



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS
Curso de Bacharelado em Direito

RODRIGO CASTRO GARCEZ

**UMA CONSTRUÇÃO DE QUESITOS PENAIS PARA ADEQUAÇÃO À LEI DE
REFORMA PSIQUIÁTRICA**

**BRASÍLIA
2021**

RODRIGO CASTRO GARCEZ

**UMA CONSTRUÇÃO DE QUESITOS PENAIS PARA ADEQUAÇÃO À LEI DE
REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

Orientadora:
Prof^a. Doutora Luciana Barbosa Musse

BRASÍLIA

2021

RODRIGO CASTRO GARCEZ

**UMA CONSTRUÇÃO DE QUESITOS PENAIS PARA ADEQUAÇÃO À LEI DE
REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS do Centro Universitário de Brasília (UnICEUB).

Orientadora:
Prof^a. Doutora Luciana Barbosa Musse

Brasília-DF, de de 2021.

BANCA AVALIADORA

Dra. Luciana Barbosa Musse

Professor(a) Avaliador(a)

Este trabalho é dedicado à minha amada Viviane, companheira de anos e minha força para que completasse mais um trecho desta minha caminhada de conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Luciana Barbosa Musse por me incluir em sua luta contínua e incansável em favor das pessoas portadoras de transtorno mental, por meio da implantação da política antimanicomial e consequente desconstrução da medida de segurança.

Agradeço a todos os professores do UniCEUB pela valiosa orientação na minha formação acadêmica. Em especial aos Professores Tédney Moreira da Silva, Carolina Costa Ferreira e Hector Luis Cordeiro Vieira, pelo entusiasmado olhar crítico do Direito, pelo incentivo constante à produção científica e pelo diálogo constante.

Agradeço a todos os colegas de turma pelo sopro de juventude que renovou minha alma. Em especial, a “Galerinha” da esquerda da sala: Cláudia Karolinne, Larissa, Matheus Soares, Júlia, Karolina, Gabriel e Fernanda.

Agradeço aos meus pais, Nivaldo e Lurdinha, por me ensinarem o prazer da leitura e forjarem o meu caráter dentro dos valores éticos, de humanidade e de respeito ao próximo.

Agradeço à minha irmã Daniela, meu cunhado Sávio e sobrinho Gabriel, pelo amor, carinho e orações.

Agradeço ao meu amado filho Victor Hugo, companheiro de jornada de Direito, meu modelo de retidão, amor incondicional, dedicação e respeito ao próximo.

Agradeço à minha amada esposa Viviane, pela compreensão das muitas horas em que não desfrutamos da companhia um do outro, de me estimular sempre a continuar em frente quando estava física e mentalmente cansado, por ser o esteio da minha vida.

Em relação à Sabedoria, a razão do homem não passava de loucura; em relação à estreita sabedoria dos homens, a Razão de Deus é considerada no movimento essencial da Loucura. Em grande escala, tudo não passa de Loucura; em pequena escala, o próprio Todo é Loucura.

(Michel Foucault)

RESUMO

O presente estudo - de caráter teórico e documental, sob a perspectiva zetética, posto ter como referencial teórico a criminologia crítica - tem por objetivo sugerir quesitos penais a serem formulados pelas partes processuais a fim de subsidiar o julgador na definição do melhor tratamento a ser instituído à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. O trabalho irá abordar a intersecção entre os poderes-saberes Direito e Psiquiatria, os conceitos de inimputabilidade psíquica e periculosidade da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, os exames de insanidade mental e de verificação de cessação de periculosidade, a aplicação de instrumentos objetivos para a avaliação da pessoa com transtorno mental. A principal reflexão é que os quesitos podem ser instrumentos para que o tratamento previsto ao indivíduo com transtorno mental na Lei de Reforma Psiquiátrica, qual seja, em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos e em serviços comunitários de saúde mental, seja efetivamente aplicado em substituição do instituto da medida de segurança, instituto tido pela doutrina como não recepcionado pela Constituição Federal. Por meio deles, será dada voz ao "louco infrator", à sua família, à assistência psicossocial, subsidiando o julgador a superar a internação compulsória prevista no Código Penal Brasileiro. Dessa forma, haverá a preservação da dignidade humana da pessoa com transtorno mental, possibilitando o acesso ao tratamento em saúde adequado e a sua real reinserção na sociedade.

Palavras-chave: pessoa com transtorno mental; psiquiatria forense; medida de segurança; quesitos penais; reforma psiquiátrica.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 PSQUIATRIA E DIREITO PENAL	12
1.1 O nascimento da psiquiatria.....	12
1.2 A monomania de Esquirol	14
1.3 A degeneração de Morel	16
2 A INIMPUTABILIDADE PSÍQUICA	18
2.1 O critério biopsicológico	19
2.2 O transtorno mental e o Código Penal	20
3 O MITO DA PERICULOSIDADE	22
4 A PERÍCIA MÉDICA CRIMINAL	24
4.1 O exame de insanidade mental	25
4.2 O exame de verificação de cessação de periculosidade	28
5 UMA SUGESTÃO PARA FORMULAÇÃO DE QUESITOS PENAIS	32
5.1 Quesitos para o exame de sanidade mental	34
5.2 Quesitos para o exame de verificação de cessação de periculosidade.....	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38

INTRODUÇÃO

O século XIX testemunhou a união definitiva entre o Direito e a Medicina, mais especificamente a Psiquiatria. A Escola Positivista foi o instrumento de conexão entre os dois poderes-saberes. Travestida de ciência, essa nova visão criminológica possibilitou a adoção do discurso psiquiátrico no Direito Penal, transformando e justificando os fundamentos do direito de punir. Surge o conceito de periculosidade, que definitivamente transforma a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei em um potencial perigo para a sociedade.

A partir dessa concepção determinista, tais ciências recém-criadas passam a etiquetar o criminoso como detentor de uma periculosidade inata, incurável, incrustada em seu material genético. Os discursos científicos desta época passaram a justificar a exclusão das pessoas com transtornos mentais do convívio da sociedade. Deve-se defender a coletividade dessas personalidades perigosas, criminosos virtuais que necessitam ser neutralizados para se manter a paz social. Inaugura-se a era da punição do sujeito pela sua personalidade e não pelo ato cometido.

A forma mais eficaz de promover o “tratamento” desses indivíduos perigosos foi a criação do instituto da medida de segurança. Inexistente em nosso ordenamento jurídico até o Código Penal de 1940, passa a ser a solução adequada para a “cura” do louco infrator, medida que se impõe para a sua reintegração ao tecido social.

O que percebemos claramente foi a construção de um discurso retórico, haja vista que a medida de segurança é uma forma piorada da sanção privativa de liberdade. A indeterminação do tempo de internação compulsória é a sua marca. Não há tratamento, mas sim, segregação. Trata-se de medida violadora dos direitos humanos, incompatível com o princípio constitucional da dignidade humana, que deve simplesmente ser extinta do nosso ordenamento jurídico.

Estudiosos do assunto, como Haroldo Caetano, Salo de Carvalho, Virgílio de Mattos, Fernanda Otoni de Barros-Brisset, entre tantos outros, afirmam que a medida de segurança foi revogada a partir da edição da Lei 10.216/01, que expressamente proíbe a internação asilar, sendo aceitável apenas em casos excepcionais. Apesar de avanços legislativos e científicos, da edição de inúmeros pareceres, portarias e recomendações, o manicômio judiciário ainda sobrevive como prática usual para o tratamento penal conferido à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

Podemos enumerar como algumas das causas dessa sobrevida o medo imposto à sociedade, a vinculação da medida de segurança ao sistema penal, a força quase vinculante dos laudos psiquiátricos forenses e a destruição lenta e gradual da rede de atenção psicossocial do sistema de saúde.

Um possível instrumento para contribuir para a progressiva adoção da Lei de Reforma Psiquiátrica quanto ao tratamento adequado à pessoa com transtorno mental é a alteração da formulação de quesitos a serem respondidos pelo psiquiatra forense. Não se admite mais, pelo avanço do conhecimento científico, que as respostas aos quesitos se limitem ao binômio sim/não, à avaliação subjetiva/empírica da clínica e o não envolvimento de outros atores na perícia médica, como a psicologia, a assistência social e a família.

Esse é o objetivo do presente trabalho: a sugestão de quesitos penais que possam efetivamente transformar a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei de mero objeto para um sujeito visível, com voz dentro do processo penal, que deva ser devidamente tratado para sua reinserção na sociedade. Para alcançar este objetivo, faremos uma abordagem teórica e documental, a partir da perspectiva zetética, da relação entre o Direito Penal e a Psiquiatria, dos conceitos de inimputabilidade e de periculosidade, dos modernos instrumentos de avaliação objetiva validados a serem utilizados na perícia psiquiátrica e, por fim, a construção de quesitos a serem utilizados pelas partes no processo penal.

