidade do delito

Em relação às medidas de segurança, conceitua-se como consequências jurídicas de caráter penal e não administrativo aplicadas aos inimputáveis ou semi-imputáveis, nos termos do artigo 26 do Código Penal, em virtude da realização de um injusto penal e da periculosidade criminal do autor (COSTA, 2007, p.20).

Entende Edgard Magalhães Noronha (2009, p.313) que a medida de segurança está sujeita à lei. Isso significa dizer que não será imposta de acordo com a discricionariedade, como sucede com diversas medidas aplicadas por meio de outras funções administrativas do Estado. Tal medida está sujeita à determinados limites em nome do interesse individual amparados pelo princípio da legalidade, da proporcionalidade e da individualização da pena.

Dada por determinação judicial ao especial tratamento curativo, as medidas de segurança subdividem-se em duas espécies: internação psiquiátrica e tratamento ambulatorial. Têm por objetivo evitar que o sentenciado retorne a praticar novos crimes, de acordo com a política de prevenção especial positiva, segundo a qual persegue a ressocialização do delinquente por meio do seu tratamento (COSTA, 2007, p.20).

Segundo Edgard Magalhães Noronha (2009, p.312), é difícil observar uma nítida divisão conceitual entre medida de segurança e a pena. O autor afirma que os objetivos e efeitos de ambas se entrelaçam e se confundem entre si:

A medida de segurança é um reforço à prevenção já revista na pena. Esta não deixa de considerar a personalidade do agente (art.59); a outra investiga a sua periculosidade, objetivando o mesmo fim que aquela quando a personalidade oferece maior perigo.

Em relação à distinção quanto às funções e finalidades, Guilherme de Souza Nucci (2012, p. 394–395) explica que a pena consiste em uma sanção penal que tem por intuito a retribuição pelo delito praticado e prevenção de novos delitos.

A função da pena não se confunde com o seu conceito. De acordo com Eduardo Reale Ferrari (2001, p.47), os fins justificadores das penas dividem-se em: retributivismo e prevenicionismo.

A finalidade retributiva – que se desdobra nas espécies geral e positiva – surgiu, a princípio, como critério de expiação, em conformidade com o seu caráter positivo. A pena era aplicada como um critério de retribuição pelo mal injusto praticado – a conduta criminosa. Fundada, inicialmente, em uma acepção religiosa, era encarada como uma reação àqueles que atentavam contra os mandamentos de Deus, constituindo uma afronta à harmonia universal (FERRARI, 2001, p.48).

A retribuição é uma característica da pena advinda da sua imposição – reconhecidamente aflitiva –, todavia tal característica não representa, em si mesmo, a realização de justiça. Nesse aspecto, cuida-se da forma civilizada de se aplicar a sanção penal ao infrator da lei, de modo a evitar a vingança privada e garantir o monopólio estatal da punição (NUCCI, 2017, p.358).

Guilherme de Souza Nucci (2012, p.394–395) explica que a prevenção geral positiva tem por finalidade reafirmar à sociedade a existência e força do Direito Penal. Eduardo Reale Ferrari (2001, p.49) acrescenta que essa modalidade de prevenção surgiu, historicamente, como fundamento da intimidação:

Paralelamente, a essa concepção negativa do fim preventivo – assim denominada por representar temor ao delinquente –, surgiu a visão positiva da prevenção geral, caracterizada por uma ideia de respeito e revalorização ao ordenamento jurídico. A prevenção geral positiva funda-se no fato de que a sanção constitui a afirmação simbólica das normas, favorecendo o processo de integração social; a restabelecer a confiança institucional afrontada pela conduta contrária ou infidedigna ao Direito.

De acordo com Eduardo Reale Ferrari (2001, p.50), a prevenção geral negativa atribui à sanção uma finalidade pedagógica, que busca evitar a prática do delito. Desse modo, a sanção aplica-se não exclusivamente pelo seu fim retributivo, como mero castigo, mas com o intuito de demonstrar aos outros delinquentes a punição aplicada, causando, assim, um efeito inibitório diante da reiteração do crime. Por esse motivo, destinava-se à toda coletividade e não apenas ao apenado (FERRARI, 2001, p.50).

Assim, infere-se que o caráter da prevenção geral negativa afirma que a pena concretizada fortalece o poder incriminativo estatal, representando alerta para toda a sociedade, destinatária da norma penal (NUCCI, 2017, p.358).

O caráter da prevenção especial da pena também se desdobra em duas vertentes: a positiva, denominada de emenda ao delinquente, e a negativa, reconhecida por segregação (FERRARI, 2001, p.51)

Na concepção de Eduardo Reale Ferrarri (2001, p.51), de acordo com o critério da prevenção especial positiva – influenciada pela escola positivista –, o delinquente precisava de tratamento, e não mais do fim retributivo da pena. Visava a recuperação do delinquente, uma vez que o exercício da pena representa um meio corretivo. Assim, substituía-se a pena pelo tratamento, passando a ressocialização do indivíduo ser objetivo essencial das sanções.

Guilherme de Souza Nucci (2017, p.358) observa que esse caráter reeducativo e ressocializador da pena buscava preparar o condenado para uma nova vida, respeitando as regras impostas pelo ordenamento jurídico.

Em relação à excepcionalidade do caráter especial negativo, ou por segregação, a pena tinha por função isolar o delinquente, resolvendo, assim, o problema dos criminosos habituais, considerados perigosos socialmente (FERRARI, 2001, p.51).

De acordo com o atual sistema normativo brasileiro, a pena possui as seguintes características: “castigo + intimidação ou reafirmação do Direito Penal + recolhimento do agente infrator e ressocialização” (NUCCI, 2017, p.358). Nesse sentido, o artigo 59 do Código Penal declara que o juiz deve aplicar a pena de modo que essa seja necessária e suficiente, tanto para a reprovação como para a prevenção dos crimes.

É possível se depreender o caráter educativo da pena a partir da leitura do art. 10 da Lei de Execução Penal que determina: “a assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade”. O artigo 22 do referido diploma legal assevera que “assistência social tem por finalidade amparar o preso e o internado e prepará-los para o retorno à liberdade” (NUCCI, 2017, p.358).

No que diz respeito à finalidade da medida de segurança, na acepção de Eduardo Reale Ferrari (2001, p.60), é inegável que estas não possuem caráter retributivo, e

sim preventivo. Contudo, necessário se faz questionar a justificativa para a aplicação de tal medida: se para fins terapêuticos, segregacionistas, se para intimidar a coletividade ou para corresponder às expectativas da sociedade.

Cumpra destacar que, inicialmente, não se pode ignorar que as medidas de segurança surgiram para segregar os incorrigíveis, uma vez que a pena tinha pouca ou nenhuma eficácia perante esses indivíduos. Assim, elegeram a medida de segurança como a espécie de sanção penal legitimadora ao fim de proteção coletiva e de inocuidade, segregando o delinquente incorrigível pela justificativa da prevenção (FERRARI, 2001, p.60).

Contudo, com a evolução das ideias humanitárias, sobretudo em respeito à dignidade da pessoa humana, a segregação perdeu espaço em detrimento da concepção de tratamento e recuperação do delinquente doente. Assim, a medida só poderia ser imposta sob o argumento da recuperação, não se justificando a mera segregação do indivíduo (FERRARI, 2001, p.60).

Diante do atual Estado Democrático de Direito, a medida de segurança é admitida de acordo com a sua finalidade de ressocialização, rejeitando absolutamente o seu caráter puramente segregacionista (FERRARI, 2001, p.60-61).

No que concerne à natureza jurídica das medidas de segurança, René Ariel Dotti (2002, p. 621) observa que as medidas de segurança são uma das reações penais que objetiva a prevenção da criminalidade. Possuem caráter preventivo, pois “trata-se de providência de fins curativos e assistenciais aplicada aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos pelo artigo 26, parágrafo único” (DOTTI, 202, p.621).

Juarez Cirino (2012, p.605) denota que as medidas de segurança não possuem a natureza retributiva das penas criminais, fundadas na culpabilidade do fato passado. São medidas de natureza preventiva e assistencial, visto que vislumbram a proteção social e o tratamento terapêutico individual do inimputável por doença mental.

Luiz Regis Prado (2010, p.624) interpreta que a medida de segurança se insere no gênero sanção penal, no qual figura como espécie, assim como a pena. Nesse sentido, Álvaro Mayrink da Costa (2007, p.20) esclarece que a medida de segurança é uma sanção penal, porém não possui caráter retributivo-preventivo, tampouco o patamar da culpabilidade, pois tal medida possui natureza preventiva e o seu

fundamento consiste na periculosidade do autor por força do aspecto da doença mental.

Eduardo Reale Ferrari (2001, p.15) entende que a medida de segurança constitui um poder político que impede que o agente portador de um transtorno mental, ao cometer um ilícito-típico e demonstrar periculosidade, venha a cometer a prática delituosa novamente e possui a finalidade de tratá-lo para a reintegração social. O doutrinador explica que a medida de segurança revela a pretensão do Estado em atuar no controle social, afastando o risco inerente ao inimputável acometido por uma doença mental que realizou a prática criminosa.

Por outro lado, Salo de Carvalho (2015, p.508) demonstra que “o caráter punitivo das medidas de segurança é uma das principais denúncias feitas pela criminologia crítica e pela crítica ao direito penal a partir da década de 70 do século passado”. Para o doutrinador, após a exposição da incapacidade das instituições totais (as prisões e manicômios) para realizar as finalidades mínimas as quais se propõe – a ressocialização do imputável e a cessação da periculosidade do inimputável respectivamente –, iniciou-se um amplo processo de desconstrução dos mitos do sistema penal, dentre os quais o autor destaca a ausência da perspectiva punitiva (retributiva) das medidas de segurança.

Nesse contexto, Alvaro Mayrink da Costa (2007, p.17-18) acrescenta que, a Reforma de 1984 representou uma mudança e avanço ao eliminar as diversas hipóteses de periculosidade presumida pré-delitual dispostas na disciplina legal.

Salo de Carvalho (2016, p.509) expõe que a Lei da Reforma Psiquiátrica, ao mudar o estatuto jurídico e a lógica do tratamento dos portadores de um transtorno mental, abre importantes caminhos de superação da forma de aplicação das medidas de segurança, visto que, diante desse cenário, os internados devem atuar como protagonistas na definição da sua terapêutica.

Para Paulo Queiroz (2016, p.539), a distinção entre a pena e medida de segurança é puramente formal e, materialmente, a medida de segurança pode ser mais lesiva que a pena. O autor acrescenta que, justamente pelo caráter de sanção penal, as medidas de segurança em hipótese alguma são cabíveis se, diante das mesmas circunstâncias, não couber a aplicação da pena.

Assim, por óbvio, sendo o fato típico, antijurídico, culpável e punível, haverá aplicação da medida de segurança ao inimputável ou semi-imputável portador de uma doença mental. Por outro lado, sendo o “fato atípico (v.g., ausência de dolo ou culpa), lícito (v.g., praticado em legítima defesa), inculpável (v.g., cometido sob embriaguez involuntária incompleta) ou, ainda, se houver extinção de punibilidade (prescrição etc.)” (QUEIROZ, 2016, p.539) não aplicar-se-á a medida de segurança.

Deste modo, todos os pressupostos jurídico-penais exigidos para a aplicação de uma pena, também serão exigidos para a medida de segurança, exceto a imputabilidade, pois as medidas de segurança são aplicadas aos inimputáveis com doença mental e aos semi-imputáveis, aqueles que, em determinadas circunstâncias, têm a redução da capacidade de discernimento sobre a sua conduta ilícita (QUEIROZ, 2016, p.540)

A natureza jurídica da medida de segurança de sanção penal articula-se com o Estado Constitucional de Direito que é regido pelos princípios da legalidade, isonomia, proporcionalidade, humanidade e não perpetuação das penas. Por esse motivo, é incompatível aplica-las às hipóteses que não comportariam pena, quer seja porque o fato não constitui crime, quer seja porque este é impunível (QUEIROZ, 2016, p.539).

Ademais, este entendimento coaduna-se ao princípio da legalidade, segundo o qual não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal, conforme preceitua o artigo 5º, inciso XXXIX da Constituição Federal<sup>39</sup>. Ainda nas lições de Paulo Queiroz (2016, p.77), tal princípio garante a exigência da segurança jurídica e o controle do exercício do poder punitivo estatal, de modo a prevenir e reprimir arbitrariedades à liberdade individual.

Paulo Queiroz critica as distinções que são feitas pela doutrina acerca das medidas de segurança e da pena e aponta que em favor do inimputável além das excludentes de tipicidade e ilicitude (artigo 23 Código Penal), também militam as causas

---

<sup>39</sup> XXXIX - não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal; (BRASIL, 1988, p.2).

excludentes de culpabilidade, assim como as extintivas de punibilidade<sup>40</sup>, nos termos do artigo 96, parágrafo único<sup>41</sup>. Conclui-se que, na perspectiva do autor, a periculosidade por si só, embora necessária, não é suficiente para justificar a aplicação da medida de segurança, pois deve coexistir com os pressupostos da punibilidade, já que são inadmissíveis medidas pré-delituais (QUEIROZ, 2016, p.547).

Pelo exposto, infere-se que a distinção entre a pena e a medida de segurança não consiste em seus ângulos estruturais, mas sim na sua razão de ser, na razão de justificação da aplicação de uma ou outra. Não por isso o inimputável deixa de ser uma pessoa humana e a ele é inerente o direito à saúde mental, à assistência e proteção. A defesa da sociedade como um todo só pode ocorrer justamente a partir do tratamento e da cura, por óbvio, até onde for possível, dos portadores de um transtorno mental (COSTA, 2007, p.21).

São dois os pressupostos para aplicação da medida de segurança: a prática do injusto penal e a periculosidade do autor (QUEIROZ, 2016, p.540). O Código Penal de 1940, na sua redação anterior à Reforma, admitia, de certa forma, a periculosidade pré-delitiva ao prever a possibilidade da aplicação de medida de segurança nas situações dos chamados “quase-crimes”. Eduardo Ferrari (2001, p.135) assevera que “o delito é, assim, um marco para a incidência de medida de segurança criminal.

