

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE DIREITO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CRIMINAIS

**FERNANDA CORRÊA OSÓRIO**

**INIMPUTABILIDADE: ESTUDO DOS INTERNOS DE UM  
INSTITUTO PSIQUIÁTRICO FORENSE**

Porto Alegre

2006

**FERNANDA CORRÊA OSÓRIO**

**INIMPUTABILIDADE: ESTUDO DOS INTERNOS DE UM  
INSTITUTO PSIQUIÁTRICO FORENSE**

Dissertação de Mestrado para obtenção do título de Mestre em Ciências Criminais – Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto

Porto Alegre

2006

Dedico este trabalho às queridas Letícia, Laura,  
Mariane, Verônica, Vivian e Taís.

## **AGRADECIMENTOS**

Difícilmente poderia agradecer de modo adequado a todos aqueles que me ajudaram nesse trabalho, mas sou especialmente grata:

Ao Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto, pelos inúmeros ensinamentos e pela dedicada, paciente, e, sobretudo, incentivadora orientação.

À Letícia Teixeira, Laura Haeser, Mariane Caum, Verônica Valle, Vivian Cristófoli e Taís Amara da Costa, em primeiro lugar, pela dedicação e competência nas pesquisas no IPFMC viabilizando este trabalho e, em segundo lugar, pelo inestimável apoio e valiosa amizade.

Ao Dr. Rogério G. Cardoso, diretor do IPFMC, pela sua solicitude.

Ao Dr. Ruben de Souza Menezes, Dra. Liseux de Borba Telles e Dra. Margareth Uarth Christoff pela contribuição no enriquecimento desse trabalho.

Ao Sady José Rodrigues Domingues, funcionário do IPFMC, pela paciência e valiosa ajuda nas pesquisas junto ao setor de arquivos e prontuários.

Aos colegas de Mestrado, em especial, César Ramos, Diego Romero, Jonas Ramos, Lílian Reolon, Micheli Lisi, Rafael Canterji e Rogério Garcia pela companhia, incentivo e amizade.

À amiga, colega de escritório e companheira de inquietações, Caroline Rossi, pelo carinho e estímulo sempre providenciais.

À minha família, a qual eu tenho a sorte de pertencer.

*“O Outro rompe com a segurança do meu mundo, ele chega sempre inesperadamente, dá-se em sua presença não antevista, sem que eu possa mais, anular sua presença e seu sentido”.*

Ricardo Timm de Souza

## RESUMO

O estudo perfilou os internos inimputáveis do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (IPFMC), correlacionando as variáveis do perfil biopsico-sociais com a situação jurídico-penal do interno. A população de estudo foi formada por todos os pacientes inimputáveis no período abril a agosto de 2005. Estavam em tratamento no IPFMC 617 pacientes inimputáveis na época de referência. Nessa investigação os dados foram coletados nos prontuários judiciais arquivados no IPFMC. Os achados do estudo não diferiram significativamente dos achados da literatura. A análise estatística dos dados revelou que os internos inimputáveis apresentam as seguintes características: idade média de 43, 22 anos de idade, gênero masculino (91,3%), com profissão definida (73,2%), com o primeiro grau de escolaridade (74,6%), sem companheira (o) (83,2%), delito gerador da inimputabilidade crime contra a pessoa (62,1%), com antecedentes criminais (58,3%), prazo mínimo fixado na sentença de 1,76 ano, cumprindo medida de segurança detentiva (91,4%), média do tempo de internação de 9,33 anos, sob o regime de Alta Progressiva (81,5%), com internação prévia em outras instituições psiquiátricas (55,2%), sem cumprimento anterior de medida de segurança (83,3%), com o diagnóstico de Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos (61,4%). No cruzamento do gênero com as outras variáveis, os resultados apresentaram-se estatisticamente sem significância. Entretanto, identificou-se entre as mulheres uma preponderância dos crimes contra a pessoa como delito gerador da inimputabilidade (84,6%) e observou-se que uma maior proporção de homens com antecedentes criminais (44,5%). No cruzamento das variáveis: internação prévia em outras instituições psiquiátricas e antecedentes criminais, identificou-se relevância estatística: dentre os internos com internação prévia, 61,9% possuíam antecedentes criminais. Da mesma forma no cruzamento das variáveis grau de instrução e existência de antecedentes criminais: quanto maior o nível de escolaridade do interno, menor o índice de reincidência criminal. Com relação aos diagnósticos, os resultados apontaram uma preponderância de internos com antecedentes criminais nos pacientes com diagnóstico de Transtornos Relacionados à Substâncias (56,5%) e com Transtornos de Personalidade (59,7%). Ainda na análise dos Transtornos relacionados ao Álcool, verificou-se que 60,8% dos internos que cometeram crimes contra a pessoa possuíam esse diagnóstico estabelecendo uma relação entre criminalidade violenta e os Transtornos de Uso de Substâncias. A pesquisa, ao traçar o mapa da inimputabilidade no Rio Grande do Sul contribui para o debate sobre a temática que envolve medida de segurança, doença mental e criminalidade.

**Palavras-chave: perfil – inimputabilidade – medida de segurança – doença mental.**

## ABSTRACT

The study listed unimputable inmates of the Psychiatric Forensic Institute 'Mauricio Cardoso' (IPFMC), correlating the variables of the social-biopsychic profile with the legal-penal situation of the inmate.

The population of the study was formed by all unimputable patients during the period of April-august of 2005. The total of 617 unimputable patients were undergoing treatment at the IPFMC at the time in reference. During that investigation the data collected in patients legal charts were filed in the IPFMC. The findings of the study did not differ significantly from the findings in the literature.

The statistical analysis of the data revealed that the unimputable inmates presented the following characteristics: average age of 43, 22 years old, male (91.3%) ; with defined profession (73.2%) ,with the first grade of education (74,6); without companion mate) (83,2%); the felony generator of the unimputable crime was against a person (62,1%); with criminal antecedent (58.3%), minimal time of sentence in prison 1,76 years, serving it with security measure (91,4%); average time in prison of 9.33 years, under regime of progressive release (81,5%); with previous hospitalization in other psychiatric institutions (55,2%), with no previous security measure (83,3%), with the diagnosis of schizophrenia and other psychotic disorders (61.4%). In the crossing of genders with the other variables, the results statistically presented no major significance.

However, it was identified among women a predominance of crimes against a person as the generator of the felony of the unimputability (84,6%), and it was observed a larger proportion of men with criminal antecedents. (44,5%); in the crossing of the various previous hospitalizations in other psychiatric institutions and criminal antecedents, a relevant statistic identified: among the inmates with previous hospitalization, 61,9% had criminal antecedents; likewise, in the crossing of various degrees of education and the existence of criminal antecedents: as the level of education of the inmates was higher, there was less criminal relapse. As to the diagnosis, the results showed a predominance of inmates with criminal antecedents in patients with disorders related to substances (56,5%), and with personality disorder (59,7%). also in the disorders related to alcohol it was verified that 60,8% of the inmates who committed crimes against a person were alcohol addicts, though establishing a relation between violent criminality degree and the disorder caused by the use of substances. So, the research drawing a map of the unimputability in Rio Grande do Sul contributes for a debate on this thematic (issue) which involves security measure, mental illness and criminality.

**Key words: unimputability – security measure – mental illness.**

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	10
LISTA DE FIGURAS .....	11
LISTA DE TABELAS .....	12
LISTA DE QUADROS .....	14
INTRODUÇÃO.....	15
1 DA ETIOLOGIA DA LOUCURA AO NASCIMENTO DA CRIMINOLOGIA .....	21
1.1 Loucura: Breve Relato Histórico.....	21
1.2 O Nascimento da Criminologia .....	26
1.3 O Nascimento da Criminologia no Direito Penal Brasileiro .....	31
2 INIMPUTABILIDADE POR DOENÇA MENTAL. CAUSA EXCLUDENTE DA CULPABILIDADE.....	37
2.1 Considerações Iniciais: Culpabilidade .....	37
2.2 Inimputabilidade.....	39
2.3 Doença Mental.....	41
2.4 Desenvolvimento Mental Incompleto ou Retardado.....	44
2.5 Conteúdo do Artigo 26 do Código Penal .....	44
3 MEDIDA DE SEGURANÇA .....	46
3.1 Considerações Iniciais .....	46
3.2 Diferenças Conceituais entre Pena e Medida de Segurança.....	50
3.3 Espécies de Medida de Segurança.....	52
3.4 Periculosidade.....	54
3.5 Tempo de Duração da Medida de Segurança .....	56
3.6 Ordenamento Jurídico Português e a Limitação Temporal das Medidas de Segurança.....	59
4 O INSTITUTO PSIQUIÁTRICO FORENSE DO RIO GRANDE DO SUL .....	62
4.1 Aspectos Históricos .....	62



5 PLANO DA NATUREZA DO PROBLEMA .....	66
5.1 Formulação do Problema de Pesquisa .....	66
5.2 Sentido do Problema.....	66
6 PLANO DOS OBJETIVOS DA PESQUISA.....	67
6.1 Objetivos Gerais e Específicos .....	67
6.2 Justificativa:.....	67
7 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DOS TERMOS .....	69
8 METODOLOGIA.....	72
8.1 Aspectos Éticos .....	72
8.2 Descrição da População e Amostra .....	72
8.2.1 Área Geográfica.....	72
8.2.2 Descrição da População e Amostra .....	72
8.3 Procedimentos de Coletas de Dados.....	73
8.4 Análise e Interpretação dos Dados .....	75
9 RESULTADOS .....	77
9.1 Resultados das Variáveis que Definem o Perfil dos Internos.....	77
9.1.1 Gênero .....	79
9.1.2 Idade .....	80
9.1.3 Profissão .....	80
9.1.4 Grau de Instrução.....	81
9.1.5 Estado Civil .....	82
9.1.6 Delito Gerador da Inimputabilidade.....	82
9.1.7 Prazo Mínimo de Internação Fixado em Sentença Condenatória .....	83
9.1.8 Tempo de Internação .....	84
9.1.9 Espécie de Medida de Segurança .....	85
9.1.10 Situação do Interno na Instituição .....	85
9.1.11 Doença Mental Diagnosticada.....	86
9.1.12 Diagnóstico Relacionado ao Transtorno de Substância .....	87
9.1.13 Internação em Outras Instituições Psiquiátricas.....	88
9.1.14 Cumprimento Anterior de Medida de Segurança.....	89
9.1.15 Antecedentes Criminais.....	90
9.2 Associações .....	90
9.2.1 Gênero e Faixas de Idade.....	90
9.2.2 Gênero e Grau de Instrução .....	91
9.2.3 Gênero e Existência de Profissão Definida .....	92
9.2.4 Gênero e Estado Civil.....	93
9.2.5 Gênero e Delito Gerador da Inimputabilidade .....	93
9.2.6 Gênero e Prazo Mínimo Fixado na Sentença .....	94
9.2.7 Gênero e Tempo de Internação.....	95
9.2.8 Gênero e Tipo da Medida de Segurança.....	96
9.2.9 Gênero e Existência de Antecedentes Criminais.....	97
9.2.10 Gênero e Internação em Outras Instituições Psiquiátricas .....	98
9.2.11 Gênero e Diagnóstico .....	99
9.2.12 Internação em Outras Instituições Psiquiátricas e Antecedentes Criminais.....	100
9.2.13 Transtornos Relacionados ao Álcool, <i>Cannabis</i> e Cocaína e Delito Gerador da Inimputabilidade.....	101

9.2.14 Grau de Instrução e Existência de Antecedentes Criminais .....	103
9.2.15 Diagnóstico e Internação em outras Instituições .....	104
9.2.16 Diagnóstico e Existência de Antecedentes Criminais .....	105
9.2.17 Situação do Interno na Instituição e Delito Gerador da Inimputabilidade .....	107
9.2.18 Situação do Interno na Instituição e Diagnóstico .....	108
9.2.19 Tipo de Medida de Segurança e Diagnóstico .....	111
9.2.20 Cumprimento Anterior de Medida de Segurança e Diagnóstico .....	111
10 DISCUSSÃO .....	114
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	147
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	158
ANEXOS .....	163

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**Art** – Artigo.

**CID10** – Classificação Internacional de Doenças (10ª. Revisão).

**CP** – Código Penal.

**Dec.Lei** – Decreto-Lei.

**DEPEN** – Departamento Penitenciário Nacional

**DSM IV** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV Revisão).

**IPFMC** – Instituto Psiquiátrico Forense Mauricio Cardoso.

**SOE** – Sem Outra Especificação.

**SPSS** – Statistical Package for the Social Sciences (Programa Estatístico para as Ciências Sociais).

**SUSEPE** – Secretaria de Serviços Penitenciários.

**UAT** – Unidade de Admissão e Triagem.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição dos pacientes, conforme o gênero. ....	79
Figura 2: Distribuição dos internos conforme as faixas etárias.....	80
Figura 3: Distribuição dos Internos conforme a .....	81
Figura 4: Distribuição dos internos por grau de instrução.....	81
Figura 5: Distribuição dos internos com relação ao .....	82
Figura 6: Distribuição dos internos conforme os delitos.....	83
Figura 7: Distribuição dos internos conforme o prazo mínimo fixado.....	84
Figura 8: Distribuição dos internos conforme o tempo de internação.....	84
Figura 9: Distribuição dos internos por espécie de medida.....	85
Figura 10: Distribuição dos internos segundo sua situação.....	86
Figura 11: Distribuição dos internos por diagnóstico.....	87
Figura 12: Distribuição dos internos de acordo com o Transtorno .....	88
Figura 13: Distribuição dos internos de acordo com a .....	89
Figura 14: Distribuição dos internos segundo o cumprimento.....	89
Figura 15: Distribuição dos internos segundo os.....	90
Figura 16: Internação em outras Instituições e Antecedentes Criminais. ....	101
Figura 17: Associação entre Transtornos Relacionados ao Álcool, <i>Cannabis</i> e Cocaína e Delito Gerador da Inimputabilidade. ....	102

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição dos Internos, por Gênero e Faixas de Idade.....	91
Tabela 2 Distribuição dos Internos, por Gênero e Grau de Instrução .....	92
Tabela 3 Distribuição dos Internos, por Gênero e Existência de Profissão Definida.....	92
Tabela 4 Distribuição dos Internos, por Gênero e Estado Civil .....	93
Tabela 5 Distribuição dos Internos, por Gênero e Delito Gerador .....	94
Tabela 6 Distribuição dos Internos, por Gênero e Prazo Mínimo Fixado.....	95
Tabela 7 Distribuição dos Internos, por Gênero e Tempo de Internação .....	96
Tabela 8 Distribuição dos Internos, por Gênero e Tipo da Medida de Segurança .....	97
Tabela 9 Distribuição dos Internos, por Gênero e Existência de Antecedentes Criminais.....	98
Tabela 10 Distribuição dos Internos, por Gênero e Ocorrência de Internação em Outras Instituições .....	99
Tabela 11 Distribuição dos Internos, por Gênero e Diagnóstico.....	100
Tabela 12 Distribuição dos Internos, por Grau de Instrução e Existência de Antecedentes Criminais.....	103
Tabela 13 Distribuição dos Internos, por Diagnóstico e Internação em Outras Instituições.....	105
Tabela 14 Distribuição dos Internos, por Diagnóstico e Existência de Antecedentes Criminais.....	107
Tabela 15 Distribuição dos Internos, por Regime Atual e Delito Gerador .....	108

Tabela 16 Distribuição dos “Internos”, por Regime Atual e Diagnóstico.....	110
Tabela 17 Distribuição dos “Internos”, por Tipo de Medida de Segurança e Diagnóstico....	111
Tabela 18 Distribuição dos “Internos”, por Cumprimento Anterior de Medida de Segurança e Diagnóstico .....	112
Tabela 19 Distribuição por gênero daqueles que cumprem medida de segurança no Brasil a partir de 2000 até 2004 .....	117

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Características dos internos do IPFMC segundo Christoff e Osório.....	115
Quadro 2: Características dos internos do IPFMC segundo Christoff e Osório.....	115
Quadro 3: Proporção de homens para cada mulher que cumpriu medida de segurança nos hospitais psiquiátricos brasileiros nos anos de 2000 a 2004. ....	117
Quadro 4: Proporção de homens para cada mulher no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso no ano de 1996 e 2005. ....	118
Quadro 5: Distribuição dos internos por grau de escolaridade nos anos de 1996 e 2005 .....	121
Quadro 6: Distribuição dos internos segundo a profissão nos anos de 2000 e 2005.....	123
Quadro 7: Delitos geradores da inimputabilidade nos anos de 1996 (Christoff) e 2005 (Osório). ....	131
Quadro 8: Distribuição dos internos por gênero e tempo de internação no IPFMC. ....	138
Quadro 9: Pacientes beneficiados pela Alta Progressiva no período de 1995 a 2004.....	141
Quadro 10: Resultados obtidos nas pesquisas de Christoff, Cardoso e Osório acerca dos internos beneficiados pela Alta Progressiva. ....	142

## INTRODUÇÃO

A doença mental como fato social, desenvolve especificidades nas reações sociais que se diferenciam das demais reações violentas. O seu desconhecimento provoca o temor, tanto naqueles que tratam dos doentes como nos familiares e nos que convivem indiretamente com ela.

O presente estudo tem como fulcro perfilar os inimputáveis, agentes sem capacidade de censurabilidade, do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (IPFMC) localizado na cidade de Porto Alegre, única instituição destinada a esse fim no estado do Rio Grande do Sul. Além disso, busca este estudo mostrar mais de perto “esse outro mundo”, repleto de histórias que despertam curiosidade e estranheza.

Esta pesquisa abarca apenas aqueles internos considerados inimputáveis e que cumprem medida de segurança na Instituição. Imputar significa atribuir a responsabilidade a alguém e em Direito Penal, para que alguém seja responsável penalmente por um determinado delito são necessárias três condições básicas: 1) ter praticado o delito; 2) à época dele ter tido entendimento do caráter criminoso da ação; 3) à época ter sido livre para escolher entre praticar e não praticar.



Dá-se o nome de capacidade de imputação jurídica ao estado psicológico que se fundamenta no entendimento que o indivíduo tem sobre o caráter criminoso do fato e na aptidão de determinar-se de acordo com esse entendimento. Essa capacidade pode ser total, parcial ou nula.

Quando a capacidade de imputação for nula, isto quer dizer que o agente era, à época do delito, totalmente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou totalmente incapaz de determinar-se de acordo com esse entendimento. Assim sendo, o delito por ele praticado lhe é inimputável e, ele agente poderá ser julgado penalmente irresponsável pelo que fez.

Dessa forma, a capacidade de imputação jurídica depende da faculdade do indivíduo de entender e de determinar-se. A faculdade de entender está baseada na possibilidade que o agente tem de conhecer a natureza, as condições e as conseqüências do ato. Implica o conhecimento da penalidade, da organização legal, das conseqüências sociais, e supõe certo grau de experiência, de maturidade, de educação, de inteligência, de lucidez, de orientação e de memória. A faculdade de determinar-se baseia-se na capacidade de escolher entre praticar ou não o ato, o que requer serenidade, reflexão e distância de qualquer condição patológica que possa escravizar a vontade do indivíduo, impulsionando-o para o ato.

A lei penal brasileira exige, para responsabilizar o autor de um crime, não mais do que a consciência do caráter delituoso do fato e a liberdade de escolha entre praticá-lo ou não. Reza o artigo 26 do Código Penal que é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Sempre que houver dúvida sobre a capacidade de imputação jurídica de um acusado, o juiz nomeará um perito para a realização de um laudo. A perícia verificará o grau de entendimento ético-jurídico e autodeterminação do agente à época do fato. O perito avaliará a higidez mental do acusado à época do fato e verificará o grau de comprometimento que a patologia apurada engendrar na faculdade do entendimento e da autodeterminação, indicando a capacidade e o grau de imputação do ato que praticou. O que for totalmente incapaz de entender e de autodeterminar-se vai à inimputabilidade, incorrendo o agente no *caput* do art. 26 do Código Penal.

Nesse caso o agente será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento, sofrerá então a consequência jurídica da inimputabilidade – a medida de segurança.

A medida de segurança perdura enquanto persistir a periculosidade. A periculosidade é, nesse sentido, o simples perigo para os outros ou para a própria pessoa, e não o conceito de periculosidade penal, limitado a probabilidade da prática de novos crimes.

O IPFMC é um estabelecimento médico penal da rede penitenciária do Governo do Estado do Rio Grande do Sul vinculado à Secretaria dos Serviços Penitenciário. Destinado à internação e à reabilitação dos infratores doentes mentais submetidos à medida de segurança, e de sentenciados que foram acometidos de doença mental. O Instituto tem ainda dentre os objetivos a realizar, durante o processo judicial, exames e perícias para a verificação de responsabilidade e de periculosidade penal.

Busca a presente pesquisa, portanto, identificar as principais características dos

internos que cumprem medida de segurança no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. O problema de que trata este trabalho transita por um campo de intersecção da Psiquiatria com o Direito Penal.

Para podermos refletir sobre a problemática da violência, faz-se necessário, de acordo com Ruth M. Chittó Gauer “analisar a questão para além da criminalidade, pois esta questão representa apenas um diagnóstico das idiosincrasias sociais e das desestruturações vividas no momento atual”.<sup>1</sup> Leciona ainda a autora, em relação ao estudo do crime, que “toda e qualquer forma de crime pode ser considerada um fenômeno complexo, e, portanto, impossível de ser explicado sob o olhar de uma só ciência”.<sup>2</sup>

A escolha de um estudo interdisciplinar dos internos de uma Instituição Psiquiátrica Forense se dá no momento em que só se concebe a ciência através da interdisciplinaridade, da comunicação entre os saberes. A adoção desse método de estudo não se reduz a uma simples multidisciplinaridade à mera justaposição de especialidades, mas constitui um domínio ao mesmo tempo unitário e complexo, no qual as “fronteiras” entre as disciplinas, traçadas a partir de uma visão positivista do saber, sejam, senão negadas, pelo menos postas entre parênteses.

Dessa forma, a investigação interdisciplinar se diferencia da investigação multidisciplinar pelo fato de que nessa há múltipla participação de disciplinas sem qualquer coordenação ou integração entre elas; enquanto naquela ocorre uma interpenetração entre os

---

<sup>1</sup> GAUER, Ruth M. Chittó. Alguns Aspectos da Fenomenologia da Violência. In: GAUER, Gabriel Chittó; GAUER, Ruth M. Chittó (coord.). **A Fenomenologia da Violência**. Curitiba: Juruá, 1999. p.28.

<sup>2</sup> GAUER, Ruth M. Chittó. Interdisciplinaridade e Ciências Criminais. In: FAYET Jr., Ney. **Ensaio Penais em Homenagem ao Professor Alberto Rufino Rodrigues de Souza**. POA: Lenz, 2003. p.682.

saberes, um grau maior de integração, um projeto elaborado em comum. Ocorre interferência, comunicação e controle entre as pesquisas realizadas por cada saber singular.<sup>3</sup>

Acerca da transdisciplinaridade, coloca Salo de Carvalho:

Tenho, pois, que a nós penalistas falta uma dose de humildade e modéstia, para, ao adotar uma ética transdisciplinar, estabelecer uma séria conversação com as demais áreas do saber, procurando, neste diálogo, apre(e)nder, e não simplesmente impor uma verdade absoluta com intuito de subjugar conhecimentos diversos.<sup>4</sup>

Marques Neto<sup>5</sup> ao analisar as possibilidades de articular Direito e Psiquiatria coloca que a interdisciplinaridade torna indissociável teoria e prática e sua articulação se faz mediante recortes, sendo que cada recorte abre a possibilidade de campos epistêmicos novos e muitas vezes imprevistos. Ressalta o autor que a noção de interdisciplinaridade comporta um sentido crucial: o de que o discurso e o campo de uma disciplina teórica podem afetar (e conseqüentemente, ser afetados) pelo discurso e pelo campo de outras disciplinas. Tal relação não deve ser entendida, porém, como sendo recíproca e simétrica.

Neste estudo, parte-se do princípio que o conhecimento científico não é capaz de dar conta de modo exaustivo da verdade de seu objeto, pois o produto desse estudo torna-se superável com o avanço desse conhecimento, com sua crescente depuração teórica, conceitual e metodológica. Além disso, no estudo de um fenômeno psiquiátrico, deve se ter presente, a

---

<sup>3</sup> BRITTO, Ricardo. **Interdisciplinaridade das Ciências Criminais**. Porto Alegre, PUCRS, 17 set. 2003. Palestra concedida aos alunos da Pós Graduação em Ciências Criminais da PUCRS.

<sup>4</sup> CARVALHO, Salo. A Ferida Narcísica do Direito Penal (primeiras observações sobre as (dis)funções do controle penal na sociedade contemporânea. In: GAUER, Ruth M.Chittó (coord.). **A Qualidade do Tempo: para além das aparências Históricas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004, p.207.

<sup>5</sup> MARQUES NE; Diretor: Prof. Áttila Sá D'Oliveira TO, Agostinho Ramalho. Subsídios para pensar a possibilidade de articular Direito e Psicanálise. In:\_\_\_\_\_. **Direito e Neoliberalismo-Elementos para uma leitura interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Edibej, 1996.

enorme complexidade da teoria psiquiátrica, que demanda intensa vigilância necessária para evitar os riscos do reducionismo, sempre presentes em toda aproximação interdisciplinar.

A pesquisa, ao traçar o mapa da inimputabilidade no Rio Grande do Sul contribui para o debate sobre a temática que envolve medida de segurança, doença mental e criminalidade tentando superar o conceito popular de que “se fazer de louco é uma maneira de escapar das penalidades impostas pela lei”.

Na medida em que se incorpora ao número restrito de trabalhos dedicados à análise do destino do doente mental infrator, torna-se uma fonte capaz de auxiliar nas estratégias de planejamento da própria instituição, no conhecimento de juízes, promotores, advogados e na discussão acerca do tratamento e reabilitação dos internos. Justifica-se, principalmente, pelo número de internos inimputáveis na Instituição, em abril de 2005, 617 infratores doentes mentais.

## 1 DA ETIOLOGIA DA LOUCURA AO NASCIMENTO DA CRIMINOLOGIA

### 1.1 Loucura: Breve Relato Histórico

Na Antigüidade grega, até os tempos pré-socráticos, não haveria um conceito de “natureza humana”. As distorções ou aberrações dessa “natureza” eram atribuídas às forças e entidades conhecidas. Mais vagas ainda eram as idéias sobre a culpa, a responsabilidade, o descontrole emocional, a insanidade. Textos como o *Ilíada*, de Homero, e *As obras e os dias*, de Hesíodo, comprovam essa afirmação.<sup>6</sup>

Em Homero a loucura é um estado de desrazão, com sua origem em Zeus, em outros deuses ou entidades subalternas. A “etiologia” da loucura é mitológica e pode levar à agressão, ao homicídio, à perda da vida, à transgressão de normas sociais, ao delírio. Quanto à forma, segundo Homero, a loucura pode corresponder a dois quadros, a *mania* e a *melancolia*, ou, ainda, a simples episódios transitórios de insensatez. Presume-se, portanto, que para Homero a vida diária poderia levar a momentos de insensatez.<sup>7</sup>

A terapia, na época homérica, resumia-se a um ritual e à reparação dos erros que instauraram a loucura, já que não era considerada uma doença, mas um “desajustamento” ao modelo social enviado pelos deuses.<sup>8</sup> Nas peças trágicas de Homero, a interferência da divindade cedia o papel de causa aos conflitos de paixões. A loucura resultava de conflitos entre paixões, entre lealdade e deveres.