O contato com o tema se deu a partir da minha participação no grupo de estudos Phronesis, do UniCEUB, orientado pelo Professor Tédney Moreira da Silva, cujo propósito foi discutir a temática “Loucura e poder: análise crítica das instituições totais em Michel Foucault”, além da minha atuação profissional de perito oficial de natureza criminal.

O estudo se reveste de importância, pois, passados vinte anos da promulgação da Lei 10.216/2001, ainda não foram integralmente absorvidos pelo sistema penal brasileiro as diretrizes de proteção e de direitos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Ademais, no ano de 2020, esgotou-se o prazo estipulado pela Resolução nº 4 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, de 04 de julho de 2010, para a substituição do modelo manicomial de

cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial, conforme estabelece a Lei de Reforma Psiquiátrica.

1 PSQUIATRIA E DIREITO PENAL

Não é de hoje que a sociedade defere um tratamento legal diferenciado à pessoa com transtorno mental, com relatos de referências sobre o assunto desde antes da civilização grega. A partir do momento em que, em decorrência de um transtorno mental, a pessoa perde a sua capacidade de entender a realidade e de determinar o seu comportamento de acordo com ela, a psiquiatria é chamada para intervir nesse processo de diferenciação.

A psiquiatria é uma especialidade médica na qual ocorre grande intercessão entre a medicina e o direito (TABORDA, 2015). O direito demanda à psiquiatria forense a elaboração de laudos em praticamente todas as suas áreas, sendo, em muitos casos, indispensáveis à decisão do julgador (CHAVES, 2020). O seu campo de atuação é amplo, perpassando por questões civis (capacidade civil, direito de família), administrativas, previdenciárias, trabalhistas e, tema de nosso interesse, questões penais (responsabilidade penal, superveniência de transtorno mental, periculosidade) (TABORDA, 2015).

Dentro do sistema de justiça criminal brasileiro, o psiquiatra forense tem uma dupla função: como clínico, responsável pelo tratamento psiquiátrico da pessoa com transtorno mental quando determinado por decisão judicial; e como perito, auxiliando o juízo a determinar se o agente é inimputável ou não, determinando a necessidade da imposição da medida de segurança (TABORDA, 2001).

Ao psiquiatra forense incumbe sempre agir de maneira ética, fornecendo os elementos que permitam a formação da convicção do julgador. Este profissional deve manter uma postura neutra, livre de qualquer preconceito moral, religioso, social ou étnico. Não é um inquisidor, mas um *expert* que se guia pelos quesitos, elaborando o seu laudo pericial de forma livre, sem vieses, de forma totalmente independente (CHAVES, 2020).

1.1 O nascimento da psiquiatria

A psiquiatria não é especialidade da medicina geral: nasceu no seio da medicina social. Até o século XVIII inexistia uma relação entre saúde e sociedade. A única preocupação da medicina era evitar a morte. O Estado passa a se apoiar no

saber científico da medicina a partir do surgimento do ideal liberal. Segundo Castel (1978, p. 317), “as relações privilegiadas entre as medicinas e as políticas que se ocupam especialmente das "questões sociais" foram estabelecidas desde as assembleias revolucionárias”. A partir desse período, houve uma penetração da medicina na sociedade. A prática médica volta a sua atenção ao ambiente urbano.

A medicina social passa a se relacionar com o Estado por meio de sua racionalidade científica, sem neutralidade ideológica. O Estado eleva a medicina a uma condição de verdadeira polícia científica, tornando contínuo o exercício do seu poder político sobre o indivíduo ou a coletividade. A medicina social prega que o conhecimento não pode ser dispensado da instrumentalização do poder. O campo de sua intervenção é o aparelho do Estado, por meio de assessoria e crítica, provendo soluções específicas aos problemas surgidos, como as epidemias, ou estabelecendo o bem-estar social.

Surge o “médico político”, o médico como cientista social, que tem como missão proteger o indivíduo, utilizando-se de todos os meios disponíveis para a transformação social da cidade (BRANCO, 2018). A assistência médica deixa o ambiente hospitalar, expandindo sua competência a fim de percorrer todo o espaço social, desempenhando o papel de solucionador do caos e da desordem urbana. É a medicalização da sociedade. Não existem fronteiras para a atuação da medicina.

De um projeto essencialmente político da medicina, nasce a psiquiatria, com objetivo de patologizar o comportamento do louco, que passa a ser considerado anormal e medicalizável. Ao estudar e curar as doenças, ela possui relações estreitas com a organização social, com o poder de atuar no campo da medicina enquanto higiene pública (BARROS-BRISSET, 2011). A episteme da nascente ciência médica se viu limitada a um binômio: ausência ou presença da loucura. A partir da análise do comportamento humano, o sintoma apresentado era considerado ou não estado de loucura. A psiquiatria detém o poder baseado em seu saber, para distinguir o normal do patológico e realizar o controle e a vigilância dos indivíduos considerados doentes mentais. (MACHADO *et al.*, 1978).

O louco surge como um perigo potencial, atentando à moral pública, à segurança. A loucura é o mal a ser evitado nas ruas da cidade. Liberdade e loucura são antônimas. Para o psiquiatra, o louco não deve estar na rua nem na prisão, mas

no hospício. A loucura não se trata com liberdade, nem com repressão, mas com disciplina. Tanto o poder de isolar quanto o poder de sequestrar são legitimados técnica e cientificamente pela psiquiatria. A luta dos médicos é não de legalizar a repressão, mas de medicalizar a legislação. (MACHADO *et al.*, 1978). A medicalização faz surgir a instituição hospício, centro da psiquiatria do século XIX, inserindo naturalmente a loucura na medicina social (higienismo). A partir de então, loucura e prevenção estarão para sempre ligadas (MACHADO *et al.*, 1978).

Já com o controle do ambiente asilar, a psiquiatria se viu diante da necessidade de ser reconhecida como uma modalidade de saber. Os alienistas saem dos hospitais e penetram no sistema jurídico. A partir do século XIX, a psiquiatria estabelece a relação entre crime e loucura. Ocupando o espaço das prisões, inicia-se o processo de medicalização do crime. (REBELO; CAPONI, 2007).

A partir desta estratégia, o Estado aciona a psiquiatria para administrar comportamentos e anular as ameaças à ordem social. Assim, ela exerce os poderes de vigilância do coletivo e intervém no espaço da justiça. A psiquiatria detém o saber necessário para avaliar psicopatologicamente o criminoso, determinando a sua responsabilidade e legitimando a punição. O crime possibilitou a atuação dos alienistas nos tribunais. São fundamentais para o entendimento dessa simbiose psiquiatria-direito penal três conceitos: a monomania, a degeneração e o criminoso nato.

1.2 A monomania de Esquirol

No final do século XVIII, sob influência da Escola Clássica, há a substituição dos suplícios como forma de castigo, sendo necessário para a punição do agente entender a razão do crime. É o período “ético-humanista” de Beccaria, adotando o princípio da proporcionalidade das penas e dos delitos (RAUTER, 2003). Para a punição do crime, é exigível que seja inteligível, compreensível. Na França do século XIX, atos de violência em seu estado bruto, irracionais, aparentemente imotivados, cometidos no seio familiar, travam o sistema penal e chamam a atenção dos juízes. Para aplicar a lei criminal da época deve-se conhecer a racionalidade do crime, afastar a demência. Para tanto, é necessária a ajuda do saber psiquiátrico. É preciso desvendar a natureza patológica da criminalidade (FOUCAULT, 2010). Ainda segundo

Foucault (2010, p. 93), “os olhos se voltam para a monstruosidade criminosa. É a mudança da análise da monstruosidade: sai o domínio da alteração somática e natural, entra o domínio da criminalidade pura e simples”. Nesse contexto, surge o crime louco: a monomania, teoria difundida pelo psiquiatra francês Esquirol, discípulo de Pinel.

Para esta teoria, os indivíduos aparentemente normais, de capacidade intelectual preservada, apresentavam estados de “delírio parcial” no momento do cometimento do crime. O ato era cometido baseado em uma ideia, um impulso irresistível (monomania instintiva) ou um distúrbio do senso moral (monomania raciocinante). Pinel já havia observado esses sintomas de surgimento esporádico de delírio quando de seus estudos no asilo. O psiquiatra chega à conclusão de que os alienados detêm um déficit moral intrínseco proveniente da doença, daí decorrendo a violência, a crueldade e a maldade (BARROS-BRISSET, 2011). A partir de agora, os loucos se tornam indivíduos intrinsecamente perigosos.

A loucura oculta fez com que os tribunais somente pudessem trabalhar com o aval dos alienistas (CARRARA, 1998). O delírio parcial deveria ser “extraído” pelos alienistas nos tribunais. A monomania fundamentava o crime sem razão. A “função psi” eleva a perícia à altura de uma magistratura. Ela garantiu o funcionamento do sistema penal liberal, criminalizando o louco e apontando com clareza a parcela da população passível de punição. Esses casos constituem a psiquiatria criminal. De um lado, para descobrir o estado de razão do criminoso; de outro, a defesa e a psiquiatria para atestar essa falta de razão (FOUCAULT, 2010).