Fernanda Otonni (2010, p.15-16) afirma que “a presunção da periculosidade está na base da política em vigor do tratamento do louco infrator no Brasil”. A psicanalista expõe que esse termo é geralmente utilizado para atribuir a um sujeito autor de um

---

<sup>40</sup> Art. 107 - Extingue-se a punibilidade: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

- I - pela morte do agente;
- II - pela anistia, graça ou indulto;
- III - pela retroatividade de lei que não mais considera o fato como criminoso;
- IV - pela prescrição, decadência ou preempção;
- V - pela renúncia do direito de queixa ou pelo perdão aceito, nos crimes de ação privada;
- VI - pela retratação do agente, nos casos em que a lei a admite;
- VII - (Revogado pela Lei nº 11.106, de 2005)
- VIII - (Revogado pela Lei nº 11.106, de 2005)
- IX - pelo perdão judicial, nos casos previstos em lei (BRASIL, 1940, p.19).

<sup>41</sup> Art. 96. As medidas de segurança são: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

- I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)
  - II - sujeição a tratamento ambulatorial. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)
- Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) (BRASIL, 1940, p.17).

crime de grande repercussão social. Contudo, esse termo não possuía esse formato conceitual, como uma qualidade intrínseca a alguém; além disso, não era utilizado pela linguagem jurídica. Apenas entre o final do século XIX e início do século XX, é que esse termo ganha contornos jurídicos e passa a ser utilizado como uma qualidade para a predicação de pessoas, remetendo ao aspecto patológico, nessa acepção:

O termo “periculosidade” surgiu pela primeira vez no século XIX, como um conceito no campo das práticas jurídicas, quando se passou a atribuir a determinados criminosos a presunção de periculosidade. Essa presunção seria cabível a alguns criminosos se, no exame médico, fossem identificadas algumas características patológicas que o designariam como sendo um indivíduo intrinsecamente perigoso (BARROS-BRISSET, p.16).

Diante da atual redação da legislação penal, considerando que Estado Democrático de Direito não acolheu as medidas “pré-delituais”, só será possível aplicar-se as medidas de segurança quando a periculosidade for plenamente comprovada, e não meramente presumida, ou seja, requer a prática anterior de um fato típico e ilícito (PRADO, 2010, p. 626). A medida de segurança que dispensar tal pressuposto, não será considerada uma espécie de sanção penal, mas sim em uma medida terapêutica administrativa (FERRARI, 2001, p.135)

No que concerna à periculosidade criminal, Eduardo Reale Ferrari (2001, p.158) explica que a essa consiste na probabilidade e não na mera possibilidade do inimputável vir a rescindir na prática de novos ilícitos penais, ressaltando que Estado Democrático de Direito não admite medida de segurança em caráter de sanção penal sem periculosidade criminal em razão da segurança jurídica. Além disso, a legitimidade desse requisito exige a presença de fato típico relevante.

Nesse sentido, Alvaro Mayrink da Costa (2007, p.23) acrescenta que as medidas de segurança são regidas pelos princípios gerais de garantia, sobretudo o princípio da proporcionalidade. Por essa razão, a sua aplicação não é endereçada para casos irrelevantes, portanto possuem correlação com a gravidade e periculosidade social, ou seja, perigo futuro de cometimento de novos crimes.

Tal requisito evita que haja a aplicação da medida pela simples presença de meros estados patológicos, por isso não se trata de atos bagatelares, mas de condutas

reais e efetivas, que quando reiteradas coloquem em risco a segurança e a paz social. Dessa forma, aqui incide o conceito de menor potencial ofensivo, insignificância e bagatelariedade (FERRARI, 2001, p.158).

A análise desse pressuposto é de extrema relevância para a determinação da medida terapêutica adequada, uma vez que se estabelecesse uma relação entre espécie da medida de segurança a ser aplicada com o bem jurídico-penal violado, incidindo a internação quando esse elemento for extremamente grave, ou o tratamento ambulatorial em situações de menor gravidade (FERRARI, 2001, p.160).

Por fim, as medidas têm por finalidade precípua garantir o tratamento do doente mental para evitar a reiteração da conduta criminoso. Secundariamente, estas têm por fito proibir as reações públicas ou privadas quanto ao inimputável, buscando evitar atos de vingança por parte de particulares, como por exemplo, o linchamento (QUEIROZ, 2016, p.544).

Além disso, visa evitar reações abusivas do próprio Estado, uma vez que este poderia, por exemplo, através de uma intervenção pretensamente terapêutica internar o inimputável de maneira infundada, ainda que este não tivesse cometido nenhum crime, apenas para isolá-lo do convívio social, suprimindo-lhe os meios e recursos inerentes ao devido processo legal: a ampla defesa, contraditório, etc. (QUEIROZ, 2016, p.544).

#### 4.2 ESPÉCIES DE MEDIDA DE SEGURANÇA

O legislador definiu no artigo 96 do Código Penal as espécies de medida de segurança: a internação compulsória e o tratamento ambulatorial. A primeira trata-se de uma medida detentiva em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, enquanto que a segunda guarda relação com a medida restritiva de direitos. Contudo, ambas devem ser interpretadas a partir dos ditames da Lei da Reforma Psiquiátrica, de acordo com o redirecionamento ao modelo assistencial de saúde mental.

Consoante ao artigo 4<sup>o</sup><sup>42</sup> desta lei, a medida de internação compulsória, disposta no inciso III do artigo 6<sup>o</sup><sup>43</sup>, tem caráter subsidiário e, considerando o artigo 3<sup>o</sup> do mesmo diploma legal, o tratamento deverá ocorrer em “estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência à saúde”.

Ocorre que a legislação penal não definiu explicitamente os locais em que o agente poderia ter a devida atenção psicossocial para fins de execução do tratamento ambulatorial. Considerando que a Lei da Reforma Psiquiátrica se trata de uma legislação específica e se aplica ao sistema penal, o seu artigo 4<sup>o</sup>, §3<sup>o</sup> dispõe que o local não pode apresentar características asilares, desprovidos de cuidados médicos e de uma equipe multidisciplinar de apoio. Por isso, o tratamento deve ser dado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que deve ser abandonada a feição hospitalocêntrica ofertada pelo sistema penitenciário, segundo a qual representa o modelo asilar atinente aos manicômios judiciários (MARTINELLI; SCHIMITT, 2016, p.18). Nesse sentido, destaca-se o precedente no qual o Judiciário:

PENAL. INIMPUTABILIDADE DO RÉU NA ÉPOCA DOS FATOS. MEDIDA DE SEGURANÇA. TRATAMENTO AMBULATORIAL EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL PREVISTOS NA LEI Nº 10.216/01, COM ACOMPANHAMENTO DE MÉDICO DA CONFIANÇA DO PACIENTE. DIREITOS ASSEGURADOS AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL.- Aplicada medida de segurança de tratamento ambulatorial a réu inimputável na época dos fatos, tem este, portador de transtorno mental, nos termos da Lei nº 10.216/01, dentre outros, direito de ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo com as suas necessidades; ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, a fim de que possa ser reinserido socialmente em seu meio. Dessarte, ao invés da internação em Instituto Psiquiátrico Forense, fica o paciente obrigado a tratamento ambulatorial nos estabelecimentos de saúde mental previstos na Lei nº 10.216/01, restando facultada a orientação e o

<sup>42</sup> Art. 4<sup>o</sup> A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1<sup>o</sup> O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2<sup>o</sup> O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3<sup>o</sup> É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2<sup>o</sup> e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2<sup>o</sup>.

<sup>43</sup> Art. 6<sup>o</sup> A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça (BRASIL, 1940, p.1).

acompanhamento do tratamento por médico de confiança pessoal do internado, nos termos do art. 43 da LEP (BRASIL. TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL 4ª REGIÃO, 2003).

Há que se considerar que, embora o Hospital de Custódia faça parte do sistema prisional, de acordo com a Lei de Execução Penal (Lei n. 7.210/84), em se tratando de um local de tratamento para se “fazer cessar a periculosidade do indivíduo”, conforme o objetivo disposto na referida lei, deveria este hospital de custódia ser, principalmente, uma unidade de saúde mental e, como tal, deveria estar integrada às redes de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (PRADO; SCHINDLER, p. 635).

Diante de tais determinações dada pela Lei da Reforma Psiquiátrica e após a Reforma do Código Penal – que inaugurou a possibilidade de tratamento ambulatorial –, tornou-se possível o cumprimento de medida de segurança nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes locais consistem em um serviço aberto e comunitário do SUS e são centros de “referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e persistentes e demais quadros que justifiquem sua permanência num dispositivo de atenção diária, personalizado e promotor da vida” (GOIAS, 2018, p.1).

O critério adotado pelo Código Penal para a aplicação da espécie da medida de segurança depende da gravidade do delito, conforme o seu artigo 97, e não da necessidade de tratamento do indivíduo. O referido artigo dispõe que a internação ou o tratamento ambulatorial ocorrerá por tempo indeterminado e persistirá enquanto perdurar a periculosidade do indivíduo. Além disso, o artigo ordena que a aplicação da medida de segurança ocorre, inicialmente, pelo tempo mínimo previsto de um a três anos. Contudo, a súmula 527 do STJ determina que “o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”.

Nota-se que a cominação legal, da forma reclusiva ou detentiva, como único critério apto a definir a espécie de medida de segurança a ser aplicada ao caso concreto não parece estar adequada ao postulado constitucional, o qual determina ao julgador a individualização da pena, uma vez que se trata de uma previsão em abstrato. Ocorre que, em relação às penas, a fixação do regime ou a possibilidade de substituição para cumprimento de pena restritiva de direitos, independe da

espécie da privação da liberdade prevista em lei. Nessa lógica, o tipo de regime – aberto, semi-aberto ou fechado – e a espécie de sanção – preventiva de liberdade, restritiva de direito ou multa – ficam subordinados aos critérios judiciais expostos motivadamente na sentença, atingindo, assim, a individualização da pena (CARVALHO, 2015, p.509).

A definição da espécie de medida de segurança a partir do critério abstrato – cominação legal da pena de detenção – mostra-se um obstáculo à utilização em caráter excepcional da internação psiquiátrica prevista na Lei da Reforma Psiquiátrica, tornando essa medida a regra. Tal classificação opõe-se à estrutura principiológica (princípio da adequação e individualização da pena) que orienta a aplicação das sanções penais pelo ordenamento jurídico brasileiro (CARVALHO, 2015, p.509).

#### **4.2.1 Tratamento hospitalar**

A internação psiquiátrica compulsória é realizada em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) ou outros estabelecimentos adequados com características similares. O local onde deverá ser cumprida essa espécie de medida de segurança trata-se de um hospital-presídio, destinado à tratamento e custódia do internado (FERRARI, 2001, p.84). Essa espécie de medida de segurança guarda relação com a regime fechado da pena restritiva de liberdade (CARVALHO, 2015, p.506).

O tratamento hospitalar priva a liberdade de ir e vir do delinquente portador de um transtorno mental e caracteriza-se como uma medida aflitiva, pois retira o indivíduo da sociedade, internando-o em um estabelecimento específico para o tratamento psiquiátrico. Por tal razão, a medida possui caráter residual e deve ser aplicada quando for o único meio possível para se alcançar o devido tratamento do indivíduo, a segurança e inocuidade (FERRARI, 2001, p. 81).

Eduardo Reale Ferrari (2001, p.83) aponta que “a medida privativa exige meios de execução que legitimem os fins para a sua aplicação”, sob pena de tornarem-se estabelecimentos de depósitos dos loucos, visando puramente a inocuidade e segregação desses indivíduos.

Na realidade, em que pese a finalidade da internação seja o tratamento do indivíduo, o seu caráter aflitivo não deixa de existir, uma vez que, na prática, ela se diferencia muito pouco das formas carcerárias de pena. Por isto, é obrigatório que exista nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico um aparato de equipes terapêuticas multidisciplinar com o objetivo de potencializar o tratamento e a ressocialização do internado, trata-se, pois, de uma missão médico-terapêutica (FERRARI, 2001, p.81).

Nesse sentido, Rogério Grecco (2012, p.665) acrescenta que a classe médica vem buscando evitar a internação de pacientes portadores de transtorno mental quando possível, aplicável apenas quando não eficaz outra modalidade de tratamento, de modo a proceder a internação apenas para os casos reputados mais graves. Assim, quando a própria segurança do paciente estiver em risco diante do convívio com os familiares e a sociedade aplica-se a medida detentiva. Essa concepção advém da Lei da Reforma Psiquiátrica, que defende que a internação possui caráter excepcional, portanto só deve ser adotada em último caso.

O HCTPs consiste em um hospital que não exige cela individual, mas deve apresentar características hospitalares, com estrutura e divisões condicionadas a uma planificação médico-psiquiátrica. O local deve conter um mínimo de aparelhagem apropriada às diversas formas de tratamento, sendo indispensável uma adequada área física para o fim terapêutico (FERRARI, 2001, p.84).

Em conformidade com o disposto no artigo 99 e 88 da Lei 7.710/1984 (Lei de Execução Penal), exige-se que estes locais respeitem os requisitos básicos de salubridade do ambiente. É vital para a legitimação dos HCTPs a presença de fatores como aeração, insolação e condicionamento térmico adequado (FERRARI, 2001, p.84).

Inegável é a aplicação do princípio da dignidade da pessoa humana às medidas de segurança, em respeito ao tratamento específico do doente mental que cometeu um injusto penal, visando, assim, a melhora da sua saúde mental. Conquanto, Álvaro Mayrink da Costa (2007, p.25) relata que, na verdade, em muitos HCTPs estaduais, os internos ficam confinados em celas e submetidos a horários específicos para “banho de sol”, sob a custódia de guardas, e não enfermeiros. Tal realidade evidencia que as medidas de segurança, na prática, não se diferenciam em nada do regime disciplinar da pena privativa de liberdade em regime fechado.