---

<sup>6</sup> PESSOTTI, Isaias. **A loucura e suas épocas**. São Paulo: Editora 34, 1994, p.13.

<sup>7</sup> PESSOTTI, op. cit., p.20.

<sup>8</sup> O conceito de loucura da poesia de Homero e Hesíodo implica, invariavelmente, a intervenção direta e permanente dos deuses na vida dos homens. São os deuses e seus instrumentos – *Atê*, *Eríneas* ou *Moira* – que roubam ou confundem a razão dos homens e os enlouquecem.

A concepção medieval da psicopatologia foi marcada pela associação ou identificação da loucura com a possessão diabólica. Durante esse período, inúmeras obras foram escritas com o objetivo de facilitar a identificação dos que agem por obra do demônio, contra a salvação cristã das almas, seja através de pregação herética, seja por meio de encantamentos ou rituais de culto demoníaco, seja, enfim, por terem condutas estranhas, ou por demonstrarem poderes anormais para sua condição social.<sup>9</sup>

Tais textos propagam a idéia de que quem faz ou diz coisas raras, estranhas ou imorais, age por obra do diabo, possuído por ele. Viroses, resfriados, conjuntivites, calafrios, icterícia, são indícios fortes de possessão diabólica; alguns desses “sintomas” ocorrem nos casos de mania ou melancolia.

Falar línguas desconhecidas ou entendê-las quando faladas por outros; descobrir e revelar fatos ocultos, esquecidos, futuros, secretos, pecados e pensamentos dos presentes; discutir assuntos elevados e sublimes quando se é ignorante; agitar-se de modo paroxístico sem que os outros consigam por fim a essa agitação, mesmo quando são homens fortes e robustos; ouvir uma voz interior sem compreender o significado das palavras ditas; esquecer tudo o que se fez e se disse numa das condições indicadas acima; a imprevista perda das energias físicas e psíquicas; aparentar estupidez ou idiotia principalmente quando o sacerdote convida a recitar orações; falar com elegância ou doutamente quando se é ignorante; cantar segundo os cânones musicais sem dominar o conhecimento deles; sentir-se impulsionado por uma persuasão interior a lançar-se num precipício, ou ao suicídio; tornar-se inesperadamente tolo, cego, coxo, mudo, surdo, lunático, paralítico, ser atacado por terrores inesperados que logo desaparecem.<sup>10</sup>

A partir desses sintomas “aparentemente médicos”, é possível verificar-se a presença do demônio na pessoa. Sintomas clássicos de histeria, de melancolia, de mania, epilepsia eram indicação de possessão demoníaca.

---

<sup>9</sup> PESSOTTI, Isaias. **A loucura e suas épocas**. São Paulo: Editora 34, 1994, p.88.

<sup>10</sup> Estudo de “semiologia” de Guaccio que pretende “dar mais segurança ao diagnóstico” e adverte para o risco de “se confundir um endemniado com um simples enfeitado. É a chamada “demonologia acadêmica” (PESSOTTI, op. cit., p.91).

O *Malleus Maleficarum*, escrito em 1484, difundiu a crença da intervenção onipresente dos demônios na vida dos homens:

O diabo, ademais, é capaz de possuir os homens na sua essência corpórea, como fica claro no caso dos loucos (...). E embora tal modo de possessão fuja um pouco a nosso propósito, trataremos dele aqui, para que fique esclarecido que, com a permissão de Deus, os homens por vezes são substancialmente possuídos por demônios a pedido das bruxas.

O objetivo da obra é promover e legitimar a caça às bruxas, considerando a loucura como prova da possessão demoníaca, ou de intervenção diabólica por artes de bruxaria. A loucura seria apenas negativa, patológica, estigma de imperfeição e culpa. O louco passava a ser suspeito, perigoso, e por isso, evitado.

A tradição de acolher os alienados em um ambiente destinado exclusivamente a eles teria sua origem na cultura árabe, segundo Foucault<sup>11</sup>. Antes da reforma de Pinel, a administração dos hospícios estava muito longe de qualquer projeto psiquiátrico. E mesmo depois dela, as condições dos alienados eram, no mínimo, deploráveis:

Eles são mais maltratados que os criminosos; eu os vi nus, ou vestidos de trapo, estirados no chão, defendidos da umidade do pavimento apenas por um pouco de palha. Eu os vi privados de ar para respirar, de água para matar a sede, e de coisas indispensáveis à vida. Eu os vi entregues às mãos de verdadeiros carcereiros, abandonados a vigilância brutal destes. Eu os vi em ambientes estreitos, sujos, com falta de ar, de luz, acorrentados em lugares nos quais se hesitaria em guardar até bestas ferozes, que os governos, por luxo e com grandes despesas, mantêm nas capitais.<sup>12</sup>

Os hospícios eram marcados pela utilização dos meios mais cruéis de contenção e punição. Com a implementação dos manicômios<sup>13</sup>, poucas mudanças nas condições cotidianas

---

<sup>11</sup> FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na idade clássica**. Rio de Janeiro: Graal, 1986, p.3.

<sup>12</sup> UGLOTTI apud PESSOTTI, Isaias. **A loucura e suas épocas**. São Paulo: Editora 34, 1994, p.154.

<sup>13</sup> Tais instituições surgiram a partir do século XIX e caracterizavam-se por acolher apenas doentes mentais e dar-lhes tratamentos médicos sistemáticos e especializados.



ambientais do doente ocorreram. O movimento do *no-restraint* de Pinel marca a renovação do manicômio por retirar as correntes dos alienados de Paris e foi, em si mesmo, um grande progresso no tratamento do louco. Embora não os devolvesse à condição de cidadão, a mera liberdade para movimentar-se e locomover-se já os restituía à condição humana.

Quanto ao tratamento, esse foi prevalentemente voltado para as funções orgânicas, implicando fármacos, dietas e práticas destinadas a afetar diferentes funções corporais. Até o final do século XIX, o tratamento da loucura era essencialmente físico.<sup>14</sup>

O tratamento físico incluía, com freqüência, choques sensoriais intensos, como grandes sustos ou inesperados estrondos, técnicas de balanço<sup>15</sup>, de inoculação de varíola, da malária, duchas de água fria aliada aos instrumentos penosos de contenção dos loucos, agitados ou suspeitos de periculosidade.<sup>16</sup>

O tratamento moral, segundo Pessotti, visa à correção de delírio a partir das experiências novas, cuja adequada programação implica uma instituição especial. De acordo com Esquirol, herdeiro científico de Pinel,

---

<sup>14</sup> PESSOTTI, Isaias. **A loucura e suas épocas**. São Paulo: Editora 34, 1994, p.215.

<sup>15</sup> Segundo Isaias Pessotti em sua obra sobre os manicômios, essa técnica do balanço, mais conhecida como *swing*, originou a famosa máquina rotatória. Tal aparelho consistia em algumas cordas presas ao teto, fixadas por uma trave de madeira, horizontal, distante do solo a meia-altura. Nessa trave se prendia uma maca ou uma poltrona de madeira. Com a maca, o paciente ficava em posição horizontal durante o giro; com a cadeira, obtinha-se a “rotação perpendicular”. Normalmente, o movimento rotatório era acelerado e se prolongava até que provocasse vertigens, vômitos e colapso circulatório, a ponto de produzir inconsciência, com ou sem convulsões. Com a finalidade de obter um “melhor rendimento terapêutico”, essa técnica era acrescida da provocação de ruídos estranhos, cheiros fortes, ou outros agentes que pudessem causar medo ao paciente.

<sup>16</sup> Pessotti relata em sua obra *O século dos manicômios* as características de alguns instrumentos utilizados para a contenção mecânica de loucos agitados. A “máscara de Autenricht” era de couro rígido e destinada a sufocar os gritos dos agitados; o “saco de Horn” era confeccionado com um tecido muito grosso, bem encerado para impedir a passagem de luz, dentro do qual eram amarrados os pacientes mais agitados; a cruz de cordas, composta por uma corda grossa fixada na vertical, do teto ao solo, com outra que a cruzava, amarrada pelas duas pontas. O paciente, nesse instrumento, era amarrado de pé pela cintura ao cruzamento das duas e seus braços, abertos e estirados, eram ligados à corda horizontal. Havia também o “tranquilizer” que consistia numa cadeira de madeira onde o paciente era imobilizado pelos pés, cintura, peito, braços e cabeça. Uma caixa de madeira vedava qualquer visão ou qualquer movimento da cabeça; o paciente permanecia assim numa sala escura, sem qualquer som, por muitas horas.

o internamento de um louco deve tender a dar nova direção às suas idéias e aos afetos e a impedir qualquer desordem, qualquer distúrbio do qual ela possa ser a causa, e para impedir o mal que ele possa fazer a si mesmo e aos outros, se for deixado em liberdade. Assegurando-lhe novas impressões, livrado-o de seus hábitos e mudando seu modo de vida, chega-se àquilo que se destina o isolamento.<sup>17</sup>

Erving Goffman<sup>18</sup> já descrevia os manicômios como sendo “um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal”, ou “estufas para mudar pessoas”. Entretanto, as autoridades, os médicos e juristas não manifestam inconformidade com a situação desse segmento da sociedade que não vota, não consome, não fala nem é vista.

Outra questão que também deve ser suscitada é a crise atual que envolve a psiquiatria e o tratamento e diagnóstico de doenças mentais. Alexandre Wunderlich<sup>19</sup>, escrevendo sobre a violência institucionalizada, indaga: “Será utópico pensarmos uma sociedade sem manicômios e sem prisões?” Respondendo a essa indagação, o autor cita Peter Pál Pelbart, que fala do manicômio mental como a outra face da clausura e disserta sobre uma sociedade utópica em que os loucos não estariam mais segregados e teriam o direito à desrazão.

Entretanto, a abolição dos manicômios é ainda um assunto que gera inúmeras

---

<sup>17</sup> ESQUIROL, apud PESSOTTI, Isaias. **A loucura e suas épocas**. São Paulo: Editora 34, 1994, p.135.

<sup>18</sup> GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2001, p.22. Erving Goffman, na referida obra, trata de vários aspectos centrais das instituições totais, dentre os quais se pode citar a ruptura das barreiras que comumente separam as três esferas da vida de um homem (dormir, brincar e trabalhar). Em primeiro lugar, segundo Goffman, todos os aspectos da vida são realizados num mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a seqüência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Prossegue o autor afirmando que, numa instituição total, os menores segmentos de uma pessoa podem estar sujeitos a regulamentos e julgamentos da equipe diretora; a vida do internado é constantemente penetrada pela instauração da sanção vinda de cima, sobretudo durante o período inicial de estada. Cada especificação retiraria do indivíduo uma oportunidade para equilibrar suas necessidades e seus objetivos de maneira pessoalmente eficiente e colocaria suas ações à mercê de sanções.

<sup>19</sup> WUNDERLICH, Alexandre. Os casos de Pierre Rivière e Febrônio Índio do Brasil como exemplos de uma violência Institucionalizada. In: GAUER, Gabriel J. Chittó; GAYER, Ruth M. Chittó (Coord.). **A fenomenologia da violência**. Curitiba: Juruá, 1999.

controvérsias e sugere inúmeras reflexões. Dessa forma, pretendemos com esse estudo dar o primeiro passo no estudo das inúmeras questões (legais, antropológicas, para citar algumas) que envolvem a segregação dos declarados inimputáveis em manicômios judiciais.

## 1.2 O Nascimento da Criminologia

Após a Idade Média, onde a loucura era vista como uma possessão satânica, pensadores deram as costas à “alma” e se concentraram cada vez com maior interesse no corporal, como fonte de condutas humanas. Gradualmente, foi-se suspeitando que os distúrbios mentais não eram fruto de uma possessão satânica, mas sim, uma doença do corpo que afetava a mente, algo parecido ao que ocorria também com a epilepsia. Este deslocamento do interesse científico da alma para os corpos termina de se consagrar com o advento da Modernidade.

Assim como Foucault descreve as alternativas do interesse pelo corpo dos condenados como objeto da sanção<sup>20</sup>, houve, no nascimento da criminologia, um evidente interesse pelo corpo como objeto de estudo para explicar as condutas desprovidas de valor. Como explica Carlos Alberto Elbert:

Este processo se fortaleceu institucionalmente a partir de duas circunstâncias muito específicas: a aceitação e a generalização, a partir do século XII, das autópsias, que permitiam investigar corpos humanos sem tabus, em busca de dados verificáveis, a cargo dos médicos, uma antecipação – diríamos dos atuais médicos legistas. Por outra parte, o estudo dos corpos vivos não se limitava às ações físicas, mas foi abrangendo, em medida crescente, a indagação das motivações nos seres vivos. A outra circunstância relevante nessa progressão histórica foi a evolução das normas e dos sistemas de procedimento penal a partir do séc. XVIII, incorporando a medicina legal nos processos, modernização que resta plasmada em uma instituição fundamental do direito penal posterior, que é a inimputabilidade do louco.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. 25.ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

<sup>21</sup> ELBERT, Carlos Alberto. **Manual básico de criminologia**. Trad. Ney Fayet Júnior. Porto Alegre: Ricardo Lenz, 2003.

Posteriormente, com a criação do primeiro documento que previa uma organização da medicina legal, a *Constitutio Criminalis* juntamente com a famosa ‘Carolina’, resumindo e sistematizando os progressos na matéria, surgem os primeiros modelos de investigação criminológicos. O interesse em determinar o aspecto psicofísico, a razão de ser do delito, eclode nos pensadores da época.

A investigação criminológica começa em busca de um conhecimento racional e fundamentado, através de três circunstâncias: o questionamento das idéias antes dominantes, com a publicação da obra *Utopia*, de Thomas Morus<sup>22</sup>; a crítica à situação dos sistemas processuais, incluindo o sistema de sanções, com a obra de Cesare Bonesana e, posteriormente, Beccaria<sup>23</sup> como marcos principais.

Por último, a necessidade crescente de comprovação que se afirmava com o paradigma da ciência do século XIX, com as obras de dois ingleses: John Howard<sup>24</sup> (1726-1790) e Jeremy Bentham<sup>25</sup> (1748-1832).

---

<sup>22</sup> Morus insurgiu-se contra a sociedade inglesa, contra a ganância e o egoísmo dos ricos, contra a crueldade com que se condenavam os pobres ladrões necessitados. A interrogação central de suas investigações sobre o sistema penal era: A justiça que temos é a melhor que podemos Ter? Negando-se a reconhecer a autoridade do rei Henrique VIII, Thomas Morus morreu decapitado em 1535. (ELBERT, Carlos Alberto. **Manual básico de criminologia**. Trad. Ney Fayet Júnior. Porto Alegre: Ricardo Lenz, 2003. p.42).

<sup>23</sup> Beccaria pronuncia-se pela origem contratual do direito de castigar, e sustenta, entre outros pontos de vista, que a aplicação da lei não é uma aplicação divina, mas sim social, que deve Ter limites, pelo que não basta sua vigência legal, mas que deve aspirar-se à sua legitimidade; que não devem ser aplicados torturas nem serem impostas penas inumanas e, que, ao invés disso, as penas devem ser aplicadas igualmente a todos os cidadãos; que a lei e o juiz devem ser prévios aos juízos, que deve ser público, e no qual deve admitir-se o princípio da inocência e o direito de defesa, etc. (ELBERT, op. cit. p.43).

<sup>24</sup> John Howard realizou uma minuciosa análise e descrição das prisões da Escócia e Gales, um verdadeiro clássico da investigação penalógica. Graças às suas investigações sobre essas prisões, atualmente é possível conhecer o universo carcerário do século XVIII. (ELBERT, op. cit., p.45).

<sup>25</sup> Jeremy Bentham influiu muito na reforma penal inglesa do século XIX e em outras legislações, como a francesa. Sua obra fundamental é teórica, mas sua criação do panóptico é um achado que alcançou a universalidade. Este sistema de construção de penitenciárias seguiu sendo aplicada após início do século XX em muitos países e consiste, como sabemos, em um centro de controle por observação sobre as alas radicais das prisões. Bentham é um dos utilitaristas mais representativos, defendendo que a pena, para justificar-se, deve ter uma finalidade útil. (ELBERT, op. cit., p.45).

Fazendo um corte na temática social e jurídica, entramos no campo biológico, no qual encontramos grandes investigadores que predisuseram a mudança nas idéias no campo normativo. No séc. XIX com Charles Darwin e sua obra *Origem das Espécies*; Herbert Spencer, com *O homem contra o Estado*, *Hipótese sobre o desenvolvimento*, *Princípios de Psicologia*, *Os Primeiros Princípios*, *Estatística Social e Criação e evolução*.

Spencer, apesar de sua proclamada “liberalidade”, possuía uma visão racista, oligárquica, estática e fatalista da sociedade. A idéia de eliminação dos ineptos, da morte natural das células doentes era tratada assim por Spencer apud Elbert:

Eliminar o doente, o deformado, o menos veloz ou potente, impede toda a degeneração da raça pela multiplicação desses representantes menos valiosos. Assegura-se assim a manutenção de uma constituição completamente adaptada às condições do entorno, e, por conseguinte, produtora de um grau máximo de felicidade.<sup>26</sup>

Após a exposição desses marcos de referência histórico e científico do momento em que se reuniram as condições indispensáveis para que a criminologia começasse a conceber-se como ciência, cabe tratarmos de uma época em que a multidisciplinaridade ingressou no fenômeno criminal, principalmente com a antropologia criminal, estatística criminal, psiquiatria criminal e a sociologia criminal. Atualmente, este tipo de estudos de caráter biológico de conduta do delinqüente se faz em cadeiras denominadas de medicina ou psiquiatria forense e tende a englobá-las com a denominação de *Criminologia Clínica*.

Um dos principais pensadores da Escola Positivista foi Cesare Lombroso (1835-1909), médico forense e alienista que, por ser sempre ativo em instituições públicas, como o exército, penitenciárias e manicômios, aproveitou a possibilidade de conhecer uma infinidade de casos

---

<sup>26</sup> ELBERT, Carlos Alberto. **Manual básico de criminologia**. Trad. Ney Fayet Júnior. Porto Alegre: Ricardo Lenz, 2003. p.50.

individuais. Realizou, no estilo darwiniano, uma série de estudos e observações de pacientes, especialmente de caráter antropométrico. Em sua atividade médica, sua inclinação em direção à psiquiatria, foi central e possuía grande interesse pelas taras genéticas hereditárias e congênitas, que tão reiteradamente observara em loucos e delinqüentes perturbados, levando-o a acreditar na idéia de que devia existir uma relação de caráter biológico entre a degeneração e os instintos perversos e destrutivos.

Por essa via, acentua-se em seu pensamento a suspeita de que o delinqüente tem uma tendência maligna inata ligada à sua estrutura física e psíquica que se manifesta até em sua fisionomia. O ponto de contato entre Lombroso e os juristas produz-se pela assistência de Garófalo ao seu curso de Psiquiatria e Antropologia Criminal de Turim. Em pouco tempo se estabelece uma comunhão de interesses entre eles e Ferri, que se consolida em 1880, com a fundação da revista *Arquivo de Psiquiatria e Antropologia Criminal*, pedra fundamental e órgão difusor da chamada Escola Positiva do Direito Penal.<sup>27</sup>

Como obra da Escola Positiva, mas particularmente com a tese de Lombroso, fica consagrado o chamado paradigma etiológico (na medicina: o estudo sobre as causas das doenças), ou seja, na busca das origens patológicas do comportamento desviado do delinqüente.

Enrico Ferri (1856-1926) foi quem mais difundiu os aspectos mais polêmicos da escola positiva italiana. Opôs-se à possibilidade do livre arbítrio e conseqüentes concepções que surgiam do ideário de Beccaria. Para Ferri, o homem era uma verdadeira máquina, condicionada por distintos fatores, e não podia escolher seus comportamentos. Segundo ele, o

---

<sup>27</sup> ELBERT, Carlos Alberto. **Manual básico de criminologia**. Trad. Ney Fayet Júnior. Porto Alegre: Ricardo Lenz, 2003. p.57.

livre arbítrio era um mito, uma ficção abstrata que dava lugar a uma responsabilidade de caráter moral, sendo que o delito, por sua natureza objetiva, devia dar lugar a uma responsabilidade do tipo social.

Ferri dedicou grandes esforços para converter suas idéias em leis. Presidiu a comissão que elaborou o Código de 1921, de transição entre o positivismo e a Escola Clássica. Não obstante, o triunfo do fascismo interrompeu esse projeto, ainda que Ferri aderindo-se a ele, tenha conseguido tornar-se membro da comissão encarregada de redigir um novo Código Penal conforme objetivos do regime. O projeto, apresentado em 1927, foi aprovado em 1930, e é lembrado como Código Rocco Mussolini.<sup>28</sup>

À periculosidade, descoberta pelo positivismo, Ferri chamou de “temibilidade do autor” e, a partir dela deduziu que era necessário estabelecer penas indeterminadas, guiadas pelo tratamento necessário para que o sujeito supere sua propensão delitiva, o que impunha também uma individualização da pena, aspectos também encontrados no nosso Código Penal ainda vigente.

Rafaelle Garófalo (1852-1934) é o terceiro grande representante da Escola Positiva e suas contribuições mais destacadas foram referentes aos temas da periculosidade, a noção criminológica de delito e os conceitos de prevenção especial mediante tratamento. Colocou muita ênfase no “prognóstico de periculosidade” e elaborou a construção teórica do chamado “delito natural”, ligando ambos os termos aos sentimentos de piedade e sensibilidade moral. O

---

<sup>28</sup> Lembra Salo de Carvalho, que o atual Código de Processo Penal Brasileiro, de 1941, é marcado pelo signo da eficiência da repressão penal. Aponta seu caráter nitidamente autoritário, pois inspirada na reforma operada no Código de Processo Penal italiano pelo Ministro Rocco, então Ministro da Justiça de Mussolini. (CARVALHO, Salo. As reformas parciais no Processo Penal brasileiro: crítica aos projetos de informalização dos procedimentos e privatização dos conflitos. In: **Anuário do Programa de Pós-Graduação em Direito**. São Leopoldo, 2001).

prognóstico de periculosidade constituía na “na quantidade de mal previsto que se pode temer de parte do delinqüente” (temibilidade).

Garófalo mostrou que os tipos de delitos mudam em nível internacional, mas que certas condutas puníveis reiteram-se em quase todos os códigos. Por isso concluiu que se o positivismo também deveria se ocupar com o conceito de delito, criando, uma noção própria. O que está intimamente ligado com sua convicção de que o delito é o resultado de anomalias psíquicas ou morais hereditárias do autor, diferentes da doença mental, que hoje situaríamos próximo das chamadas psicopatias.

Elena Larrauri ao tratar da crítica à Escola Positiva coloca:

Esta crítica ao positivismo produz um marco mais amplo das ciências sociais. Acostuma a considerar-se correntes sociológicas positivistas aquelas que compartilham as seguintes premissas: 1. A possibilidade de utilizar os métodos das ciências naturais para o estudo das ciências sociais 2. A comprovação empírica de premissas teóricas ou, dito em outros termos, a existência de um referencial objetivo com o qual se coteja com os referenciais teóricos.<sup>29</sup>

Segundo a autora, o legado positivista pode ser centrado em três premissas: a primazia do autor sobre o ato infrator, a concepção de um sujeito determinado e a diferenciação entre delinqüentes e sujeitos convencionais.<sup>30</sup>

### 1.3 O Nascimento da Criminologia no Direito Penal Brasileiro

Ao longo da história os comportamentos desviantes dos membros do grupo foram

---

<sup>29</sup> Esta crítica al positivismo se produce también en el marco más amplio de las ciencias sociales. Acostumbra a considerar-se corrientes sociológicas positivistas aquellas que comparten las siguientes premisas: 1. La posibilidad de utilizar los métodos de las ciencias naturales para el estudio de las ciencias sociales; 2. La comprobación empírica de las asunciones teóricas o, dicho en otro términos, la existencia de un referente objetivo con el cual cotejar las unciones teóricas.” (LARRAURI, Elena. **La Herencia de la criminología crítica**. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, 2000, p.13).

<sup>30</sup> LARRAURI, op. cit. p.17.



interpretados de várias maneiras. Os comportamentos que hoje são classificados como transtornos mentais (como a eles se referem os dois maiores sistemas oficiais nosológicos da atualidade – DSM IV e CID-10) foram, em outras épocas, classificados de formas diferentes e inseridos no seio da cultura através de mecanismos diversos.

Assim, aqueles que apresentavam um tipo de comportamento manifestamente diferente e incompreensível para seus semelhantes, foram denominados “feiticeiros” “bruxos”, “possuídos”, “psicopatas”, e, dependendo da época foram considerados seres sagrados ou queimados vivos em fogueiras<sup>31</sup>. Os hospícios europeus do século XVII foram fundados e estruturados semelhantemente as prisões, com a única tarefa de confinar pessoas socialmente indesejáveis<sup>32</sup>.

O Brasil colonial não deixou marcas do atendimento à saúde mental. O louco vivia a céu aberto ou em cárcere privado, não havendo registro significativo a esse respeito e não se estabelecendo relação do crime com a loucura. Não há vestígio do saber psiquiátrico.

Por volta da segunda metade do século XIX, os textos jurídicos relacionados ao direito penal começam a referir-se à obra *L'uomo delinquente*, considerada fundadora da criminologia, marcando um processo modernizador do pensamento jurídico-penal. O processo de medicalização, enquanto introdutor no Brasil de uma nova ordem disciplinar, cria condições para uma reflexão médica sobre as prisões, que vai acabar por estabelecer um

---

<sup>31</sup> O *Malleus Malleficarum*, escrito em 1484, difundiu a crença na intervenção onipresente, dos demônios na vida dos homens, o objetivo desta obra é promover e legitimar a caça às bruxas, considerando a loucura como prova da possessão demoníaca, ou de intervenção diabólica por artes de bruxaria. A loucura é apenas negativa, patológica, estigma de imperfeição e culpa. O louco passa a ser suspeito, perigoso e, por isso, evitado. PESSOTI, Isaias. *A Loucura e suas Épocas*. São Paulo: Editora 34, 1994, p.93.