A monomania caiu em descrédito ao longo do século XIX. Mesmo sendo bem aceita pelo sistema criminal e difundida pelos médicos, restava a impressão de que seria mera ficção. Como considerar um indivíduo irresponsável criminalmente num fato isolado e permitir que, fora destes momentos de delírio, sua vida poderia ser gerida de forma racional e normal?

A sua existência era um entrave ao progresso de uma medicina científica (CARRARA, 1998). A classificação das doenças mentais não poderia ficar subordinada à mera observação dos sintomas. Ideias provenientes de outros campos do saber (biologia, antropologia, sociologia, hereditariedade) passam a orientar a perícia psiquiátrica. Surgem os primeiros esboços da criminologia, ciência incipiente

que torna a interface entre direito penal e psiquiatria (GOMES, 2012). Traz consigo uma crítica ao sistema penal liberal e o surgimento da doutrina da degeneração. Deste modo, fica progressivamente superada a era da monomania.

1.3 A degeneração de Morel

Bénédict-Augustin Morel, em 1857, introduz na ciência psiquiátrica a teoria da degeneração. Ele possibilitou a entrada da psiquiatria nas chamadas “ciências positivas”. Propôs uma nova classificação das doenças mentais baseada na etiologia e na patogenia, não se limitando apenas à observação de sintomas. Ainda criou uma classe de alienados: os degenerados ou loucos hereditários.

A noção de degeneração traz consigo uma “concepção antropopatológica” (CARRARA, 1998), na qual o desvio doentio era transmissível hereditariamente, afetando quem porta esse germe da loucura, sendo transmissível aos seus descendentes. O degenerado poderia ser reconhecido tanto pela hereditariedade como pelos estigmas físicos da degenerescência. Inaugura assim um saber psiquiátrico baseado na figura do “anormal”.

Abandonando a terapêutica individualizada, haja vista o caráter incurável do transtorno mental de origem hereditário, Morel propõe que a psiquiatria só faria sentido enquanto medicina social, prevenindo o aparecimento da alienação mental por meio da prática eugênica. Segundo Barros-Brisset (2011, p. 46):

A pesquisa da medicina mental já estava em condições de oferecer ao Estado e ao direito penal um plano de higiene física e moral, a partir de uma profilaxia defensiva. Ele propôs classificar os degenerados através de seus graus de perigos e localizá-los mesmo antes de qualquer delito. Afirma que aqueles que portam um estado doentio, como o da alienação mental, são perigosos para a segurança pública e, portanto, mesmo sem ser culpados, devem ser sequestrados da sociedade.

A teoria da degeneração amplia o campo de atuação médico-psiquiátrica. Ela exhibe uma dupla face: a intervenção sobre os incuráveis e os ineducáveis pela internação asilar; e a intervenção no tecido social por meio de prevenção, profilaxia, despistagem (CASTEL, 1978). A psiquiatria chama para si a responsabilidade de avaliar os criminosos, afastando a exclusividade dessa tarefa dos magistrados. Os criminosos, por serem criminosos, são loucos em algum grau.

Como se nota, a psiquiatria classificou como alienação mental um número cada vez maior de comportamentos desviantes, tornando medicamente compreensíveis os crimes, que eram resultado de um psiquismo perturbado ou anômalo (CARRARA, 1998). Nos estertores do século XIX, o crime, fora do binômio normal/anormal, da monomania ou da degeneração, passa a ser objeto de estudo da antropologia criminal. Esse pensamento jurídico surge como instrumento de forte crítica ao sistema penal das sociedades liberais.

Cesare Lombroso, partindo das ideias da teoria da degeneração de Morel, cria o conceito do “criminoso nato”. A etiologia do crime tinha fundamento biológico. O criminoso portava uma anomalia orgânica, inata ou adquirida. É o reforço da medicalização do crime. O médico se torna imprescindível no ambiente dos tribunais. Segundo Barros-Brisset (2011, p. 46) “não havia mais diferença entre demência e delinquência. Só havia demência, o delinquente é um doente que precisaria mais de médicos do que do direito penal”.

A antropologia criminal muda a percepção da responsabilidade do delinquente. O objeto da punição não é mais o livre-arbítrio do agente, mas o próprio agente. O crime é inerente ao ser humano e precisa ser investigado e prevenido. O criminoso nato não tem lugar na sociedade. É perigoso, reincidente, incorrigível, com comportamento biodeterminado. Então, para a Escola Positivista, o direito penal deve ser reformulado. A pena deve ser utilizada como instrumento de defesa social. O parâmetro a ser utilizado não é mais a gravidade do crime cometido, mas a singularidade do criminoso (CARRARA, 1998), identificado pelos seus estigmas físicos. O delinquente era irresponsável sob a ótica moral, mas era socialmente responsável.

Como se viu, a relação entre médicos e juristas oscilou entre a complementaridade e a oposição. Segundo Branco (2018, p. 69), o “dilema era saber qual ciência seria capaz de solucionar eficientemente os problemas sociais, inclusive os de “incivilidades””. O discurso psiquiátrico é feito a pedido do próprio aparelho penal. Para sustentar tal discurso, foi preciso codificar a loucura como doença, tornando patológicos os seus distúrbios e ilusões, desvelando-a como perigosa. A psiquiatria tratava a loucura e prevenia os perigos decorrentes dela. A loucura era, ao mesmo tempo, doença e perigo.

2 A INIMPUTABILIDADE PSÍQUICA

Considerando o ponto de vista analítico, o crime é conceituado como um fato típico, ilícito e culpável. A culpabilidade, último requisito do fato punível, é o juízo de reprovação que recai sobre o autor de um fato típico e ilícito, que deve se comportar conforme o direito. Para que se possa reprovar uma conduta a seu autor, é necessário que ele tenha agido com certo grau de capacidade, que lhe haja permitido dispor de um âmbito de autodeterminação (ZAFFARONI; PIERANGELI, 2020).

A imputabilidade, assim como o conhecimento da ilicitude do fato e da exigibilidade de conduta diversa, é elemento da culpabilidade. Aquele que comete um delito previsto em lei e que apresenta condições mínimas de saúde mental deve ser responsabilizado penalmente pelo ato praticado (FÜHRER, 2000). Dessa forma, imputabilidade e responsabilidade penal são basicamente sinônimos. A imputabilidade é pré-condição para apreciação da culpabilidade do agente. A responsabilidade, o liame entre o sujeito ativo do delito e a consequência jurídica de seu ato típico.

Para a Escola Clássica, o fundamento desse binômio imputabilidade/responsabilidade é a possibilidade de escolha do homem mentalmente sadio escolher entre o certo e o errado (FÜHRER, 2000). O livre arbítrio é essência da natureza humana. O sujeito deve ser punido pela falta cometida, de forma retributiva. Ausente a liberdade de agir, não faz necessário o castigo.

A Escola Positiva nega a existência do livre arbítrio. O criminoso não é livre em sua essência. Baseada no determinismo, as ações humanas são sujeitas a leis físicas inafastáveis (FÜHRER, 2000). O castigo é substituído pela recuperação. Tal influência dessa escola é percebida na produção legislativa atual.

A lei brasileira preferiu adotar a técnica de conceito negativo, conceituando, no art. 26 do Código Penal, o inimputável para chegar à definição do imputável. Existem dois critérios para se considerar um agente inimputável. O critério cronológico do art. 27 do Código Penal (CP), que estabelece que os menores de 18 (dezoito) anos são inimputáveis. E o critério biopsicológico, disposto no art. 26 do CP, que interessa ao presente trabalho.

2.1 O critério biopsicológico

Para a aferição da responsabilidade penal, existem três processos adotados pelas legislações modernas: o biológico, o psicológico e o biopsicológico. O biológico, de origem francesa, conceitua a inimputabilidade a partir das causas biológicas. Destarte, é irresponsável quem é portador de transtorno mental, de desenvolvimento mental incompleto ou retardado, ou quem está num estado de embriaguez completa e fortuita. Esse sistema é criticado pois considera um nexos causal constante entre estado mental patológico do agente e o crime. Ignora a existência de intervalos lúcidos da doença. Fora dos momentos de surto, o agente pode ter pleno conhecimento do fato criminoso e portar-se de acordo com esse entendimento. Assim, nas palavras de Führer (2000, p. 43), “confere importância exagerada às causas físicas e atribui poder sem limites para os peritos psiquiatras, emasculando o julgador togado”.

O critério psicológico responsabiliza o agente analisando seu estado psíquico no momento do delito, independentemente da causa da incompreensão da criminalidade do fato e de sua capacidade de comportar-se de acordo com essa apreciação. Não se faz análise prévia do estado mental do criminoso. Esse sistema também não fica imune a críticas. Admitir a existência de impunidade apenas em determinado momento gera um excessivo arbítrio do julgador, ampliando o conhecimento da irresponsabilidade e gerando um conflito com o interesse da defesa social.