Por fim, no que se refere ao tempo de internação, esta medida não deverá exceder o tempo de pena que o sentenciado teria que cumprir pelo crime praticado, nos termos do artigo 97 do Código Penal. Caso contrário, estaria se violando o sistema vicariante, segundo o qual não se admite a cumulação da pena e da medida de segurança, reestabelecendo, assim, o sistema duplo binário que admite a cumulação de ambas as respostas punitivas.

#### **4.2.2 Tratamento ambulatorial**

Esta espécie de medida de segurança é o instrumento alternativo ao internamento psiquiátrico, nas quais não há uma privação de liberdade do doente mental inimputável, restringindo-se outros direitos diversos da liberdade, empregando, assim, regras e limitações não detentivas, a fim de alcançar-se a cura e a ressocialização do indivíduo (FERRARI, 2001, p.85).

Introduzido no sistema através da Reforma de 1984 do Código Penal, esse regime se aplica, subsidiariamente, à medida de internação psiquiátrica, quando presente menor grau de periculosidade criminal do indivíduo. Nessa modalidade, dispensa-se a obrigatoriedade da internação, devendo o sentenciado comparecer, periodicamente ao serviço de saúde, nos dias em que o médico determinar, aplicando-se, assim, a terapia prescrita (CORDEIRO; MARAFANTI; RAMOS, 2012, p.53-54).

Vislumbra-se subtrair do delinquente portador de um transtorno mental a influência de circunstâncias e ocasiões que estimulem o crime, sem a necessidade radical de isolar o indivíduo por meio do internamento em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. Nesse sentido, afirma Juarez Cirino dos Santos (2008, p.664):

A questão é simples: a pena de detenção determina o tratamento ambulatorial (art. 97, CP); depois, durante a execução do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação, se necessário para fins curativos (Art. 97, §4º, CP), ou em caso de incompatibilidade com a medida (art. 184, LEP).

Nota-se que no tratamento ambulatorial pode ocorrer a progressividade, isto é, é possível que a medida seja revertida em internação se o doente mental revelar incompatibilidade.

Eduardo Ferrari (2001, p.86) entende que o tratamento ambulatorial é a única medida de segurança criminal pessoal não detentiva prevista no Código Penal de 1984, de acordo com o artigo 96, inciso II. Será imposta ao inimputável ou semi-imputável que praticar delito apenado com pena de detenção.

Juarez Cirino da Costa (2008, p.664) enfatiza que a cominação legal de pena de detenção no tipo injusto é o fundamento suficiente para a aplicação da espécie de tratamento ambulatorial, pois indica, precisamente, que a conduta praticada constitui crime de bagatela, o qual possui um menor potencial ofensivo. Caso contrário, aplicando-se a internação psiquiátrica a esses casos se estaria violando o princípio da adequação e da individualização da pena.

Apesar de se tratar de uma medida alternativa ao internamento, a legislação penal não fomentou a criação de locais abertos para o tratamento e, conseqüentemente, desestimulou a progressividade das medidas ou a criação de ambulatórios privados. De maneira insuficiente, o legislador determinou, no artigo 101 da LEP, que o tratamento ambulatorial deve ser realizado, via de regra, em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. Todavia, será permitido que o tratamento seja cumprido, subsidiariamente, em outro local com dependência média adequada, embora seja uma possibilidade imprevisível.

Eduardo Ferrari (2001, p.86) diverge do legislador por entender que a medida ambulatorial jamais poderá ser cumprida em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, pois é imprescindível separar os tipos diferenciados de tratamento em um mesmo estabelecimento. Portanto, essa espécie de medida deve ser executada em ambientes diferentes dos hospitais psiquiátricos designados para a internação psiquiátrica.

Alvaro Mayrink da Costa (2007, p.25) destaca que o legislador não previu a possibilidade inversa de conversão da medida de internação em tratamento ambulatorial, não podendo o internado progredir da medida de detenção para o tratamento em liberdade. Essa é mais uma evidência da postura engessada da

norma legal em relação aos direitos do doente mental e um óbice ao fim a que se propõe a medida de segurança: a ressocialização do indivíduo.

#### 4.3 A DESINTERNAÇÃO PROGRESSIVA E A ADOÇÃO DE MEDIDAS EXTRA HOSPITALARES

De acordo com o artigo 171 da Lei de Execução Penal, a medida de segurança só pode ser executada após transitada em julgado a sentença. Antes de se iniciar a execução, é necessária a expedição de guia de internamento ou tratamento ambulatorial, consoante ao disposto no artigo 173 da referida lei. Desse modo, diante de tais determinações, é possível inferir que não existe mais a medida de segurança provisória, fixada antes da sentença, como existia no Código Penal de 1940 antes da Reforma (PRADO, 2010, p.629).

No que concerne à ausência de limites ao prazo máximo estipulado para a medida de segurança, Luiz Regis Prado (2010, p.629) adverte para a inconstitucionalidade do §1º do artigo 97 do Código Penal, segundo o qual “a internação e o tratamento ambulatorial serão por tempo indeterminado, perdurado enquanto não for verificada, através da perícia médica, a cessação da periculosidade”.

Por esta razão, diante de tal indeterminação quanto à duração da medida de segurança, sugere-se que, no caso dos inimputáveis portadores de um transtorno mental, a sua imposição se dê pelo prazo máximo da pena abstratamente cominada ao delito (PRADO, 2010, p.629). Esse entendimento já foi pacificado na súmula 527 do STJ<sup>44</sup>.

Para Luiz Regis Prado (2010, p.630), a periculosidade é um estado do agente que pode se estender no tempo, portanto a sua duração não pode ser previamente fixada. Da mesma forma ocorre com a medida de segurança, considerando o seu fim – que é o alcance da cessação da periculosidade do indivíduo por meio do devido tratamento –, deve estar vinculada ao limite máximo temporal, uma vez que o poder de punir estatal não pode se estender indefinidamente no tempo. Assim, ainda que o

---

<sup>44</sup> Súmula 527 - O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado. (Súmula 527, TERCEIRA SEÇÃO, julgado em 13/05/2015, DJe 18/05/2015)

estado da periculosidade persista, nada obstará a liberação do internado se transcorrido o período da internação de acordo com os parâmetros apontados.

Ao contrário do que ocorre com a pena privativa de liberdade – que são executadas com base no sistema progressivo: regime fechado; semi-aberto; aberto –, não há, para as medidas de segurança, uma previsão legal na legislação penal sobre a adoção de um programa de desinternação progressiva (CAMPOS; SOUSA, 2015, p.5).

Nesse contexto, é necessário observar os princípios da Lei da Reforma Psiquiátrica:

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (BRASIL, 2001, p1).

Na prática, a desinternação do paciente ocorre mediante comprovação da perícia acerca da cessação da periculosidade, conforme as determinações do artigo 175 da Lei de Execução Penal<sup>45</sup>. O artigo 97, §2º do Código Penal determina que a perícia médica, para avaliação da cessação da periculosidade do indivíduo, deve ser realizada no fim do prazo mínimo fixado pelo juiz, devendo ser repetida anualmente, ou a qualquer tempo, a critério da determinação judicial. (PRADO, 2010, p.631).

Caso certificada que o paciente possui condições de retornar ao convívio social, o juiz da execução determinará a revogação da medida de segurança, estipulando a desinternação, na hipótese da internação psiquiátrica, ou liberação em caso de tratamento ambulatorial do agente em caráter provisório (PRADO, 2010, p.631).

---

<sup>45</sup> Art. 175. A cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte:

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

II - o relatório será instruído com o laudo psiquiátrico;

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

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

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

VI - ouvidas as partes ou realizadas as diligências a que se refere o inciso anterior, o Juiz proferirá a sua decisão, no prazo de 5 (cinco) dias (BRASIL, 1984, p.28).

Nesse momento, aplica-se ao desinternado as condições próprias do livramento condicional, de acordo com o que estabelece o artigo 178 da Lei de Execução Penal<sup>46</sup>. Ressalta-se que a elaboração de tal laudo, que serve para subsidiar a decisão judicial, envolve o conceito de periculosidade. Neste ponto, é fundamental destacar o pensamento da psicanalista Fernanda Ottoni de Barros-Brisset (2001, p.15):

Questionamentos e críticas se acumulam em teses acadêmicas, fóruns e conferências públicas dedicados à discussão dos direitos humanos, da saúde mental e da justiça, exigindo, em diversos setores, o redesenho da política ineficiente que, ainda hoje, apoiada na presunção de periculosidade do louco infrator, orienta-se pela aplicação de medida de segurança por tempo indeterminado e consequente asilo do louco em manicômio judiciário até cessar sua periculosidade: uma das maiores expressões da violação institucional dos direitos humanos no Brasil (BARROS-BRISSET, 2001, p.15).

A psicanalista defende que as inovações conceituais, clínicas e sociais introduzidas pela luta antimanicomial, pelos avanços no estudo das psicoses – bem como as alternativas de sociabilidade que vislumbram a inclusão das minorias no contexto social – demandam um novo arranjo institucional para tratar as questões atinentes aos portadores de um transtorno mental em conflito com a lei, diferente das soluções apontadas pela Reforma do Código Penal de 1940 (BARROS-BRISSET, 2001, p.12). Nesse sentido:

A entrada em cena de novos paradigmas e modos de pensar a política e a vida em sociedade abriu o debate sobre antigas ideologias, constringendo a própria sociedade e os atores no campo da justiça penal e da segurança

---

<sup>46</sup> Art. 178. Nas hipóteses de desinternação ou de liberação (artigo 97, § 3º, do Código Penal), aplicar-se-á o disposto nos artigos 132 e 133 desta Lei BRASIL, 1984, p,28).

Art. 131. O livramento condicional poderá ser concedido pelo Juiz da execução, presentes os requisitos do artigo 83, incisos e parágrafo único, do Código Penal, ouvidos o Ministério Público e Conselho Penitenciário.

Art. 132. Deferido o pedido, o Juiz especificará as condições a que fica subordinado o livramento.

§ 1º Serão sempre impostas ao liberado condicional as obrigações seguintes:

- a) obter ocupação lícita, dentro de prazo razoável se for apto para o trabalho;
- b) comunicar periodicamente ao Juiz sua ocupação;
- c) não mudar do território da comarca do Juízo da execução, sem prévia autorização deste.

§ 2º Poderão ainda ser impostas ao liberado condicional, entre outras obrigações, as seguintes:

- a) não mudar de residência sem comunicação ao Juiz e à autoridade incumbida da observação cautelar e de proteção;
- b) recolher-se à habitação em hora fixada;
- c) não freqüentar determinados lugares (BRASIL, 1984, p.22).

pública, de forma a levá-los a repensar conceitos e posturas quanto ao modo de tratar o indivíduo portador de sofrimento mental que responde por um crime. Essa transformação paradigmática vai requerer a construção de novas bases para a prática jurídica dirigida ao louco infrator e reclama a construção de novas diretrizes que possam prescindir dos pressupostos que ainda a sustentam nos dias de hoje (BARROS-BRISSET, 2001, p.12)

Na prática, no momento da desinternação progressiva, o psicólogo jurídico enfrenta problemas diante da sua viabilização, sobretudo em virtude da situação do abandono sociofamiliar do indivíduo, da falta de meios de subsistência e carência de estrutura física fora do hospital que os acolha e atenda suas necessidades (PRADO, SCHINDLER, 2017, p.642).

Tais fatores devem ser levados em conta no momento da desinternação, visto que essas questões vão de encontro ao paradigma do estigma da periculosidade – a crença de que pessoas com transtornos mentais são presumidamente perigosas em razão da sua doença mental. O conceito de “periculosidade” surgiu como mera justificativa, engendrada pelo positivismo, a fim de determinar uma política higienista dos comportamentos considerados fora padrão médio de conduta, bem como considerar a saúde mental como uma questão de segurança pública (PRADO, SCHINDLER, 2017, p.642).

Nesse sentido, é o pensamento de Alessandra Repassi Mascarenhas Prado (2010, p.114):

A legislação Penal, entretanto, apenas se refere à desinternação no caso de cessação da periculosidade, como momento que marca o possível final do cumprimento da medida de segurança. E atrela a extinção da medida à não ocorrência, antes do decurso de um ano, de conduta indicativa de persistência da sua periculosidade, sem exigir qualquer planejamento para a sua alta ou qualquer acompanhamento durante o período de liberdade condicional. Tampouco prevê o cumprimento da medida a partir de um sistema progressivo, como o faz em relação à pena.

Não é possível ignorar que, embora findo o prazo da internação ou tratamento ambulatorial, a pessoa com transtorno mental sempre necessitará de acompanhamento médico – o que não significa a necessidade de reinterná-lo, e sim tratá-lo por meio de medicações e outras terapias alternativas, de acordo com a necessidade do caso concreto (PRADO, SCHINDLER, 2017, p.642).

Diante de tais variáveis que representam um óbice para a viabilização da desinternação progressiva do paciente judiciário, alguns programas foram criados de modo a romper com o modelo da execução da medida de segurança proposto pela Lei de Execução Penal, segundo o qual a internação compulsória é a regra. São esses modelos: Programa de Atenção ao Louco Infrator – PAILI e o Programa de Atenção ao Paciente Judiciário Portador de um Transtorno Mental – PAI-PJ.

Tais parâmetros, orientados pelos princípios da Luta Antimanicomial e da Lei da Reforma Psiquiátrica, caracterizam-se por sua abordagem interdisciplinar para a aplicação da medida de segurança de maneira individualizada, de acordo com as exigências de cada caso. Priorizam, sempre, a adoção de medidas extrahospitalares para buscar enfrentar os problemas destacados para a desinternação do paciente.