<sup>32</sup> Os hospícios, segundo Isaias Pessoti, eram edifícios inteiros, administrados como partes de hospitais gerais, destinados exclusivamente ao recolhimento de alienados. Não havia tratamento médico, tais instituições apenas abrigavam e alimentavam os alienados, separados dos demais doentes e marginalizados sociais.

parentesco entre doença e crime.<sup>33</sup>

Esboçam-se duas noções que se tornarão chaves na criminologia: a de periculosidade ou temibilidade e os novos procedimentos de classificação dos criminosos. Em Ferri, como em Lombroso, opõem-se as categorias de normal e anormal (homem honesto x homem criminoso).

A partir da segunda metade o século XIX, criminologia e psiquiatria mantiveram um diálogo constante preservando, entretanto, algumas peculiaridades.

Para a psiquiatria, o louco é sempre alguém capaz de cometer um crime (tal foi sempre a visão dos alienistas). Os loucos são perigosos, ao mesmo tempo em que enfermos e por isso mesmo vítimas de sua condição. Para proteger a sociedade e o louco simultaneamente surge a figura do alienista e os tratamentos morais.<sup>34</sup>

A diversidade fundamental entre a criminologia e o discurso psiquiátrico sobre o crime reside no fato de que: enquanto a primeira representa uma função interna do direito penal sob o impacto das ciências humanas, a psiquiatria se insurge do exterior, disputando

---

<sup>33</sup> RAUTER, Cristina. **Criminologia e Subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003. p.31.

<sup>34</sup> Antes que surgisse o “tratamento moral”, o tratamento da loucura foi prevalentemente voltado para as funções orgânicas, implicando fármacos, dietas e práticas destinadas a afetar diferentes funções corporais. Até o final do século XIX, o tratamento da loucura era essencialmente físico que incluía com frequência choques sensoriais intensos, como grandes sustos ou inesperados estrondos; técnicas de balanço, de inoculação de varíola, da malária, duchas de água fria aliadas aos instrumentos penosos de contenção dos loucos, agitados ou suspeitos de periculosidade. O tratamento moral, segundo Pessoti, visa à correção de delírio a partir das experiências novas, cuja adequada programação implica uma instituição especial. Uma das diferenças mais claras entre o tratamento moral e o tratamento físico é a diversidade do papel do médico no processo terapêutico: guia, interlocutor, conselheiro e pedagogo, num caso: mero responsável pelo diagnóstico e pela prescrição eventual de tratamento, no outro. O tratamento moral consistia fundamentalmente no apego rígido aos regulamentos e com intenção redentora e educativa. Oscilava entre a benevolência filantrópica e a repressão dos excessos. (PESSOTTI, Isaias. **O Século dos Manicômios**. São Paulo: Editora 34, 2002).

com o direito penal o papel de gestora dos criminosos, através da afirmação de uma relação íntima entre crime e doença mental (o criminoso é quase sempre um doente mental).

O primeiro Código Penal brasileiro, de 1830 (o Código do Império), tornava irresponsáveis “os loucos de todo gênero salvo se tiverem intervalos lúcidos e neles cometerem crimes”. Sob a influência francesa, esse diploma fundava a responsabilidade penal sobre o livre arbítrio, que, enquanto capacidade racional de discernimento, estava ausente no louco.<sup>35</sup>

A psiquiatria nascia no Brasil: em 1841 fundava-se o primeiro hospício do Rio de Janeiro. O hospício de alienados é a realização do princípio de isolamento formulado por Esquirol que separa o louco das causas de sua loucura, inscritas na sociedade e, principalmente na família.

O princípio de isolamento expressa uma zona de conflito entre a família da época e a psiquiatria: o louco deve ser distanciado do meio doméstico, que não só causa mais acirra e confirma a alienação mental. Trata-se, portando, de reorganizar o contato entre o doente e a família através do hospício, que é a possibilidade de intervenção terapêutica.

---

<sup>35</sup> Nina Rodrigues, importante pensador brasileiro do séc. XIX e XX, ao tratar da responsabilidade penal ressalta a importância da correta diferenciação das raças (por exemplo, classificação dos negros em tipos e subtipos). A responsabilidade penal fundada na liberdade do querer, não poderia ser equiparada à das raças brancas civilizadas. Para ele, negros e índios eram de todo irresponsáveis em estado selvagem e deveriam ter uma responsabilidade diminuída quando em contato com a civilização. Para o autor, o cruzamento racial gerava produtos anormais e com degeneração psíquica, ao que parece, via no estudo da mestiçagem no Brasil um caminho para uma melhor ordenação da sociedade brasileira em geral, mais especificamente, das leis penais. CENTURIÃO, Luiz Ricardo Michaelsen; GAUER, Ruth Maria Chittó. A etnopsiquiatria e o mito das raças nos Brasil. In: SILVA, Mozart Linhares da. (org). **História, Medicina e Sociedade no Brasil**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003.

O Código Penal de 1830 previa que os loucos que cometessem crimes podiam ser entregues “às famílias e às casas a eles destinadas”, conforme decisão do Juiz. O destino dos loucos criminosos era incerto, assim como o era dos loucos em geral. A própria noção de que os loucos devem ser encerrados em hospícios ainda se construía no Brasil.

Em 1903 se regulamenta a guarda temporária dos bens do alienado pelo psiquiatra através da Lei do Alienado, que também define o hospital como único local onde devem ser recolhidos os loucos, subordinando a internação a um parecer médico.<sup>36</sup>

A psiquiatria passa, então, a dispor de um poder de seqüestro diverso daquele que dispõe o Judiciário. Segundo Cristina Rauter:

As relações entre psiquiatria e direito penal são relações entre dois tipos de relação de seqüestro, um fundamentado em leis advindas de um contato social de bases liberais, outro fundamentado na tecnologia médica.

Sob o impacto das ciências humanas, o próprio direito penal irá transformar o direito de punir numa função técnica, baseado nas noções de anormalidade e cura”.

Em 1930 ocorre a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais, com a tarefa de fiscalização dos serviços existentes e programação de novos: o controle do programa de alcoolismo, com o psiquiatra fazendo o papel de pedagogo e aconselhando o exame pré-nupcial. Nesse período são poucas as clínicas privadas existentes, as quais atuam como centros de estudos.

Até 1950 os loucos eram tratados com banhos (quente e frio), métodos físicos de tratamento (cadeira giratória, eletrochoque, a partir de 1940). A partir dos anos cinquenta inicia-se a utilização da medicação psiquiátrica e a denominação de “pacientes”.

---

<sup>36</sup> RAUTER, Cristina. **Criminologia e Subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.p.42.

Busca-se atualmente a mudança de princípios no trato da loucura, criando novas modalidades de assistência, capazes não apenas de acolher a clientela anteriormente atendida pelos hospícios ou manicômios, como também de oferecer possibilidades de tratamento que levem em consideração as particularidades de cada caso.

O recente processo de Reforma Psiquiátrica em nosso país se caracteriza por fundamentar-se em novos conceitos como: cidadania, atenção integral e buscar a colocação do referencial saúde no lugar, até então dominante, da doença. A reforma tem se orientado pela transformação nas relações cotidianas entre trabalhadores de saúde mental, usuários, famílias, comunidade, serviços, em busca da desinstitucionalização<sup>37</sup> e da humanização nas relações. Propõe-se o fechamento dos manicômios, a redução gradativa dos leitos; a municipalização dos serviços, o questionamento das admissões involuntárias; a vigilância e acompanhamento das ações pelas comissões locais de saúde.

---

<sup>37</sup> Erving Goffman, em sua obra *Manicômios, Prisões e Conventos* trata de vários aspectos centrais das instituições totais. Dentre estes, podemos citar a ruptura das barreiras que comumente separam as três esferas da vida de um homem (dormir, brincar e trabalhar). Em primeiro lugar, segundo Goffman, todos os aspectos da vida são realizados em um mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a seqüência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Prossegue o autor afirmando que numa instituição total os menores segmentos de uma pessoa podem estar sujeitos a regulamentos e julgamentos da equipe diretora; a vida do internado é constantemente penetrada pela instauração da sanção vinda de cima, sobretudo durante o período inicial de estada. Cada especificação retiraria do indivíduo uma oportunidade para equilibrar suas necessidades e seus objetivos de maneira pessoalmente eficiente, e colocaria suas ações à mercê de sanções.

## 2 INIMPUTABILIDADE POR DOENÇA MENTAL. CAUSA EXCLUDENTE DA CULPABILIDADE

### 2.1 Considerações Iniciais: Culpabilidade

Primeiramente, cumpre analisarmos alguns conceitos da dogmática penal brasileira.

O crime é uma ação típica, antijurídica e culpável. Portanto, para que haja um crime é necessário que existam todos seus elementos, quais sejam: a tipicidade, a antijuridicidade e a culpabilidade. A tipicidade é um juízo de adequação de um fato humano com a norma do direito, a antijuridicidade é um juízo de contrariedade do fato humano com o direito. Tanto a tipicidade como a antijuridicidade referem-se ao fato do homem são, portanto, juízos que se fazem sobre o fato. A culpabilidade, por sua vez, não é, a exemplo dos demais elementos, um juízo sobre o fato, mas um juízo sobre o autor do fato<sup>38</sup>.

A culpabilidade é o conceito mais debatido na teoria de delito. A culpabilidade constitui a reprovabilidade do injusto ao autor. Este conceito de culpabilidade é um conceito de caráter normativo, que se funda em que o sujeito podia fazer algo distinto do que fez, e que, nas circunstâncias, lhe era exigido que o fizesse.<sup>39</sup> Nesta última parte do conceito de culpabilidade, observa-se que para que a mesma se perfaça, é necessário que o autor tenha optado livremente por se comportar contrário ao direito. Se o autor não pode, nas circunstâncias, comportar-se conforme o direito, sobre ele não pode recair um juízo de reprovação.

---

<sup>38</sup> BRANDÃO, Cláudio. **Teoria Jurídica do Crime**. Rio de Janeiro: Forense, 2002. p.131.

<sup>39</sup> ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. Manual de Direito Penal Brasileiro – Parte Geral. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, 2002, p.602.

Por conta da relevância da culpabilidade, é através dela que se atribui a conseqüência do crime, ou seja, a pena. Assim, a pena é proporcional à culpa.

Segundo Ferrajoli<sup>40</sup>, o significado jurídico do conceito de culpabilidade pode decompor-se em três elementos, que constituem condições subjetivas da responsabilidade no modelo penal garantista, que são:

- a) relação de causalidade, que vincula reciprocamente decisão do réu, ação e resultado do delito;
- b) a imputabilidade penal ou capacidade penal, que designa uma condição psicofísica do réu consistente em sua capacidade, em abstrato, de entender e de querer;
- c) a intencionalidade ou culpabilidade em sentido estrito, que designa a consciência e contato do delito.

Pode-se falar em culpabilidade com base neste último elemento, para referir-se tanto a intencionalidade do delito, como a culpabilidade em sentido estrito.

Vale ressaltar que a culpabilidade é distinta da responsabilidade, pois, entende-se com essa apenas a relação entre a sanção imposta como conseqüência do delito cometido.

---

<sup>40</sup> FERRAJOLI, Luigi. **Derecho e Razón**. 4.ed. Madri: Editorial Trotta, 2000.

## 2.2 Inimputabilidade

Assim, para que se faça um juízo de reprovação pessoal sobre o sujeito é necessário que ele seja capaz. A capacidade de culpabilidade é chamada de imputabilidade. Portanto, para Cláudio Brandão, “a *imputabilidade é o conjunto de qualidades pessoais que possibilitam a censura pessoal*”.<sup>41</sup> O sujeito imputável é aquele capaz de alcançar a exata representação de sua conduta e agir com plena liberdade de entendimento e vontade.

Sem imputabilidade, não é possível a existência da culpabilidade. Esta depende da presença simultânea dos seguintes elementos: potencial consciência de antijuridicidade, exigibilidade de conduta diversa e imputabilidade. O Código Penal brasileiro não define o que é imputabilidade, todavia, chega-se a esse conceito pela via negativa. É o que o Código, nos artigos 26, 27 e 28, tratou da inimputabilidade. Assim, sempre que não se figurar a inimputabilidade do sujeito, ele será considerado imputável.

Ao tratar da causas de exclusão da imputabilidade, Ferrajoli<sup>42</sup> coloca que a idéia comumente associada a este conjunto de conceitos é a de que o delito é uma ação “anormal” cometida por uma pessoa “normal” em condições “normais”. Afirma que mesmo sendo banal essa idéia traz graves questionamentos que põe em movimento, e em conflito recíproco, concepções globais do homem e do mundo. Indaga se há sentido em distinguir entre pessoais normais ou imputáveis e pessoas anormais ou inimputáveis? E quais seriam os critérios que permitam distinguir os doentes mentais dos sãos? E, antes ainda, é lícito falar dos primeiros como de uma subespécie inferior do gênero humano? Ainda: Finalmente, e, sobretudo, é possível considerar como fator causal do delito a vontade consciente de atuar, vontade por sua

---

<sup>41</sup> BRANDÃO, Cláudio. *Teoria Jurídica do Crime*. Rio de Janeiro: Forense, 2002. p.164.

<sup>42</sup> FERRAJOLI, Luigi. *Derecho e Razón*. 4.ed. Madri: Editorial Trotta, 2000.



vez não determinada por causas preexistentes e independentes, senão livre e autodeterminante?

Aponta ainda Ferrajoli<sup>43</sup> que as teorias da culpabilidade têm desvalorizado o elemento material da ação; e tem predominado inclusive, segundo palavras do autor, “uma diagnose antropológica ou de inquisição pessoal” que apontam para uma periculosidade ou para a perversidade do réu, pouco importando se são atribuídas, à maneira determinista, a causas externas ou objetivas de tipo natural ou social, ou, à maneira moralista, à livre eleição do estilo de vida de um sujeito intrinsecamente e subjetivamente perverso.

Dessa forma, uma vez comprovados todas as circunstâncias do fato, é mais ainda estabelecer, no direito, os limites precisos entre excludentes e atenuantes e adotar critérios objetivos para adequar a medida da pena ao grau de culpabilidade determinado pela prova. Com quais instrumentos pode-se comprovar empiricamente que uma pessoa é materialmente sã ou doente, ou, inclusive que era momentaneamente desconhecedora do que fazia? E, ainda admitindo que se consiga saber absolutamente tudo sobre esses fenômenos psicológicos, em que medida a doença mental ou a inconsciência, detectadas, são suficientes, para o direito, a ponto de excluir ou atenuar a culpabilidade?

Tais dificuldades continuam sendo, em grande parte, insuperáveis, apesar dos esforços realizados pela legislação, pela doutrina e pela jurisprudência, para diferenciar, atendendo à sua intensidade, os diferentes graus de inimputabilidade, do dolo, da culpa: enfermidade ou semi-enfermidade, dolo intencional ou dolo eventual, dolo genérico ou dolo específico, dolo

---

<sup>43</sup> FERRAJOLI, Luigi. **Derecho e Razón**. 4.ed. Madri: Editorial Trotta, 2000. p.394.

de ímpeto e dolo de propósito, dolo de dano ou dolo de perigo, culpa simples ou culpa com previsão, culpa consciente ou culpa inconsciente, etc.<sup>44</sup>

### 2.3 Doença Mental

Entre as causas biológicas que podem condicionar a irresponsabilidade penal, figura, no Código Penal, a doença mental.

A doença mental, para efeitos da norma jurídica, apresenta-se como um estado moroso da psique, capaz de produzir profundas inibições na inteligência ou na vontade, no momento da ação ou da omissão. Por outro ângulo, é de se ter presente que o conceito psiquiátrico da doença mental, embora sirva de base para a formulação do conceito jurídico, nem sempre coincide exatamente com este. Igualmente, não há de se confundir a perturbação da saúde mental, com a doença mental propriamente dita. Nas enfermidades psíquicas, há sempre uma perturbação da saúde mental, mas tais perturbações nem sempre decorrem de uma doença mental, na concepção científica do termo.<sup>45</sup>

O termo “doença mental”, no campo penal engloba todas as alterações mórbidas da saúde mental, independentemente da causa, referindo-se tanto às

---

<sup>44</sup> Cristina Rauter, ao analisar alguns laudos de “personalidades anti-sociais” elaborados num hospital psiquiátrico-penal aponta que o psiquiatra não se defronta com um “paciente” no sentido próprio da palavra, mas com alguém que oferece resistência através de um discurso coerente do ponto de vista racional. Afirma que não se trata de um delirante, por mais que se quisesse enquadrá-lo como tal. Coloca que tal espécie de anormalidade é construída no interior da instituição, no caso, um hospital-prisão. Segundo a autora, “a oposição sistemática à maquinaria disciplinar é um ponto central na definição do diagnóstico, o exercício da liderança seria algo inteiramente intolerável numa instituição disciplinar. De um lado, a constante vigilância e observação, o cuidadoso esquadramento do espaço com o objetivo de individualizar e fragmentar, para com isso obter o maior controle e produzir indivíduos úteis e dóceis. De outro, um grupo de indivíduos não tão dóceis, intoleráveis, como o próprio psiquiatra confessa, tanto na prisão comum como no hospital penal. Na verdade estas duas instituições buscam remeter estes indivíduos uma à outra. No caso da psiquiatria, embora esta dispunha de um diagnóstico, não parece dispor de um tratamento suficientemente eficaz de um ponto de vista da normatização. Que destino dar ao psicopata? Seu envio para o hospital psiquiátrico penal é, por si só, um indício de que a prisão fracassou na tentativa de obter o enquadramento à sua ordem. Paradoxalmente, o psiquiatra lhe dá um diagnóstico, mas, ao invés de tratá-lo, remete-o de volta para a prisão. Por “segurança máxima e disciplina rígida”, indicadas no laudo podemos entender a violência sem máscara que se exerce diretamente sobre o corpo. Com este tipo de indivíduos a psiquiatria se apresenta como uma modalidade de controle por demais sutil, ineficaz para quem também se comporta sutilmente, rebelde, porém capaz de manter sua rebeldia nos limites pelo que é definido pelo psiquiatra como racional, louco e delirante por vezes, mas apenas quando lhe interessa ser. Inadequado à prisão ou ao hospital psiquiátrico, o psicopata pode ser o ponto claro deixado pela maquinaria disciplinar, o eterno indisciplinado que, no interior de sua engrenagem, coloca-a perigosamente em questão, demandando a formulação de novas estratégias que no momento não se fazem presentes” (RAUTER, Cristina. **Criminologia e Subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003. p.121).

<sup>45</sup> LEIRIA, Antônio José Fabrício. **Fundamentos da Responsabilidade penal**. Rio de Janeiro: Forense, 1980. p.240.

psicoses endógenas ou congênitas (esquizofrenia<sup>46</sup>, paranóia<sup>47</sup>, psicose maníaco-depressiva<sup>48</sup>) ou exógenas (demência senil<sup>49</sup>, paralisia geral progressiva, epilepsia<sup>50</sup>), como também às neuroses<sup>51</sup> e os transtornos psicossomáticos.

---

<sup>46</sup> Esquizofrenia é uma psicose dissociativa que se evidencia pela ruptura entre a vida interior do paciente e o mundo que o rodeia, indicando uma falta de equilíbrio entre sua personalidade e o meio ambiente e, sobretudo, acusando uma desorganização profunda em suas funções psíquicas. É verificada geralmente em pessoas jovens e tem duração permanente.

“A doença evolui por surtos, isto é, existem períodos de exacerbação dos sintomas mórbidos e existem períodos de calma”. Porém, mesmo remitido o surto agudo, no período intervalar o paciente continua apresentando desordens mentais, que se chama, defeito esquizofrênico, caracterizado por embotamento afetivo, ensimesmamento, falta de hetero e autocrítica, distúrbios de pensamento etc., que podem manifestar-se em conjunto ou isoladamente.

Os surtos não têm frequência constante. Podem ocorrer várias vezes ao ano ou em uma só vez na vida, mas se ele são irregulares quanto à frequência, não o são quanto ao desarranjo psicopatológico que engendram na mente do sofredor. São sempre graves geralmente de difícil abordagem terapêutica, e quanto mais amiúde ocorrem mais rapidamente levam o paciente ao comprometimento total das esferas psíquicas, à demência propriamente dita.

A esquizofrenia é incurável e subdivide-se em quatro formas clínicas: catatônica hebefrênica, simples e paranóide, cada qual com características bem definidas. (PALOMBA, Guido Arturo. **Loucura e Crime**. 2.ed. São Paulo: Fiúza, 1996. p.27-8).

<sup>47</sup> A paranóia é uma anomalia que se caracteriza pela presença sistemática de delírios relacionados à perseguição, erotismo, grandeza, discórdia, ciúmes, mística e religião. O agente apresenta, basicamente, carência afetiva, necessidade de projeção em conflito com o sentimento de inferioridade e egocentrismo.

Os delírios paranóicos não se confundem com os esquizofrênicos, uma vez que se mostram invariavelmente, ao contrário dos últimos, de forma organizada, coerente e provável. Subtraída a incidência do delírio o paranóico atua e comporta-se normalmente. (PONTE, Antonio Carlos. **Inimputabilidade e Processo Penal**. São Paulo: Atlas, 2002. p.36).

<sup>48</sup> Trata-se de psicose freqüentemente hereditária, caracterizada pela alternância de alucinações e crises depressivas, seguidas de períodos de normalidade.

Os sintomas fundamentais dessa enfermidade, durante sua fase depressiva, são: tristeza persistente e imotivada, lentidão ideativa e inibição volitiva, além de inércia psicomotora. No quadro maníaco, por sua vez, ao invés da tristeza há alegria despreocupada, em vez da lentidão reativa apresenta-se uma grande loquacidade, e no lugar da quietude psicomotora surge uma incansável atividade.

A impulsividade, a inconstância da atenção e a falta de autocrítica fazem do discurso do maníaco uma sucessão desordenada de idéias caóticas e confusas. (PONTE, Antonio Carlos. **Inimputabilidade e Processo Penal**. São Paulo: Atlas, 2002. p.36.)

<sup>49</sup> A demência senil é a “deterioração mental progressiva oriunda de degeneração natural que pode estar ligada à hereditariedade, condições psíquicas e fatores somáticos. Geralmente decorre da arteriosclerose cerebral.

Há perda da memória recente, ativamente da antiga, confusão, melancolia e condutas sociopatas. Sempre concorrem com os seguintes fenômenos: falta de progresso profissional, rotina, perda da importância do indivíduo na família, falecimento de familiares e isolamento.

Enquanto a demência senil costuma apresentar suas primeiras manifestações por volta dos 70 anos, o mal de Alzheimer, que lhe é em tudo semelhante, embora mais rápido, inicia-se geralmente quando o paciente tem cerca de 50 anos de idade. Daí o costume de designar esta degenerescência como demência pré-senil.” (FÜHRER, Maximiliano Roberto Ernesto. **Tratado da Inimputabilidade no Direito Penal**. São Paulo: Malheiros, 2000.p.57).

<sup>50</sup> A epilepsia é tida como a doença mental mais antiga do mundo, sendo constatada inclusive em animais, motivo pelo qual é indicada como um mal que antecedeu ao próprio homem.

“É uma doença caracterizada disritmia ou uma distímia cerebral, provocando turvação ou perda da consciência e convulsões tônicas (o indivíduo deixa de responder aos estímulos ordinários e tem abalos em seus tecidos) e clônicas (movimentos espasmódicos caracterizados por contrações musculares e relaxações sucessivas)”.

O indivíduo sofre de ataque cujos sinais padrômicos são tremores nos dedos, nos lábios, vertigens, parestesia (desordem de sensibilidade em geral), sonolência, podendo haver irritabilidade ou apatia, ansiedade ou então puerilidade, loquacidade etc., até que se sobrevenha o acesso. Às vezes pequenos ou sutis sinais preludivam a crise, como o brilho nos olhos, as nuances de expressão fisionômicas, a boa ou má disposição de ânimo, mas só

A doença mental não constitui uma entidade abstrata, identificável por características uniformes e constantes, dentro de um quadro nosológico pré-delineado; daí o porque de, ainda hoje, persistir o conceito atribuído a Morel, segundo o qual antes de se classificar rigorosamente as moléstias mentais, deve-se descrevê-las.<sup>52</sup>

A manifestação da doença mental e sua evolução estão condicionadas à personalidade do doente.

Uma personalidade ciclotímica (normal) pode, pela acentuação de suas características constitucionais atingir cicloídia (psicopata, fronteiro) e daí passar

percebidos por familiares argutos ou observadores, diz Alves Garcia que acrescenta: “outros sintomas premonitórios mas próximos são as auras, fenômenos subjetivos e instantâneos, de que existem infinitos matizes (agulhadas, sensações paraestésicas, chispas, movimentos de inversão, alucinações visuais e gustativas, etc.)” Sucedendo aos pódromos e à aura (que podem faltar) sobrevém o ataque que pode apresentar duas formas: grande mal e pequeno mal.

Na epilepsia de grande mal, ao sofrer a crise o indivíduo tem ataque, caindo ao chão e aí se debate em convulsões. Essa forma de epilepsia não oferece interesse criminológico porque o indivíduo, dominado pela prostração, fica impotente para praticar qualquer ato danoso ou criminoso. Na evolução para o grande mal o indivíduo passa primeiro pela fase Tônica, com apnéia (suspensão da respiração), cianose (empalidecimento) e sonolência; passa depois pela fase Clônica, com contrações rítmicas, prostração, respiração roncante e pupila rígida e, por último, pelo sono profundo. Ao despertar queixa-se de dor de cabeça e não se recorda do sucedido. No pequeno mal o indivíduo fica na primeira fase e não chega a cair, com perda da consciência e da memória. Dentro do estado epilético em que o indivíduo não cai e não perde a ação motora, ele pode cometer ações estranhas e anormais, inclusive cometer crimes bárbaros” (FARIAS JÚNIOR, João. **Manual de Criminologia**. 2.ed. Curitiba: Juruá, 1996. p. 244-5).

<sup>51</sup> Neurose é uma perturbação da saúde mental identificada por conflitos intrapsíquicos como angústia, ansiedade, depressão e infelicidade, que inibem as condutas sociais. Não só os fatores externos que levam a pessoa à neurose; é necessário que haja predisposição endógena para que os influxos exógenos traumatizantes surtam seus efeitos.

Basicamente, o psicótico não se confunde com o neurótico, pois em relação ao primeiro a patologia mental surge do nada; no segundo, o estado mental alterado tem alicerce em vivência dolorosa pretérita. “O neurótico sabe que é problemático, tanto que às vezes chega a achar que está ficando louco, ao passo que o psicótico, que é louco propriamente dito, nunca acha que está doente da *psique*: vive seu delírio como se fosse uma verdade inquestionável e não é possível convencê-lo do contrário. O neurótico não: vive e reconhece perfeitamente a realidade que o circunda, é inconformado com ela, sofre, angustia-se, procura mecanismos de defesa, conscientes e inconscientes, que desencadeiam um sistema de segurança com os conflitos internos, tentando estabelecer o equilíbrio para tornar a vida suportável. Nem sempre consegue, o sofrimento aumenta, a neurose se agrava.