Diante dessas restrições dos sistemas puros, o Código Penal Brasileiro adotou o sistema biopsicológico, híbrido, que exige a presença: (i) do elemento biológico (causal), configurado pela existência prévia de transtorno mental, perturbação da saúde mental e desenvolvimento mental incompleto ou retardado; (ii) do elemento psicológico (consequencial), que é a ausência de entendimento do caráter ilícito do fato e a incapacidade de determinar-se de acordo com esse entendimento; e (iii) do critério cronológico, que é a existência dos requisitos descritos anteriormente no momento da prática do ato (TABORDA, 2015).

Paulo Queiroz (2015, p. 378) ressalta a impropriedade da expressão “método biopsicológico”:

Em realidade nem o estado é biológico - se nalguns casos o fato está biologicamente fundamentado - nem a capacidade é psicológica - mas

uma construção normativa, de sorte que se trata, mais exatamente, de um método psíquico-normativo ou psicológico-normativo: o psicológico se refere aos estados psíquicos capazes de comprometerem a capacidade de compreensão, enquanto o normativo diz respeito à capacidade, que não é um estado psíquico, mas uma atribuição. Além disso, muitos transtornos de consciência (v. g., estado passional intenso, oligofrenia normal psicológica, anomalia psíquica grave, que compreende todas as psicopatias graves, as neuroses e as anomalias dos instintos) não são manifestações de deficiências corporais orgânicas (biológicas); tampouco a constatação da capacidade de atuar de outro modo é um dado psicológico, mas essencialmente normativo, ou seja, uma imputação que se faz.

Pelo visto, só interessa ao Direito Penal analisar a capacidade de entendimento do caráter ilícito (componente cognitivo) e a possibilidade de determinar-se de acordo com esse entendimento (componente volitivo). Quando faltar a primeira, não haverá culpabilidade por ausência da possibilidade exigível de compreensão da antijuridicidade; quando faltar a segunda, é hipótese de estreitamento do âmbito de autodeterminação do sujeito, por circunstância proveniente de sua própria incapacidade psíquica (ZAFFARONI; PIERANGELI, 2020). Serão causas de exclusão de culpabilidade se provenientes diretamente de transtorno mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado, dependência toxicológica ou embriaguez completa proveniente de caso fortuito ou força maior.

Utilizando o referencial teórico descrito, para a aplicação do critério biopsicológico da imputabilidade, deve-se entender o significado de suas variáveis: o transtorno mental, o nexos de causalidade e as capacidades de entendimento e de autodeterminação.

2.2 O transtorno mental e o Código Penal

O transtorno mental é expressão utilizada pela Organização Mundial de Saúde. Descrita no Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5), “é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa da cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo, que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental”. É gênero que engloba as categorias previstas no Código Penal, quais sejam: o transtorno mental, o desenvolvimento mental retardado e o desenvolvimento mental incompleto.

Na exposição de motivos do Código Penal de 1940, o transtorno mental restringe-se aos estados mais graves das patologias mentais, os casos de alienação mental. São exemplos as psicoses e demências, excluindo transtornos de personalidade, parafilias e quadros de neuroses. Para caracterização da alienação mental é fundamental a ocorrência do comprometimento do juízo de realidade, que se desdobra em diversos sinais e sintomas, entre eles as alucinações e as ideias delirantes (TABORDA, 2015).

O desenvolvimento retardado é deficiência mental, oligofrenia ou retardo mental. Há graus de acometimento diversos, indo de inteligência fronteira ou subnormal até casos graves de encefalopatia crônica irreversível. O que interessa ao sistema penal é avaliar o nexo de causalidade, se a deficiência intelectual afetou as capacidades de entendimento e de autodeterminação (TABORDA, 2015).

O desenvolvimento mental incompleto não é propriamente um transtorno mental. É reflexo do momento em que foi feita a legislação (1940), quando imperava o analfabetismo, os indígenas não eram aculturados, os costumes e as leis não eram difundidos para a grande massa. São englobados nessa categoria: os indígenas não adaptados, os surdos-mudos desprovidos de capacidade total de comunicação e as pessoas rudes ou primitivas. Na prática se equivalem aos deficientes mentais (TABORDA, 2015).

Para ser considerado inimputável, deve haver um nexo de causalidade entre o transtorno mental e o delito cometido. O transtorno deve ser causa do cometimento do fato, levando à falta de capacidade de entendimento ou de autodeterminação. Deve-se analisar se o ato ilícito guarda relação com sua enfermidade. Se um portador de transtorno mental pratica um ato delitivo que nada tem a ver com a sua doença, será considerado imputável.

Por fim, a incapacidade de entender o caráter ilícito do fato exige que potencialmente se conheça os limites reais da lei, de compreender que o fato é possivelmente ilícito. Já a impossibilidade de se autodeterminar consiste na perda dos freios morais, agindo em desconformidade com a razão, deixando-se dominar pelas pulsões. Não há resistência mental, só impulso para o injusto (FÜHRER, 2000).

3 O MITO DA PERICULOSIDADE

A Escola Positiva trouxe, no final do século XIX, o conceito de periculosidade penal, elemento essencial do Direito Penal moderno. O foco do crime deixa de ser a reprovabilidade do livre-arbítrio (conduta) do agente, sendo superada a análise de sua culpabilidade para legitimar a aplicação da pena. Fortemente influenciada pelo evolucionismo, o que importa é a subjetividade do crime, as características físicas e psíquicas do homem delinquente (anormal). O positivismo criminológico nega a culpabilidade sustentando que o crime não resulta da vontade livre do agente, mas devido a causas endógenas ou exógenas determinantes, que anulam qualquer vontade (CARVALHO, 2015).

Para a escola positivista, as causas do delito têm origem individuais, físicas e sociais. Conforme Salo de Carvalho (2015, p. 273), cabe à ciência:

Realizar análise empírica individual (microscópica) entre os indivíduos integrantes dos grupos que apresentam características delituais, com o intuito de identificar (diagnóstico) a origem causal da patologia (etiologia), de forma a projetar tratamento (prognóstico) para anular ou reprimir o impulso criminal (periculosidade).

O conceito de periculosidade é uma ficção jurídica (FRAGOSO, 1986), um juízo oracular do comportamento do agente, mera possibilidade presumida de que novos crimes serão cometidos no futuro. Funda-se na ideia de que as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei provavelmente praticarão novos ilícitos-típicos, em face do seu quadro clínico (LEBRE, 2013). Por ter cometido um crime, todo delinquente é perigoso. O delito é um sintoma de periculosidade, um “índice revelador da personalidade criminal” (MECLER, 2010). A pessoa é penalizada não pelo que fez, mas pelo que supostamente fará. Típico direito penal do autor, sustentado pela ciência médica.

Formalmente, a periculosidade adentrou ao sistema criminal no Código Penal de 1940, como pressuposto da medida de segurança. A pessoa em sofrimento psíquico passa a ser objeto do sistema de Justiça Criminal. A noção de periculosidade da pessoa com transtorno mental baliza o discurso jurídico-psiquiátrico. Segundo Carvalho (2015, p. 282), “o criminoso é partido entre o direito penal e a psiquiatria, conforme o diagnóstico de sua patologia (criminoso ou doente)”. É dotado de periculosidade aquele que não consegue discernir a situação em que está envolvido,

não se determinando conforme as expectativas jurídicas, sendo irresponsável criminalmente. O portador de transtorno mental perdeu a razão, sendo impossível recuperá-la de forma absoluta. Por ser incorrigível, presume-se a reincidência (MECLER, 2010).

Não podendo sustentar o discurso jurídico do caráter retributivo da pena, impõe-se a medida de segurança, cuja finalidade é o “tratamento” do paciente. Esse sequestro asilar atende aos ditames da doutrina da defesa social, cuja finalidade é isolar o indivíduo da sociedade até ver cessar ou diminuir a sua periculosidade, por meio de sua domesticação. É a higienização mental da sociedade.

Nas palavras de Barros-Brisset (2011, p. 47), “o nó entre defesa social e periculosidade criminal normatiza a parceria direito-psiquiatria, criando uma nova tecnologia de controle desses casos: a medida de segurança - uma precaução ao estado perigoso do indivíduo portador do déficit moral”. O manicômio judiciário é um aparato jurídico e psiquiátrico que gira em torno do louco. É uma instituição que possui, no plano normativo e teórico, o papel de tratamento e sanção penal. A lógica do sistema criminal é de que é melhor restringir o direito de um indivíduo do que colocar em risco a segurança dos outros.