O PAI-PJ foi desenvolvido pelo Tribunal de Minas Gerais em parceria com o Executivo, através da rede pública de saúde. Tem por missão a supervisão ao tratamento oferecido ao paciente na rede de atenção em saúde mental, que contemplam “os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS, serviços residenciais terapêuticos” (CARTILHA PAI-PJ, 2000, p.2).

O programa também tem por finalidade mediar a relação entre o juiz e o paciente, de modo a viabilizar diretamente a comunicação, simplificando e desburocratizando o acesso permanente à Justiça (CARTILHA PAI-PJ, 2000, p.2). Segundo o Desembargador Sérgio Antônio de Resende (2010, p. 10) do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, trata-se de “uma questão de responsabilidade social”, nesse sentido:

A atuação do PAI-PJ desfaz preconceitos arraigados na sociedade. Historicamente, as pessoas estavam acostumadas a pensar que o chamado “louco infrator” precisava ser afastado do convívio social. E os manicômios judiciários, como todos sabem, acabavam se transformando em prisão perpétua, com a conivência da Justiça e dos familiares. É preciso lembrar que, antes do ato criminoso, existe uma longa trajetória de sofrimento mental. O crime é uma consequência dessa história.

O Desembargador ainda acrescenta que é possível dizer que não existe reincidência nos casos assistidos pelo PAI-PJ, portanto, mesmo diante das dificuldades de ressocialização do paciente judiciário, não é impossível obter respostas positivas diante do retorno ao convívio social. Tal afirmação demonstra a eficácia do

tratamento ofertado, ademais, destaca a importância do envolvimento da família e de toda a sociedade. O programa visa humanizar o cumprimento da medida de segurança para os portadores de uma enfermidade mental, oferecendo um acompanhamento digno e respeitoso. Tal iniciativa serve de parâmetro para que outros Estados sigam o exemplo (RESENDE, 2010, p.10).

A autora e coordenadora do programa, Fernanda Ottoni Barros-Brisset (2001, p. 13), expõe que a abordagem multidisciplinar, diante do acompanhamento dos loucos infratores durante o tempo que respondem processos criminais, sem, contudo, necessitar a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.

Assim, frente a uma nova diretriz para o tratamento do louco infrator, têm-se alternativas de soluções de sociabilidade, que só podem ocorrer, segundo a psicanalista, por tratar-se de um programa que tem uma estrutura complexa e é multifacetado. A autora aponta para a importância de se estar aberto às contribuições conceituais, políticas, sociais, clínicas para se alcançar a sociabilidade (BARROS-BRISSET, 2001, p.13).

O programa visa a aplicação de um projeto terapêutico individualizado, elaborado para cada paciente em particular. Vislumbra trabalhar junto à família do internado, a fim de restabelecer o vínculo social para posterior retorno ao lar. Observa-se que a preocupação com a assistência se vincula a um estudo singular do indivíduo a partir do olhar clínico, psicossocial e jurídico, o que acaba influenciando no seu objetivo maior: o restabelecimento do vínculo familiar e social – atendendo à disposição do §1º, artigo 4º da Lei da Reforma Psiquiátrica<sup>47</sup>. Por esse motivo, evitam-se o ciclo das internações de longa duração, uma vez que o paciente isolado, longe dos seus laços afetivos familiares, acabava se institucionalizando (CARTILHA PAI-PJ, 2000, p.2).

Nessa mesma perspectiva, em 2006, surgiu, no Estado de Goiás, o Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI). Essa outra experiência pioneira, idealizada pelo Promotor de Justiça Haroldo Caetano da Silva, foi elaborada pela Promotoria de Justiça da Execução Penal de Goiânia, através de convênio firmado entre as Secretarias de Estado da Saúde e Justiça, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Tribunal de Justiça e Ministério Público do Estado de Goiás. O programa

---

<sup>47</sup> § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio (BRASIL, 2001, p.1).

propõe-se a abolir, definitivamente, a ultrapassada figura do manicômio judiciário (NOGUEIRA, 2013, p.5).

O PAILI atua de forma auxiliar aos juízos da execução penal, pois possui a relevante tarefa de acompanhar os pacientes julgados e absolvidos pela Justiça Criminal, por sua condição de inimizabilidade pela doença mental, diante do cumprimento da medida de segurança aplicada (NOGUEIRA, 2013, p.5).

O Procurador Geral de Justiça, Lauro Machado Nogueira (2013, p.5-6), afirma que esse programa representou uma mudança de paradigma na política pública, uma vez que o tema deixou de ser tratamento, exclusivamente, a partir da perspectiva da segurança pública, passando a ser encarado sob o prisma dos serviços de saúde pública, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a ampliar a atuação de outros profissionais que atuam na rede de assistência à saúde mental.

Essa iniciativa tem por finalidade colaborar para a construção de uma consciência coletiva acerca da importância da humanização das políticas públicas voltadas à saúde mental, especialmente em relação ao propósito permanente de reinserir a pessoa com transtorno mental no contexto familiar e social (NOGUEIRA, 2013, p.6)

Além disso, garante-se uma liberdade de ação para outros profissionais de saúde, o que facilita a quebra de resistências ao acolhimento de pacientes do programa, uma vez que tal autonomia retira a dependência do paciente das decisões judiciais, para viabilizar possibilidades de desinternação e do encaminhamento para o retorno do convívio familiar ou para residência terapêutica (GOIÁS, ESTADO. CARTILHA PAILI, 2013, p.26).

Um dos grandes avanços do programa se deu em razão da superação do conceito de periculosidade, sobretudo por causa do advento da Lei da Reforma Psiquiátrica. Assim, o de cessação da periculosidade passa a ser substituído pelo exame de avaliação psicossocial. Nesse contexto, o foco da análise consiste na verificação periódica da reinserção do indivíduo, tornando-se desnecessária e ultrapassada a perícia para averiguar a cessação de periculosidade (GOIÁS, ESTADO. CARTILHA PAILI, 2013, p.26).

Tal avaliação não é exclusivamente psiquiátrica, envolve outros profissionais da área de saúde, como o psicólogo jurídico, que se materializa no relatório dado pela equipe da técnica do PAILI. Deve atender alguns requisitos básicos que subsidiarão

o juiz para decidir acerca da liberação condicional do paciente, de acordo com o que determina o artigo 97, § 1º do Código Penal (GOIÁS, ESTADO. CARTILHA PAILI, 2013, p.26). Nesse sentido:

Quesitos básicos:

- a. Há quanto tempo o paciente é acompanhado pelo PAILI?
- b. Quais serviços da rede de atenção em saúde mental vêm sendo utilizados pelo paciente?
- c. Como foi a adesão do paciente ao tratamento?
- d. Onde reside o paciente? Mora só ou com familiares? Tem companheira? Tem filhos?
- e. O paciente faz uso de medicamentos? Quais?
- f. O paciente trabalha? Em que atividade?
- g. O paciente recebe algum benefício previdenciário ou assistencial? Qual (ou quais)?
- h. Houve algum evento, durante o acompanhamento do paciente pelo PAILI, que demonstrasse falha no tratamento a ele dispensado?
- i. A rede de atenção em saúde mental do município está em condições de continuar o acompanhamento do paciente independentemente da supervisão do PAILI?
- j. Há outras informações que sejam relevantes para a análise da situação psicossocial do paciente? (ESCOLA SUPERIOR DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS, 2000, p. 26).

Essas propostas devem ser fortalecidas e expandidas para outros Estados brasileiros, de modo a fortalecer a rede de saúde e apoio psicossocial, exigindo daqueles profissionais jurídicos que atuam no âmbito da execução de medida de segurança – juízes, defensores, promotores e advogados – o compromisso de colocar em prática o que se estabelece e prioriza a Lei da Reforma Psiquiátrica (PRADO, 2010, p.114).

Todavia, a legislação penal vincula à desinternação ao momento em que se dá a cessação da periculosidade do indivíduo. Além disso, atrela a extinção da medida de segurança à liberação condicional, isto é, a não ocorrência de prática delituosa indicativa de persistência da periculosidade, pelo prazo de um ano. Contudo, tal legislação não exige se quer o planejamento para a alta do paciente ou acompanhamento profissional durante o período de liberdade condicional (PRADO, 2010, p.114).

Muitos Hospitais Psiquiátricos ainda permanecem utilizando o exame de verificação da cessação da periculosidade do indivíduo para fins de desinternação. Diante disso, necessário se faz pontuar que a avaliação do indivíduo não deve se limitar há um único critério ultrapassado e estigmatizador.

Assim, no que se refere ao processo de desvinculação institucional do paciente, é necessário interpretar a legislação penal buscando atender aos princípios da Lei da Reforma Psiquiátrica, garantindo que a desinternação, quando indicada, ocorra de forma progressiva (PRADO, 2010, p.114).

Alguns tribunais brasileiros, como o dos Estados de Goiás e Minas Gerais, já têm se manifestado no sentido de determinar a elaboração da realização de um plano de alta na desinternação do paciente judiciário. O Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul também adotou esse entendimento<sup>48</sup> (PRADO 2010, p.114).

Desse modo, conforme exposto no capítulo 3 do presente trabalho monográfico, são necessários alguns ajustes na legislação penal, sobretudo no que concerne às disposições acerca da desinternação prevista no Código Penal e na Lei de Execução Penal, para se buscar uma melhor adequação entre as disposições legais e a real necessidade do portador de um transtorno mental.

#### 4.4 A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO JURÍDICO NA EXECUÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

O psicólogo tem uma participação efetiva no contexto do judiciário, não só no Brasil, como também em outros países. Este profissional reconhece-se como psicólogo jurídico. Para atuar nesse âmbito, exige-se técnica especializada, assim como capacitação e conhecimento da área jurídica (SOUZA, 2014, p.1).

Na prática, a dissensão entre a Psicologia e o Direito constitui-se na ótica acerca dos conflitos humanos, pois tal realidade é capaz de produzir diferentes

---

<sup>48</sup> III — Isso posto, **DECRETO a EXTINÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA**, devendo o paciente ser liberada dentro de 6 (seis) meses, a contar da comunicação ao Diretor do Instituto Psiquiátrico Forense.

a) Comunique-se, **pessoalmente**, o Secretário Estadual de Saúde e o Secretário Municipal de Saúde, entregando-se cópia da decisão.

b) O Instituto Psiquiátrico Forense deverá entrar contato com a família do paciente e com o Serviço Social (Setor de Psicologia) desta VEPMA para encaminhar Psicologia) desta VEPMA para encaminhar o período de transição.

c) O IPF deve apresentar **plano de desligamento**, em 60 (sessenta) dias. Deverá entrar em contato com as autoridades sanitárias para cumprimento do art. 5º da Lei Nº 10.216, de abril de 2001, para que proceda “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” fora do âmbito do Instituto Psiquiátrico Forense.

d) O Instituto Psiquiátrico Forense deve manter o fornecimento da medicação mesmo que o paciente seja desligado com sucesso, mediante prescrição médica.” (fls. 26-29) (TJRS, 6ª Câm. Crim. Ag 70024419657, rel. Des. Marcos Antônio Bandeira Scarpini, j. 26.06.2008).

questionamentos. Para o Direito, a análise concentra-se nos conflitos intersubjetivos, enquanto que, para a Psicologia, a análise centraliza-se na subjetividade dos indivíduos (SOUZA, 2014, p.1).

Contudo, diante da prática forense, a visão do todo pode se comprometer em virtude de uma avaliação superficial e objetiva de determinada demanda, em que a verdade dos fatos juridicamente relevantes pode se perder. Essa postura tende a acarretar em falhas interpretativas, por conta da necessidade de uma análise mais profunda e subjetiva do ser humano, a qual não compete à área jurídica, e sim contemplada pela Psicologia.

Delimitar o início da Psicologia Jurídica no Brasil é uma tarefa complexa, pois essa área surgiu em razão da aproximação do Direito com a Psicologia, de forma lenta e gradual. Todavia, é possível afirmar que o trabalho do psicólogo jurídico, junto ao sistema penal, se consolidou a partir do advento da Lei de Execução Penal, em 1984, quando a atuação dos peritos criminais se voltava, quase que exclusivamente, à satisfação das demandas do Poder Judiciário, por meio da elaboração de laudos e pareceres (CARVALHO, 2013, p.175).

A psicóloga e professora gaúcha Jurema Alcides Cunha (2007, p. 19) afirma:

A avaliação psicológica foi fundamentalmente influenciada, durante o século XX, pelas principais correntes de pensamento que salientaram, cada uma, a primazia do comportamento, do afeto e da cognição, na organização e no funcionamento do psiquismo humano.

Originariamente, as linhas de pensamento que fundamentavam as avaliações psicológicas corresponderam estratégias de avaliação específicas, ou seja, tinham métodos e instrumentos típicos próprios. Todavia, já nas últimas décadas do século XX, tais linhas se integraram, passando a avaliação comportamental a não se restringir a identificação de comportamentos-alvo, perfeitamente distinguíveis e observáveis, seguindo, assim, uma abordagem específica que contemplava as modalidades cognitivas e afetivas; embora essa concepção tenha sido alvo de objeções inicialmente (CUNHA, 2007, p.19).

Michel Foucault (2013, p. 177-179), em sua obra *Vigiar e Punir*, define o exame da seguinte forma:

O exame combina as técnicas de hierarquia que vigia e as de sanção que normaliza. É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados. É por isso que, em todos os dispositivos de disciplina, o exame é altamente ritualizado. (...) O exame supõe um mecanismo que liga um certo tipo de formação de saber a uma certa forma de exercício de poder.

De acordo com uma pesquisa do tipo entrevista realizada pelo Psicólogo Jorge César Coimbra na 1ª Vara de Família feita com operadores de Direito – 2 juízes, 3 promotores, 2 defensores públicos e 1 advogado – e 4 psicólogos, diante do questionamento “o que é parecer psicológico” obteve-se as seguintes respostas: “análise das partes”, “indicação da realidade psicológica das pessoas envolvidas”, “análise das relações afetivas e emocionais das partes”, “análise das relações afetivas”, dentre outras respostas (COIMBRA, 2004, p.5).