Como corpo e mente estão substancialmente unidos, o neurótico costuma apresentar elementos de perturbação somática no sistema respiratório (dispnéia), cardiovascular (taquicardia, palpitação e angina), digestivo (bolo esofágico, náuseas, vômitos, diarreias), urinário (tenesmo vesical, poliúria), neuromuscular (tremores, crises dolorosas pseudo-reumáticas etc.). A angústia, que sempre está por trás de todo tipo de neurose, cria e mantém o indivíduo em estado de depreciação imaginária da própria existência. Coloca-o à espera do perigo, inquietando-o, desencorajando-o, o que resulta desorganização de sua capacidade para projetar-se no futuro, com base nos fatos presentes e passados. Perde parcialmente a capacidade de entendimento ou, se essa ainda se mantém inalterada, queda semi-incapaz de determinar-se de acordo com esse entendimento, por perda parcial do livre arbítrio”. (PALOMBA, Guido Arturo. **Loucura e Crime**. 2.ed. São Paulo: Fiúza. 1996. p.131-2)

<sup>52</sup> PONTE, Antonio Carlos. **Inimputabilidade e Processo Penal**. São Paulo: Atlas, 2002. p.38.

pela psicose maníaco-depressiva (doente mental), como a esquizofrenia (doença mental) pode ser o acme de uma esquizoidia (estado psicopatológico) que se implanta na personalidade esquizotímica (normalidade). Tenha a doença mental uma predominante causa exógena ou endógena, instala-se e evolui em íntima dependência com a personalidade do paciente. Ainda que se trate de uma mesma moléstia, a sua forma clínica, as suas reações, a sua evolução, hão de mostrar diferentes, caso a caso, assumindo um colorido peculiar a cada doente.<sup>53</sup>

## 2.4 Desenvolvimento Mental Incompleto ou Retardado

A expressão desenvolvimento mental incompleto envolve os menores de 18 anos, os surdos-mudos<sup>54</sup> não educados e os silvícolas inadaptados ao convívio social<sup>55</sup>. Dentro deste conceito também se situam os oligofrênicos, que apresentam anomalias no processo de desenvolvimento mental e déficit intelectual<sup>56</sup>.

## 2.5 Conteúdo do Artigo 26 do Código Penal

O artigo 26 do Código Penal isenta de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou omissão,

---

<sup>53</sup> SALGADO MARTINS, José. **Direito Penal**. São Paulo: Saraiva, 1974. p.305 apud PONTE, Antonio Carlos. **Inimputabilidade e Processo Penal**. São Paulo: Atlas, 2002. p.38.

<sup>54</sup> A surdo-mudez é a afasia (perda do poder de expressão pela fala, escrita ou sinalização ou da capacidade de compreensão destas, por lesão cerebral e sem alteração dos órgãos vocais) devem ser consideradas como modificadoras da capacidade de imputação. De acordo com a educação recebida e integrada pelo surdo-mudo, que a poderá recuperar de maneira mais ou menos completa, será aquilatado seu grau de imputação. Somente o caso concreto poderá trazer a certeza de que o agente era imputável ou não; visto que o simples fato de ser o surdo-mudo ou portador de afasia não afasta de imediato sua capacidade de discernimento e determinação. (PONTE, Antonio Carlos. **Inimputabilidade e Processo Penal**. São Paulo: Atlas, 2002. p.38.)

<sup>55</sup> O índio é considerado relativamente incapaz, estando, portanto, sujeito à tutela da União para os efeitos civis, nada impedindo que, mesmo não integrado, seja criminalmente responsável (art. 56 da Lei n. 6.0001/73). Nesse caso, na hipótese de condenação, a pena aplicada deverá ser atenuada, e quando da sua cominação, o juiz atenderá ao grau de integração do silvícola, que poderá cumpri-la em regime de semiliberdade, no local de funcionamento do órgão federal de assistência aos índios mais próximos de sua habitação.

O Estatuto do Índio (Lei n. 6.0001/73) estabelece categorias que refletem etapas sucessivas no processo de integração à sociedade nacional, ou seja, a de índios isolados, em vias de integração e integrados. Esses últimos são exclusivos e textualmente, os incorporados à comunhão nacional e reconhecidos no pleno exercício de seus direitos civis, ainda que conservem usos, costumes e tradições características de sua cultura. (PONTE, Antonio Carlos. **Inimputabilidade e Processo Penal**. São Paulo: Atlas, 2002. p.38.)

<sup>56</sup> Segundo a descrição do DSM.IV, a característica essencial do Retardo Mental é quando a pessoa tem um “funcionamento intelectual significativamente inferior à média, acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, autocuidados, vida doméstica, habilidades sociais, relacionamento interpessoal, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança”.

inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Assim, para a caracterização da irresponsabilidade do agente não basta a causa – doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado –, exige-se o efeito – inteira incapacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento –, que deverá ocorrer ao tempo da ação ou da omissão.

A inimputabilidade para ser reconhecida exige a presença dos requisitos causal (doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado), cronológico (ao tempo da ação e da omissão) e consequencial (inteira incapacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento).<sup>57</sup>

O parágrafo único do art. 26 trata da semi-imputabilidade, relacionada àquelas que, ao tempo da ação ou da omissão, embora não inteiramente incapazes de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, possuíam capacidade parcial de entendimento e determinação. Em relação ao tal grupo de indivíduos, que abrange os fronteirios, o legislador penal não ofereceu um conceito teórico, concreto e completo de responsabilidade penal parcial, conferindo assim, ao juiz criminal a função de avaliar a personalidade do agente, podendo ou não considerar a prova produzida, nos termos do disposto no artigo 182 do Código de Processo Penal. Compete também ao magistrado a faculdade de diminuir a pena se um a dois terços ou ainda substituí-la por medida de segurança detentiva ou restritiva, pelo prazo mínimo de um ano, nos termos do artigo 98 do Código Penal.

---

<sup>57</sup> LYRA, Roberto. **A expressão mais simples do Direito Penal**. Edição Histórica. Rio de Janeiro: Rio, 1976. p.125.

### 3 MEDIDA DE SEGURANÇA

#### 3.1 Considerações Iniciais

Desde a Antiguidade existiam medidas cautelares contra menores e doentes mentais. No Direito Romano, os menores impúberes ficavam sujeitos à “verberatio”, espécie de admoestação: os furiosos eram tratados de maneira similar aos “infantis”, havendo ainda o instituto da relegação, para segregar indivíduos perigosos. Nas Leis de Manú e no Código da Hamurabi havia providências rudimentares e assemelhadas, sendo que as primeiras codificações mencionadas previam até formas de mutilação.<sup>58</sup>

No Direito Canônico, por volta do século XVIII, os doentes mentais, não obstante considerados incapazes de delinqüir, eram mortos ou encarcerados nas piores condições físicas e sociais em asilos de loucos.<sup>59</sup>

As medidas têm uma longa história no campo do direito penal, no qual têm sido oferecidas, em geral, como uma terapia ou tratamento destinado a corrigir as pessoas com transtornos de conduta, que os levam a delinqüir. Como exposto nos capítulos anteriores, sua origem está ligada ao positivismo criminológico ou a escola positiva do direito penal, que se opôs enfaticamente ao sistema de culpabilidade e penas de prisão. As medidas têm sido denominadas como pré e pós-delituais e medidas para incapazes.

Como seu nome indica, as pré-delituais são as que se aplicam a um sujeito supondo que possa cometer um delito. E essa classe de medidas tem-se chamado “de estado perigoso

---

<sup>58</sup> PANCHERI, Ivanira. Medidas de Segurança. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. n.5, out.-dez., 1997. p.102-12

<sup>59</sup> PANCHERI, op.cit. p.105.

sem delito” e representam um grave risco para as garantias individuais, já que vão contra um sistema penal baseado na culpabilidade pelo ato, constituindo-se em uma arma arbitrária a favor daqueles que possuem o poder de classificar as pessoas. Geralmente, é nas legislações contravencionais que se podem encontrar situações equiparáveis ao estado perigoso sem delito.

As medidas pós-delituais aplicam-se àqueles que já delinqüiram e se destinam, geralmente, aos reincidentes, aos criminosos habituais e crônicos, ou seja, àqueles que reiteradamente incorrem em delitos. Para muitos autores, trata-se de verdadeiras penas devido a sobreposições de encarceramento que representam e às conseqüências negativas que acarretam para o apenado.

As chamadas medidas tiveram muitos momentos de auge nos direitos penais ocidentais, cujo ponto culminante foi a chamada “ideologia do tratamento” das sociedades do *welfare state*. Na atualidade, pelo contrário, registra-se uma grande resistência doutrinária contra as mesmas, não só porque se considera fracassada a ideologia do tratamento, senão porque as medidas infligem sofrimento como as penas, privam os indivíduos de todos os seus direitos e submetem-no ao domínio dos terapeutas, que pode ser tão totalitário como o dos sistemas de castigo.

Tem-se visto também que a idéia patológica do delito ou de que constitui uma degeneração de indivíduos específicos está superada na criminologia e pode conduzir, na prática, a visões racistas ou seletivas da sociedade.

As medidas de segurança previstas no código penal vigente referem-se tão somente



aos inimputáveis e às pessoas que se encontram numa situação de culpabilidade diminuída.

A natureza das chamadas “medidas de segurança”, ou simplesmente “medidas”, não é propriamente penal, por não possuírem um conteúdo punitivo, mas o são formalmente penais, e, em razão disso, são elas impostas e controladas por juizes penais.

Segundo Zaffaroni<sup>60</sup> não se pode considerar “penal” um tratamento médico e nem mesmo a custódia psiquiátrica, pois sua natureza de nada tem a ver com a pena, que esta se diferencia por seus objetos e meios. Mas as leis penais impõem um controle formalmente penal, e limitam as possibilidades de liberdade da pessoa, impondo o seu cumprimento, nas condições previamente fixadas que elas estabelecem, e cuja execução deve estar submetida aos juizes penais.

Preocupa, sobremaneira, a circunstância de não terem as medidas um limite fixado na lei e ser a sua duração indeterminada, podendo o arbítrio dos peritos e dos juizes decidir acerca da liberdade de pessoas que, doentes mentais ou estigmatizados como tais, sofrem privações de direitos, ainda maiores do que aquelas submetidas às penas. O problema não é simples, e a pouca atenção que, geralmente, se dá às medidas de segurança, do ponto de vista dogmático, torna-se bastante perigosa para as garantias individuais.<sup>61</sup>

Duas são as medidas previstas na lei penal: a “internação em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado” e a “sujeição a tratamento ambulatorial” (arts. 96, I e II). O art. 99 dispõe que o “internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento”.

De conformidade com a regra do art. 97, o inimputável deve ser internado, mas

---

<sup>60</sup> ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. Manual de Direito Penal Brasileiro – Parte Geral. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, 2002, p.856.

<sup>61</sup> ZAFFARONI, op. cit., p.855.

ressalvada está a hipótese em que o crime é punido com pena de detenção, quando é facultado ao juiz submetê-lo ao tratamento ambulatorial.

A medida de segurança seja de internação, seja de sujeição a tratamento ambulatorial, perdura enquanto persistir a periculosidade. A periculosidade é, nesse sentido, o simples perigo para os outros ou para a própria pessoa, e não o conceito de periculosidade penal, limitado a probabilidade da prática de novos crimes. A averiguação da periculosidade deve ser feita mediante perícia médica, ou seja, pode o juiz ser influenciado pela opinião técnica dos médicos, o que ocorre quase sempre. O juiz estabelece prazo mínimo de duração da medida de segurança, que é fixado de um a três anos. Ao término do prazo mínimo, realizar-se-á nova perícia médica, e, no caso da perícia não concluir pela cessação da periculosidade, a perícia deverá ser repetida anualmente, salvo se o juiz fixar um prazo menor.

A cessação da medida de segurança é decidida pelo juiz de execução, sempre de modo condicional, por um ano, mas, se antes de um ano a pessoa “pratica fato indicativo de sua periculosidade” a medida de segurança deve ser restabelecida (art.97, parágrafo terceiro).

Por fim, cabe assinalar que a ressocialização tem sido o último descobrimento das ciências penalógicas, dentro das teorias de cunho utilitaristas. Tal postura estimula a maioria das legislações penitenciárias modernas, incluída a da Argentina, e é levada adiante como uma função declarada dos sistemas penitenciários. No entanto, esta hipótese está – há bastante tempo – em crise, e é criticada majoritariamente na doutrina. Basta assinalar o contra-senso de “preparar para a vida social” alguém que, justamente, está segregado deste modelo e submetido a outro, de instituição total, ou seja, com caracteres absolutos que o impedem de exercer sua autodeterminação. Também se assinala que a população majoritária das prisões latino-americanas está constituída por setores marginais e de baixo nível econômico, que,

novamente em liberdade, só se podem inserir em um segmento que não representa a cultura hegemônica nem desfruta de suas vantagens. Segundo Carlos Alberto Elbert: “indivíduos dessocializados dentro ou fora da prisão”.<sup>62</sup>

### 3.2 Diferenças Conceituais entre Pena e Medida de Segurança

Renomados autores penalistas entendem que as medidas de segurança não se encaixam no conceito de sanção penal. De acordo com Giuseppe Bettiol:

A sanção refere-se à transgressão de um preceito, à violação de uma obrigação, ao contraste entre uma vontade individual e a vontade coletiva que se manifesta na norma jurídica. A sanção requer o ilícito; a pena, portanto, enquanto sanção exige o crime como ação penal ilícita: o crime é causa da sanção. Tudo isso, ao contrário não caracteriza a medida: esta é a aplicação por ocasião de um crime, mas não se acha como crime numa relação de razão suficiente. A medida observa além do crime, objetiva uma qualidade da pessoa, o seu modo de ser, de que o crime é indício relevantíssimo, mas não exclusivo (...). A medida, não estando relacionada com nenhum preceito, não pode ser nenhuma sanção. O imperativo que impõe a aplicação da medida não se volta ao indivíduo, como se lhe impusesse não ser perigoso, mas é dirigida aos órgãos públicos a fim de que, presentes determinados pressupostos, apliquem a uma pessoa socialmente perigosa a medida de segurança.  
<sup>63</sup>

No mesmo sentido Nelson Hungria atribui à pena caráter repressivo (devendo ser aplicada e sentida, primacialmente como castigo e expiação), a medida de segurança é essencialmente preventiva (segregação hospitalar, assistência, tratamento, custódia, reeducação, vigilância). Para o autor a pena continua tendo como fundamento a culpabilidade (que pressupõe a responsabilidade psíquica ou capacidade de direito penal), enquanto a medida de segurança assenta, exclusivamente na periculosidade (estado subjetivo, mais ou menos duradouro, de anti-sociabilidade) que, em princípio nada tem a ver com a culpabilidade

---

<sup>62</sup> ELBERT, Carlos Alberto. **Manual básico de criminologia**. Trad. Ney Fayet Júnior. Porto Alegre: Ricardo Lenz, 2003. p.94.

<sup>63</sup> BETTIOL. Giuseppe. Direito Penal. Tradução de Paulo José da Costa Júnior e Alberto Silva Franco. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, v. 3, 1976, 256-7.

(ou com sua pré-condição de capacidade jurídico-penal).<sup>64</sup>

A pena possui natureza retributiva e também, preventiva, enquanto que a medida de segurança somente caráter preventivo. A pena baseia-se na culpabilidade, ou seja, no juízo de reprovação sobre o autor, já o fundamento da medida de segurança é a periculosidade, entendida como *“um estado de grave desajustamento às normas de convivência social, resultante de uma maneira de ser particular do indivíduo, congênita ou gerada pela pressão de condições desfavoráveis do meio, originando a prática de um ato ilícito”*.<sup>65</sup>

Conceitualmente pena e medida de segurança diferenciam-se nos seguintes aspectos:

- A pena recai sobre os Imputáveis e os Semi-Imputáveis. A medida de segurança nunca sobre os imputáveis considerando o inimputável não é capaz de entendimento do ato ilícito que pratica, vale dizer, não elabora um juízo íntimo sobre suas ações, e, se toda ação é inerente a um valor, o inimputável não age criminalmente, uma vez que não compreende o significado valorativo de sua conduta.<sup>66</sup>
- A pena é proporcional à infração. A medida de segurança, à periculosidade, sendo indispensável laudo médico que apresente um diagnóstico acerca da doença que porta o agente do crime, internando-se o delinqüente quando estritamente

---

<sup>64</sup> HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal**. 4.ed. Rio de Janeiro: Forense: 1959. v. 3, p.9-10.

<sup>65</sup> MARQUES, José Frederico. **Tratado de direito penal**. v III. ed.atualiz. Campinas: Millennium, 1999, p.104.

<sup>66</sup>O doente mental apresenta características próprias, vivendo num mundo criado por ele próprio, possuindo suas verdades e seus valores, agindo de maneira que enfrente o sistema social em que vive; não sendo correto, desta forma, a aplicação de pena sancionatória, pois esta não surtirá nenhum efeito, tendo em vista o sentido de desvalor jurídico relacionado à sua conduta.

necessário, subordinando-o ao tratamento de uma equipe terapêutica especializada, com a intenção de potencializar a adaptação do internado à vida em sociedade;

- A pena é fixa. A medida de segurança caracteriza-se pela indeterminação, pois não existe na atual Legislação brasileira limite máximo para sua duração;<sup>67</sup>
- A pena volta-se para o passado: crime, culpabilidade e também, prevenção. A medida de segurança mira o futuro: cura e prevenção. Entretanto, igualmente o passado importa para a medida de segurança, porque é pressuposto para sua incidência: o cometimento de um delito.

Na realidade, pena e medida de segurança participam da mesma essência na medida em que há privação de bens jurídicos afinal, nenhum tratamento é possível sem a privação ou comprometimento de direitos, não havendo ainda como negar o caráter aflitivo. Coercitivas ambas, aplicadas por um juiz em virtude da execução de uma conduta danosa por parte de um sujeito. Ambas, portanto, formas de reação estatal, o que torna imprescindível o respeito às garantias “sob pena de violação brutal dos direitos humanos”.<sup>68</sup>

### **3.3 Espécies de Medida de Segurança**

Com a reforma operada pela Lei n. 7.209/84, houve por bem o legislador abandonar o sistema do duplo binário, que possibilitava a aplicação de pena e medida de segurança, de forma cumulativa, ao autor da infração penal, e abraçar o sistema vicariante ou unitário, por

---

<sup>67</sup> Acerca da indeterminação da Medida de Segurança, questiona-se a aplicação do princípio da igualdade, visto que, ao imputável que praticar o crime mais grave do Código Penal, a pena que lhe será aplicada terá um limite máximo de cumprimento equivalente há trinta anos e, ao inimputável que praticar o crime menos grave da legislação penal, será passível de cumprir uma sanção perpétua, uma vez que não há limite máximo legal da execução da medida de segurança.

<sup>68</sup> PANCHERI, op. cit., p.106.

meio do qual ao imputável, desde que provada a acusação, seria aplicada pena, enquanto ao inimputável, medida de segurança. Facultou ainda o legislador a cominação de pena ou medida de segurança ao semi-imputável.

As medidas de segurança, nos moldes da legislação brasileira, podem ser classificadas em detentivas e restritivas. As primeiras destinam-se aos inimputáveis e excepcionalmente, aos semi-imputáveis, autores de delitos apenados com reclusão, e consistem na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, pelo período mínimo de um a três anos. As últimas são dirigidas à mesma classe de pessoas autoras de crimes apenados com detenção<sup>69</sup> e também possuem prazo mínimo variável no mesmo patamar anteriormente declinado. É o que se depreende do disposto no artigo 97, *caput*, segunda parte, e parágrafo primeiro, do Código Penal.<sup>70</sup>

O inimputável autor de delito apenado com reclusão<sup>71</sup>, possuindo periculosidade presumida, será necessariamente internado, ao passo que, se o crime for punido com detenção, poderá ser internado ou receber tratamento ambulatorial.

Assim para a escolha da espécie de medida de segurança, internação ou tratamento ambulatorial, dois pressupostos devem estar conjugados: a necessidade de tratamento e a periculosidade real do agente.

---

<sup>69</sup> Reserva-se a pena de detenção aos crimes menos graves. Somente o cumprimento insatisfatório da pena de detenção poderá levá-lo ao regime fechado, através da regressão.

<sup>70</sup> PONTE, Antonio Carlos. **Inimputabilidade e Processo Penal**. São Paulo: Atlas, 2001. p.44.

<sup>71</sup> Somente os crimes mais graves são puníveis com pena de reclusão. Como consequência natural do anteriormente afirmado, a pena de reclusão pode iniciar o seu cumprimento em regime fechado, o mais rigoroso em nosso sistema penal, algo que não ocorre com a pena de detenção.

Deve-se realçar que as medidas de segurança estão sujeitas, entre outros, ao Princípio da Legalidade, Anterioridade, Jurisdicionalidade, apresentando-se como pressupostos para sua aplicação a prática de fato previsto como infração penal e, com já assinalado, a demonstrada periculosidade do agente.<sup>72</sup>

### 3.4 Periculosidade

O sustentáculo hodierno da Medida de Segurança é a periculosidade, ou seja, o cálculo probalístico quer de natureza criminológica quer estritamente normativa da recidiva. Com preocupação acerca da certeza do direito, é valoração, por vezes aleatória pela simples razão de que não se pode com precisão antever o futuro do indivíduo.

Juridicamente a periculosidade é o conjunto de circunstâncias que indicam a possibilidade de alguém praticar ou tornar a praticar um crime. Em suma, o exame de cessação de periculosidade vai perquirir tais circunstâncias, e o fará por meio do seguinte caminho<sup>73</sup>: a) observação da curva vital do indivíduo<sup>74</sup>; b) morfologia do crime praticado<sup>75</sup>; c) ajuste que teve à vida frenocomial<sup>76</sup>; d) possíveis distúrbios psiquiátricos e intercorrências na

---

<sup>72</sup> O Princípio da Legalidade assegura que a medida de segurança só pode ser imposta caso esteja prevista na lei. O da anterioridade impede a lei ordinária de instituir nova medida de segurança ou torná-la mais severa para os fatos ocorridos antes de sua vigência. O da jurisdicionalidade estabelece que somente o Poder Judiciário, através de seus órgãos, pode aplicá-la. (PONTE, Antonio Carlos. **Inimputabilidade e Processo Penal**. São Paulo: Atlas, 2001. p.44).

<sup>73</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense**. São Paulo: Atheneu, 2003. p.214.

<sup>74</sup> Indicador da periculosidade: falta de aplicação escolar, interrupção de aprendizado, inconstâncias no trabalho, integração com grupos sem atividades construtivas, existência de criminalidade precoce, número elevado de incidentes jurídicos e policiais, reincidência rápida, distúrbios precoces de conduta, início precoce da doença. (PALOMBA, op.cit. p.214).

<sup>75</sup> Quanto à morfologia do crime, são indicadores de periculosidade o crime praticado com agravantes legais, crimes brutais, crimes sem motivos psicológicos explicáveis, crimes contra a pessoa e contra os costumes, crimes com multiplicidade de golpes, crimes praticados com frieza de sentimentos, crimes praticados contra pessoas indefesas. (PALOMBA, op. cit. p.215).

<sup>76</sup> Quanto à vida frenocomial, são indicadores de periculosidade: necessidade de medidas restritivas, criminalidade interlocal, mau comportamento, deficiente ou nulo aproveitamento escolar, precário ou nulo aproveitamento laborterápico, fugas e tentativas de fuga. (PALOMBA, op.cit. p.215).

fase de execução da medida de segurança<sup>77</sup>; estado psíquico atual<sup>78</sup>; meio que irá recebê-lo.

A periculosidade é, assim, uma vinculação direta entre a natureza e gravidade do fato ilícito, bem como à anomalia psíquica do agente e ainda, a probabilidade de repetição do acontecimento refutável. Tem suas origens em Garófalo, no ano de 1978, e seus estudos sobre temibilidade.

No que tange ao conceito de periculosidade, explica Pancheri:

...este traduz o temor, a expectativa, a probabilidade de novo evento criminoso. Periculosidade esta criminal e não social que entraria em atrito com o Direito Penal constitucionalmente assegurado. Entretanto, resta a indagação: qual a percentagem para se verificar se evento pe provável? Qual a percentagem para se afirmar que a pessoa novamente irá delinquir? Afinal haverá um grupo de risco, que se concentrará numa zona cinzenta entre a certeza (?) da reincidência e a da não-reincidência. Mister um método de investigação idôneo que obstaculiza aquela perícia rotineira e intuitiva, que não acrescenta fato novo.<sup>79</sup>

Ao nominar o prognóstico de periculosidade – baseado no estudo de número de casos e causas da reincidência, narra o procedimento em etapas mediante as quais, a partir da análise da reincidência, se *“constrói uma tabela, somam-se as causas presentes e ausentes em cada caso futuro e se obtém uma porcentagem, ou então se assinala um número de pontos somando-se os pontos mesmo que exista alguns mais complicados”*.<sup>80</sup>

---

<sup>77</sup> Quanto a intercorrências psiquiátricas, são indicadores de periculosidade: agitação psicomotora, surtos e episódios psicóticos, crises de irascibilidade, necessidade de altas dosagens de psicofármacos. (PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense**. São Paulo: Atheneu, 2003. p.216).

<sup>78</sup> Quanto ao estado psíquico atual, são indicadores de periculosidade: humor explosivo, falta de crítica ao ato delituoso que praticou, falta de planos para o futuro, alucinações, delírios, falta de remorso, falta de sentimentos superiores, egocentração dos sentimentos. (PALOMBA, op.cit. p.216).

<sup>79</sup> PANCHERI, Ivanira. Medidas de Segurança. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. n.5, out.-dez., 1997. p.108.

<sup>80</sup> *“Construye una tabla, se suman las causas presentes y ausentes en cada caso futuro y se obtiene el porcentaje, o bien se signa un número de puntos e cada “causa” y se suman los puntos aunque hubo algunos más complicados”* (ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **Criminología: Aproximación desde una margen**. Santa Fé de Bogotá: Temis, 1993, p.244).



Ante a complexificação das explicações aos desvios criminais o modelo adotado impescinde de apoio da Psiquiatria, sobressaindo esse setor do conhecimento e passando a desempenhar importante função na elaboração de laudos e aferição de prognósticos de periculosidade.