4 A PERÍCIA MÉDICA CRIMINAL

O exame médico tem a função de produzir um laudo psiquiátrico capaz de instruir o juiz da execução acerca da medida a ser imposta ao indivíduo inimputável não pode ser realizado de modo ineficaz. As doenças mentais são conhecidas desde a Antiguidade, mas a avaliação clínica ainda é complexa e frequentemente controversa (KACPERSKA *et al.*, 2016). A diferença entre o normal e o patológico é discutível, desprestigiando o conceito de “normalidade” (ZAFFARONI; PIERANGELI, 2020). A inexistência de marcadores biológicos disponíveis e de instrumentos diagnósticos precisos para avaliação da sanidade mental dificultam muito o correto diagnóstico.

Essas características tornam a perícia difícil, sendo relativamente frequentes discordâncias entre examinadores acerca do diagnóstico e, por consequência, a certeza da inimputabilidade penal. Isso leva a uma perda da confiabilidade e da validade do exame, pois a observação dos sintomas entre diferentes examinadores pode levar a conclusões distintas, estendendo a duração do processo e consequente aumento do custo para os cofres públicos.

A variabilidade de diagnósticos tem algumas razões. A primeira, pela falta de exames complementares específicos para o diagnóstico. O psiquiatra pode categorizar o paciente de acordo com seus sinais e sintomas, levando a um diagnóstico de baixa confiabilidade quando se utiliza apenas a avaliação clínica, sem utilização de instrumentos objetivos.

A segunda, pelo fato de a avaliação de insanidade mental ocorrer um longo tempo após o fato criminoso. O exame pode acontecer em períodos lúcidos, ou quando o paciente estiver com a doença sob controle pelo efeito de medicamentos e acompanhamento psiquiátrico, ou após aconselhamento de advogados da defesa, ou pela simulação. Ainda é muito comum que essa avaliação se dê em um único encontro. Assim, algumas importantes informações acerca do caso concreto podem não ser apresentadas ao perito no momento do exame. É importante que a avaliação seja feita no menor intervalo de tempo possível e em momentos diferentes ao longo do tempo para uma melhor avaliação.

Por fim, mesmo que o agente seja portador de transtorno mental, isso não quer dizer que o ato cometido tenha uma relação direta com a doença naquele

determinado momento. O fato de o agente ter um diagnóstico psiquiátrico não afasta, per si, a responsabilidade criminal. A oligofrenia, por exemplo, pode afetar o juízo de pensamento abstrato para compreender a antijuricidade de uma conduta, mas o sujeito pode compreender a antijuricidade de outras condutas, que dependam de capacidade de pensamento concreto (ZAFFARONI; PIERANGELI, 2020). Ainda não quer dizer que a existência de transtorno mental signifique a obrigatoriedade da imposição da medida de segurança.

Essa diferença de perspectiva quanto à valorização ou desprezo de alguns aspectos, de acordo com cada psiquiatra, não acontece com os instrumentos padronizados, uma vez que os quesitos investigados são homogeneamente aplicados em todos os indivíduos examinados (ABDALLA-FILHO, 2004).

O psiquiatra forense pode ser chamado a auxiliar o juízo para realizar perícias criminais para determinar a imputabilidade penal do agente, a avaliação do risco de violência, o exame de superveniência de transtorno mental, em agentes dependentes de substâncias tóxicas e para o exame de criminológico. Serão abordadas as duas primeiras perícias, de interesse para o presente trabalho.

4.1 O exame de insanidade mental

De longe, é a mais relevante avaliação da psiquiatria forense. Trata da existência de transtorno mental para fins de imputabilidade penal. A conclusão do exame pericial sobre a existência ou não de transtorno mental como a causa do cometimento do crime define o destino de como o acusado será visto dentro do sistema criminal de justiça. O exame de insanidade mental sela o destino do portador de transtorno mental: ou uma pena a ser cumprida em estabelecimento penal ou a medida de segurança a ser cumprida em manicômio judiciário.

Para o ordenamento jurídico pátrio, é fundamental avaliar a imputabilidade moral quando da sentença punitiva. A culpa moral traduz-se no poder que o homem mentalmente sadio possui para escolher entre o certo e o errado (FÜHRER, 2000). Exige-se que o agente tenha vontade, o livre arbítrio para se manter no caminho da licitude. Em situações específicas, a culpabilidade pode estar ausente ou diminuída quando o agente for portador de um transtorno mental. Nesses casos, é necessária a

intervenção do psiquiatra forense para determinar se o estado mental do agente estava alterado no tempo da ofensa.

A legislação brasileira adota, conforme já dito, como método de aferição da inimputabilidade, o sistema biopsicológico ou misto, exigindo quatro componentes: (i) o elemento patológico (doença ou desordem mental); (ii) a relação entre o elemento patológico e a ofensa; (iii) os elementos cognitivos ou volitivos; e (iv) o nexo temporal (MEYER *et al.*, 2020). Entretanto, na prática forense, o que vemos é a aplicação do sistema psicológico de inspiração francesa, tendo como pressuposto da aplicação da medida de segurança apenas a presença do transtorno mental.

O exame de insanidade mental vai, essencialmente, definir se um acusado tinha um transtorno mental quando do cometimento do crime e, presente a doença, o agente tinha ou não a possibilidade de entendimento acerca de seus atos e se podia discernir se era lícito ou não. É um exame retrospectivo em sua essência, que leva em consideração o estado mental do acusado por meio de observação clínica, utilizando-se também de entrevistas com familiares ou conhecidos, da análise de histórico médico, de elementos presentes nos autos, entre outros.

A existência de psicopatologias e a determinação da capacidade legal do autor são determinados pelo psiquiatra forense. As conclusões do exame serão três: (i) o acusado é considerado imputável, sendo inteiramente capaz de entender e de se comportar de acordo com a natureza ilícita do ato; (ii) semi-imputável, sendo parcialmente capaz de entender ou de se comportar de acordo com a natureza ilícita do ato; e (iii) inimputável, inteiramente incapaz de se comportar de acordo com a natureza ilícita do ato (MEYER *et al.*, 2020).

A fim de diminuir a divergência entre examinadores, garantindo a objetividade e a imparcialidade dos psiquiatras forenses, é necessário que sejam utilizados instrumentos específicos na avaliação da responsabilidade criminal. As práticas adotadas na clínica nem sempre podem ser transportadas para a psiquiatria forense.

Na avaliação da insanidade, existem três grandes domínios: (i) inventários multiescala; (ii) métodos projetivos; e (iii) entrevistas estruturadas (ROGERS; SEWELL, 1999). Os métodos projetivos, como o Roscharch, não têm a capacidade de avaliar retrospectivamente a insanidade, também com limitações na identificação de simuladores. As entrevistas estruturadas permitem que os psiquiatras possam

avaliar a severidade dos sintomas das doenças mentais em determinados períodos de tempo quando submetidas a adaptações. E os inventários multiescala são os mais utilizados na avaliação da insanidade no sistema criminal pela capacidade de demonstrar diferenças entre os acusados sãos ou com doenças mentais, além de identificar com precisão os simuladores.

Na prática forense, alguns modelos teóricos são tradicionalmente utilizados. Entre eles, citamos os mais usualmente utilizados. O modelo Rogers Criminal Responsibility Assessment Scales (R-CRAS) tem sido utilizado como modelo validado por uma série de estudos empíricos na avaliação da insanidade. O instrumento foi desenvolvido na década de 80, sendo revisitado pelo autor em estudo do ano de 2000. Consiste em um modelo sistemático para quantificar os sintomas chave e ser aplicado como modelo de decisão padronizado para avaliação da responsabilidade criminal. É composto por 30 variáveis, distribuídas em 5 ou 6 pontos de escala.

Um estudo chinês adaptou o R-CRAS, elaborando uma escala de avaliação de responsabilidade criminal para pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, denominada de RSCR (Rating scale of criminal responsibility) (CAI *et al.*, 2014). Os itens envolvem: motivação criminal, aura antes da ofensa, induzimento ao crime, tempo de seletividade do crime, emoção durante o crime, negação da responsabilidade após ofensa, negação da verdade durante o interrogatório, camuflagem, entendimento sobre a natureza da ofensa, dificuldade no convívio social, dificuldade de aprendizagem ou laboral, percepção sobre a doença, percepção da realidade, percepção do autocontrole. Para cada item foi atribuída uma pontuação de 0 a 4.

O questionário consegue identificar como critérios para responsabilização criminal: (i) responsabilidade total; (ii) ausência de psicose ou severidade moderada da doença; (iii) capacidade de cognição e volição intacta; (iv) responsabilidade criminal diminuída (capacidade de cognição ou de volição diminuída por sintomas psiquiátricos); e (v) irresponsabilidade criminal (perda total da capacidade de cognição ou de volição devido aos sintomas psiquiátricos).

A escala conseguiu diferenciar com precisão os três níveis de responsabilidade criminal (imputabilidade, inimputabilidade e semi-imputabilidade)

com bons níveis de confiabilidade e validade como instrumento de avaliação da inimputabilidade na prática clínica.

Outro estudo feito por Meyer (2020) testou a aplicação e validação de um modelo psicométrico baseado na estrutura do ensaio clínico MacArthur-CA, propondo a criação de uma escala de responsabilidade criminal (CRS). O trabalho utilizou duas subescalas com itens para avaliar a capacidade de entendimento e a capacidade de autodeterminação.