Esse mesmo questionamento foi feito à psicólogos que fizeram as seguintes afirmações: “lugar onde os aspectos psicológicos, emocionais, pessoais, relevantes ao processo estão organizados para o juiz, de modo a auxiliá-lo numa tomada de decisão”; “instrumento para os operadores do Direito. Visa a auxiliá-los numa tomada de decisão”, dentre outras definições (COIMBRA, 2004, p.6).

O psicólogo observou em sua pesquisa que a ideia de hierarquia – de acordo com a concepção de Michel Foucault – permanece presente na definição dada pelos psicólogos acerca do conceito de parecer, ainda que de modo implícito (COIMBRA, 2004, p.6).

Outro questionamento importante levantado na entrevista trata sobre “o que é o parecer psicológico conclusivo” e as definições dos operadores de Direito foram as seguintes: “É aquele que sugere a procedência ou improcedência do pedido”; “aquele que dirime as questões, que sugere medidas, independentemente da previsão legal”, dentre outras respostas (COIMBRA, 2004, p.6).

Por outro lado, os psicólogos deram a seguinte classificação diante desse questionamento: “É aquele que responde às questões que foram levantadas no trabalho pelo próprio psicólogo”; “o parecer só é conclusivo *a posteriori*, dependendo dos efeitos”; “é aquele que tem uma posição clara, seja aberta – com ênfase na análise e descrição ou fechada – tipo sim/não”; “esclarece as peculiaridades das relações” (COIMBRA, 2004, p.6).

O psicólogo Jorge César Coimbra (2004, p.7) – pesquisador – concluiu que as respostas dos operadores de direito em relação a esse quesito se deram no sentido de que o parecer psicológico conclusivo deve colaborar de modo decisivo para a tomada de uma decisão.

Ressalta-se que a atuação do psicólogo jurídico no âmbito da execução das medidas de segurança deve buscar acrescer fundamentos à análise biopsicossocial do indivíduo acerca da adequação da medida aplicada ao caso.

Para a prática forense, tal atuação se concentra, preponderantemente, na elaboração do parecer prognóstico conclusivo desse especialista, embora essa não seja a única possibilidade de intervenção técnica desse profissional.

O laudo demandado pelo Poder Judiciário para subsidiar as decisões judiciais tem como objetivo analisar a probabilidade de o agente voltar a cometer ato ilícito. Contudo, conforme já exposto, tal exame não deve se limitar à perspectiva da periculosidade do indivíduo.

Cumprido de logo destacar que, para compreender a atuação desse profissional, exige-se a compreensão acerca dos seus limites ético-profissionais, bem como dos princípios e matrizes teóricas que norteiam a sua intervenção na prática forense. Portanto, necessário se faz entender as competências e capacidade de aplicação dos seus conhecimentos antes de se julgar conclusivo o caráter do parecer dado por este especialista.

Há que se considerar, a princípio, que a intervenção psicológica se distingue da intervenção judicial. Assim sendo, ao se inserir em um contexto jurídico, não terapêutico, o psicólogo pode vivenciar um problema de identidade no âmbito do sistema prisional, especificamente da execução de medidas de segurança, tornando, assim, a sua atuação inadequada (SOUZA, 2014, p.1). Observa-se que, diante disso, o psicólogo deve atender ao Judiciário na proporção dos seus limites e da sua competência.

Nesse contexto, o exame de cessão de periculosidade se tornou alvo de muitas críticas para alguns doutrinadores penais como Cirino dos Santos (2016, p.656):

A crise da medida de segurança estacionária é a crise da prognose de periculosidade e da eficácia da internação para transformar condutas ilegais

dos inimputáveis em condutas legais dos imputáveis. A inconsistência desses pressupostos explica a convicção generalizada sobre a necessidade de redução radical das medidas de segurança estacionárias (SANTOS, 2016, p.656).

Na perspectiva do autor, as medidas de segurança detentivas – internação psiquiátrica compulsória – e restritivas – tratamento ambulatorial “possuem idênticos fundamentos metodológicos: a) a previsão de crimes futuros fundada na periculosidade do autor, b) a eficácia da medida de segurança para evitar crimes futuros” (SANTOS, 2008, p. 654).

A crise das medidas de segurança decorre da inconsistência desses fundamentos, pois não existe nenhum método científico que permita prever o comportamento futuro de alguém, tampouco está comprovada a capacidade da medida de segurança transformar as condutas antissociais dos inimputáveis em condutas ajustadas de imputáveis (WELZEL APUD CIRINO DOS SANTOS, 2017, p. 263).

Juarez Cirino da Costa explica que o problema se inicia com “a falta de credibilidade do prognóstico de periculosidade criminal”. O autor afirma que, se a medida de segurança pressupõe a prognose de uma conduta delituosa futura, então inconfiáveis prognósticos psiquiátricos podem produzir consequências “destruidoras”, uma vez que podem determinar a internação perpétua (WELZEL APUD CIRINO DOS SANTOS, 2017, p. 569).

Em verdade, diante da tendência de uma supervalorização da periculosidade criminal no exame psiquiátrico, há uma ingênua confiança dos juristas ao acreditar que o psiquiatra tem capacidade de prever comportamentos futuros dos inimputáveis, determinando e quantificando, assim, a periculosidade dessas pessoas (KAISER APUD CIRINO DOS SANTOS, 2017 p.569).

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2015, p.29), não há como o psicólogo realizar uma atividade de prognose, a fim de prever se aquele indivíduo irá cometer um crime ou não. Segundo o órgão, tal exame contraria uma série de princípios éticos que norteia a prática da psicologia forense. Assim, a Resolução 012/2011 dispõe acerca da impossibilidade desse profissional de elaborar documentos para subsidiar a decisão judicial na execução das penas e de medida de segurança, conforme o artigo 4º:

Art. 4º. Em relação à elaboração de documentos escritos para subsidiar a decisão judicial na execução das penas e das medidas de segurança:

- a) A produção de documentos escritos com a finalidade exposta no caput deste artigo não poderá ser realizada pela(o) psicóloga(o) que atua como profissional de referência para o acompanhamento da pessoa em cumprimento da pena ou medida de segurança, em quaisquer modalidades como atenção psicossocial, atenção à saúde integral, projetos de reintegração social, entre outros.
- b) A partir da decisão judicial fundamentada que determina a elaboração do exame criminológico ou outros documentos escritos com a finalidade de instruir processo de execução penal, excetuadas as situações previstas na alínea 'a', caberá à(ao) psicóloga(o) somente realizar a perícia psicológica, a partir dos quesitos elaborados pelo demandante e dentro dos parâmetros técnico-científicos e éticos da profissão.

§ 1º. Na perícia psicológica realizada no contexto da execução penal ficam vedadas a elaboração de prognóstico criminológico de reincidência, a aferição de periculosidade e o estabelecimento de nexos causal a partir do binômio delito-delinquente.

§ 2º. Cabe à(ao) psicóloga(o) que atuará como perita(o) respeitar o direito ao contraditório da pessoa em cumprimento de pena ou medida de segurança (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p.4).

A referida resolução, por sua vez, foi alvo de uma ação civil pública nº 5028507-88.2011.404.7100/RS proposta pelo Ministério Público que visava declarar a nulidade e retirar a eficácia no âmbito nacional, principalmente no que concerne às sanções aplicadas aos psicólogos em virtude da elaboração de laudos. Em 8 de abril de 2015 a Juíza Federal, Graziela Cristine Bündchen Torres, julgou procedente a ação e suspendeu os efeitos da Resolução 012/2011. De acordo com a decisão:

Ante o exposto, julgo procedente o pedido, extinguindo o feito na forma do art. 269, I, do CPC, para:

- a) declarar a nulidade da Resolução nº 12/2011, expedida pelo Conselho Federal de Psicologia, retirando-lhe toda a eficácia em âmbito nacional, especialmente para o fim de invalidar processos ético-disciplinares instaurados com base nela ou em seus termos, e as sanções eventualmente neles aplicadas;
- b) declarar a nulidade de qualquer ato praticado pelos Conselhos réus com base na mencionada Resolução;
- c) determinar ao Conselho Federal de Psicologia que dê ampla divulgação interna à sentença, encaminhando cópia da decisão por meio eletrônico a todos os Conselhos Regionais de Psicologia, bem como para os psicólogos neles inscritos, além de disponibilizá-la na respectiva página da Internet

O parecer do Conselho Federal de Psicologia da 7ª Região, CRP/RS, sobre a atuação do psicólogo(a), no âmbito do sistema prisional e a suspensão da resolução CFP n. 012/2011, alegou que a limitação imposta pelo artigo 4º da referida resolução retirava os poderes dos psicólogos para atuar como se fossem juízes.

Além disso, a imposição do Poder Judiciário da realização do exame de cessação da periculosidade estaria ratificando o paradigma da periculosidade substituindo e, nesse caso, o paradigma da culpabilidade, o que está “afeto ao Direito Penal do autor e não de Fato: onde se pune mais gravemente o condenado pelo que ele, e não pelo que pelo que ele fez” (CONSELHO DEFEDRAL DE PSICOLOGIA, 2015, p.7)

A prática forense não deve atrofiar a atuação do psicólogo jurídico nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, limitando-a ao exercício deste exame. As intervenções técnicas realizadas por este profissional contribuem e são fundamentais para retomar os laços sociais do agente internado por uma medida de segurança.

É necessário avaliar se o parecer do psicólogo jurídico não pode se tornar mais um modo do Direito estar adotando uma postura tendenciosa, buscando categorizar as peculiaridades subjetivas do indivíduo e tratando definitivamente a loucura como um estigma.

A sentença promulgada em abril de 2015 que suspendeu a Resolução CFP .12/2011 interferiu diretamente na organização de questões técnicas, éticas e políticas de outra área profissional – a Psicologia. Tal postura evidencia uma prática do sistema-jurídico legal absolutamente intervencionista e invasiva, determinando o modo de fazer de outra profissão. Não compete ao ramo jurídico tal função que extrapola a sua competência. Além disso, essa atitude distancia os operadores do direito da boa prática profissional amparada pelos códigos, legislações, diante do compromisso pela primazia da Justiça assumido para com a sociedade mais justa e menos excludente, de acordo com a finalidade social do exercício profissional (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLGIA, 2015, p.25).

Além disso, cumpre destacar que a demanda do judiciário pela elaboração do laudo para a desinternação do paciente se dá em torno da periculosidade do indivíduo. A grande questão em relação à discussão que abrange tal exame consiste na impossibilidade técnica desse profissional para a realização de avaliações psicológicas, conforme orienta a Resolução CFP n. 007/2003 que institui o Manual de Elaboração de Documentos Escritos e Produzidos Pelo(a) Psicólogo(a) Decorrentes da Avaliação Psicológica, assim como no Código de Ética Profissional do(a) Psicólogo(a) (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLGIA, 2015, p.25).

No âmbito da atuação desse especialista no sistema prisional, devem ser observados e respeitados preceitos como “o objetivo da avaliação, seu tempo de execução e elaboração, o cuidado com as condições físicas, psíquicas e estruturais para proceder com a técnica, a preservação do sigilo e da dignidade do avaliando, e a própria volição do sujeito em se submeter à avaliação”. Tais regras constituem requisitos para que sejam garantidos a validade, coerência, confiança e fidedignidade do trabalho do(a) psicólogo(a). Desse modo, a elaboração do laudo exige desse profissional critérios mais rigorosos no processo técnico-científico (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p.28).

É preciso compreender que a intervenção realizada pelo psicólogo(a) no âmbito das medidas de segurança devem buscar promover mudanças satisfatórias não somente em relação ao paciente submetido ao tratamento, como também a toda a sociedade e à comunidade jurídica, em específico. Contudo, para a garantia da qualidade da prática profissional é necessário que sejam superadas graves dificuldades pelas quais o sistema penal – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – perpassa, sejam elas as condições infraestruturas inadequadas, o problema da superlotação e, sobretudo a dificuldade no estabelecimento do sigilo profissional. Ademais, a falta de uma equipe multidisciplinar, muitas vezes em virtude da inexistência de quadros de profissionais nas unidades de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, compromete a qualidade da atuação do psicólogo(a) jurídico(a) (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p.28-29)

Ocorre que o juiz, ao considerar na sentença o valor da avaliação pericial do paciente psiquiátrico que atesta a cessação da periculosidade desse indivíduo, deve considerar que não há como o psicólogo jurídico certificar que o internado irá cometer ou não novos delitos, ou mesmo quantificar a sua periculosidade (CITAR).

Assim, é necessário repensar a prática psicológica no âmbito da execução das medidas de segurança em virtude da gravidade de limitá-la ao modelo de classificação e estigmatização do indivíduo, desvirtuando da finalidade precípua da medida de segurança: a reintegração social (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p.29).

## 5 CONCLUSÃO

A temática acerca da saúde mental dos indivíduos que cometem crimes de homicídio movidos por paixão possui grande relevância para a justiça brasileira e deve ser objeto de discussão da doutrina, da jurisprudência, bem como dos profissionais de áreas fronteiriças, como da Psicologia. É necessário fomentar discussões e problematizar esse assunto no ramo jurídico por uma razão crucial: a justiça necessita galgar em direção à ressocialização desses indivíduos que são estigmatizados e sofrem discriminação e exclusão social.

O presente trabalho buscou agregar, ao ramo jurídico, uma análise mais ampla e profunda do crime passional, a partir das contribuições dos conhecimentos da Psicologia Simbólica Junguiana. Assim, diante desse diálogo interdisciplinar, é possível perceber que o tema não se exaure na perspectiva da análise jurídica, exigindo sua vinculação com os aspectos psicológicos envolvidos na prática do crime em destaque.

Buscou-se esclarecer a atuação e as intervenções técnicas do psicólogo jurídico no âmbito dos tratamentos realizados no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. A interdisciplinariedade viabilizou o necessário diálogo entre essas duas áreas fronteiriças, por se tratar de um tema que perpassa pelo limiar da objetividade à subjetividade.