Acerca da influência da Psiquiatria na Ciência Penal, pontua Ronya Soares de Brito e Souto:

Devido à legitimação científica de seu discurso, a ela, e somente a ela, é conferido o poder de dizer sobre a inimputabilidade do cidadão que comete delitos. A partir de então, influencia, quando não determina, o tipo de decisão e a qualidade da sanção a serem proclamadas pelo magistrado (sentença absolutória ou condenatória, imposição de pena ou medida de segurança), bem como o tipo de tratamento a ser imposto. O paradigma criminológico penal positivista, estruturado na vinculação da aplicação das Medidas de Segurança ao pressuposto da periculosidade social, abre incontáveis espaços de abuso de poder ao Estado. Tal modelo pressupõe fatalmente um sistema processual cognitivo e de execução penal essencialmente inquisitório – em que as garantias processuais limitadoras da interferência estatal são completamente banalizadas -, marcadamente antigarantista, antidemocrático, portanto.<sup>81</sup>

Aury Lopes Júnior denomina de “*ditadura do modelo clínico*”<sup>82</sup> a reduzida função do juiz no Processo Penal brasileiro que se restringe a acolher os laudos e, com isso, fundindo o modelo jurídico com o discurso da psiquiatria. Em tal estrutura não há fatos a declarar, mas sim uma qualidade a declarar – a de pessoa socialmente perigosa.<sup>83</sup>

### 3.5 Tempo de Duração da Medida de Segurança

Ao adotar a periculosidade como fundamento da medida de segurança, o intérprete termina, assim, a permitir a sua duração enquanto o referido estado não cessar, o que significa

---

<sup>81</sup> SOUTO, Ronya Soares de Brito e Souto. A (I) Legitimidade do processo de Imposição das Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro. In: CARVALHO, Salo de. (org). **Leituras Constitucionais do Sistema Penal Contemporâneo**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2004. p.355.

<sup>82</sup> LOPER JÚNIOR, Aury. A Instrumentalidade Garantista do Processo Penal. In: CARVALHO, Salo de. (org.). **Crítica à Execução Penal**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2002. p. 470.

<sup>83</sup> Ibidem.

que, em tese, pode durar mais que a pena cominada àquele fato típico, podendo inclusive, ser eterna.

Claus Roxin entende esta disposição como “francamente arbitrária e absolutamente incompatível com o Estado Democrático de Direito”.<sup>84</sup>

Em prol da indeterminação das medidas de segurança, invoca-se o argumento de que pela especial necessidade do inimputável, deveria ser aplicada uma medida dessa natureza. De acordo com Luiz Flavio Gomes admitir como válida semelhante justificativa é, a um só tempo, crer que o inimputável deve ser banido da sociedade e “fazer do enfermo mental delinqüente um sujeito de pior condição que o sujeito imputável que comete o mesmo delito”.<sup>85</sup> Com efeito, quem furta é submetido a uma pena de um a quatro anos, sendo passível de ser beneficiado com a suspensão condicional do processo; se, todavia, um inimputável furta, fica sujeito a uma medida de segurança mínima de três anos, podendo ser prorrogada *ad eternum*.

Ilustrativo a este respeito é o caso do índio Febrônio, um dos primeiros processos em que a medida de segurança foi aplicada no país. Internado em 1927, só saiu do estabelecimento prisional em 1984, cumprindo, portanto, 57 anos de medida de segurança.<sup>86</sup>

Segundo Muñoz Conde apud Ferrari (1994): “O risco que a sociedade deve assumir em relação à reiteração dos inimputáveis é o mesmo que assume diariamente em relação aos inimputáveis que, após cumprirem pena, saem em liberdade, na maioria das vezes mais

---

<sup>84</sup> FÖPPEL EL HIRECHE, Gamil. **A função da pena na visão de Claus Roxin**. Rio de Janeiro: Forense, 2004. p.107.

<sup>85</sup> GOMES, Luiz Flávio. Duração das Medidas de Segurança. In: Revista dos Tribunais, 663/257, 1991.

<sup>86</sup> GOMES, Luiz Flávio. **Acredite se Quiser: Febrônio , Índio do Brasil, Cumpriu 57 Anos de Medida se Segurança**. Disponível em: <[www.direitocriminal.com.br](http://www.direitocriminal.com.br)>. Acesso em: 20/12/2005.

escolados”.<sup>87</sup>

As medidas de segurança não contemplam uma série de direitos aplicados às penas, como progressão de regime, o livramento condicional, a suspensão do processo e da pena, etc. Segundo Luis Flavio Gomes, a solução para isso é, em se mantendo o tratamento penal para as medidas de segurança, atribuir a estas as mesmas garantias das penas:

As garantias jurídicos-materiais e processuais que regem na aplicação das penas devem ser também, tidas em conta na aplicação das medidas...devem ser respeitadas as garantias do direito penal tradicional e a execução, de uma ou de outra, deve ser estruturada de modo mais humano e mais digno possível...”<sup>88</sup>

Assim, em se mantendo a medida de segurança na esfera de atribuição do Direito Penal, é imperioso que lhe sejam atribuídas as mesmas garantias das penas, como preceitua Jorge Figueiredo Dias:

Só desse modo poderão se compreender as exigências jurídico-constitucionais – que devem ser irrestritamente válidas em todo o ordenamento em que vigore a regra do Estado de Direito – de que a aplicação das medidas de segurança seja monopólio do Poder Judicial, por um lado; e de que, por outro, a sua aplicação fique na dependência dos princípios da necessidade, proporcionalidade ou proibição de excesso.<sup>89</sup>

Obrigatoriamente a aplicação da medida de segurança deve obedecer ao Princípio da Proporcionalidade. Com Mir Puig, poder-se-ia assegurar, inclusive, que o princípio da proporcionalidade não nasceu, sem embargo, para as penas, senão para as medidas de segurança, se fez evidente a necessidade de acudir a idéia de proporcionalidade, para que as

---

<sup>87</sup> FERRARI, Eduardo Reale. Os prazos de Duração das Medidas de Segurança e o Direito Penal Português”.: **Revista dos Tribunais**, 701/268, 1994.

<sup>88</sup> GOMES, Luís Flávio. Duração das Medidas de Segurança. **Revista dos Tribunais**, 663/257,1991.

<sup>89</sup> DIAS, Jorge Figueiredo. Questões Fundamentais de Direito Penal Revisitadas. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, 1999. p.261.

medidas pudessem resultar num meio desproporcionalmente grave em com sua utilidade preventiva.<sup>90</sup>

O projeto de reforma da Parte Geral do Código Penal, cuja comissão é presidida por Miguel Reale Jr., propõe a limitação do tempo da medida de segurança ao máximo da pena cominada àquele delito. Dispõe o referido projeto:

Art. 98. O tempo de duração da medida de segurança não será superior à pena máxima cominada ao tipo legal de crime.

Parágrafo Primeiro: Findo o prazo máximo e não cessada a doença por comprovação pericial, será declarada extinta a medida de segurança, transferindo-se o internado para tratamento comum em estabelecimentos médicos da rede pública, se não for suficiente o tratamento ambulatorial.<sup>91</sup>

Exposta a realidade referente às medidas de segurança, espera-se que o referido estatuto seja aprovado, e, finalmente, exista um marco máximo de duração para as medidas de segurança, já que marcadas pela proporcionalidade e todas as outras garantias legais atribuíveis às penas.

### **3.6 Ordenamento Jurídico Português e a Limitação Temporal das Medidas de Segurança**

Eliminada a idéia de indeterminação da medida de internamento duas são as soluções doutrinárias pertinentes. A primeira estabelece que os limites mínimos e máximos das medidas de segurança devem respeitar os limites (mínimos e máximos) da pena correspondente ao ilícito típico praticado. A segunda estabelece que os mencionados limites não devem respeitar os limites correspondentes às penas do modelo legal praticado, mas sim,

---

<sup>90</sup> GOMES, Luís Flávio. Duração das Medidas de Segurança. **Revista dos Tribunais**, 663/257,1991. p.261.

<sup>91</sup> FÖPPEL EL HIRECHE, Gamil. **A função da pena na visão de Claus Roxin**. Rio de Janeiro: Forense, 2004. p.112.

respeitar os limites fixos estabelecidos pelo próprio legislador. Assim, não há uma relação direta com cada modelo legal típico.<sup>92</sup>

O legislador português, preceituando no atual artigo 91.2 do CP, estabelece que, nos crimes de homicídio ou ofensas corporais graves, ou em outros atos violentos puníveis com pena superior a três anos, existindo razões para recear a prática de outros fatos da mesma natureza e gravidade, o internamento dera duração mínima de três anos.<sup>93</sup>

Por outro lado, o Código Penal dispõe que o primeiro internamento de um inimputável não pode exceder em mais de 04 anos o limite máximo da pena correspondente ao crime praticado, prevista a prorrogação em casos ímpares (art. 92.2, primeira parte do CP português). Já para o semi-imputável, o limite máximo refere-se à duração da pena (art. 103 do mesmo diploma).<sup>94</sup>

No projeto de Revisão, o internamento não pode exceder o limite máximo da pena correspondente ao tipo de crime cometido pelo inimputável, mas há a possibilidade de prorrogação diante da acentuada anomalia mental do enfermo e da probabilidade de reiteração de crime cuja natureza e gravidade são demasiadamente causadores de apreensão para a própria sociedade.<sup>95</sup>

Contudo é importante salientar que existem autores que, ainda, nessa situação, defendem a tese que compartilha a idéia de que os limites devem ser sempre obedecidos, não se admitindo qualquer prorrogação. Tais autores afirmam que vivemos em uma sociedade de

---

<sup>92</sup> ANDRADE, Haroldo da Costa. **Das Medidas de Segurança**. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2004. p.88.

<sup>93</sup> ANDRADE, op. cit., p.89.

<sup>94</sup> PANCHERI, Ivanira. Medidas de Segurança. **Revista Brasileira de Ciências Criminais. Revista dos Tribunais**. n.20, ano 5, São Paulo, out.-dez. 1997, p.111

<sup>95</sup> PANCHERI, op. cit., p.112.

risco; por conseguinte, devemos supor tais fatos, uma vez que é inadmissível a prorrogação, o que afeta liberdade individual do cidadão. Assim, visa-se a atenuar, cada vez mais, a tese de que a perigosidade criminal justificaria tal prorrogação.

Admitindo o caráter excepcional da prorrogação, o Código Penal português estabeleceu uma maior exigência de requisitos para a mencionada imposição, além de estabelecer a admissibilidade da prorrogação apenas nos fatos praticados pelo inimputável cujo crime seja punível com pena superior a 8 anos: exigirá que o perigo de novos fatos da mesma espécie, homotípica, seja de tal modo grande que desaconselhe a libertação.<sup>96</sup>

---

<sup>96</sup> FERRARI, Eduardo Reale. Os prazos de duração das medidas de segurança e o ordenamento jurídico português. **Revista dos Tribunais**. v.701, mar.1994, p.273.

## 4 O INSTITUTO PSIQUIÁTRICO FORENSE DO RIO GRANDE DO SUL

### 4.1 Aspectos Históricos

O Instituto Psiquiátrico Forense “Maurício Cardoso” (IPFMC) é um estabelecimento médico-penal da Rede Penitenciária do Estado do Rio Grande do Sul, integrante da estrutura orgânica da Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE), da Secretaria de Justiça e Segurança. Esta instituição cumpre funções periciais e assistenciais, além de atividades como ensino e pesquisa. É o único local dos estado onde são realizados os laudos de avaliação de Responsabilidade Penal.<sup>97</sup>

Além disto, também é o órgão responsável pela realização dos exames anuais de verificação da cessação de periculosidade, pelos quais se registra se o interno apresentou melhora em suas condições mentais que seja suficiente para permitir o retorno ao convívio social. Também é o IPFMC a instituição na qual são realizados todos os laudos de avaliação de dependência toxicológica do Estado.

Segundo Menezes<sup>98</sup> o Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso é a maior instituição do gênero “Hospitais de Custódia e Tratamento” no Brasil, tanto em número de vagas, como ocupação.

Compõe-se de sete Unidades de Tratamento (seis masculinas e uma feminina) e uma Unidade de Admissão e Triagem. Nesta unidade ficam os presos em avaliação pericial ou por

---

<sup>97</sup> Os Laudos de Avaliação de Responsabilidade Penal têm como objetivo verificar se há ou não doença mental em pessoas que tenham cometido delitos.

<sup>98</sup> MENEZES, Ruben de Souza. **Esquizofrenia e Liberdade: Manicômios Judiciais, Reforma Psiquiátrica e a Era da Saúde Mental**. Porto Alegre: Armazém Digital, 2005. p.31.

motivo de Superveniência de Doença Mental<sup>99</sup>, após o exame e a melhora dos sintomas, o indivíduo retorna para seu estabelecimento prisional de origem.

A instituição conta com um corpo clínico organizado, atualmente com dezessete psiquiatras e dois neurologistas. Há setores de Psicologia, de Terapia Ocupacional, de Serviço Social, Jurídico e de Segurança.

Em 1924, a necessidade de uma instituição para acolher os doentes mentais que tivessem praticado crimes foi estabelecida pelo decreto estadual no. 3.356, de 15 de agosto de 1924, que regulou a assistência a Alienados no Rio Grande do Sul.<sup>100</sup>

A criação do IPFMC se deu nos moldes do modelo inglês (Criminal Lunatic Asylum of Broadmorr), tendo sido a segunda instituição do gênero implantada no país.

Pelo decreto estadual de no. 6880, de 7 de dezembro de 1987, o Manicômio Judiciário deixou de fazer parte da Diretoria de Assistência aos Alienados e passou a ser uma seção de “Presídios e Anexos”. Nesta época iniciou-se a construção do primeiro prédio do Manicômio Judiciário, que recebeu o nome de seu patrono “Maurício Cardoso”, sendo inaugurado em setembro de 1939, na área que ocupa até o presente. De 1937 a 1951, a casa foi administrada por não médicos vinculados a setores policiais.<sup>101</sup>

---

<sup>99</sup> Em duas hipóteses a pena aplicada pode ser substituída por medida de segurança (semi-imputabilidade ou superveniência de doença mental). Quando ocorrer a superveniência de doença mental, o condenado deve ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, em não havendo, a outro estabelecimento adequado. O art. 41 do Código penal determina (e o art. 183 Lei de Execuções Penais permite), nessa hipótese a substituição da pena por medida de segurança, cujo cumprimento da pena passa a reger-se pelas normas de execução da pena. Neste caso, como também na hipótese de réu semi-imputável, a medida de segurança não poderá ter duração superior ao correspondente à pena substituída.

<sup>100</sup> MENEZES, Ruben de Souza. **Esquizofrenia e Liberdade: Manicômios Judiciais, Reforma Psiquiátrica e a Era da Saúde Mental**. Porto Alegre: Armazém Digital, 2005. p.33.

<sup>101</sup> MENEZES, op. cit., p.34.



Pelo decreto n. 16.424, de 24 de janeiro de 1964, a instituição, já como órgão da Secretaria do Interior e Justiça, passou a denominar-se Instituto Psiquiátrico Forense e recebeu novo regimento interno que determinou fosse Diretor um Médico Psiquiatra, oficializando, assim, uma situação que vinha ocorrendo desde 1951. Em 14 de dezembro de 1964, a denominação oficial da instituição passou a ser Instituto Psiquiátrico Forense “Maurício Cardoso” (decreto n. 17.010, de 14/12/1964).<sup>102</sup>

Até 1970, a Direção do IPFMC estava diretamente subordinada ao Secretário do Interior e Justiça. A partir de então, com a criação da Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE), o IPFMC passou a ser integrante do Departamento de Estabelecimentos Penais (DEP). Em 1977, através de uma portaria, o Secretário da Justiça conferiu nova organização estrutural e funcional ao IPFMC, reforçando a característica hospitalar do Instituto. De acordo com Menezes<sup>103</sup> uma conquista importante desse Regimento foi a primeira referência oficial feita ao regime de Alta Progressiva, como uma modalidade efetiva de atendimento aos internos.

Ao longo da história da instituição, algumas mudanças estruturais foram sendo realizadas. Foram construídas unidades abertas para abrigar os pacientes em melhores condições mentais. Em 1973 foram inaugurados novos pavilhões administrativos, unificando os serviços e chefias. Em 1976, foi inaugurada a Unidade de Admissão e Triagem (UAT), na qual se construíram cinco quartos para isolamento, utilizados, nos casos de agitação psicomotora. Foram, logo após, construídas as unidades F e G.

---

<sup>102</sup> MENEZES, Ruben de Souza. **Esquizofrenia e Liberdade: Manicômios Judiciais, Reforma Psiquiátrica e a Era da Saúde Mental**. Porto Alegre: Armazém Digital, 2005. p.35.

<sup>103</sup> MENEZES, op. cit. p.36.

As reformas seguiram em ritmo mais acelerado contando o IPF, em dezembro de 1980, com 409 pacientes, distribuídos em três unidades fechadas e duas unidades abertas, além da unidade de admissão e triagem. O aumento da população na Instituição forçava a ampliação do quadro funcional que, em 1980, atingiu 180 funcionários, além de estagiários de psicologia e serviço social. Para o instituto desenvolver seu trabalho assistencial, já nesse período contava com médicos psiquiatras, médicos-clínicos, médicos neurologistas, psicólogos, assistentes sociais, advogados, dentistas, enfermeiros, atendentes, agentes penitenciários e pessoal para apoio administrativo.<sup>104</sup>

No final de década de oitenta, o IPFMC contava com sete unidades, tendo cada uma delas um psiquiatra responsável pela coordenação e a responsabilidade pelo atendimento clínico dos respectivos internos. A assistência médica compreendia atendimentos de grupos e individuais, laboraterapia, socioterapia, praxisterapia, visando o tratamento e a ressocialização de uma população de, aproximadamente, 600 infratores doentes mentais.<sup>105</sup>

---

<sup>104</sup> FONSECA, Paulo; SORDI, Rudyard; THOMAZ, Theobaldo. O Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso: aspectos de sua evolução nos últimos vinte anos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.4, n.2, p. 96-104, mai.-ago. 1982.

<sup>105</sup> SORDI, Rudyard Emerson. **Relatório Apresentado na Mesa Redonda “PsiquiatriaForense” no IX Congresso Brasileiro de Psiquiatria**. Curitiba, out. 1986. Não Publicado.

## **5 PLANO DA NATUREZA DO PROBLEMA**

### **5.1 Formulação do Problema de Pesquisa**

Qual o perfil dos pacientes submetidos à medida de segurança no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso?

### **5.2 Sentido do Problema**

O problema de que trata este trabalho transita por um campo de intersecção da Psiquiatria com o Direito Penal. Tal se dá através da investigação do perfil dos internos inimputáveis do Instituto Psiquiátrico Forense do Rio Grande do Sul, localizado na cidade de Porto Alegre, única instituição destinada a esse fim no estado do Rio Grande do Sul. Inimputáveis são aqueles indivíduos que, por doença mental, foram considerados incapazes de compreender o caráter ilícito do fato que cometeram e, portanto, estão sujeitos a uma medida curativa, não punitiva, denominada medida de segurança.

## 6 PLANO DOS OBJETIVOS DA PESQUISA

### 6.1 Objetivos Gerais e Específicos

O presente estudo elabora um perfil dos internos do Instituto Psiquiátrico Forense “Maurício Cardoso” (IPFMC), considerando: idade, gênero, profissão, grau de instrução, estado civil, delito gerador da inimputabilidade, prazo mínimo fixado na sentença, ano de início do cumprimento da medida de segurança, espécie de medida de segurança<sup>106</sup>, situação atual do interno dentro da instituição<sup>107</sup>, a doença mental diagnosticada, antecedentes criminais, internação prévia em instituições psiquiátricas e, por fim, o cumprimento anterior de medida de segurança.

Além do estudo destas características busca correlacionar as variáveis do perfil biopsico-social com a situação jurídico-penal do interno.

### 6.2 Justificativa:

**Estágio de desenvolvimento dos conhecimentos referentes ao tema relevância social do problema a ser investigado**

As relações entre a psiquiatria e o direito penal têm sido, desde o início do século XIX, bastante estreitas. No Brasil, em 1940, o Código Penal trouxe consigo duas importantes inovações: o critério da periculosidade para a aplicação da pena e o dispositivo da medida de segurança.<sup>108</sup>

---

<sup>106</sup> As medidas de segurança, de acordo com o Código Penal Brasileiro podem ser detentivas (internação em hospital de custódia e tratamento) ou restritivas (tratamento ambulatorial nos casos de crimes punidos com detenção, onde o início do regime é o semi-aberto).

<sup>107</sup> O interno pode estar em Unidade Aberta, Fechada ou em Alta Progressiva.

<sup>108</sup> RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Renavam, 2003, p.156.

Nesse sentido, a concepção da pena em seu sentido punitivo substituiu-se pela de um dispositivo legal que não se justifica mais pela punição, mas pelo tratamento, readaptação ou reforma do delinqüente. A adoção da medida de segurança representa e da noção de periculosidade, conforme Cristina Rauter, permite “a incorporação ao direito penal de um critério de julgamento que não se refere ao delito, mas à personalidade do criminoso”.<sup>109</sup> Uma vez considerado “perigoso”, o destino do criminoso é a medida de segurança e, nesse ponto, surge o encontro entre os campos da saúde mental e do direito, produzindo uma série de impasses nos discursos jurídicos e psiquiátricos.

Nesse sentido Ana Heloísa Senra pontua:

Perigosos? Criminosos? Doentes mentais definitivos? Já não podem falar, buscaram a razão louca para seus atos loucos... o singular não se descreve na universalidade que assim se legitima. Perante o Direito a constatação de que não se fez cumprir a função de fazer desses indivíduos, sujeitos ou de sustentar em si a letra da lei que não se inscreveu em seu universo subjetivo em um momento enlouquecido. Perante as famílias, esquecidos, abandonados, monstros que não puderam discernir entre o bem e o mal e controlar seus impulsos, humanos, entretanto. E, perante a sociedade, em meios aos escombros que quase nos deixam sem saída, à pergunta quanto à eficácia da medida para sua proteção (...)<sup>110</sup>

Atualmente, o Instituto Psiquiátrico Forense do Rio Grande do Sul possui quatrocentos e cinqüenta internos masculinos e trinta e uma internas femininas. Poucos estudos sobre o perfil desses internos e suas condições foi realizado anteriormente, o que demonstra a relevância social desta pesquisa.

---

<sup>109</sup> RAUTER, Cristina. **Criminologia e Subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003. p 71.

<sup>110</sup> SENRA, Ana Heloísa. Inimputabilidade e loucura: os paradoxos da proteção e do tratamento”. In: GAUER, Gabriel; MACHADO, Débora Silva (Org.). **Filhos e vítimas do tempo e da violência: a família, a criança e o adolescente**. Curitiba: Juruá, 2003, p.165.

## 7 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DOS TERMOS

Para este estudo são considerados os seguintes conceitos:

**Capacidade de Imputação Jurídica:** Estado psicológico que se fundamenta no entendimento que o indivíduo tem sobre o caráter criminoso do fato e na aptidão de determinar-se de acordo com esse entendimento.<sup>111</sup>

**Imputar:** *Imputare*, atribuir a responsabilidade de.<sup>112</sup>

**Laudo de Exame de Sanidade Mental:** Relatório escrito do exame de sanidade mental, com suas conclusões legais e respostas aos quesitos (se tiver), requisitado pela autoridade competente.<sup>113</sup>

**Medida de Segurança:** É aplicada ao indivíduo cujo ato delituoso lhe não foi imputado, art. 26 do Código Penal. Esse indivíduo não recebe pena privativa de liberdade, e sim medida de segurança consistente em internação em hospital de custódia e tratamento (medida de segurança detentiva) ou medida de tratamento ambulatorial (medida de segurança restritiva).<sup>114</sup>

**Doença Mental:** Compreendem-se todas as demências (*de*, negação; *mentis*, mente; ausência de mente), cujos quadros mentais manifestam-se por rebaixamento global das esferas psíquicas. Compreendem-se também todas as psicoses (psicose epiléptica, transtornos

---

<sup>111</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense**. São Paulo: Atheneu, 2003. p.197.

<sup>112</sup> CALDAS, Aulete. **Dicionário contemporâneo da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Delta, 1958.

<sup>113</sup> PALOMBA, op.cit. p.121.

<sup>114</sup> PALOMBA, op.cit. p.214.

de humor, psicose puerperal, esquizofrenia, psicose senil, psicose por traumatismo de crânio, etc.), mais o alcoolismo crônico e a toxicomania grave. Essas duas entidades mórbidas, embora possam engendrar quadros psicóticos, não são originalmente psicoses, mas nem por isso deixam de ser verdadeiras doenças mentais, uma vez que solapam do indivíduo o entendimento e o livre- arbítrio, que, diga-se de caminho, são arquitrazes da responsabilidade penal.<sup>115</sup>

**Desenvolvimento Mental Retardado:** Esse termo foi criado para explicar os casos que não são distúrbios qualitativos do psiquismo, como ocorre nas doenças mentais, mas distúrbios quantitativos, basicamente os de inteligência. Neste grupo ficam as oligofrenias (*oleigos*, pequeno; *phrem*, mente) ou retardos mentais, nos três graus: 1) debilidade mental (*débil*, fraco); 2) imbecilidade (*in*, negação; *bacillum*, bastão; falta o bastão da inteligência); e 3) idiotia (*idios*, *a*, *on*, próprio: indivíduo que só tem vida própria, não tem vida política).<sup>116</sup>

**Desenvolvimento Mental Incompleto:** Entende-se o menor de idade, o silvícola não aculturado e o surdo-mudo de nascença.

**Perturbação de Saúde Mental:** Compreendem todas as neuroses, reações vivenciais anormais, reação em curto circuito, síndrome do pânico, condutopatias (transtornos de comportamento), encefalopatias menores, alcoolismo moderado, toxicomania moderada, quadros hipomaníacos, reações anormais e estresse, certos estados epiléticos, etc.<sup>117</sup>

**Perfil, Perfilar:** Contorno, silhueta. Descrição de alguém em traços rápidos. Traçar o

---

<sup>115</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense**. São Paulo: Atheneu, 2003. p.153.

<sup>116</sup> PALOMBA, op. cit., p.154.

<sup>117</sup> PALOMBA, op. cit., p.156.

perfil de.<sup>118</sup>

**Periculosidade:** Conjunto ou circunstâncias que indicam a possibilidade de alguém praticar ou tornar a praticar um crime.<sup>119</sup>

---

<sup>118</sup> FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2003.

<sup>119</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense**. São Paulo: Atheneu, 2003. p.214.



## **8 METODOLOGIA**

### **8.1 Aspectos Éticos**

Com relação aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital São Lucas, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, conforme ofício em anexo (ANEXO A). Foi considerada desnecessária a utilização do termo de Consentimento Informado, por ser um estudo do tipo retrospectivo, riscos praticamente inexistentes para a pessoa dos pacientes. O projeto, assim aprovado em seus aspectos éticos foi então apreciado e aprovado pelo Diretor do Instituto Psiquiátrico Forense, Dr. Rogério G. Cardoso e pela juíza da Vara de Execuções de Penas e Medidas de Segurança, Dra. Cleuza Mariza da Silveira Azevedo.

### **8.2 Descrição da População e Amostra**

#### **8.2.1 Área Geográfica**

O estudo foi realizado no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, no Rio Grande do Sul.