O propósito da construção dessas subescalas era a adequação do modelo teórico ao critério biopsicológico do Código Penal pátrio. A versão final contém 12 itens com 19 questões, com um escore variando de 0 a 38. A subescala da capacidade de entendimento inclui 9 itens, com um total de 15 questões e um escore que varia de 0 a 30. Os elementos avaliados são a noção de legalidade e ilegalidade, a noção de dever e definição de crime, a noção de potencial ato lesivo e seus efeitos, a noção de culpabilidade e de responsabilidade, a percepção da ilegalidade do ato e sua natureza criminal, a capacidade de julgamento de valor, a capacidade de vislumbrar alternativas ao ato cometido, a capacidade de assimilar e pesar valores e a noção do ato lesivo vs. integridade física e suas consequências.

A subescala de capacidade de autodeterminação inclui 3 itens, com um total de 4 questões e um escore de 0 a 8. Os elementos psicopatológicos analisados são a percepção da reprovabilidade social e legal do ato, a presença de intenção e *animus* e a deliberação, decisão e execução.

O entrevistador atribui um valor “0” quando não há presença do elemento psicopatológico citado, “1” quando há presença parcial de pelo menos um dos elementos psicopatológicos ou “2” quando há o conhecimento assertivo de pelo menos um dos elementos psicopatológicos. O estudo demonstrou que esse instrumento possui concordância entre os examinadores e validade estatística satisfatórias na avaliação da responsabilidade criminal.

4.2 O exame de verificação de cessação da periculosidade

A periculosidade é um juízo futuro, uma possibilidade subjetiva de reincidência criminal, construída a partir da presunção de uma associação entre loucura e perigo,

que será válida até prova em contrário (COSTA *et.al.*, 2018). O exame tem como objetivo determinar se há persistência, atenuação ou cessação total da periculosidade criminal dos indivíduos submetidos à medida de segurança. Tal presunção tem o condão de gerar o confinamento perpétuo dos indivíduos sujeitos a avaliação pericial psiquiátrica. Nas palavras de Virgílio de Mattos (2010, p. 56) “o portador de sofrimento mental recebe uma espécie de “nova condenação” a cada repetição de um laudo “positivo” para a periculosidade”.

A psiquiatria moderna vem tentando não mais aplicar o conceito de periculosidade, mas sim o de avaliação de risco de violência. Por meio de uma análise mais complexa, com utilização de instrumentos de avaliação padronizados, o psiquiatra forense pesquisa se o grau de risco é baixo, médio ou alto. Estudos mais recentes indicam que o transtorno psíquico não é o fator preponderante na avaliação de risco de violência, tampouco pode ser considerado um fator isolado (COSTA *et al.*, 2018).

Exige-se que a avaliação psiquiátrica tenha um caráter prognóstico, estabelecendo uma probabilidade de que um fato possa ocorrer, mesmo que seja impossível afirmar que um ato não será praticado por alguém num futuro próximo. De modo bastante simplista e binário, o perito terá que responder se o doente mental é ou não perigoso. A atual psiquiatria não admite mais que se determine o nível de risco de violência a partir da análise superficial do comportamento do indivíduo.

Via de regra, o exame baseia-se no interrogatório e em outras fontes de dados. O interrogatório traça uma biografia do indivíduo portador de transtorno mental, procurando sinais de periculosidade nas fases pré-delito, à época do delito e pós-delito (ABDALLA-FILHO, 2004). Somente os últimos fatores (história pós-delito) são modificáveis no curso da história do examinando, refletindo em novos exames de risco de violência. Observa-se clinicamente todas as suas reações mentais e corporais, por meio da observação do gestual do doente mental, suas falas, atitudes, lembranças, confissões, silêncios, negações, entre outros (BASSO, 2014).

As outras fontes de dados são informações colhidas de terceiros ou familiares, prontuário médico da instituição manicomial, relatórios psicossociais relativos ao comportamento do periciando na instituição, aderência ao tratamento, remissão de

sintomas, entre outros. Permeado de subjetividade e sem instrumentos padronizados, a positividade do exame fica na dependência da valorização de cada perito.

A fim de diminuir a discordância entre os examinadores, a avaliação de risco de violência deve utilizar instrumentos objetivos e validados para a elaboração do laudo. Na prática pericial, tem-se utilizado comumente o HCR-20 e o PCL-R.

O HCR-20 consiste num guia para avaliação de risco de violência, cujo nome deriva dos seus três componentes: histórico (H), clínica (C) e avaliação de risco (R). Constitui-se de 20 itens, sendo 10 referentes à cobertura dos antecedentes do examinando, 5 que correspondem aos fatores presentes que analisam aspectos clínicos e outros 5 relacionados aos fatores futuros, ligados ao gerenciamento de risco. A pontuação de cada item varia de 0 a 2, sendo que o valor “0” significa ausência do item ou não aplicação ao caso; o valor “1”, possivelmente presente ou de extensão limitada; e o valor “2”, item definitivamente presente. Quando não for possível a obtenção de informação, o item é omitido e o valor total dos pontos é distribuído entre os itens efetivamente avaliados. Este instrumento permite uma avaliação multifatorial do risco de violência, abrangendo fatores estáticos (H) e dinâmicos (C e R), proporcionando informação adicional para prevenção de futuros atos de agressão (TELLES *et al.*, 2009).

Os elementos analisados na história são: violência prévia; primeiro incidente violento em idade jovem; instabilidade nos relacionamentos; problemas empregatícios; problemas com uso de drogas; transtorno mental maior; psicopatia; desajustamento precoce; transtorno de personalidade; antecedente de insucesso comportamental quando sob supervisão. Os elementos clínicos que compõem o instrumento são: falta de insight; atitudes negativas; sintomas ativos de transtorno mental maior; impulsividade; e falta de resposta ao tratamento. Por fim, os itens de gerenciamento de risco são: planos inexecutáveis; exposição a fatores desestabilizadores; falta de apoio pessoal; não aderência a tentativas de correção; e estresse.

A avaliação por este instrumento estima o risco de violência em três níveis: baixo, moderado ou alto. O estudo para validação da versão brasileira (TELLES *et al.*, 2009) apontou uma concordância entre examinadores, uma congruência interna e uma confiança na aplicação na população psiquiátrica forense. De acordo com os

autores, o uso do HCR-20 torna a avaliação de risco de violência mais transparente e ética, além de ser um meio de prevenção de futuros atos de agressão.

O PCL-R é uma escala avaliativa de psicopatia criada por Robert Hare em 1991. De acordo com o autor, os psicopatas possuem uma chance três vezes maior de recidiva no comportamento criminal, e quatro vezes mais chance de se envolver e reincidir em crimes violentos. Entretanto, segundo Hare, a psicopatia não necessariamente significa um liame com a criminalidade. Possui 20 itens, com pontuação de zero a dois para cada item, semelhante ao HCR-20. Estudos referem que um resultado superior a 30 pontos significa que o indivíduo é um psicopata típico. Em estudo para aplicação em versão brasileira (MORANA; CÂMARA; ARBOLEDA-FLÓREZ, 2006), o valor de corte foi 23 pontos, diferenciando entre psicopatas e não-psicopatas. O escore abaixo de 12 significa que o indivíduo é normal, sem desvios de personalidade.

Os elementos que compõem a escala são: loquacidade ou charme superficial; autoestima inflada; necessidade de estimulação ou tendência ao tédio; mentira patológica; controlador ou manipulador; falta de remorso ou culpa; afeto superficial; insensibilidade ou falta de empatia; estilo de vida parasitário; frágil controle comportamental; comportamento sexual promíscuo; problemas comportamentais precoces; falta de metas realísticas em longo prazo; impulsividade; irresponsabilidade; falha em assumir responsabilidades; muitos relacionamentos conjugais de curta duração; delinquência juvenil; revogação de liberdade condicional; e versatilidade criminal.

5 UMA SUGESTÃO PARA A FORMULAÇÃO DE QUESITOS PENAIS

O sistema de justiça criminal brasileiro, com muita frequência, necessita do psiquiatra forense para avaliar as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Nas palavras de Jacqueline Reis Demes (2021, p. 45), este subsistema auxiliar (psiquiatria) é necessário para a construção de um juízo retrospectivo (inimputabilidade do réu) e para a emissão de um prognóstico quanto à cessação da periculosidade. Durante o processo penal as partes podem formular quesitos para serem respondidos pelos peritos quando da confecção de seus laudos. O perito pode ser chamado para auxiliar o juízo e emitir sua opinião em várias fases do processo criminal.