Traçados os referenciais teóricos acerca da análise do sentimento da paixão, a partir da visão do Direito Penal e da Psicologia Simbólica Junguiana, concluiu-se que é necessário que haja uma análise casuística. Conforme exposto no trabalho, a paixão pode se manifestar como patológica e, diante desses casos, destaca-se a importância do papel do psicólogo jurídico – no conjunto de uma equipe multidisciplinar – para uma análise precedente à destinação do paciente judiciário ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou tratamento ambulatorial após constatada a presença de um transtorno mental. Trata-se, aqui, de uma adequação do fato à norma. De outro modo, não faria sentido algum prender esse indivíduo em uma penitenciária, uma vez que demanda de um tratamento específico e adequado, seja este por meio de medicalização, ou alternativas extrahospitalares.

Neste cenário, buscou-se demonstrar as formas de intervenção do profissional psicólogo jurídico, bem como a sua competência, atribuições técnicas e limites para avaliar as condições psíquicas, comportamentais e as influências ambientais que atingem o paciente judiciário. A atuação deste profissional é de extrema importância para que a medida de segurança alcance o seu fim: o tratamento digno para que o agente retorne ao convívio social, promovendo uma desinternação progressiva de acordo com o que determina a Lei da Reforma Psiquiátrica.

A causa tratada no presente estudo tem um valor jurídico relevante, pois trata do princípio da dignidade da pessoa humana, assim como visa amparar direitos dos portadores de um transtorno mental. No que concerne à aplicação das medidas de segurança e à proteção da liberdade individual desses indivíduos, importante observar a relação do tema em destaque com os princípios da legalidade, proporcionalidade e, em especial, o princípio da individualização da pena – todos estes corolários dos direitos humanos e direitos fundamentais positivados na Constituição Federal de 1988 no que se refere, especialmente, ao direito à saúde mental.

Do ponto de vista da prática forense, ressalça-se a análise do caso concreto, em virtude do compromisso que se exige na prática jurídica diante da proteção aos direitos dos portadores de uma enfermidade psíquica, os quais são amparados pela Lei 10.216/2001. Tal compromisso deve estar em consonância com a superação do paradigma hospitalocêntrico abandonado pela Reforma Psiquiátrica, diante das propostas de redirecionamento ao modelo assistencial de saúde mental, sobretudo pela prevalência do tratamento em liberdade, em detrimento da internação compulsória.

A questão posta também possui valor eminentemente social posto que, além da medida de segurança buscar garantir a defesa da sociedade, sob uma perspectiva de segurança pública, a mesma busca prevenir que o portador de uma doença mental cometa novamente o crime depois do seu tratamento. Não se pode desconsiderar, ainda, outros fatores que influenciam a eficácia dos tratamentos e viabilidade do processo de desinternação: o abandono sociofamiliar, a dificuldade de se reinserir no mercado de trabalho, a falta de um acompanhamento psicológico especializado após o cumprimento da medida de segurança, dentre outros entraves. Por essa razão, não se deve concentrar a análise do paciente exclusivamente pela

perspectiva da periculosidade, uma vez que o indivíduo não está apenas à margem da sociedade, mas à margem de si, da sua própria identidade.

Resgatar a relação que se dá entre a personalidade desagregada do portador de um transtorno mental e os processos intrapsíquicos é uma tarefa difícil e que demanda técnicas específicas. Diante disso, o psicólogo jurídico busca estabelecer as conexões entre as imagens que surgem do inconsciente com a situação emocional do paciente em tratamento. Tais conexões não são estabelecidas apenas a partir da análise comportamental, mas da criatividade imaginária e das potencialidades do indivíduo, sejam estas de ordem artísticas, intelectuais, dentre outras habilidades que podem ser descobertas e trabalhadas. Assim, torna-se possível alcançar a ressocialização do paciente judiciário, desarticulando os dilemas que opõem a vida coletiva às questões prementes da vida subjetiva desse indivíduo, buscando-se o equilíbrio.

A medida de segurança deve pensar no indivíduo que está sendo tratado, não apenas de modo a isolá-los do convívio social para fomentar a segregação, mas com o intuito de reinseri-los no contexto socio-familiar. A exclusão social já é um fator preponderante na vida desses indivíduos, que são constantemente submetidos à discriminação e ao preconceito, em virtude dos sentimentos de ameaça e violência que acabam por gerar na sociedade.

Portanto, é necessário assegurar que os direitos dessas pessoas estejam sendo respeitados no âmbito dos tratamentos a que são submetidos os internados em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. A partir dessa interpretação interdisciplinar é possível se alcançar não apenas a satisfação da Justiça diante da aplicação adequada do fato à norma, como também a precisão dos tratamentos.

A atuação do profissional psicólogo jurídico, junto ao corpo jurídico e outros profissionais que atuam na área da assistência à saúde, é fulcral para os trâmites legais, principalmente no que se refere à atenção às demandas subjetivas das partes envolvidas, uma vez que a interpretação de atitudes baseadas no emocional do indivíduo, facilita o papel do magistrado diante do julgamento das situações complexas que requerem uma análise mais ampla, profunda e, necessariamente, interdisciplinar.

A Psicologia Jurídica foi constituída como auxiliar à prática forense, contudo, é salutar compreender que essa área deve ser demandada diante dos princípios ético profissionais que norteiam as práticas profissionais do psicólogo. Desse modo as intervenções desses especialistas devem estar amparadas não apenas pelos conhecimentos, mas, essencialmente, pelo Código de Ética Profissional do Psicólogo, de acordo com os limites da sua competência.

O Direito não se esgota na interpretação literal das normas, exige-se uma postura crítica e criativa dos profissionais dessa área, para além da compreensão objetiva dos fatos, logo contextualizada com outras ciências do saber. Por essa razão, o alinhamento entre o Direito e a Psicologia garante a solidez inescusável das decisões judiciais. É por essa via dialógica que se torna possível a convergência entre a ótica objetiva do ramo jurídico e a ótica da subjetiva dos fenômenos emocionais e psíquicos estudados pela Psicologia.

## REFERÊNCIAS

A CASA DOS MORTOS, 2009, cap.1. **Ensaio do filme a casa dos mortos**. Débora Diniz, 2013.

AGUIAR, Mônica Neves; MARTINS, Helena L. A indefinição uniforme dos padrões de normalidade na interdição civil da mulher. **Revista discente de Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Santa Catarina**. Santa Catarina: Captura Críptica: direito, política, atualidade. v. 5, n.1. 2016. p. 81–94. Disponível em: <<http://capturacriptica.ccj.ufsc.br/wp-content/uploads/Captura-Cr%C3%ADptica-2016.pdf>> Acesso em: 25 set. 2017.

AGUIAR, Mônica. **O arquétipo da alteridade como paradigma necessário ao afastamento da alienação parental**. Artigo publicado em 2014. Disponível em: <http://publicadireito.com.br/artigos/?cod=b80d1ec3ddec44d0>. Acesso em: 25 maio 2018.

ALBERTI, Sonia. A perversão, o desejo e a pulsão. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**. Fortaleza, V. V / N. 2 / P. 341 - 360 / SET. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v5n2/08.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2018.

AMADO, Jorge. **Gabriela, Cravo e Canela**. editora Companhia das Letras, edição 1, 2008. Disponível em: <http://www.valdiraguilera.net/bu/gabriela-cravo-e-canela.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2018.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Michel Foucault e a “história Da Loucura”: 50 anos transformando a história da psiquiatria. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, V. 3, n. 6, p. 41-64. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1502/1725> . Acesso em: 22 mar. 2018.

ALMEIDA, Angélica A. Silva; ALMEIDA, Alexandre Moreira; LOTUFO NETO, Francisco. *History of ‘Spiritist madness’ in Brazil*. Disponível em: [http://www.abpbrasil.org.br/historia/arquivos/history\\_of\\_spiritist\\_madness.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/historia/arquivos/history_of_spiritist_madness.pdf). Acesso em: 19 fev. 2018.

AURÉLIO. **Dicionário Aurélio de Português online**. São Paulo: Positivo. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/superego>>. Acesso em: 13 nov. 2017

BANDEIRA, Denise Ruschel; ROVINSKI, Sonia Liane Reichert; TEIXEIRA, Patrícia Alves; AMATO, Paloma; LAGO, Vivian de Medeiros. Um breve histórico da psicologia jurídica no Brasil e seus campos de atuação. **Estudos de Psicologia**, Campinas, nº26 (4), p. 483-491, outubro - dezembro 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n4/09.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2018.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma Política de Atenção Integral ao Louco Infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. Disponível em: [http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai\\_pj/livreto\\_pai.pdf](http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/livreto_pai.pdf) . Acesso em: 18 mai. 2018

BEM, Leonardo Schinmit; MATINELLI, João Paulo Orsini. Assunto especial. Doutrina. Os 15 anos da lei da reforma psiquiátrica. Lei 10.216/2001. Ciências penais. A lei da reforma psiquiátrica. Uma promessa ainda distante. **Revista dos Tribunais**, 2010.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Código Penal Comentado**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

\_\_\_\_\_. Tratado de direito penal : parte geral, 1. 17. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo : Saraiva, 2012.

\_\_\_\_\_. Código Penal Comentado. 7. Ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

BYINGTON, Carlos Amadeu Botelho. O Ciúme e o Amor. Um Estudo da Psicologia Simbólica Junguiana. **Palestra realizada na Fundación Chilena de Psicología Analítica C.C.Jung e da Universidad Adolfo Ibañez**. Santiago, agosto de 2005, publicada na revista *Psique Ciência & Vida* nº 2, Ed. Escala, São Paulo, Setembro, 2005. Disponível em: [http://www.carlosbyington.com.br/site/wp-content/themes/drcarlosbyington/PDF/pt/o\\_ciume\\_e\\_o\\_amor.pdf](http://www.carlosbyington.com.br/site/wp-content/themes/drcarlosbyington/PDF/pt/o_ciume_e_o_amor.pdf) . Acesso em: 08 nov. 2017

\_\_\_\_\_. Os conceitos de símbolo e de função estruturante como ponte entre a psicologia analítica, a psicologia cognitivocomportamental e as neurociências. Um Estudo da Psicologia Simbólica Junguiana. **Palestra pronunciada na Faculdade de Medicina da Universidade Central da Venezuela**, em 14.06.2007. Disponível em: [http://www.carlosbyington.com.br/site/wp-content/themes/drcarlosbyington/PDF/pt/simbolos\\_e\\_funcoes\\_estruturantes\\_ponte\\_para\\_neurociencias.pdf](http://www.carlosbyington.com.br/site/wp-content/themes/drcarlosbyington/PDF/pt/simbolos_e_funcoes_estruturantes_ponte_para_neurociencias.pdf). Acesso em: 08 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **O Ciúme e o Amor**: um estudo da Psicologia Simbólica Junguiana. 2017. Disponível em: < [http://www.carlosbyington.com.br/site/wp-content/themes/drcarlosbyington/PDF/pt/o\\_ciume\\_e\\_o\\_amor.pdf](http://www.carlosbyington.com.br/site/wp-content/themes/drcarlosbyington/PDF/pt/o_ciume_e_o_amor.pdf) > Acesso em: 08 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Psicopatologia Simbólica Junguiana**: um estudo do mal e da ameaça de Autodestruição da Nossa Espécie. 2. Ed. São Paulo: Edição do autor. 2017

\_\_\_\_\_. **Psicopatologia Simbólico Junguiana**. Disponível em: <[http://www.carlosbyington.com.br/site/wp-content/themes/drcarlosbyington/PDF/pt/psicopatologia\\_simbolica\\_junguiana.pdf](http://www.carlosbyington.com.br/site/wp-content/themes/drcarlosbyington/PDF/pt/psicopatologia_simbolica_junguiana.pdf) > Acesso em: 23 set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Psicologia simbólica junguiana**: a viagem de humanização do cosmos em busca da iluminação. 2. ed. São Paulo. Edição do autor, 2015.

\_\_\_\_\_. **Psicopatologia Simbólica Junguiana**. Este ensaio é o primeiro capítulo do livro *Psicopatologia Simbólico-Arquetípica*, organizado por Mario Eugenio Saiz, a ser publicado em Montevideu, pela Prensa Medica Latinoamericana, setembro de 2006.

BRAGA, André Luiz de Carvalho. Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde. **Dissertação de mestrado**. Área de História das Ciências. O serviço nacional de doenças mentais no governo JK: A assistência psiquiátrica para o distrito federal. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/20469/2/159.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. O serviço nacional de doenças mentais no governo JK: a assistência psiquiátrica para o distrito federal. 2013. **Monografia**. Orientador: prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Teresa Acatauassú Venancio. (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz FIOCRUZ, Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/20469/2/159.pdf>> Acesso em: 16 fev. 2018.

BRANDAO, Eduardo; GONCALVES, Hebe Signorini. *Psicologia jurídica*. No Brasil. 3<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Nau editores, 2011.

\_\_\_\_\_. **Psicologia jurídica**. No Brasil. 3<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Nau editores, 2013.