#### **8.2.2 Descrição da População e Amostra**

A população em estudo foi formada por todos os pacientes inimputáveis no período de abril a agosto de 2005.

Estavam em tratamento, no IPFMC, 617 pacientes inimputáveis na época de referência, foram excluídos os pacientes que aguardavam julgamento, os declarados semi-

imputáveis e aqueles que cumprem Medida de Segurança por superveniência de doença mental.

### **8.3 Procedimentos de Coletas de Dados**

Os dados foram coletados dos prontuários judiciais arquivados no IPFMC através de um instrumento específico (ANEXO B). Os coletadores foram estudantes de Medicina e de Psicologia especificamente treinados para essa finalidade. Foram também analisadas as sentenças judiciais, os Laudos de Avaliação de Responsabilidade Penal, os Laudos de Verificação de Cessação da Periculosidade e outros documentos.

A idade, o grau de instrução e o estado civil foram coletados com base na situação atual do interno, não no momento da prática do fato criminoso ou no momento da declaração de inimputabilidade.

Como delito gerador da inimputabilidade foram classificados de acordo com os títulos do Código Penal brasileiro: crimes contra a pessoa (art. 121 a 154), crimes contra o patrimônio (art. 155 a 183), crimes contra a propriedade imaterial (art. 184 a 196), crimes contra a organização do trabalho (art. 197 a 207), crimes contra o sentimento religioso e contra o respeito aos mortos (art. 208 a 212), crimes contra os costumes (art. 213 a 234), crimes contra a família (art. 235 a 249), crimes contra a incolumidade pública (art. 250 a 285), crimes contra a paz pública (art. 286 a 288), crimes contra a fé pública (art. 289 a 311), crimes contra a administração pública (art. 312 a 359) e ainda os crimes tipificados na Lei de Tóxicos (Lei n. 6.369/76), Lei das Contravenções Penais (Dec. Lei n. 3.688/41) e Lei de Tortura (Lei n.9.455/97).

Para a determinação das variáveis considera-se:

- Início do cumprimento: o ano que informava o histórico do paciente no primeiro Laudo de Verificação da Cessação de Periculosidade;
- Quanto à situação do interno dentro da instituição (Alta Progressiva ou não) foram analisados o último Laudo de Verificação da Cessação de Periculosidade;
- Internações em instituições psiquiátricas prévias: quando houve algum registro deste tratamento em seu prontuário judicial;
- Antecedentes criminais: aqueles com sentença criminal transitada em julgado, anterior ao delito gerador da inimputabilidade. A sentença criminal foi o documento analisado;
- Cumprimento anterior de medida de segurança: quando houve registro da desinternação condicional por outro delito.

Os diagnósticos utilizados no IPFMC estão baseados nos critérios da Organização Mundial da Saúde, sendo codificados de acordo com Classificação Internacional de Doenças<sup>120</sup>, estes diagnósticos foram convertidos para a classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais<sup>121</sup> e colocados nos seguintes grupos: Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos, Transtornos Relacionados a Substâncias, Retardo Mental e

---

<sup>120</sup> Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

<sup>121</sup> DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: ArtMed, 2003.

Transtorno de Comunicação, Transtornos de Personalidade, Transtornos de Humor, Transtornos causados por uma condição médica geral, Transtornos Sexuais, *Delirium* e Demência, Transtornos de Ansiedade, Transtornos do Controle dos Impulsos, Transtornos do Sono e Transtornos Dissociativos. Em função de períodos de internação muito longos, foram encontrados diagnósticos ainda codificados pela sétima, oitava e nona CIDs. Estes diagnósticos foram convertidos para a atual classificação do DSM-IV.

#### **8.4 Análise e Interpretação dos Dados**

Os dados obtidos na pesquisa foram digitados e processados através de um programa próprio para pesquisas sociais, o programa estatístico SPSS.

Inicialmente foi realizada a análise descritiva dos resultados através de tabelas de frequência univariada (cada variável analisada individualmente), com a utilização de gráficos, tabelas e medidas estatísticas descritivas (média, mediana, desvio-padrão, valor mínimo e valor máximo). Num segundo momento foi realizada uma análise bivariada (cruzamento entre duas variáveis, com objetivo de verificar as associações entre elas).

Para as variáveis quantitativas, idade, prazo mínimo fixado e tempo de internação, foram calculadas as medidas descritivas, com destaque para a média, mediana, moda, desvio-padrão, valores mínimos e máximos observados para cada variável.

A verificação da existência ou não de associação estatisticamente significativa entre variáveis qualitativas foi feita com a utilização do Teste Qui-quadrado de independência. A existência de diferenças significantes entre médias, no caso das variáveis quantitativas, foi

verificada através do Teste  $t$  de Student para amostras independentes. O nível de significância utilizado nos testes foi de 5%.

## 9 RESULTADOS

### 9.1 Resultados das Variáveis que Definem o Perfil dos Internos

Este estudo teve como objetivo principal perfilar os internos inimputáveis do Instituto Psiquiátrico Forense do Rio Grande do Sul. Para esta investigação foram analisados 617 internos através de seus prontuários médicos arquivados na Instituição.

Os internos inimputáveis que se encontravam no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso no período de abril a agosto de 2005 apresentam as seguintes características: idade média de 43,22 anos de idade, sendo que metade dos internos (50%) possui mais de 42 anos de idade. Com respeito ao gênero, existe uma predominância masculina (91,3%), em relação ao gênero feminino (8,4%). A maioria dos internos (73,2%) possui profissão definida, enquanto que 26,8% não possuem. Quanto ao grau de escolaridade 74,6% haviam cursado o primeiro grau; 16,4% eram analfabetos; 7,3 cursaram o segundo grau e apenas 1,6% ou dez internos freqüentaram curso superior. A grande maioria (83,2%) não possui companheira e 16,8% dos internos analisados possuíam companheira no momento da coleta dos dados. O delito gerador da inimputabilidade prevalente entre os internos foi o crime contra a pessoa (62, 1%), seguido do crime contra o patrimônio (20,6%) e crime contra os costumes (16,2%). Também foram encontrados como delitos geradores, mas em menor percentagem, os crimes contra a incolumidade pública (3,4%), crimes constantes na Lei de Tóxicos (2,6%), crimes contra a administração pública (2,3%), crimes contra os sentimentos religiosos e respeito aos mortos (0,6%), contravenções penais (0,5%), crimes contra a fé pública (0,3%) e crimes constantes na Lei de Tortura (0,3%). Os resultados apontaram uma pequena prevalência (58,3%) de internos com antecedentes criminais. Quanto ao prazo mínimo fixado, verificou-se que a média é 1,76 ano. Verificou-se uma predominância

significativa (91,4%) da medida de segurança detentiva. A média do tempo de internação dos internos é de 9,33 anos; sendo que metade dos internos estava na instituição há mais de sete anos, o maior tempo de internação encontrado foi de 41 anos. Quanto à situação do interno dentro da instituição, verificou-se que a maioria (81,5%) encontra-se sob o regime de Alta Progressiva. Quanto à existência de internação anterior em instituição psiquiátrica verificou-se uma pequena prevalência de internos que possuíam internação (55,2%). A grande maioria dos internos pesquisados (83,3) não havia cumprido medida de segurança anteriormente. O diagnóstico prevalente encontrado foi Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos (61,4%), seguido de Transtornos Relacionados a Substâncias (27,5%); Retardo Mental e Transtorno de Comunicação (20,5%), Transtorno de Personalidade (12,4%), Transtornos de Humor (10%), Transtornos Mentais Causados por uma Condição Médica Geral (3,4%), Transtornos Sexuais (3,1%), *Delirium*, Demência (1,1%), Transtorno de Ansiedade (0,3%), Transtornos Dissociativos (0,2%), Transtornos do Sono (0,2%), Transtorno de Controle dos Impulsos (0,2%).

Assim, a pesquisa realizada aponta o seguinte perfil do interno do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso:

- Gênero: masculino;
- Idade: 43,22 anos;
- Com profissão definida;
- Grau de escolaridade: Primeiro grau;
- Sem Companhia;
- Delito gerador da Inimputabilidade: Crime contra a Pessoa;
- Prazo mínimo da medida de segurança: 1,76 ano;

- Com antecedentes criminais;
- Cumprindo Medida de Segurança Detentiva;
- Internado há 9,33 anos;
- Usufruindo o benefício da Alta Progressiva;
- Sem cumprimento anterior de Medida de Segurança;
- Com internação anterior em outras Instituições Psiquiátricas;
- Diagnóstico: Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos.

### 9.1.1 Gênero

Dos 617 internos inimputáveis do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, 565 são do gênero masculino, ou seja, 91,6%; 52 são do gênero feminino, 8,4% da população analisada. A Figura 1 mostra a distribuição dos internos por gênero.

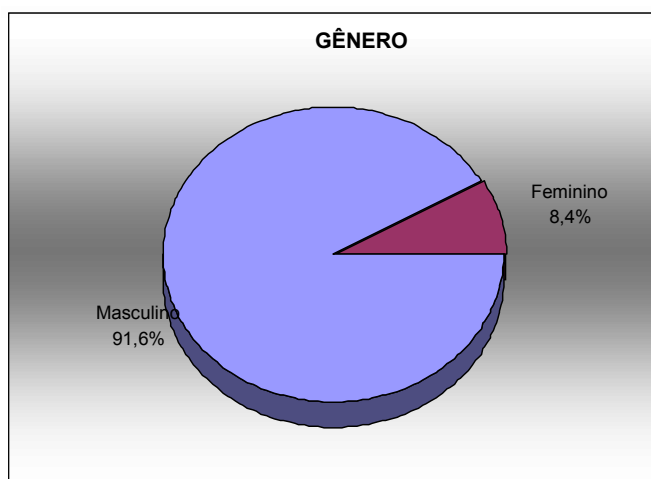


Figura 1: Distribuição dos pacientes, conforme o gênero.



### 9.1.2 Idade

Dos 619 internos analisados a média de idade é de 43,22 anos. 75% dos internos têm idade igual ou menor que 51 anos, o desvio-padrão é 12,13 anos. A Figura 2 mostra a distribuição dos internos por faixas etárias.

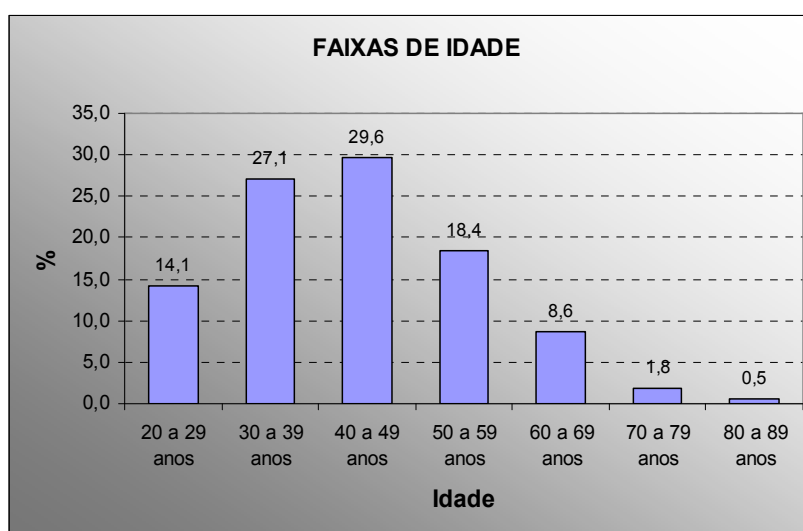


Figura 2: Distribuição dos internos conforme as faixas etárias

### 9.1.3 Profissão

Dentre os 619 internos analisados 453 (73,2%) possuíam profissão definida, exerciam algum tipo de atividade quando do cometimento do fato criminoso. Já 166 internos (26,8%) não possuíam profissão definida e não exerciam nenhum tipo de atividade. A figura 3 mostra a distribuição dos internos conforme a existência ou não de profissão definida.

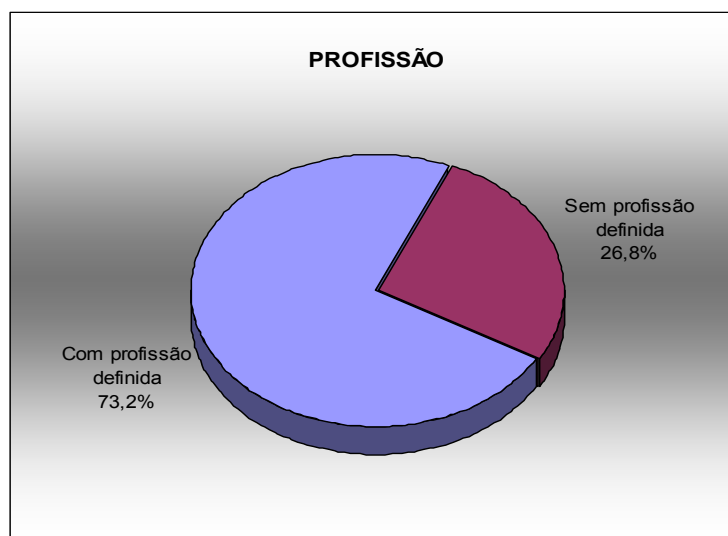


Figura 3: Distribuição dos Internos conforme a existência ou não de profissão

#### 9.1.4 Grau de Instrução

Dos internos analisados 16,4% ou 101 eram analfabetos, 74,6%, ou seja, 458 cursaram algumas séries ou concluíram o primeiro grau. Com relação ao segundo grau, 7,3% ou 45 internos cursaram algumas séries ou concluíram o segundo grau. Dez internos, 1,6% possuíam formação superior completa ou incompleta. A figura 4 mostra a distribuição dos internos por grau de instrução.

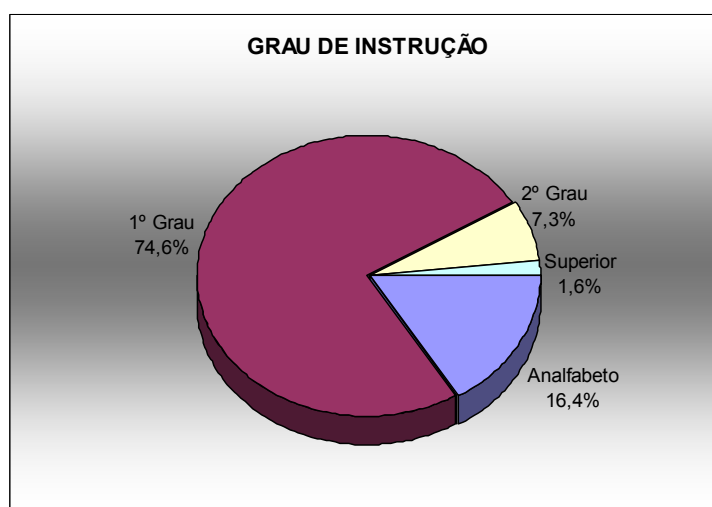


Figura 4: Distribuição dos internos por grau de instrução.

### 9.1.5 Estado Civil

Quanto ao estado civil 83,2% ou 515 dos internos não possuíam companheira e 16,8% ou 104 internos possuíam companheira. A figura 5 mostra a distribuição dos pacientes com relação ao estado civil.



Figura 5: Distribuição dos internos com relação ao estado civil.

### 9.1.6 Delito Gerador da Inimputabilidade

Com relação ao delito gerador da inimputabilidade, verifica-se a prevalência dos delitos cometidos contra a pessoa, 62%, delitos cometidos contra o patrimônio, 20,6% seguidos dos delitos contra os costumes, ou crimes sexuais, com 16,2%. Ressalta-se que um mesmo interno poderá ter cometido mais de um delito, por isso os percentuais somam mais de 100%. A figura 6 mostra a distribuição dos internos conforme os delitos geradores da inimputabilidade.

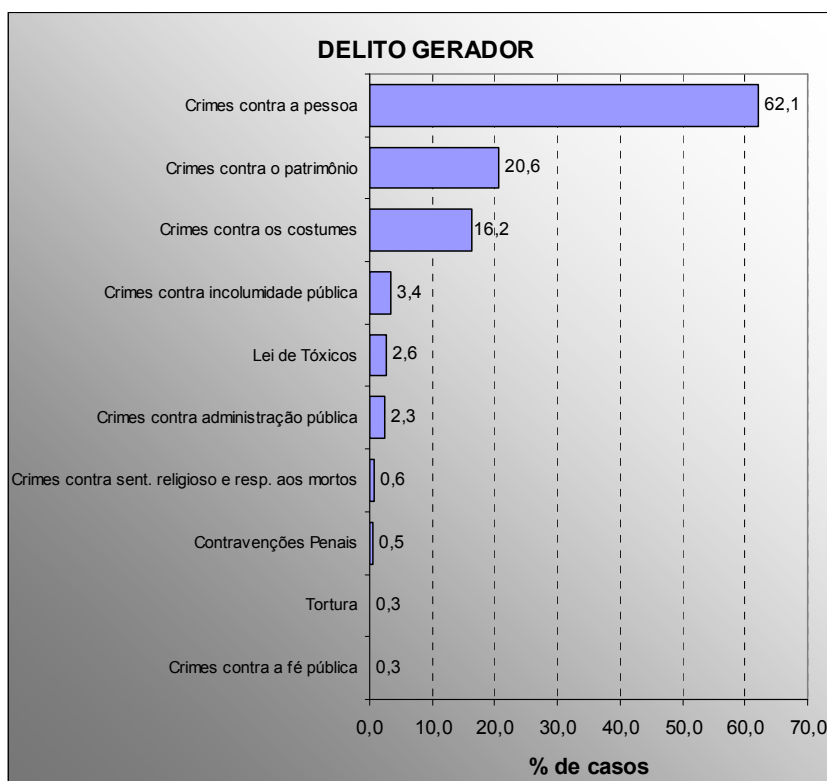


Figura 6: Distribuição dos internos conforme os delitos geradores da inimputabilidade.

### 9.1.7 Prazo Mínimo de Internação Fixado em Sentença Condenatória

Verifica-se que o prazo mínimo fixado na sentença condenatória, em 56,2% dos casos analisados não ultrapassam dois anos e que em 40,7% este prazo varia de 2 a 4 anos. A figura 7 demonstra a variação do prazo mínimo fixado.

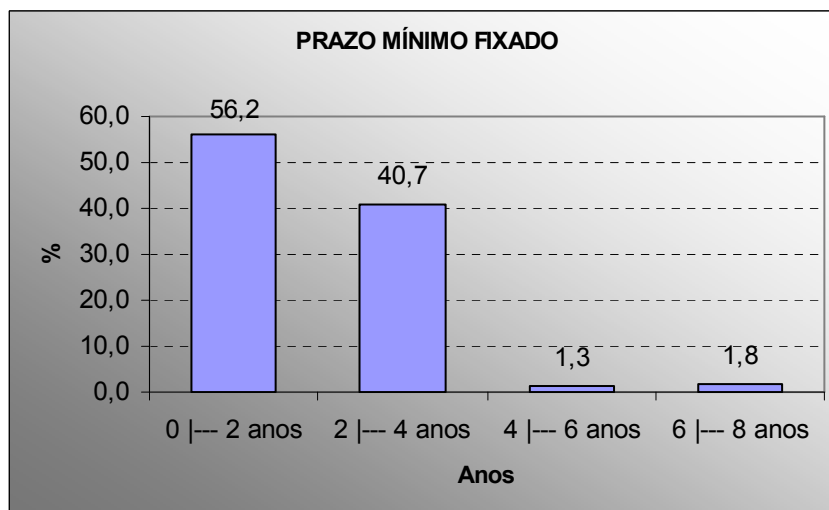


Figura 7: Distribuição dos internos conforme o prazo mínimo fixado

### 9.1.8 Tempo de Internação

Com relação ao tempo de internação, verifica-se que 80,1% ou 496 internos encontram-se na instituição entre o intervalo de 0 a 14 anos e que 123 ou 19,8% dos internos encontram-se internado há mais de 14 anos. A figura 8 mostra a distribuição dos internos por tempo de internação.

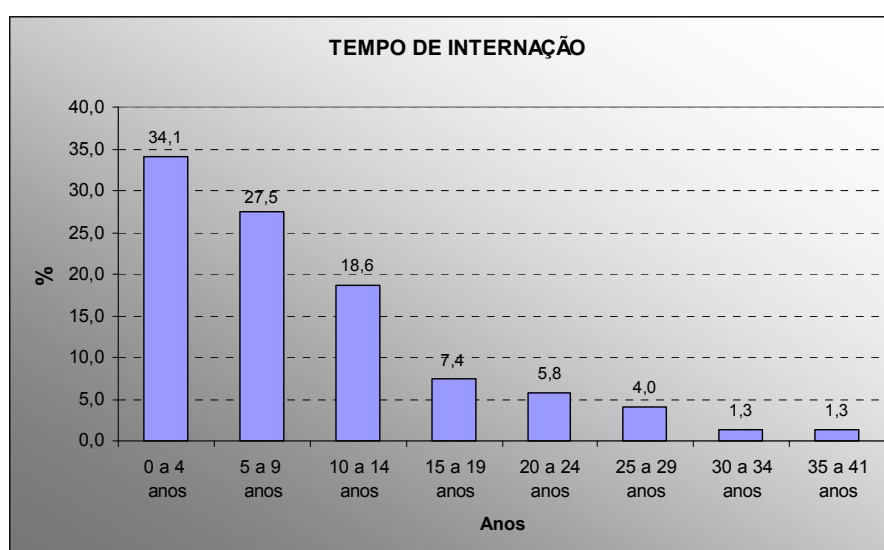


Figura 8: Distribuição dos internos conforme o tempo de internação

### 9.1.9 Espécie de Medida de Segurança

Quanto ao tipo de medida de segurança observa-se que 91,4% ou 562 internos cumprem medida de segurança detentiva e 8,6% ou 53 internos dos 615 casos analisados, cumprem medida de segurança restritiva. A Figura 9 mostra a distribuição dos internos por espécie da medida de segurança.

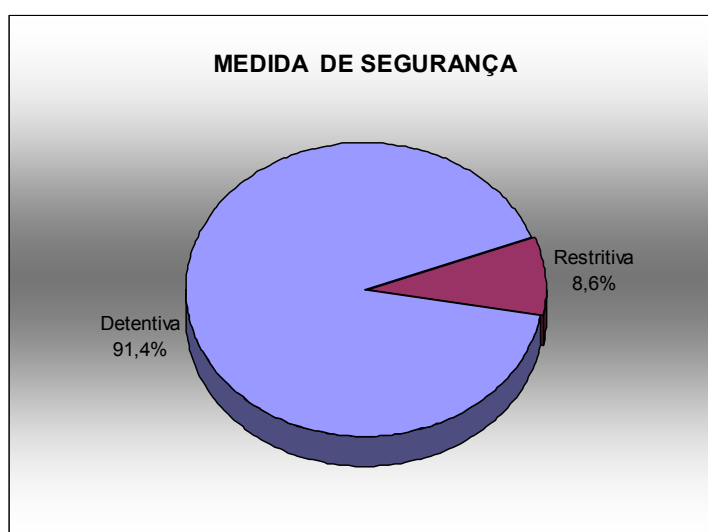


Figura 9: Distribuição dos internos por espécie de medida de segurança.

### 9.1.10 Situação do Interno na Instituição

Quanto à situação dentro da Instituição, verifica-se que 81,5% ou 501 internos encontram-se sob Alta Progressiva. 9,1% ou 56 internos encontram-se na Unidade Fechada e 9,4% ou 58 internos na Unidade Aberta. A Figura 10 mostra a distribuição dos internos segundo sua situação na Instituição.

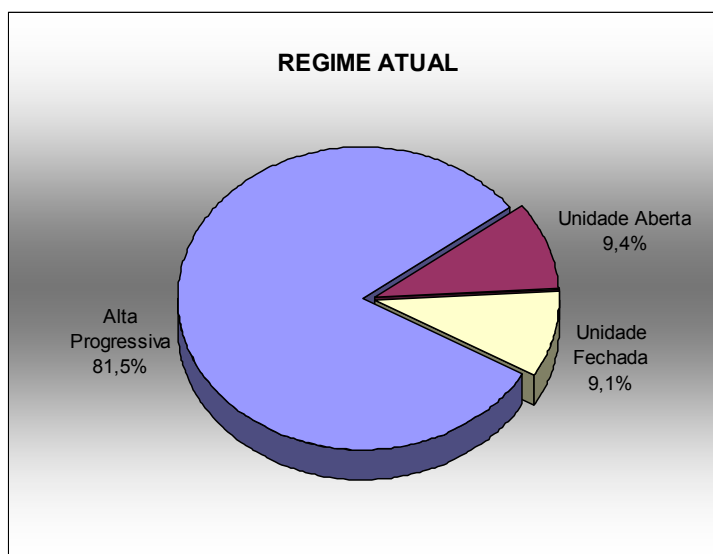


Figura 10: Distribuição dos internos segundo sua situação na instituição.

#### 9.1.11 Doença Mental Diagnosticada

Os diagnósticos prevalentes encontrados nos prontuários dos internos analisados foram: Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos (61,4%); Transtornos Relacionados a Substâncias (27,5 %); Retardo Mental e Transtorno de Comunicação (20,5%); Transtorno de Personalidade (12,4%) e Transtornos de Humor (10,0%). Ressalta-se que para um mesmo interno, pode-se ter mais de um diagnóstico. A Figura 11 mostra a distribuição dos internos por diagnóstico.