A lei penal, fundamentalmente, distingue três situações: (i) os que cometeram um crime e são pessoas com transtornos mentais *lato sensu*; (ii) os que manifestaram transtorno mental superveniente em qualquer fase processual; e (iii) avaliação do risco de violência do agente, que ocorre durante a fase de execução penal (TABORDA, 2001). Essa avaliação psiquiátrica não deve ser superestimada, a fim de não absolver de forma imprópria alguém que é responsável por seus atos nem impossibilitar o tratamento da pessoa doente.

Via de regra, o psiquiatra forense fica limitado a uma resposta binária sim/não, determinando, a depender do objeto da perícia, se o indivíduo é imputável ou não e se é perigoso ou não, de modo preciso e sem ambiguidade. O leque de possibilidades que podem ser avaliadas durante o exame psiquiátrico basicamente se perde, restringindo o seu alcance. Eventuais elementos que os peritos possam trazer como fatores de risco para violência normalmente são ignorados na confecção dos quesitos.

Ainda é digno de crítica que a perícia médica habitualmente se dê em um único encontro, com o psiquiatra simplesmente avaliando a pessoa com transtorno mental num recorte que muitas vezes não corresponde à realidade. Isso conflita com a lei, que prevê como prazo para avaliação superior a um mês, podendo ser feito em ambiente hospitalar. Via de regra, pelo fato de o perito psiquiatra estar ligado aos órgãos de segurança pública, tal exame é feito em institutos médico-legais ou em estabelecimentos prisionais, e não aos cuidados de unidades de saúde.

Os quesitos formulados normalmente têm um padrão estereotipado, limitando a resposta do psiquiatra, não sendo considerados aspectos clínicos ou possibilidades

terapêuticas. A quesitação é elaborada por partes ligadas à área do Direito, sendo sabido que os conceitos de transtorno mental adotados pelo campo jurídico são diferentes para a área de saúde – notadamente para as áreas de psicologia, psiquiatria e psicanálise.

Essa definição de normal e patológico compreende aspectos técnicos, científicos e culturais. Para a medicina, o normal é um padrão, que ocorre de maneira recorrente, aferível estatisticamente; para o direito, é o homem médio, que possui habilidade para perceber os desvios e se comportar em torno destes. O direito determina o parâmetro de funcionamento social normal e desejável aos indivíduos em seu meio. O que foge à regra, o excêntrico, torna objeto de atenção da psiquiatria (CHAVES, 2020).

Não se pode simplesmente desprezar a atuação interdisciplinar de diversas áreas do conhecimento quando da atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. A garantia de um tratamento adequado e de uma assistência integral, previstas pela Lei 10.216/2001, passa pela necessidade de atuação de profissionais afetos à área de atenção psicossocial. Quesitos formulados que não levam em consideração o envolvimento destas áreas estão totalmente desconectados do nosso ordenamento jurídico. Não existem mais dúvidas de que as medidas de segurança, cumpridas em instituições asilares, sem o envolvimento de equipes médica e de assistência social, além da família, desobedecem ao que foi estabelecido pela Constituição e pela Lei de Reforma Psiquiátrica.

Estudo realizado por Machado e Messere (2020) junto às varas criminais do Distrito Federal confirmou a incompatibilidade dos quesitos penais nos incidentes de insanidade mental formulados por juízes, promotores e, em menor escala, dos defensores públicos com a Lei de Reforma Psiquiátrica. Em sua maioria, os juízes não elaboraram quesitos penais, deixando o ônus aos promotores e defensores. Quando formularam os quesitos, versavam quase que exclusivamente acerca do disposto no artigo 26 do Código Penal. Já o foco da quesitação formulada pelos promotores era no juízo de inimputabilidade, não direcionado aos elementos periciais para a decisão referente à intervenção terapêutica sobre o incapacitado. Isso demonstra o desinteresse em ouvir os saberes assistencial e o psicológico, além de excluir a família do periciando. Por fim, os defensores públicos eram os que adotaram quesitos mais

compatíveis com a complexidade agregada pela Reforma Psiquiátrica, explorando, ainda que timidamente, o potencial interdisciplinar da perícia.

Baseando-se apenas nas respostas binárias aos quesitos formulados pelas partes, o julgador só tem duas alternativas: ou o agente é imputável e deve cumprir a pena, ou é inimputável e é remetido ao sistema da medida de segurança. Essa lógica determinista judicial deve ser quebrada. Segundo Demes (2021, p. 18), dentro de seus limites e das suas responsabilidades, o setor psicossocial judiciário esforça-se para localizar brechas e fazer furos nesses muros interpretativos. A medida de segurança vai de encontro ao estabelecido pela Lei 10.216/2001, que dá preferência ao tratamento ambulatorial, com a internação asilar sendo medida excepcional, quando os recursos extra-hospitalares se mostram insuficientes. A tão sonhada reinclusão ao meio social não se dá com o atual padrão de “tratamento” dispensado pelos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

A fim de mudar essa realidade de internação compulsória das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, os quesitos formulados devem englobar aspectos que possam municiar o julgador acerca da real condição de saúde mental do réu, indicando qual forma de tratamento será mais indicada em cada caso concreto. Assim, sugerimos abaixo quesitos a serem formulados para o exame de sanidade mental e para o exame de verificação de cessação de periculosidade.

Os quesitos relativos ao exame de sanidade mental são inspirados no trabalho de Cleonice Maria Resende Varalda e Helena Rodrigues Duarte (2013). Já os relativos ao exame de verificação de cessação de periculosidade foram adaptados da proposta do Observatório Crítico da medida de Segurança, coordenado pelos professores Cezar Augusto Rodrigues Costa, da Faculdade de Direito, e Katia Mecler, do Instituto de Psiquiatria, ambos da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que sugeriram a alternativa denominada Exame Multiprofissional e Pericial de Atenção Psicossocial (EMPAP) (COSTA *et al.*, 2018).

5.1 Quesitos para o exame de sanidade mental

1. O periciando possui algum transtorno mental?
2. O periciando, por transtorno mental, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato?

3. O periciando, por transtorno mental, ainda que compreendendo o caráter criminoso do fato, era inteiramente incapaz de determinar-se de acordo com esse entendimento?
4. O periciando, por transtorno mental, era, ao tempo da ação ou da omissão, era desprovido da plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato?
5. O periciando, por transtorno mental, ainda que compreendendo o caráter criminoso do fato, era desprovido da plena capacidade de determinar-se de acordo com esse entendimento?
6. O periciando necessita de tratamento? Se sim, este tratamento pode ser realizado por meio de acompanhamento ambulatorial e ministração de medicamentos? É indispensável a internação?
7. Há expectativa acerca da duração do tratamento?
8. Não sendo o caso de internação, é necessário que um familiar ou terceiro se responsabilize pelo tratamento clínico?
9. Não sendo caso de internação, a família se mostrou disponível para acompanhar o tratamento do periciando? Se sim, este tratamento pode ser realizado por meio de acompanhamento ambulatorial na rede pública de saúde, CAPS ou hospital-dia?
10. Ausente o suporte familiar, existe abrigo ou local no qual possa ser acolhido o periciando a fim de submeter-se ao tratamento em rede de saúde pública, por meio de tratamento ambulatorial, CAPS ou hospital-dia?

5.2 Quesitos para o exame de verificação de cessação de periculosidade

1. Qual hipótese diagnóstica do periciando no laudo de sanidade mental? Qual a conclusão deste laudo?
2. O periciando tem histórico de internação psiquiátrica e/ou tratamento psiquiátrico anterior ao cometimento do delito?
3. Qual a sanção penal instituída ao periciando?
4. O periciando tem consciência do delito cometido? Qual a sua versão acerca do delito?
5. O periciando tem histórico de abuso de álcool e/ou drogas ilícitas?
6. Qual o tratamento instituído ao periciando durante a sua internação asilar? Especificar.
7. Qual o estado psíquico atual do periciando? Qual a hipótese diagnóstica atual?

8. O periciando tem consciência da necessidade do tratamento? Há a sua aderência ao tratamento?
9. O periciando tem condições clínicas para dar continuidade ao tratamento psicológico e psiquiátrico em regime ambulatorial?
10. Há suporte familiar ao periciando para o acompanhamento ambulatorial na rede pública de saúde, CAPS ou hospital-dia?

A adoção de quesitos penais acima é uma demonstração da mudança de paradigmas e de respeito aos direitos das pessoas com transtorno mental. Utilizando a terminologia sugerida pelo Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei nº 10.216/2001, elaborado pelo Ministério Público Federal e pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (2011), desconstrói-se as etiquetas da pessoa com transtorno mental ainda adotadas pelo Código Penal pátrio, que, nos dizeres de Franco Basaglia (2001), destacam a doença em detrimento da pessoa. Além disso, reforça, de modo explícito, o tratamento em rede de assistência psicossocial como a regra, sendo a internação involuntária em instituição asilar a exceção, respeitando o disposto pela Lei de Reforma Psiquiátrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo tendo surgido no final do século XIX, o conceito de periculosidade ainda é determinante para a manutenção da pessoa com transtorno mental no cumprimento de sanção (na verdade, pena) da medida de segurança. Essa etiqueta estigmatizante ainda faz parte da cultura da internação aplicada aos inimputáveis psíquicos. A junção do Direito e da Psiquiatria justifica, por meio de discurso científico, a segregação do indivíduo com transtorno mental do convívio da sociedade. Já não interessa mais o ato delituoso, mas a personalidade do réu.