BRANDÃO, CLÁUDIO. **Teoria Jurídica do Crime**. 4a Edição Volume 1. Coleção Ciência Criminal Contemporânea. SÃO PAULO EDITORA ATLAS S.A. 2015. Disponível em: [https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/91559/teoria\\_juridica\\_crime\\_4.ed.pdf](https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/91559/teoria_juridica_crime_4.ed.pdf)

\_\_\_\_\_. **Teoria Jurídica do Crime**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense. 2007.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Decreto nº 206-A**, de 15 de Fevereiro de 1890. Aprova as instruções a que se refere o decreto n. 142 A, de 11 de janeiro ultimo, e cria a assistência medica e legal de alienados. O Generalissimo Manoel Deodoro da Fonseca, Chefe do Governo Provisorio da Republica dos Estados Unidos do Brazil, constituido pelo Exercito e Armada, em nome da Nação, decreta: Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-206-a-15-fevereiro-1890-517493-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 16 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. **Decreto Nº 8.024**, de 12 de março de 1881. Manda executar o Regulamento para os exames das Faculdades de Medicina. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-8024-12-marco-1881-546191-publicacaooriginal-60103-pe.html>, Acesso em: 16 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 3.141**, de 30 de outubro de 1882. Fixa a Despesa Geral do Imperio para os exercicios de 1882 - 1883 e 1883 - 1884, e dá outras providencias. D. Pedro II, por Graça de Deus e Unanime Acclamação dos Povos, Imperador Constitucional e Defensor Perpetuo do Brazil: Fazemos saber a todos os Nossos subditos que a Assembléa Geral decretar e Nós Queremos a Lei seguinte. Disponível em:

<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/leimp/1824-1899/lei-3141-30-outubro-1882-544791-publicacaooriginal-56300-pl.html>. Acesso em: 16 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 508**, de 21 de Junho de 1890. EMENTA: Approva o regulamento para a Assistencia Medico-Legal de Alienados. TEXTO - PUBLICAÇÃO ORIGINAL. Coleção de Leis do Brasil - 1890, Página 1333 Vol. 1 fasc.VI (Publicação Original). Observação: Assistência Médico-Legal de Alienados: Hospício Nacional, Colônias São Bento e Conde de Mesquita, na Ilha do Governador. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-508-21-junho-1890-510846-norma-pe.html>. Acesso em: 16 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. **Decreto Nº 1.132**, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistencia a Alienados. O Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil: Faço saber que o Congresso Nacional decretou e eu sanciono a resolução seguinte: Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em: 16 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. **Decreto Nº 847**, de 11 de outubro de 1890. Promulga o Código Penal. Legislação Informatizada - Decreto Nº 847, de 11 de outubro de 1890. Publicação Original. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-847-11-outubro-1890-503086-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 29 nov. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução Nº133** de 20 de abril de 2010. Dispõe sobre o procedimento relativo da pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e da outras providencias. Disponível em: [https://apps.tjpa.jus.br/libra/pages/downloads/rescnj\\_113.pdf](https://apps.tjpa.jus.br/libra/pages/downloads/rescnj_113.pdf). Acesso em: 19 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. **Recomendação Nº 35** de 12/07/2011. Atos Administrativos. Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=1226>. Acesso em: 16 fev. 2018.

BRASIL. **Decreto-lei n. 2.848**, de 11 de julho de 1940. Código Penal. Rio de Janeiro, 7 de dez. 1940. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm) Acesso em: 07 nov. 2017

BRASIL. **Decreto-lei n. 3.689**, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del3689Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689Compilado.htm) Acesso em: 07 nov. 2017.

BRASIL. MS. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Memória da Loucura. **Apostila de Monitoria Série I**. História da Saúde no Brasil. Brasília-DF, 2008. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria\\_loucura\\_apostila\\_monitoria.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura_apostila_monitoria.pdf). Acesso em: 10 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial Nº 1**, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001\\_02\\_01\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html). Acesso em: 10 abr. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 7.209**, de 11 de julho de 1984. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1980-1988/L7209.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7209.htm). Acesso em: 07 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei No 2.848**, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm). Acesso em: 16 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei Nº 3.171**, de 2 de abril de 1941. Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério Educação e Saúde, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1937-1946/Del3171.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del3171.htm). Acesso em: 16 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei de Execução Penal**. Lei n. 7.210, de 7 de dezembro de 1984. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm) Acesso em: 07 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei 10.216**, 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 6 de abril de 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm) Acesso em: 25 de set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei de 16 de dezembro de 1830**. Manda executar o Código Criminal. D. Pedro por Graça de Deus, e Unanime Acclamação dos Povos, Imperador Constitucional, e Defensor Perpetuo do Brazil: Fazemos saber a todos os Nossos subditos, que a Assembléa Geral Decretou, e Nós Queremos a Lei seguinte. Foi publicada esta Carta de Lei nesta Secretaria de Estado dos Negocios da Justiça aos 8 dias do mez de Janeiro de 1831

\_\_\_\_\_. **Decreto Nº 24.559**, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.. Revogado pelo Decreto nº 99.678, de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1930-1949/D24559.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559.htm). Acesso em: 16 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. **Código Penal**. Decreto-Lei No 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848compilado.ht](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.ht). Acesso em: 16 abr. 2018.

BRASIL. Tribunal Regional Federal 4ª região. Ação Civil Pública nº 5028507-88.2011.404.7100/RS. Autor: Ministério Público Federal. Réu: Conselho Federal de Psicologia 7ª Região – CRP/RS. Julgado em 08 de abril de 2015. Disponível em: <[https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPDH/caop\\_dh/Senten%C3%A7a\\_RS.pdf](https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPDH/caop_dh/Senten%C3%A7a_RS.pdf)> Acesso em: 24 set. 2017.

BRASIL. TJDF. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Suspensão condicional da pena: SURSIS, Brasília-DF, 2017. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/direito-facil/edicao-semanal/suspensao-condicional-da-pena-sursis>. Acesso em: 10 abr. 2018.

BRASIL. STJ. Supremo Tribunal de Justiça. Jurisprudência do STJ/PR. **Recurso Especial 1517/PR. P Recurso Especial 1989/0012160-0**. Porto Alegre, 2015. Disponível em: [https://jurisprudencia.trf4.jus.br/pesquisa/inteiro\\_teor.php?orgao=1&documento=7734144](https://jurisprudencia.trf4.jus.br/pesquisa/inteiro_teor.php?orgao=1&documento=7734144). Acesso em: 10 abr. 2018.

BRASIL. STF. Supremo Tribunal Federal. **Jurisprudência**. 1ª Turma do Supremo Tribunal Federal, 2011. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/24806236/habeas-corpus-hc-107090-rj-stf/inteiro-teor-112280006?ref=juris-tabs>. Acesso em: 10 abr. 2018.

BRITTO, Renata Corrêa. A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. **Dissertação de Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, setembro de 2004. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública. Mestrado em Saúde Pública Sub-área: Políticas Públicas e Saúde. Disponível em: <https://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/brittorcm.pdf> . Acesso em: 16 mar. 2018.

CAMBRIDGE. **Dicionário Inglês Português**. Disponível em: <https://dictionary.cambridge.org/pt/dicionario/ingles-portugues/>. Acesso em: 16 fev. 2018.

CAMPOS, Maria Laís Costa; SOUSA, Greyce Kelly Cruz de. Desafios para a desinternação de portadores de transtorno mental em conflito com a lei. **VII Jornada Internacional de Políticas Públicas- UFMA**. 25-28 de agosto, 2015. Para além da crise global: Experiências e anecipações concretas. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo7/desafios-para-a-desinternacao-de-portadores-de-transtorno-mental-em-conflito-com-a-lei.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2018

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARVALHO, Salo de. O papel da perícia psicológica na execução penal In: **BRANDAO, Eduardo; GONCALVES, Hebe Signorini. Psicologia jurídica**. No Brasil. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nau editores, 2013.

CCMS. Centro Cultural Ministério da Saúde. SUS. **Memória da loucura**. O CCS. Itinerâncias da mostra. Folheteria. Retratos da história : cronologia. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/retratos06.html>. Acesso em: 8 fev. 2018

CENTEVILLE, Valeria. Ciúme patológico masculino: reflexões sob a ótica junguiana. 2008. **Dissertação Mestrado em Psicologia Clínica**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/15710/1/Valeria%20Centeville.pdf>> Acesso em: 25 out. 2017.

CENTOFANTI, Rogério. **Radecki e a Psicologia no Brasil**. Psicologia: ciência e profissão, ano 3, Nº 1, 1982, Mogi das Cruzes: São Paulo. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v3n1/01.pdf> . Acesso em: 09 abr. 2018.

CERQUEIRA, E. de Conceição Bispo. Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde. A sociedade brasileira de neurologia, psiquiatria e medicina legal: Rio de Janeiro, 2014. **Debates sobre ciência e assistência psiquiátrica (1907-1933)**. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/20453/2/164.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2018.

CIRINO DOS SANTOS, Juarez. **Direito penal**: parte geral. 7. ed, rev. atual. ampl. Florianópolis, SC: Empório do Direito, 2016.

COIMBRA, José César. Algumas Considerações Sobre o Parecer Psicológico na Justiça da Infância e da Juventude. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2004, 24 (2), 2-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n2/v24n2a02.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2018.

CONCEIÇÃO, Antonio Carlos Lima da; ARAS, Lina M.Brandão de. **III Seminário internacional enlaçando sexualidades 15 a 17 de Maio de 2013**. Universidade do Estado da Bahia. Campus I Salvador - BA . O crime passional e a tese da legítima defesa da honra. Disponível em: <http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2013/06/O-crime-passional-e-a-tese-da-leg%C3%ADtima-defesa-da-honra.pdf> . Acesso em: 16 abr. 2018.

CONGRESSO NACIONAL DE DEFENSORES PÚBLICOS. teses e práticas exitosas tema: defensoria pública: **em defesa das pessoas em situação de vulnerabilidade**. Concurso de práticas exitosas. XIII Congresso nacional de defensores públicos, Santa Catarina, 2017. Disponível em: [http://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2018/03/Pratica\\_Livia\\_Casseres.pdf](http://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2018/03/Pratica_Livia_Casseres.pdf). Acesso em: 16 abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**. Relatório Brasil 2015/Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2015. 172p. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP\\_Livro\\_InspManicomios\\_web1.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP_Livro_InspManicomios_web1.pdf) . Acesso em: 16 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. **Resolução 012/2011**. Regulamenta a atuação da(o) psicóloga(o) no âmbito do sistema prisional . Brasília, 25 de maio de 2011. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/06/resolucao\\_012-11.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/06/resolucao_012-11.pdf). Acesso em: 25 de maio de 2011.

COSTA, Álvaro Mayrink da. Medidas de Segurança. **Revista da EMERJ**, v. 10, nº 37, 2007. Disponível em: [http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj\\_online/edicoes/revista37/Revista37\\_17.pdf](http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista37/Revista37_17.pdf). Acesso em: 16 abr. 2018.

CUNHA, Jurema Alcides. **Psicodiagnóstico-V** [recurso eletrônico] /... [et al.]. 5. ed. rev. e ampl. Dados eletrônicos. Porto Alegre :Artmed, 2007.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos transtornos mentais**. 2. Ed. São Paulo: Artmed Editora S/A. 2008. Disponível em: <<https://monitoriapsiq2015.files.wordpress.com/2015/02/psicopatologia-e-semiologia-dos-transtornos-mentais-paulo-dalgalarrrondo.pdf>> Acesso em: 10 set. 2017

DALGALARRONDO, Paulo; ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** [online]. 2005, vol.12, n.3, pp.983-1010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702005000300018>> Acesso em: 16 fev. 2018.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Disponível em: [http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/por.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf). Acesso em: 16 abr. 2018.

DINIZ, Debora. **Documentário**. A casa dos mortos. cap. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ensaio do filme, 2009. Disponível em: <https://youtu.be/noZXWFxdtNI>. Acesso em: 07 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. A casa dos mortos: do poema ao filme. **Revista Trama Interdisciplinar**. São Paulo, v. 4, n. 2, p. 22-35, 2013. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/tint/article/view/6397/4546>>. Acesso em: 25 abril. 2018.

DOTTI, René Ariel. **Curso de Direito Penal Brasileiro**. Vol. 1 - Parte Geral. Rio de Janeiro: Revista dos Tribunais. 2002

ELUF, Luiza Nagib. **A paixão no banco dos réus**: casos passionais célebres: de Pontes Visgueiro a Pimenta Neves. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

FARIA, Gustavo Dalul. A (In. ) sustentabilidade dos conceitos de inimputabilidade e de periculosidade diante da reforma psiquiátrica. **Revista Constituição e Garantia de Direitos**, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/constituicaoegarantiadedireitos/article/viewFile/13469/9143>. Acesso em: 16 mar. 2018.

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

FERRI, Enrico. **O delicto passional na civilização contemporânea**. Tradução e prefácio do professor Roberto Lyra, com as conclusões da Sociedade Geral das Prisões e do XVIº Congresso de Medicina Legal, em Paris. São Paulo: Saraiva & Comp, 1934.

FONTES, Malu. **A casa dos mortos**. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Debora Diniz . Rio de Janeiro, v.3, n.2, p.97-99, jun., 2009. Disponível em: [http://basessibi.c3sl.ufpr.br/brapci/\\_repositorio/2015/12/pdf\\_8fad69d132\\_0000018781.pdf](http://basessibi.c3sl.ufpr.br/brapci/_repositorio/2015/12/pdf_8fad69d132_0000018781.pdf). Acesso em: 10 mai. 2018.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: História da violência nas prisões**. 41ª ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir: Nascimento na prisão**. tradução de Raquel Ramalhe. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.

\_\_\_\_\_. **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo: PERSPECTIVA S. A, 1978. Disponível em: <http://www.uel.br/projetos/foucaultianos/pages/arquivos/Obras/HISTORIA%20DA%20LOUCURA.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2018.

FRANÇA, Fátima; PACHECO, Pedro; OLIVEIRA, Torres Rodrigo. **O Trabalho da (o) psicóloga (o) no sistema prisional: Problematizações, ética e orientações**. 1ª ed. Conselho Federal de Psicologia. Brasília, 2016: Disponível em <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/12/O-trabalho-do-psicologo-grafica-web1.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.

FULGENCIO, Leopoldo. Notas sobre o interesse da psicologia dinâmica de Winnicott para a educação. Número Especial: Winnicott e a Educação. **APRENDER. Cad. de Filosofia e Psic. da Educação Vitória da Conquista**. Ano VI n. 11 p. 75-108, 2008.

FUHER, Maximiliano Roberto Ernest. **Tratado da Inimputabilidade no Direito Penal**. São Paulo: Malheiros, 2000.