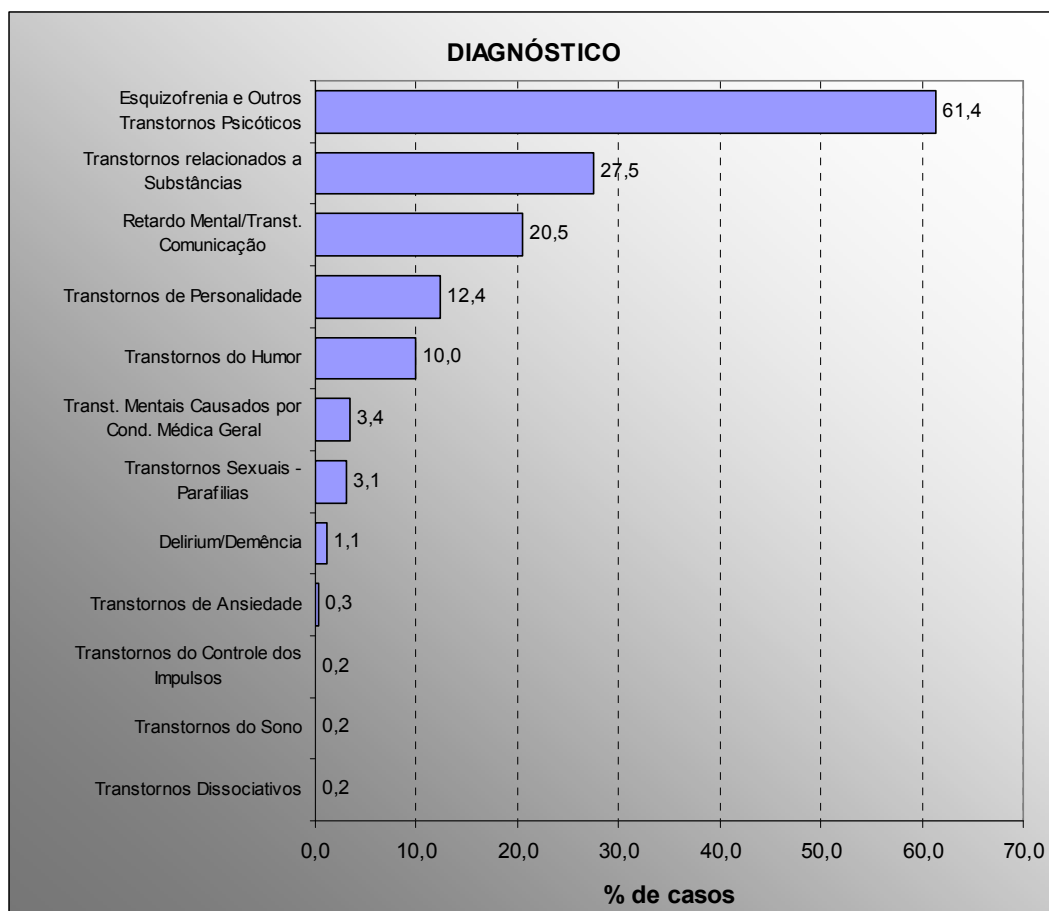


Figura 11: Distribuição dos internos por diagnóstico.

### 9.1.12 Diagnóstico Relacionado ao Transtorno de Substância

Dentre os internos que tiveram diagnóstico relacionado ao Transtorno de Substância, verifica-se que 121 internos (71,2%) obtiveram o diagnóstico de Transtorno relacionados ao álcool, 35 internos (20,6%) Transtorno relacionado à Cannabis e 23 internos (13,5%) possuíam diagnóstico de Transtorno relacionado à Cocaína. Ressalta-se que a soma dos percentuais é superior a 100% pois um mesmo paciente pode ter mais de um diagnóstico. A Figura 12 mostra a distribuição dos internos de acordo com os Transtornos Relacionados a Substâncias.



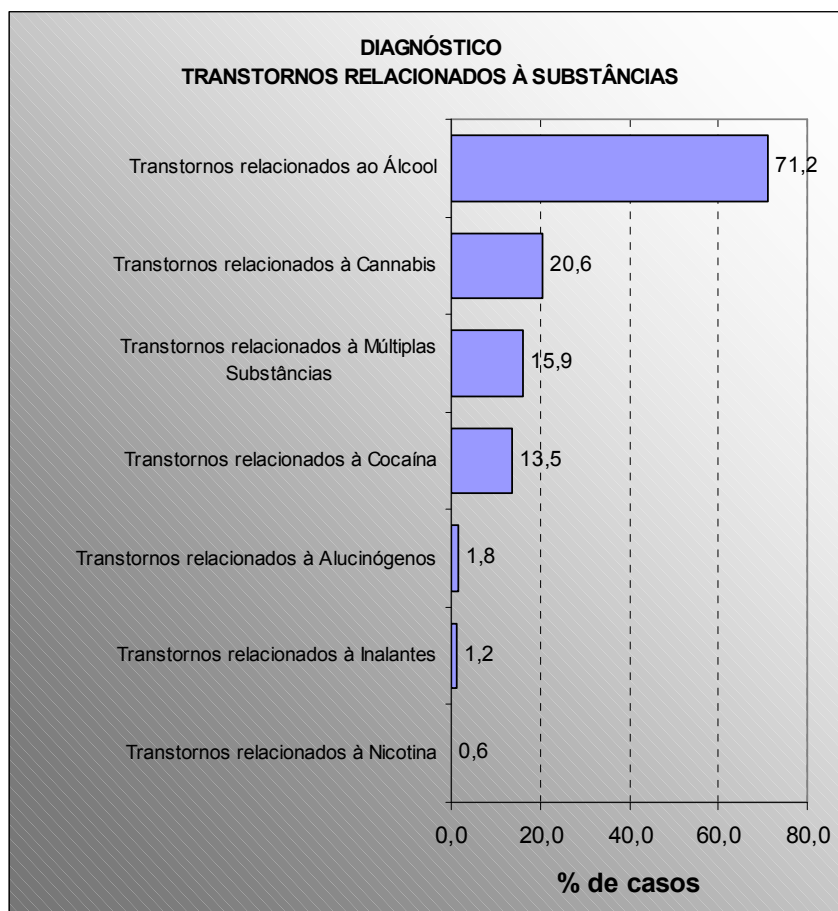


Figura 12: Distribuição dos internos de acordo com o Transtorno relacionado à Substância.

### 9.1.13 Internação em Outras Instituições Psiquiátricas

Dos 619 internos analisados, 340 (55,2%) possuíam internação anterior em outras instituições psiquiátricas. 276 internos (44,8%) não possuíam internação anterior em outras instituições psiquiátricas. A Figura 13 mostra a distribuição dos internos de acordo com a existência ou não de internação anterior em hospital psiquiátrico.



Figura 13: Distribuição dos internos de acordo com a internação anterior em outras instituições.

#### 9.1.14 Cumprimento Anterior de Medida de Segurança

Não cumpriram medida de segurança anteriormente 514 internos (83,3%). Sobre o total válido analisado, 103 internos (16,7%) já haviam cumprido medida de segurança. A Figura 14 mostra a distribuição dos internos segundo o cumprimento anterior de medida de segurança.

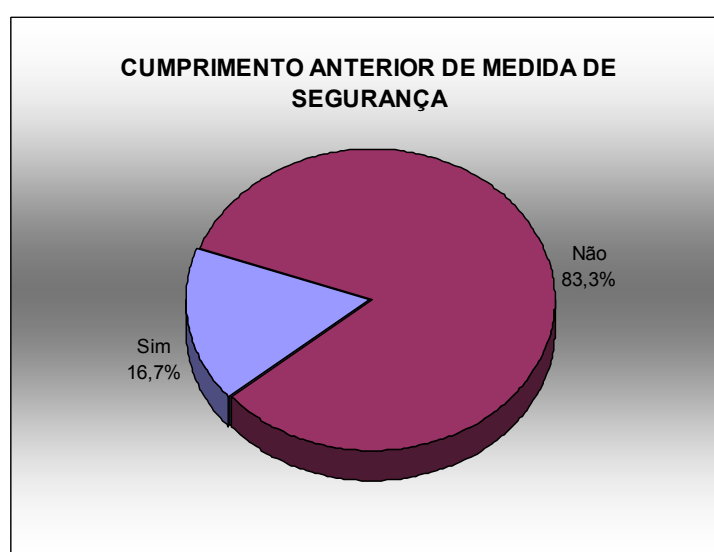


Figura 14: Distribuição dos internos segundo o cumprimento anterior de medida de segurança.

### 9.1.15 Antecedentes Criminais

Quanto à existência de antecedentes criminais, 258 internos (41,7%) possuíam antecedentes criminais e 360 internos (58,3%) não possuíam. A Figura 15 mostra a distribuição dos internos segundo os antecedentes criminais.

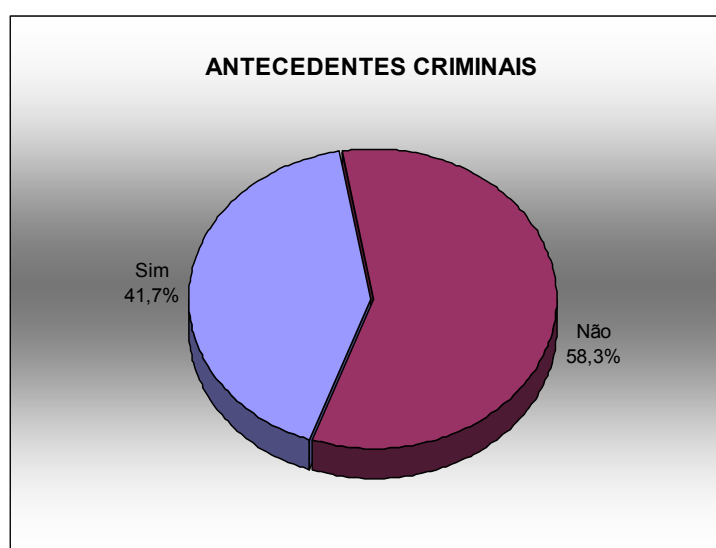


Figura 15: Distribuição dos internos segundo os antecedentes criminais

## 9.2 Associações

### 9.2.1 Gênero e Faixas de Idade

Quando se analisa o gênero dos pacientes internados com as faixas de idade, verifica-se que a faixa etária prevalente tanto dos internos masculinos quanto das internas femininas é a de 40 a 49 anos (28% dos internos e 36,5% das internas).

Aplicando-se o teste Qui-Quadrado de independência verifica-se que não existe associação estatisticamente relevante entre as variáveis gênero e faixas de idade ( $p = 0,638$ ).

A Tabela 1 mostra a distribuição dos internos por gênero e faixas de idade.

**Tabela 1**

Distribuição dos “Internos”, por Gênero e Faixas de Idade

Faixas de Idade	Gênero					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
20 a 29 anos	81	14,3	5	9,6	86	13,9
30 a 39 anos	155	27,4	13	25,0	168	27,2
40 a 49 anos	163	28,8	19	36,5	182	29,5
50 a 59 anos	102	18,1	12	23,1	114	18,5
60 a 69 anos	50	8,8	3	5,8	53	8,6
70 a 79 anos	11	1,9	0	0,0	11	1,8
80 a 89 anos	3	0,5	0	0,0	3	0,5
<b>Total</b>	<b>565</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>617</b>	<b>100,0</b>

### 9.2.2 Gênero e Grau de Instrução

Em relação ao gênero e o grau de instrução verifica-se que o primeiro grau de instrução é prevalente tanto para os internos masculinos como para os femininos.

De acordo com o Teste Qui-Quadrado de Independência não há associação estatisticamente significante entre as variáveis gênero e grau de instrução dos internos ( $p=0,241$ ). A tabela 2 mostra a distribuição dos internos por gênero e grau de instrução.

**Tabela 2**

Distribuição dos “Internos”, por Gênero e Grau de Instrução

Grau de Instrução	Gênero					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Analfabeto	97	17,3	4	7,7	101	16,5
1º grau	415	74,1	41	78,8	456	74,5
2º grau	39	7,0	6	11,5	45	7,4
Superior	9	1,6	1	1,9	10	1,6
<b>Total</b>	<b>560</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>612</b>	<b>100,0</b>

**9.2.3 Gênero e Existência de Profissão Definida**

Analisando-se o gênero com a existência de profissão definida verifica-se que tanto os internos (72,4%) como as internas (80,8%) possuem profissão definida na sua maioria.

De acordo com o Teste Qui-Quadrado não há associação estatisticamente relevante entre o gênero e a existência de profissão definida ( $p = 0,192$ ). A Tabela 3 mostra a distribuição dos internos, por gênero e existência de profissão definida.

**Tabela 3**

Distribuição dos “Internos”, por Gênero e Existência de Profissão Definida

Se Tem Profissão	Gênero					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Com profissão definida	409	72,4	42	80,8	451	73,1
Sem profissão definida	156	27,6	10	19,2	166	26,9
<b>Total</b>	<b>565</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>617</b>	<b>100,0</b>

### 9.2.4 Gênero e Estado Civil

Relacionando o gênero dos internos com o estado civil, verifica-se que tanto o interno masculino (83,2%) como o interno feminino (82,7) não possui companheiro (a). Aplicando-se o Teste Qui-Quadrado de Independência não há associação estatisticamente significativa entre o gênero e o estado civil dos internos ( $p = 0,928$ ). A Tabela 4 demonstra essa distribuição.

**Tabela 4**

Distribuição dos “Internos”, por Gênero e Estado Civil

Estado civil	Gênero					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Com Companheira	95	16,8	9	17,3	104	16,9
Sem Companheira	470	83,2	43	82,7	513	83,1
<b>Total</b>	<b>565</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>617</b>	<b>100,0</b>

### 9.2.5 Gênero e Delito Gerador da Inimputabilidade

Na análise do gênero com o delito gerador da inimputabilidade verifica-se uma preponderância de crimes cometidos contra pessoa, tanto no gênero masculino como no feminino. Entretanto, entre as mulheres a percentagem chega a 84,6%, enquanto que entre os homens os crimes contra a pessoa como delito gerador da inimputabilidade totalizam 59,9% dos casos.

Não há relevância estatística entre o gênero e os crimes contra o patrimônio, mas nos crimes contra os costumes verifica-se uma diferença significativa na sua ocorrência entre os

gêneros, masculino (17,6%) e feminino (1,9%). A Tabela 5 demonstra a distribuição dos internos por gênero e delito gerador da inimputabilidade.

**Tabela 5**

Distribuição dos Internos, por Gênero e Delito Gerador.<sup>122</sup>

Delito Gerador	Gênero					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Crimes contra a pessoa	337	59,9	44	84,6	381	62,0
Crimes contra o patrimônio	120	21,3	7	13,5	127	20,7
Crimes contra os costumes	99	17,6	1	1,9	100	16,3
Crimes contra a incolumidade pública	19	3,4	2	3,8	21	3,4
Lei de tóxicos	15	2,7	1	1,9	16	2,6
Crimes contra a administração pública	12	2,1	2	3,8	14	2,3
Crimes contra sent. Religioso e contra o resp. aos mortos	4	0,7	0	0,0	4	0,7
Contravenções penais	3	0,5	0	0,0	3	0,5
Tortura	1	0,2	1	1,9	2	0,3
Crimes contra a fé pública	2	0,4	0	0,0	2	0,3
<b>Total</b>	<b>563</b>	<b>108,8</b>	<b>52</b>	<b>111,4</b>	<b>615</b>	<b>109,1</b>

### 9.2.6 Gênero e Prazo Mínimo Fixado na Sentença

Relacionando-se o gênero com o prazo mínimo da medida de segurança fixado na sentença, observa-se que entre os homens e as mulheres há uma preponderância dos intervalos de 0-2 anos e 2-4 anos. Entre as mulheres o prazo mínimo fixado prevalente (55,8%) é de 2 a

<sup>122</sup> Os totais das colunas dos percentuais podem ultrapassar 100%, por ser esta uma questão que permite mais de uma opção de resposta para cada caso (múltipla resposta).

4 anos, enquanto que entre os homens a prevalência (57,3%) situa-se no intervalo de 0 a 2 anos.

De acordo com o Teste Qui-Quadrado de Independência, não há associação estatisticamente relevante entre o gênero e o prazo mínimo de internação fixado na sentença ( $p = 0,191$ ). A Tabela 6 demonstra a distribuição dos internos por gênero e prazo mínimo fixado.

**Tabela 6**

Distribuição dos “Internos”, por Gênero e Prazo Mínimo Fixado

Prazo mínimo fixado	Gênero					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
0 a 2 anos	324	57,3	22	42,3	346	56,1
2 a 4 anos	221	39,1	29	55,8	250	40,5
4 a 6 anos	8	1,4	0	,0	8	1,3
6 a 8 anos	10	1,8	1	1,9	11	1,8
14 a 16 anos	2	0,4	0	0,0	2	0,3
<b>Total</b>	<b>565</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>617</b>	<b>100,0</b>

### 9.2.7 Gênero e Tempo de Internação

Na análise do gênero e tempo de internação, verifica-se que em ambos os gêneros o tempo de internação prevalente oscila entre 0 e 14 anos. No gênero feminino 30,8% tem o tempo de internação entre 0 a 4 anos, 32,6% entre 5 a 9 anos e 21,2% entre 10 a 14 anos. No



gênero masculino 34,3% tem o tempo de internação entre 0 a 4 anos, 26,9% entre 5 a 9 anos e 18,4% entre 10 a 14 anos.

De acordo com o Teste Qui-Quadrado não há associação estatisticamente significativa entre o gênero e as faixas de tempo de internação ( $p= 0,741$ ). A Tabela 7 mostra a distribuição dos internos por gênero e tempo de internação.

**Tabela 7**

Distribuição dos “Internos”, por Gênero e Tempo de Internação

Tempo de internação	Gênero					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
0 a 4 anos	194	34,3	16	30,8	210	34,0
5 a 9 anos	152	26,9	17	32,7	169	27,4
10 a 14 anos	104	18,4	11	21,2	115	18,6
15 a 19 anos	42	7,4	4	7,7	46	7,5
20 a 24 anos	35	6,2	1	1,9	36	5,8
25 a 29 anos	22	3,9	3	5,8	25	4,1
30 a 34 anos	8	1,4	0	0,0	8	1,3
35 a 41 anos	8	1,4	0	0,0	8	1,3
<b>Total</b>	<b>565</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>617</b>	<b>100,0</b>

### 9.2.8 Gênero e Tipo da Medida de Segurança

Analisando-se a associação entre as variáveis gênero e tipo da medida de segurança observa-se nos dois gêneros a prevalência da medida de segurança detentiva, entre os homens

90,9% dos casos e entre as mulheres 96,2% dos casos.

De acordo com o Teste Qui-Quadrado não há associação estatisticamente relevante entre o gênero e o tipo da medida de segurança ( $p= 0,198$ ). A Tabela 8 demonstra a distribuição dos internos por gênero e tipo da medida de segurança.

**Tabela 8**

Distribuição dos “Internos”, por Gênero e Tipo da Medida de Segurança.

Tipo da medida de segurança	Gênero					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Detentiva	510	90,9	50	96,2	560	91,4
Restritiva	51	9,1	2	3,8	53	8,6
<b>Total</b>	<b>561</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>613</b>	<b>100,0</b>

### 9.2.9 Gênero e Existência de Antecedentes Criminais

Na associação entre as variáveis gênero e existência de antecedentes criminais, observa-se que entre as mulheres 86,5% não possuem antecedentes criminais e 13,5% possuem antecedentes criminais. Entre os homens 55,5% não possuem antecedentes criminais e 44,5% possuem antecedentes criminais.

De acordo com o Teste Qui-Quadrado, há uma associação estatisticamente significativa entre o gênero e a existência de antecedentes criminais ( $p<0,001$ ). Observa-se que a proporção de homens com antecedentes criminais (44,5%) é maior do que a de mulheres na

mesma condição (13,5%). A Tabela 09 demonstra a distribuição dos internos por gênero e existência de antecedentes criminais.

**Tabela 9**

Distribuição dos “Internos”, por Gênero e Existência de Antecedentes Criminais

Antecedentes Criminais	Gênero					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	251	44,5	7	13,5	258	41,9
Não	313	55,5	45	86,5	358	58,1
<b>Total</b>	<b>564</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>616</b>	<b>100,0</b>

#### 9.2.10 Gênero e Internação em Outras Instituições Psiquiátricas

Na associação entre estas duas variáveis observa-se que 59,6% das mulheres e 54,8% dos homens já haviam sido internados em instituições psiquiátricas. Enquanto que 40,4% das mulheres e 45,2% dos homens não possuíam internação anterior em instituições psiquiátricas.

De acordo com o Teste Qui-Quadrado não há associação estatisticamente significativa entre o gênero e a ocorrência de internação em outras instituições (p= 0,504). A Tabela 10 demonstra a distribuição dos internos por gênero e ocorrência de internação em outras instituições psiquiátricas.

**Tabela 10**

Distribuição dos “Internos”, por Gênero e Ocorrência de Internação em Outras Instituições

Internação em outras instituições	Gênero					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	308	54,8	31	59,6	339	55,2
Não	254	45,2	21	40,4	275	44,8
<b>Total</b>	<b>562</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>614</b>	<b>100,0</b>

### 9.2.11 Gênero e Diagnóstico

Associando-se estas duas variáveis verifica-se a prevalência do diagnóstico de Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos tanto no gênero masculino (61,4%) como no gênero feminino (59,6%).

Verifica-se também a prevalência do diagnóstico de Transtornos Relacionados à Substâncias nos homens (29,2%) em relação às mulheres (9,6%).

Nota-se ainda um maior número de casos de diagnóstico de Transtornos de Humor no gênero feminino (19,2%) em relação ao gênero masculino (9,2%). A Tabela 11 demonstra a distribuição dos internos por gênero e diagnóstico.

**Tabela 11**Distribuição dos “Internos”, por Gênero e Diagnóstico<sup>123</sup>

Diagnóstico	Gênero					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos	347	61,4	31	59,6	378	61,3
Transtornos relacionados a Substâncias	165	29,2	5	9,6	170	27,6
Retardo Mental/Transt. Comunicação	116	20,5	10	19,2	126	20,4
Transtornos de Personalidade	72	12,7	5	9,6	77	12,5
Transtornos do Humor	52	9,2	10	19,2	62	10,0
Transtornos Mentais Causados por uma Condição Médica Geral	19	3,4	2	3,8	21	3,4
Transtornos Sexuais - Parafilias	19	3,4	0	0,0	19	3,1
Delirium/Demência	7	1,2	0	0,0	7	1,1
Transtornos de Ansiedade	1	0,2	1	1,9	2	0,3
Transtornos do Controle dos Impulsos	1	0,2	0	0,0	1	0,2
Transtornos do Sono	1	0,2	0	0,0	1	0,2
Transtornos Dissociativos	1	0,2	0	0,0	1	0,2
<b>Total</b>	<b>565</b>	<b>141,8</b>	<b>52</b>	<b>122,9</b>	<b>617</b>	<b>140,3</b>

### 9.2.12 Internação em Outras Instituições Psiquiátricas e Antecedentes Criminais

Na associação entre estas duas variáveis observa-se que dos internos que possuíam antecedentes criminais 61,9% haviam sido internados em outras instituições psiquiátricas anteriormente e que 38,1% não. Entre os internos que não possuíam antecedentes criminais verifica-se que 50,6% haviam sido internados em outras instituições e 49,4% não.

<sup>123</sup> Os totais das colunas dos percentuais podem ultrapassar 100%, por ser esta uma questão que permite mais de uma opção de resposta para cada caso (múltipla resposta).

Aplicando-se o Teste Qui-Quadrado, verifica-se a existência de uma associação estatisticamente relevante entre a existência de antecedentes criminais e a internação em outras instituições ( $p=0,05$ ).

A Figura 16 demonstra as associações entre as variáveis antecedentes criminais e internação em outras instituições.

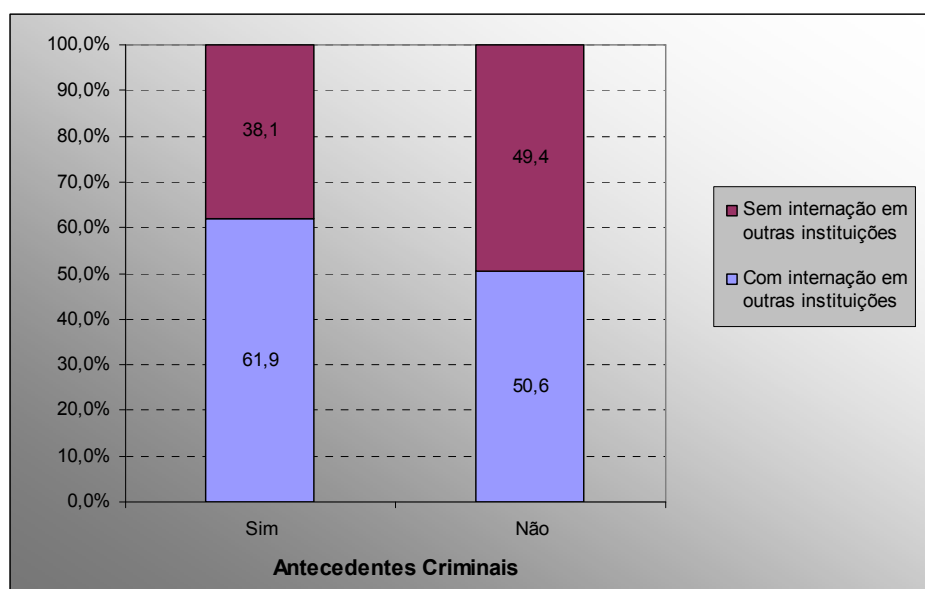


Figura 16: Internação em outras Instituições e Antecedentes Criminais.

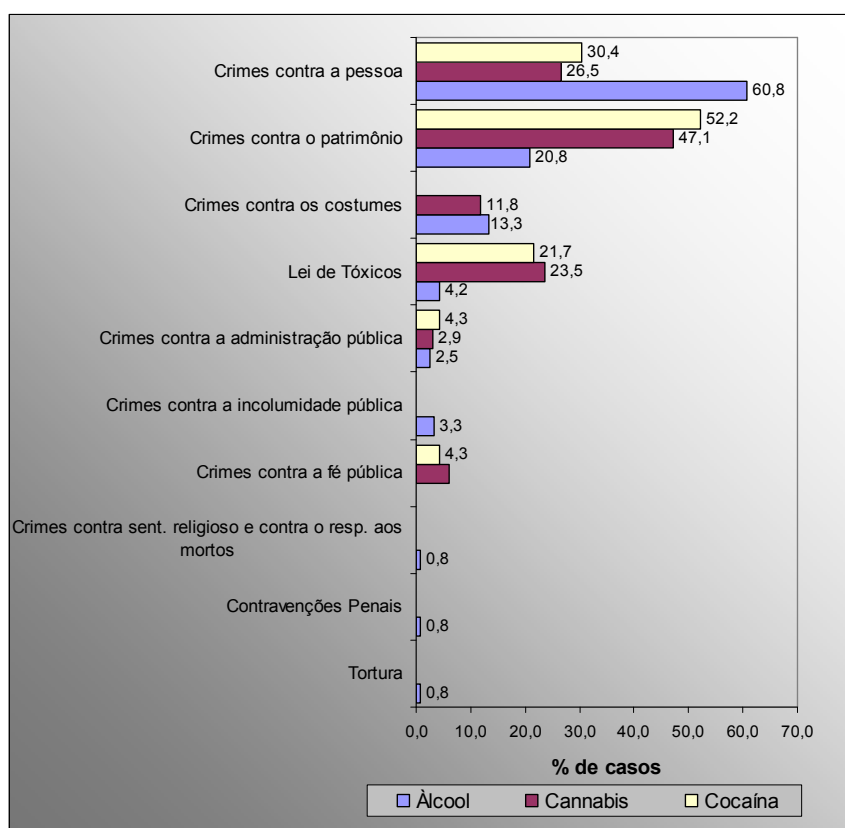
### 9.2.13 Transtornos Relacionados ao Álcool, *Cannabis* e Cocaína e Delito Gerador da Inimputabilidade

Ao relacionar estas variáveis observa-se que 60,8% dos internos que cometeram algum dos delitos contra a pessoa possuíam um Transtorno Relacionado ao Álcool; 30,4% possuíam Transtorno Relacionado à Cocaína e 26,5% possuíam Transtorno Relacionado à *Cannabis*.