Apesar da não vinculação do julgador ao laudo pericial, o que vemos é uma adesão quase absoluta do juiz ao diagnóstico estabelecido pelo psiquiatra forense. A resposta aos quesitos, quase que limitadas ao sim/não, avaliações clínicas realizadas em apenas um breve encontro, a não aplicação de instrumentos objetivos para a avaliação psiquiátrica, a ausência da participação familiar e de outros atores assistenciais, a ausência de voz ao sujeito com transtorno mental, selam o destino do louco infrator. Uma vez determinada a sua inimputabilidade pelo psiquiatra forense, é praticamente impossível “desenlouquecer” ou apontar falhas nos laudos (DEMES, 2021, p. 44).

Os quesitos não devem ser utilizados apenas para atestar retrospectivamente a inimputabilidade psíquica ou, de forma profética, estabelecer um prognóstico futuro de periculosidade do indivíduo. Antes de tudo, devem ser instrumento para determinar o tratamento adequado a ser dispensado à pessoa com transtorno mental. É preciso que outras vozes sejam ouvidas durante o processo, aí incluídos o réu, a família, a psicologia, a assistência social, a coletividade. É necessário que se aproveite de todos os saberes disponíveis, que sejam envolvidos na produção dos laudos, além da necessária intervenção do psiquiatra forense.

A não adoção de quesitos ajustados à complexidade da Reforma Psiquiátrica impede que se identifique resposta terapêutica compatível com as necessidades e os direitos fundamentais do sentenciado. No estado atual, os quesitos se limitam à determinação da inimputabilidade, mas não oferecem subsídios fáticos para que o julgador decida sobre qual melhor medida a ser imposta ao portador de transtorno mental. Somente há decisão sobre o disposto no art. 97 do Código Penal, impondo internação/tratamento ambulatorial e a duração do tipo penal imputado, sendo

balizador do tratamento se a infração penal é passível de reclusão ou detenção (MACHADO; MESSERE, 2020).

Só assim se evitarão internações asilares desnecessárias, impedindo que as suas consequências trágicas se instalem de forma permanente nas pessoas com transtorno mental. Nas palavras de Virgílio de Mattos (2016, p. 69), “a internação compulsória não é solução para a vida, devemos insistir em outra saída”. A Lei de Reforma Psiquiátrica deve prevalecer ao anacrônico Código Penal vigente. A pessoa com transtorno mental deve ser tratada dignamente, em uma instituição de saúde e não penal. Como desejam Barros-Brisset e Juncal (2018, p. 452), é chegado o momento de que a presunção de periculosidade, que traz em si uma violência simbólica como efeito moral, será substituída (subvertida) pela presunção da sociabilidade.

REFERÊNCIAS

ABDALLA-FILHO, Elias. Avaliação de risco de violência em Psiquiatria Forense. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 6, p. 279-284, 2004.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Genealogia do conceito de periculosidade. **Responsabilidades**: revista interdisciplinar do programa de atenção integral ao paciente judiciário – PAI-PJ, v. 1, n. 1, p. 37-52, 2011.

BARROS BRISSET, Fernanda Otoni de; JUNCAL, Regina Geni Amorim. O que diriam os “loucos”? **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, n. 144, p. 441-473, jun. 2018.

BASAGLIA, Franco; JAHN, Heloisa. **A Instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

BASSO, Priscilla Mathes. **Crime e loucura**: a psiquiatria forense e a medicalização da periculosidade criminal. 2014. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

BRANCO, Thayara Castelo. **A (des)legitimação das medidas de segurança no Brasil**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

CAETANO, Haroldo. **Loucos por liberdade**: direito penal e loucura. Forte da Casa: Escolar Editora, 2019.

CAI, Weixiong *et al.* The reliability and validity of the rating scale of criminal responsibility for mentally disordered offenders. **Forensic Science International**, v. 236, p. 146-150, 2014.

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

CARVALHO, Salo de. **Anti manual de criminologia**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

CARVALHO, Salo. **Sofrimento e clausura no Brasil contemporâneo: estudos críticos sobre fundamentos e alternativas às penas e medidas de segurança**. Florianópolis: Empório do Direito, 2017.

CASTEL, Robert. **Ordem Psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CHAVES, Anna Cecilia Santos. Direito e Psiquiatria. *In*: BARROS, Daniel Martins de; CASTELLANA, Gustavo Bonini (org.). **Psiquiatria forense: interfaces jurídicas, éticas e clínicas**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020. p. 8-14.

COSTA, Cezar Augusto Rodrigues *et al.* Perigo real ou imaginário: uma reflexão crítica e uma proposta de modelo alternativo ao Exame de Verificação de Cessação da Periculosidade vigente no Código Penal Brasileiro. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, v. 144, p. 323-355, 2018.

DEMES, Jacqueline Reis. **Ato delituoso e o fazer clínico: reflexões sobre sujeito, crime e a medida de segurança sob o olhar da psicanálise**. 2021. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura: na idade clássica**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Ética, sexualidade, política (ditos e escritos V)**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FRAGOSO, Heleno Cláudio. **Lições de Direito Penal: a nova parte geral**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1986. v. 1.

FÜHRER, Maximiliano Roberto Ernesto. **Tratado da inimputabilidade no direito penal**. São Paulo: Malheiros Editores, 2000.

GOMES, Romina Moreira de Magalhães. O lugar do perito e o lugar do analista na abordagem do louco infrator. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 15, p. 481-492, 2012.

KACPERSKA, I. *et al.* Reliability of repeated forensic evaluations of legal sanity. **International Journal of Law and Psychiatry**, v. 44, p. 24-29, 2016.

LEBRE, Marcelo. Medidas de segurança e periculosidade criminal: medo de quem? **Responsabilidades: revista interdisciplinar do programa de atenção integral ao paciente judiciário – PAI-PJ**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 273-282, 2012.

MACHADO, Roberto. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MACHADO, Bruno Amaral; MESSERE, Fernando Luiz de Lacerda. Reforma Psiquiátrica e justiça criminal no Distrito Federal: uma análise exploratória das

quesitações em incidentes de insanidade mental. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, v. 163, p. 395-419, 2020.

MATTOS, Virgílio de. Canhestros caminhos retos: notas sobre a segregação prisional do portador de sofrimento mental infrator. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum**, v. 20, n. 1, p. 51-60, 2010.

MATTOS, Virgílio de. Por que ainda existem manicômios? *In*: VENTURINI, Ernesto; MATTOS, Virgílio de; OLIVEIRA, Rodrigo Tôrres (org.). **Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade**. Brasília: CFP, 2016. p. 62-74.

MECLER, Kátia. Periculosidade: evolução e aplicação do conceito. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 20, n. 1, p. 70-82, 2010.

MEYER, L. F. *et al.* Criminal Responsibility Scale: Development and Validation of a Psychometric Tool Structured in Clinical Vignettes for Criminal Responsibility Assessments in Brazil. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, p. 1-12, 2020.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei n. 10.216/2001**. Brasília, 2011.

MORANA, Hilda Clotilde Penteado; CÂMARA, Fernando Portela; ARBOLEDA-FLÓREZ, Julio. Cluster analysis of a forensic population with antisocial personality disorder regarding PCL-R scores: Differentiation of two patterns of criminal profiles. **Forensic Science International**, v. 164, n. 2-3, p. 98-101, 2006.

QUEIROZ, Paulo. **Curso de Direito Penal: Parte Geral**. 11. ed. Salvador: Ed. Juspodivm, 2015.

RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

REBELO, Fernanda; CAPONI, Sandra. A medicalização do crime: a Penitenciária de Florianópolis como espaço de saber e poder (1933-1945). **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 22, p. 193-206, 2007.

ROGERS, Richard; SEWELL, Kenneth W. The R-CRAS and insanity evaluations: a re-examination of construct validity. **Behavioral Sciences and the Law**, v. 17, p. 181-194, 1999.

TABORDA, José G. V. Criminal Justice System in Brazil: Functions of a forensic psychiatrist. **International Journal of Law and Psychiatry**, v. 24, n. 4-5, p. 371-386, 2001.

TELLES, Lisieux Elaine de Borba *et al.* Reliability of the Brazilian version of HCR-20 Assessing Risk for Violence. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 3, p. 253-256, 2009.

VARALDA, Cleonice Maria Resende; DUARTE, Helena Rodrigues. **Notas sobre a execução da medida de segurança de internação no DF**. Brasília: MPDFT, 2013.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. **Entre silêncios e invisibilidades: os sujeitos em cumprimento de medidas de segurança nos manicômios judiciais brasileiros**.

2015. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral**. 14. ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2020.