GALDINI, Ana Maria; ODA, Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. Fontes, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez. **História, Ciências, Saúde. Manguinhos**, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n3/19.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.

GLEDES, Ariane da Cruz; Luciane Prado, KANTORSKI; Patrícia Mirapalheta, PEREIRA; Bianca Neme, CLASEN; Celmira, LANGE; Rosani Manfrin, MUNIZ. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010;12(3):547-53. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/8198/7875> . Acesso em: 16 abr. 2018.

GOIAS (Estado). Secretária de Saúde do estado de Goiás secretaria estadual de saude. Superintendencia de Políticas de Atenção Integral á Saúde/SPAIS. Gerência

de Ações Integradas de Saúde/GEAIS. Documento do ministério público de Goiás. **O Que é CAPS**. Centro de Atenção Psicossocial, 2018. Disponível em: [http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/8/docs/orientacao\\_caps\\_-\\_secretaria\\_estadual\\_de\\_saude.pdf](http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/8/docs/orientacao_caps_-_secretaria_estadual_de_saude.pdf). Acesso em: 16 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério Público do Estado de Goiás. Escola Superior do Ministério Público do Estado de Goiás. **CARTILHA PAILI**. Programa de atenção integral ao louco infrator. Goiânia, 2013.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Trad. Marcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GRECO, Rogério. **Curso de direito penal**. 14. ed. v. 2. Rio de Janeiro: Editora Impetus, 2017.

INSTITUTO DE PSICOLOGIA. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.psicologia.ufrj.br/index.php/instituto/2014-09-05-13-15-25> . Acesso em: 16 abr. 2018.

JUNG, C. G. **A natureza da psique**. Tradução de Mateus Ramalho Rocha. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

\_\_\_\_\_. **Fundamentos de Psicologia Analítica**. Primeira Conferência, volume XVIII/1. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: <http://docs15.minhateca.com.br/910099136,BR,0,0,C.G.Jung---Vol-18-1---Fundamentos-da-psicologia-analitica.doc> Acesso em: 10 set. 2017.

JUNG, Carl Gustav, 1875-1961. J92p. **Psicologia do inconsciente /C G Jung**. tradução de Maria Luiza Appy. 2ª ed. Petrópolis, Vozes, 1980. (Obras completas de C. G. Jung, v.7, t.I).

\_\_\_\_\_. **Estudos Sobre Psicologia Analítica**. Obras Completas de Carl Gustav Jung. Volume III, 1978, pp. 312. Disponível em: <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/05/jung-c-psicologia-do-inconsciente.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

LAGO, Vivian de Medeiros ; AMATO, Paloma; TEIXEIRA, Patrícia Alves;ROVINSKI, Sonia Liane Reichert ; BANDEIRA, Denise Ruschel. Um breve histórico da psicologia jurídica no Brasil e seus campos de atuação. **Estudos de Psicologia** | Campinas | 26(4) | 483-491 | outubro - dezembro 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2009000400009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2009000400009). Acesso em: 15 mar. 2018.

LINS, Samuel Lincoln Bezerra. Psicose. Diagnóstico, conceitos e reforma psiquiátrica "Afinal tudo, porque tudo é eu". ano V - n. 8 - Barbacena - jun. 2007 - p. 39-52. **Revista Mental Psicose**. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v5n8/v5n8a03.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

LO BIANCO; BASTOS; NUNES; SILVA. **Psicólogo Brasileiro**: Práticas emergentes e desafios para a formação. Conselho Federal de Psicologia. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/04/bibl\\_psicologo\\_bras.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/04/bibl_psicologo_bras.pdf). Acesso em: 11 mar. 2018.

LOPARIC, Zeljko. Winnicott clínico. **Nat. hum.**, São Paulo , v. 12, n. 2, p. 1-26, 2010 . Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302010000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302010000200008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 02 maio 2018.

MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. Associação Brasileira dos Professores de Ciências. Ano 1, nº 00, São Paulo: **Revista dos tribunais**, 2004.

MARCO, Mario Alfredo de. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Média**. Rio de Janeiro, v.30, nº1, jan/abr 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n1/v30n1a10.pdf> . Acesso em: 08 abr. 2018.

MARCON, Claudete; LUNA, Ivânia Jann; LISBÔA, Márcia Lucrécia. O Psicólogo nas Instituições Hospitalares: Características e Desafios. **Revista, Psicologia Ciência e Profissão**, 2004, 24 (1), 28-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n1/v24n1a04.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.

MICHAELIS. In: Michaelis online. São Paulo: Melhoramento, 1950. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/>> Acesso em: 29 set. 2017.

MIRABETTE, Júlio Fabbrini; FRABRINI, Renato N. **Manual de Direito Penal**. Parte Geral. Arts. 1ª a 120 do CP, Vol. 1, 33ª ed. São Paulo: Atlas, 2018.

NORWOOD, R. *women who love too much*. Los Angeles: J. P. Teacher; 1985. In: **SHOPIA, EGLACY CRISTINA**. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar o amor patológico. Tese Doutorado. São Paulo, 2014. Faculdade de medicina da universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/EglacyCristinaSphia%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/EglacyCristinaSphia%20(5).pdf). Acesso em: 11 nov. 2017.

NEUBERN, Mauricio da Silva. Sobre a Condenação do Magnetismo Animal. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, Jul-Set 2007, Vol. 23 n. 3, pp. 347-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n3/a15v23n3>. Acesso em: 10 mar. 2017.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de direito penal**. 13. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

OAB. **Caso Doca Street**. Fonte: Grandes Advogados, Grandes Julgamentos. Pedro Paulo Filho. Depto. Editorial OAB-SP, 2018. Disponível em: <http://www.oabsp.org.br/sobre-oabsp/grandes-causas/o-caso-doca-street> - . Acesso em: 09 abr. 2018.

ODA, ANA MARIA GALDINI R; DALGALARRONDO, PAULO. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. Fontes. v. 12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n3/19.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2018.

O MUSEU VIVO DE DENTRO. **Museu de imagens do inconsciente**. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/museuvivo/mii.php>. Acesso em: 16 abr. 2018.

PACHECO, Juliana Garcia. **Reforma psiquiátrica, uma realidade possível**: Representações sociais da loucura e a história de uma experiência. Curitiba: Juruá, 2009.

PAI-PJ. Programa de atenção integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental infrator. A cidadania do louco infrator. **Cartilha PAI-PJ**. Belo Horizonte, 2006. Disponível em: [p://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai\\_pj/cartilha\\_final.pdf](p://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/cartilha_final.pdf). Acesso em: 16 abr. 2018.

PEREIRA, Danilo Medeiros; PEREIRA, Sarah Caroline de Deus. Psicopatia e reforma psiquiátrica brasileira: o que fazer com o psicopata frente o movimento antimanicomial? **Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFC** v. 33.1, jan./Jun. 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/nomos/article/view/866/843>. Acesso em: 10 abr. 2017.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. A introdução do conceito de “estados-limítrofes” em psicanálise: o artigo de A. Stern sobre “*the borderline group of neuroses*”, 1999, **Rev. Latinoam. Psicopat.** Fund., II, 2, 153-158. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v2n2/1415-4714-rlpf-2-2-0153.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

PESSOTTI, Isaias. O século dos manicômios. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994. In: **PACHECO, Juliana Garcia. Reforma psiquiátrica, uma realidade possível**: Representações sociais da loucura e a história de uma experiência. Curitiba: Juruá, 2009.

PONTE, Antônio Carlos da. **Imputabilidade e processo penal**. 3ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. The distance between detention order and psychiatric reform law: the difficulty to guarantee to legal patients the right to freedom. **Revista Direito GV**, São Paulo, V. 13, N. 2, p.628-652, maio-ago, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdgv/v13n2/1808-2432-rdgv-13-02-0628.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2018.

PRADO, Alessandra Repassi Mascarenhas. Doutrina nacional. Adequação da legislação penal à lei de reforma psiquiátrica: a internação com exceção. Revista da associação brasileira dos professores de ciências penais. Coord. Luiz Regis Prado, **Revista dos Tribunais**, Ano 7, nº 13. Jul-dez/2010.

QUEIROZ, Paulo. **Direito penal**. V.1. Parte Geral. 12a ed., revista, ampliada e atualizada. São Paulo: Jus PODIVM, 2016.

RIBEIRO, Thiago Souza Ribeiro. A imputabilidade em face do crime motivado pelo ciúme. **Revista Jus Navigandi**. Publicado em 10/2015. Elaborado em 10/2015. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/44152/a-imputabilidade-em-face-do-crime-motivado-pelo-ciúme>. Acesso em: 11 mar. 2018.

SADALA, Glória; MARTINHO, Maria Helena. A estrutura em psicanálise: uma enunciação desde Freud. **Ágora** (Rio de Janeiro) v. XIV n. 2 jul/dez 2011 243-258. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/agora/v14n2/a06v14n2.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

SALGADO, Guilherme de Andrade. Transferência e contratransferência na relação médico paciente. **Dissertação Mestrado** – Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Disponível em: [http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/1512095\\_2017\\_completo.pdf](http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/1512095_2017_completo.pdf) Acesso em: 12 nov. 2017. In: BYINGTON, 2017. Acesso em: 13 nov. 2017.

SATO, Mariana Eri. A construção do acolhimento através da arte no processo ativo de humanização dentro da lógica de trabalho de uma Unidade de Saúde da Família. **Dissertação de Mestrado**. Faculdade de Medicina da USP. Área do Conhecimento. Medicina Preventiva. São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/t>. Acesso em: 10 set. 2017.

SANTORO, Antonio Carlos Filho. **Direito e saúde mental**: à luz da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. 1. ed. São Paulo: Verlu, 2012.

SANTOS, Bartira Macedo de Miranda. **Quem precisa da lei maria da penha?** Direito em Movimento, Rio de Janeiro, v. 23, p. 17-46, 2º sem. 2015. Disponível em: [http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistadireitoemovimento\\_online/edicoes/volume23/volume23\\_26.pdf](http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistadireitoemovimento_online/edicoes/volume23/volume23_26.pdf). Acesso em: 7 mai. 2018.

SANTOS, Cirino dos. **Direito penal**: Parte geral. 7ª ed. Revista, atualizada e ampliada. São Paulo: ICPC. Empório do direito, 2016.

SILVA, Érica Quinaglia; BRANDI, Caroline Quinaglia Araújo Costa Silva. Essa medida de segurança é infinita ou tem prazo de vencimento?" – interlocuções e desafios entre o Direito e a Psicologia no contexto judiciário. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(9):3947-3954, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3947.pdf>. Acesso em: 7 mai. 2018.

SILVEIRA, Nise da. **Jung**: vida e obra. – 7.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

\_\_\_\_\_. Uma mulher de muita vivência e que tem a idade das ilusões. **ENTREVISTA**. Revista Psicologia e Arte, 1968. Disponível em: <https://filosoficabiblioteca.files.wordpress.com/2017/10/entrevista-nise-da-silveira.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Imagens do Inconsciente**. Petropolis, RJ: Vozes, 2015 .

\_\_\_\_\_. Psiquiatria no Brasil. **Psique Especial Ciência & Vida**. Ano III, 07, 2008.

SILVEIRA, Nise da. O Instituto Municipal Nise da Silveira e a busca da preservação da memória. **Mostra Nise da Silveira. Vida e Obra**. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/nisedasilveira/preservacao-memoria.php>. Acesso em: 10 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **O museu vivo do engenho de dentro**. Centro cultural Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/museuvivo/nise.php>. Acesso em: 10 out. 2017.

SOPHIA, EGLACY CRISSTINA. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar o mor patológico. São Paulo, 2014. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São PAULO. Programa de Psiquiatria. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-12012015-144921/publico/EglacyCristinaSphia.pdf> . Acesso em: 25 mai. 2018.

STEIN, Murray. **Jung**. O mapa da alma: uma introdução. Tradução de Alvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 2000.

STF. Supremo Tribunal Federal. 1ª Turma do Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus**: no julgado HC 107090 RJ, 2011. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/24806236/habeas-corpus-hc-107090-rj-stf/inteiro-teor-112280006?ref=juris-tabs>. Acesso em: 10 out. 2017.

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL 4ª REGIÃO. **Jurisprudência**. Disponível em: [https://jurisprudencia.trf4.jus.br/pesquisa/resultado\\_pesquisa.php](https://jurisprudencia.trf4.jus.br/pesquisa/resultado_pesquisa.php). Acesso em: 10 out. 2017.

TRABUCO, Karem Emanuely de Oliveira; SANTOS, Diajne da Silva. Da reforma sanitária a reforma psiquiátrica: os movimentos sociais e a conquista de direitos. Para além da crise global. **VII Jornada Internacional Políticas Públicas**, 25-28 ago. 2015. Cidade Universitária da UFMA. São Luis Maranhão. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/da-reforma-sanitaria-a-reforma-psiquiatrica-os-movimentos-sociais-e-a-conquista-de-direitos.pdf> . Acesso em: 29. maio.2018..

WINNICOTT, D. W. Natureza humana. Rio de Janeiro: Imago, 1988. In: **FULGENCIO, Leopoldo**. Notas sobre o interesse da psicologia dinâmica de Winnicott para a educação. Número Especial: Winnicott e a Educação. APRENDER. Cad. de Filosofia e Psic. da Educação Vitória da Conquista Ano VI n. 11 p. 75-108, 2008. Disponível: [http://periodicos.uesb.br/index.php/aprender/article/viewFile/4248/pdf\\_219](http://periodicos.uesb.br/index.php/aprender/article/viewFile/4248/pdf_219). Acesso: 10 abr. 2018.

VENTURA, Carla Aparecida Arena. **Saúde Mental e Direitos humanos**. O processo de construção da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais. 1ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015

ZIMERMAN David E. **Fundamentos psicanalíticos**: Uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 1999. Reimpressão 2010.

ZAFFARONI, E Raúl; BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro; SLOKAR, Alejandro. **Direito penal brasileiro**. São Paulo, Editora Revan. 1ª ed. 2017.