Nos Crimes contra o Patrimônio verifica-se que 52,2% dos internos possuíam Transtorno Relacionado à Cocaína; 47,1% Transtorno Relacionado à *Cannabis* e 20,8% Transtorno Relacionado ao Álcool.

Nos Crimes contra os Costumes observa-se que 13,3% dos internos possuíam Transtorno Relacionado ao Álcool e 11,8% possuíam Transtorno Relacionado à *Cannabis*.

Nos crimes tipificados pela Lei de Tóxicos verifica-se que 23,5% dos internos possuíam Transtorno Relacionado à *Cannabis*; 21,7% dos internos possuíam Transtorno Relacionado à Cocaína e 4,2% dos internos possuíam Transtorno Relacionado ao Álcool. A Figura 17 mostra a associação entre as duas variáveis.



**Figura 17:** Associação entre Transtornos Relacionados ao Álcool *Cannabis* e Cocaína e Delito Gerador da Inimputabilidade.

### 9.2.14 Grau de Instrução e Existência de Antecedentes Criminais

Na associação das variáveis, grau de instrução e existência de antecedentes criminais, observa-se que: 49% dos analfabetos possuíam antecedentes criminais e 51% não possuíam; com o primeiro grau de instrução, 41,9% possuíam antecedentes criminais e 58,1% não; com o segundo grau de instrução 33,3% possuíam antecedentes criminais e 66,7% não; com grau superior de instrução os dez internos (100%) não possuíam antecedentes criminais.

Verifica-se, com o Teste Qui-Quadrado de Independência, que há uma associação estatisticamente relevante entre as variáveis, grau de instrução e existência de antecedentes criminais ( $p = 0,014$ ).

A Tabela 12 mostra a associação entre as variáveis, grau de instrução e existência de antecedentes criminais.

**Tabela 12**

Distribuição dos “Internos”, por Grau de Instrução e Existência de Antecedentes Criminais

Antecedentes Criminais	Grau de instrução									
	Analfabeto		1º grau		2º grau		Superior		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	49	49,0	192	41,9	15	33,3	0	0,0	256	41,8
Não	51	51,0	266	58,1	30	66,7	10	100,0	357	58,2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>458</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>613</b>	<b>100</b>



### **9.2.15 Diagnóstico e Internação em outras Instituições**

Associando-se as variáveis, diagnóstico e internação, em outras instituições psiquiátricas observa-se que: 60,9 dos internos com o diagnóstico de esquizofrenia, possuíam internação em outras instituições psiquiátricas antes do início do cumprimento da medida de segurança; o mesmo se verificou com 54,8% com o diagnóstico de Transtornos Relacionados a Substâncias; 51,6: com Retardo Mental e com Transtorno de Comunicação; 35,5% com Transtornos de Personalidade; 62,9% com Transtornos de Humor; 52,4% com Transtornos Mentais Causados por uma Condição Médica Geral; 10,5% com Parafilias, Transtornos Sexuais; 57,1% com Delirium, Demência; 100% com Transtornos de Controle dos Impulsos e 100% com Transtornos do Sono.

Observa-se que a grande maioria dos Transtornos já possuía anteriormente internação em outras instituições psiquiátricas, com exceção dos Transtornos de Personalidade, onde 64,5% dos casos não possuíam internação anterior e os Transtornos Sexuais, Parafilias onde 89,5% não possuíam internação anterior. Verifica-se também que o único diagnóstico de Transtorno de Controle dos Impulsos apresentou internação anterior, assim como o único diagnóstico de Transtorno de Controle do Sono. O único diagnóstico encontrado de Transtorno Dissociativo não apresentou internação prévia em outra instituição psiquiátrica.

A Tabela 13 mostra a distribuição dos internos por diagnóstico e internação anterior em outras instituições.

**Tabela 13**

Distribuição dos “Internos”, por Diagnóstico e Internação em Outras Instituições

Diagnóstico	Internação em outras instituições					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos	231	60,9	148	39,1	<b>379</b>	<b>100,0</b>
Transtornos relacionados a Substâncias	92	54,8	76	45,2	<b>168</b>	<b>100,0</b>
Retardo Mental / Transt. Comunicação	65	51,6	61	48,4	<b>126</b>	<b>100,0</b>
Transtornos de Personalidade	27	35,5	49	64,5	<b>76</b>	<b>100,0</b>
Transtornos do Humor	39	62,9	23	37,1	<b>62</b>	<b>100,0</b>
Transtornos Mentais Causados por uma Condição Médica Geral	11	52,4	10	47,6	<b>21</b>	<b>100,0</b>
Transtornos Sexuais - Parafilias	2	10,5	17	89,5	<b>19</b>	<b>100,0</b>
Delirium/Demência	4	57,1	3	42,9	<b>7</b>	<b>100,0</b>
Transtornos de Ansiedade	0	0,0	2	100,0	<b>2</b>	<b>100,0</b>
Transtornos do Controle dos Impulsos	1	100,0	0	0,0	<b>1</b>	<b>100,0</b>
Transtornos do Sono	1	100,0	0	0,0	<b>1</b>	<b>100,0</b>
Transtornos Dissociativos	0	0,0	1	100,0	<b>1</b>	<b>100,0</b>
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>55,2</b>	<b>276</b>	<b>44,8</b>	<b>616</b>	<b>100,0</b>

### 9.2.16 Diagnóstico e Existência de Antecedentes Criminais

No cruzamento entre o diagnóstico do interno e a existência de antecedentes criminais verifica-se que 61,1% dos internos com o diagnóstico de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos não possuíam antecedentes delitivos e 38,9 possuíam. Já os internos com o diagnóstico de transtornos relacionados a substâncias 56,5% possuíam antecedentes delitivos, enquanto que 43,5% não.

Os internos com o diagnóstico de Retardo Mental e Transtorno de Comunicação apresentaram um percentual de 51,1% com antecedentes criminais e 48,4% sem antecedentes criminais.

Observa-se que 59,7% dos internos com o diagnóstico de Transtorno de Personalidade possuíam antecedentes criminais e que 40,3% não possuíam.

Dos 62 casos de Transtornos de Humor diagnosticados 56,5% não possuíam antecedentes delitivos, enquanto que 43,5 possuíam.

Dentre os pacientes com o diagnóstico de Transtornos Mentais causados por uma condição médica geral, verifica-se que 61,9% não apresentavam antecedentes delitivos e 38,1% apresentavam.

Dos 19 casos diagnosticados de Transtornos Sexuais e Parafilias, 63,2% não apresentavam antecedentes delitivos e 36,8% apresentavam antecedentes.

A Tabela 14 demonstra a associação entre o diagnóstico e a existência de antecedentes criminais.

**Tabela 14**

Distribuição dos “Internos”, por Diagnóstico e Existência de Antecedentes Criminais.

Diagnóstico	Antecedentes criminais					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos	148	38,9	232	61,1	<b>380</b>	<b>100,0</b>
Transtornos relacionados a Substâncias	96	56,5	74	43,5	<b>170</b>	<b>100,0</b>
Retardo Mental/Transt. Comunicação	61	48,4	65	51,6	<b>126</b>	<b>100,0</b>
Transtornos de Personalidade	46	59,7	31	40,3	<b>77</b>	<b>100,0</b>
Transtornos do Humor	27	43,5	35	56,5	<b>62</b>	<b>100,0</b>
Transtornos Mentais Causados por uma Condição Médica Geral	8	38,1	13	61,9	<b>21</b>	<b>100,0</b>
Transtornos Sexuais - Parafilias	7	36,8	12	63,2	<b>19</b>	<b>100,0</b>
Delirium/Demência	0	0,0	7	100,0	<b>7</b>	<b>100,0</b>
Transtornos de Ansiedade	0	0,0	2	100,0	<b>2</b>	<b>100,0</b>
Transtornos do Controle dos Impulsos	1	100,0	0	0,0	<b>1</b>	<b>100,0</b>
Transtornos do Sono	0	0,0	1	100,0	<b>1</b>	<b>100,0</b>
Transtornos Dissociativos	0	0,0	1	100,0	<b>1</b>	<b>100,0</b>
<b>Total</b>	<b>258</b>	<b>41,7</b>	<b>360</b>	<b>58,3</b>	<b>618</b>	<b>100,0</b>

### 9.2.17 Situação do Interno na Instituição e Delito Gerador da Inimputabilidade

Na associação das variáveis, situação do interno na Instituição e Delito Gerador da Inimputabilidade, observa-se que: dentre os internos que cometeram crimes contra a pessoa 60% encontram-se na Unidade Fechada; 44,8% na Unidade Aberta e 64,3% em Alta Progressiva. Dentre aqueles com os crimes contra o patrimônio como delito gerador da inimputabilidade, 23,2% estão na Unidade Fechada; 25,9% estão na Unidade Aberta e 19,4% estão em Alta Progressiva. Nos crimes contra os costumes ou delitos sexuais, 17,9% encontram-se na Unidade Fechada; 20,7% na Unidade Aberta e 15,6% em Alta Progressiva.

A Tabela 15 mostra a associação entre as variáveis, delito gerador da inimputabilidade e situação do interno dentro da Instituição.

**Tabela 15**

Distribuição dos “Internos”, por Regime Atual e Delito Gerador.<sup>124</sup>

Delito gerador	Regime atual							
	Unidade fechada		Unidade aberta		Alta progressiva		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Crimes contra a pessoa	34	60,7	26	44,8	321	64,3	381	62,2
Crimes contra o patrimônio	13	23,2	15	25,9	97	19,4	125	20,4
Crimes contra os costumes	10	17,9	12	20,7	78	15,6	100	16,3
Crimes contra a incolumidade pública	2	3,6	4	6,9	15	3,0	21	3,4
Lei de Tóxicos	2	3,6	1	1,7	13	2,6	16	2,6
Crimes contra a administração pública	0	0,0	1	1,7	13	2,6	14	2,3
Crimes contra sentimento religioso e contra o respeito aos mortos	0	0,0	0	0,0	4	0,8	4	0,7
Contravenções Penais	0	0,0	1	1,7	2	0,4	3	0,5
Tortura	0	0,0	0	0,0	2	0,4	2	0,3
Crimes contra a fé pública	0	0,0	0	0,0	2	0,4	2	0,3
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>109,0</b>	<b>58</b>	<b>103,4</b>	<b>499</b>	<b>109,5</b>	<b>613</b>	<b>109,0</b>

### 9.2.18 Situação do Interno na Instituição e Diagnóstico

No cruzamento entre as variáveis, diagnóstico e situação do interno dentro da instituição, observa-se que 50% dos internos encontram-se na Unidade Fechada; 51,7% encontra-se na Unidade Aberta e 64,1% encontra-se em Alta Progressiva. Dentre os Internos

<sup>124</sup> Os totais das colunas dos percentuais podem ultrapassar 100%, por ser esta (delito) uma questão que permite mais de uma opção de resposta para cada caso (múltipla resposta).

com o diagnóstico de Transtornos relacionados a Substâncias, 42,2% encontram-se em Unidade Fechada, 20,7% em Unidade Fechada e 26,1% em Alta Progressiva. Dentre os internos com o diagnóstico de Retardo Mental e Transtornos de comunicação, 32,1% encontram-se em Unidade Fechada; 24,1% em Unidade Aberta e 18,6% em Alta Progressiva. Com o diagnóstico de Transtornos de Personalidade, 16,1% dos internos encontram-se na Unidade Fechada; 10,3% na Unidade Aberta e 12,2% em Alta Progressiva. Com o diagnóstico de Transtorno de Humor, 10,7% encontra-se na Unidade Fechada; 10,3% na Unidade Aberta e 9,4% em Alta Progressiva. Com o diagnóstico de Transtornos Mentais causados por uma Condição Médica Geral, 3,6% encontra-se na Unidade Fechada; 6,9% na Unidade Aberta e 3,0% em Alta Progressiva. Com o diagnóstico de Transtornos Sexuais, 6% encontra-se na Unidade Aberta e 2,6% em Alta Progressiva.

A Tabela 16 mostra a distribuição dos internos conforme o diagnóstico e sua situação dentro da Instituição.

**Tabela 16**Distribuição dos “Internos”, por Regime Atual e Diagnóstico.<sup>125</sup>

Diagnóstico	Situação do interno dentro da instituição							
	Unidade fechada		Unidade aberta		Alta progressiva		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos	28	50,0	30	51,7	321	64,1	379	61,6
Transtornos relacionados a Substâncias	24	42,9	12	20,7	131	26,1	167	27,2
Retardo Mental/Transt. Comunicação	18	32,1	14	24,1	93	18,6	125	20,3
Transtornos de Personalidade	9	16,1	6	10,3	61	12,2	76	12,4
Transtornos do Humor	6	10,7	9	15,5	47	9,4	62	10,1
Transtornos Mentais Causados por uma Condição Médica Geral	2	3,6	4	6,9	15	3,0	21	3,4
Transtornos Sexuais - Parafilias	0	0,0	6	10,3	13	2,6	19	3,1
Delirium/Demência	0	0,0	1	1,7	6	1,2	7	1,1
Transtornos de Ansiedade	1	1,8	0	0,0	1	0,2	2	0,3
Transtornos do Controle dos Impulsos	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2
Transtornos do Sono	1	1,8	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Transtornos Dissociativos	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>159,0</b>	<b>58</b>	<b>141,2</b>	<b>501</b>	<b>137,8</b>	<b>615</b>	<b>140,1</b>

<sup>125</sup> Nota: Os totais das colunas dos percentuais podem ultrapassar 100%, por ser esta (diagnóstico) uma questão que permite mais de uma opção de resposta para cada caso (múltipla resposta).

### 9.2.19 Tipo de Medida de Segurança e Diagnóstico

**Tabela 17**

Distribuição dos “Internos”, por Tipo de Medida de Segurança e Diagnóstico

Diagnóstico	Medida de segurança					
	Detentiva		Restritiva		Total	
	n	%	n	%	n	%
Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos	353	93,1	26	6,9	<b>379</b>	<b>100,0</b>
Transtornos relacionados a Substâncias	155	92,8	12	7,2	<b>167</b>	<b>100,0</b>
Retardo Mental/Transt. Comunicação	115	92,0	10	8,0	<b>125</b>	<b>100,0</b>
Transtornos de Personalidade	68	88,3	9	11,7	<b>77</b>	<b>100,0</b>
Transtornos do Humor	53	85,5	9	14,5	<b>62</b>	<b>100,0</b>
Transtornos Mentais Causados por uma Condição Médica Geral	19	90,5	2	9,5	<b>21</b>	<b>100,0</b>
Transtornos Sexuais - Parafilias	17	89,5	2	10,5	<b>19</b>	<b>100,0</b>
Delirium/Demência	7	100,0	0	0,0	<b>7</b>	<b>100,0</b>
Transtornos de Ansiedade	2	100,0	0	0,0	<b>2</b>	<b>100,0</b>
Transtornos do Controle dos Impulsos	1	100,0	0	0,0	<b>1</b>	<b>100,0</b>
Transtornos do Sono	1	100,0	0	0,0	<b>1</b>	<b>100,0</b>
Transtornos Dissociativos	1	100,0	0	0,0	<b>1</b>	<b>100,0</b>
<b>Total</b>	<b>562</b>	<b>91,4</b>	<b>53</b>	<b>8,6</b>	<b>615</b>	<b>100,0</b>

### 9.2.20 Cumprimento Anterior de Medida de Segurança e Diagnóstico

No cruzamento entre estas variáveis observa-se que 55,3% dos internos com o diagnóstico de Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos já cumpriram medida de segurança anteriormente, enquanto que 62,5% não haviam cumprido medida de segurança. Com o diagnóstico de Transtornos relacionados a Substâncias observa-se que 34% já haviam cumprido medida de segurança, enquanto que 26,3% não. Com Retardo Mental e Transtorno



de Comunicação, verifica-se que 28,2% já haviam cumprido medida de segurança, enquanto que 19,1% não. Com Transtornos de Personalidade observa-se que 25,1% já haviam cumprido medida de segurança anteriormente, enquanto que 9,9% não. Com Transtornos de Humor observa-se que 13,6% já haviam cumprido medida de segurança anteriormente, enquanto que 9,3% não.

A Tabela 18 mostra a distribuição dos internos de acordo com o diagnóstico e o cumprimento anterior de medida de segurança.

**Tabela 18**

Distribuição dos “Internos”, por Cumprimento Anterior de Medida de Segurança e Diagnóstico.<sup>126</sup>

Diagnóstico	Cumprimento anterior de medida de segurança					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos	57	55,3	321	62,5	378	61,3
Transtornos relacionados a Substâncias	35	34,0	135	26,3	170	27,6
Retardo Mental/Transt. Comunicação	29	28,2	98	19,1	127	20,6
Transtornos de Personalidade	26	25,2	51	9,9	77	12,5
Transtornos do Humor	14	13,6	48	9,3	62	10,0
Transtornos Mentais Causados por uma Condição Médica Geral	5	4,9	16	3,1	21	3,4
Transtornos Sexuais - Parafilias	2	1,9	17	3,3	19	3,1
Delirium/Demência	0	0,0	7	1,4	7	1,1
Transtornos de Ansiedade	0	0,0	2	0,4	2	0,3

<sup>126</sup> Os totais das colunas dos percentuais podem ultrapassar 100%, por ser esta (diagnóstico) uma questão que permite mais de uma opção de resposta para cada caso (múltipla resposta).

Continuação						
Diagnóstico	Cumprimento anterior de medida de segurança					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Transtornos do Controle dos Impulsos	1	1,0	0	0,0	1	0,2
Transtornos do Sono	0	0,0	1	0,2	1	0,2
Transtornos Dissociativos	0	0,0	1	0,2	1	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>164,1</b>	<b>514</b>	<b>135,7</b>	<b>617</b>	<b>140,5</b>

## 10 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo perfilar os internos do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso analisando os prontuários de 617 internos considerados inimputáveis, a partir dos dados coletados verifica-se que o interno: é do gênero masculino, idade média de 43,22 anos, com profissão definida, com o primeiro grau de escolaridade, sem companheira, crime contra a pessoa como gerador da inimputabilidade, com antecedentes criminais, prazo mínimo fixado na sentença de 1,76 ano, cumprindo medida de segurança detentiva, internado há 9,33 anos, sob o regime de Alta Progressiva, com internação prévia em outras instituições, não tendo cumprido medida de segurança anteriormente e com o diagnóstico de Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos.

Margareth Uarth Cristoff<sup>127</sup>, socióloga, em sua dissertação de mestrado realizada no IPMF, em 1996, analisou a relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul traçando o perfil dos internos naquele ano. Os Quadros 1 e 2 comparam os dois resultados, logo após será feita a análise de cada variável e respectivas associações.

---

<sup>127</sup> CHRISTOFF, Margareth Uarth. **A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul: O Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, UFRGS, 2001.

	Idade	Gênero	Profissão	Grau de Instrução	Estado Civil	Delito Gerador da Inimputabilidade	Prazo Mínimo <sup>128</sup>	Situação Atual do Interno	Ano de Início da MS
<b>Christoff<sup>129</sup> 1996 527 internos</b>	30 a 44 anos	masc.	Trabalhadores das indústrias	1º. Grau	Sem companheira	Crimes contra a Pessoa			
<b>Osório<sup>130</sup> 2005 617 internos</b>	43,22 anos	masc.	Com profissão definida	1º. Grau	Sem companheira	Crimes contra a Pessoa	1,76 ano	Alta Progressiva	

Quadro 1: Características dos internos do IPMF segundo Christoff e Osório

	Tempo de Cumprimento de Medida de Segurança	Tipo da Medida de Segurança	Diagnóstico	Antecedentes Criminais	Internação em Outras Instituições Psiquiátricas	Cumprimento Anterior de Medida de Segurança
<b>Christoff 1996 527 internos</b>					Com Internação	
<b>Osório 2005 617 internos</b>	9,33 anos	Detentiva	Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos	Com Antecedentes Criminais	Com Internação em Outras Instituições	Sem Cumprimento Anterior

Quadro 2: Características dos internos do IPMF segundo Christoff e Osório

A partir dos resultados obtidos primeiramente cumpre analisar a distribuição dos internos por gênero. A predominância do gênero masculino é confirmada por pesquisas anteriores, segundo Christoff<sup>131</sup> em 1996, na mesma Instituição, havia 476 internos do gênero masculino e 51 internos do gênero feminino, em uma proporção de nove homens para cada

<sup>128</sup> Algumas das variáveis analisadas não foram objetos de estudo por Christoff, portanto estão em branco.

<sup>129</sup> Idem.

<sup>130</sup> OSÓRIO, Fernanda Correa. **Inimputabilidade: estudo dos internos de um Instituto psiquiátrico Forense. Dissertação de Mestrado.** Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais, PUCRS, 2006.

<sup>131</sup> CHRISTOFF, Margareth Uarth. **A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul: O Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, UFRGS, 2001, p.83.

mulher. Nesse mesmo período, a população carcerária total do Estado apresentava uma proporção de 39 homens para cada mulher.<sup>132</sup>

Segundo Christoff historicamente, no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, sempre foi menor o número de mulheres do que o de homens.

Pode-se observar através desses dados que o homem infrator doente mental cometia mais ilícitos penais que as mulheres. Mas não só o infrator doente mental masculino que praticava mais crimes. Na população carcerária também é o homem quem mais cometia ilícitos penais. Em ambos os casos é provável que os padrões culturais de educação e de inserção social de homens e de mulheres estejam influenciando a existência de diferentes propensões à conduta infratora.<sup>133</sup>

Defende a autora a influência de padrões culturais de educação e de inserção social de homens e mulheres na propensão à conduta infratora. No mesmo sentido:

...já existem estudos demonstrando que os padrões de masculinidade – que valorizam a agressividade, a competitividade e a negação das emoções – levam os homens, desde a infância a adotarem comportamentos de maior risco do que as mulheres. Eles dirigem em maior velocidade e com mais ousadia, transformando-se nas principais vítimas das mortes por acidente de trânsito. A maior parte dos homicídios ocorre na população masculina. E se é menor a frequência de suicídio entre homens do que entre mulheres, eles escolhem métodos mais agressivos e raramente saem com vida de uma tentativa deste tipo.<sup>134</sup>

Nos últimos quatro anos de acordo com estatísticas do Departamento Penitenciário Nacional<sup>135</sup> (ANEXO C), o número de homens que cumprem medida de segurança em

---

<sup>132</sup> SANTOS, José Vicente T. dos et al (org.). A violência e a criminalidade no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Secretaria da Justiça e Segurança do Rio Grande do Sul. Relatório de Pesquisa, 1997 apud CHRISTOFF, Margareth Uarth. **A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul: O Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, UFRGS, 2001, p.84.

<sup>133</sup> CHRISTOFF, Margareth Uarth. **A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul: O Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, UFRGS, 2001, p.84.

<sup>134</sup> Violência do Gênero e Saúde da Mulher. **RHAMAS - Redes Humanizadas de Atendimento às Mulheres Agredidas Sexualmente**. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/rhamas>>. Acesso em: 12 jan. 2006.

<sup>135</sup> Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/depen/>>. Acesso em: 19 jan. 2006.

hospitais psiquiátricos brasileiros é relativamente maior que o número de mulheres, a Tabela 19 demonstra a distribuição por gênero daqueles que cumprem medida de segurança no Brasil a partir de 2000 até 2004.

**Tabela 19**

Distribuição por gênero daqueles que cumprem medida de segurança no Brasil a partir de 2000 até 2004.

<b>Ano</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>
<b>2000</b>	2.652	243
<b>2001</b>	2.924	175
<b>2002</b>	5.060	195
<b>2003</b>	2.455	213
<b>2004</b>	2.807	250

Fonte: Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN)

O Quadro 3 demonstra a proporção de homens para cada mulher que cumpriu medida de segurança nos hospitais psiquiátricos brasileiros nos anos de 2000 a 2004:

<b>Ano</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
Proporção de homens para cada mulher, nos hospitais psiquiátricos brasileiros.	10,9	16,7	25,9	11,5	11,2

Quadro 3: Proporção de homens para cada mulher que cumpriu medida de segurança nos hospitais psiquiátricos brasileiros nos anos de 2000 a 2004.

Verifica-se que nos anos de 2000, 2003 e 2004, a média foi de 11,2 homens para cada mulher. No ano de 2001 e 2002 houve um aumento nesta média, chamando atenção o ano de

2002 com uma proporção de 25,9 homens para cada mulher.

O Quadro 4 compara a proporção de homens para cada mulher no Instituto Psiquiátrico Forense nos anos de 1996<sup>136</sup> e 2005, a partir dos dados coletados.

Ano	1996 <sup>137</sup>	2005 <sup>138</sup>
Proporção de homens para cada mulher no IPF	9,5	10,8

Quadro 4: Proporção de homens para cada mulher no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso no ano de 1996 e 2005.

Os resultados obtidos relacionados ao gênero estão de acordo com o estudo da médica psiquiatra forense Lisieux Elaine de Borba Telles.<sup>139</sup> A autora ao analisar as características sócio-demográficas, patológicas e delitivas dos réus submetidos a exame de responsabilidade penal no IPF, identifica que o grupo majoritário dos submetidos a perícia é constituído por homens (88,5%). Destaca a pesquisadora que, no ano em que realizou seu estudo (2000), o índice de homens na população carcerária era de 97,02%, identificando uma sobre-representação masculina a respeito da criminalidade, uma vez que os homens representam

<sup>136</sup> CHRISTOFF, Margareth Uarth. **A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul: O Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, UFRGS, 2001.

<sup>137</sup> CHRISTOFF, Margareth Uarth. **A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul: O Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, UFRGS, 2001.

<sup>138</sup> OSÓRIO, Fernanda Correa. **Inimputabilidade: estudo dos internos de um Instituto psiquiátrico Forense**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais, PUCRS, 2006.

<sup>139</sup> TELLES, Lisieux Elaine de Borba. **Características Sócio-demográficas Patológicas e Delitivas de Réus Submetidos a Exame de Responsabilidade Penal, no Instituto Psiquiátrico Forense, em Porto Alegre, Brasil, durante o ano 2000**. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria Forense. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nacional de La Plata, 2004, p.62.

unicamente 49,14% da população de Porto Alegre no mesmo ano.<sup>140</sup>

Dados do Departamento de Segurança e Execução Penal da Secretaria de Justiça e Segurança do Rio Grande do Sul<sup>141</sup>, de janeiro de 2006, confirmam a sobre-representação masculina no mapa carcerário do Estado composto por 21.720 homens e 967 mulheres.

Diferenças no perfil delituoso entre os gêneros foram achadas em vários estudos, sendo que alguns mostraram taxas de crimes globalmente aumentadas nos indivíduos masculinos<sup>142</sup>. Entretanto estudos norte-americanos demonstram um aumento proporcionalmente maior no número de mulheres em relação ao de homens na população carcerária. Citando dados do Departamento de Justiça dos Estados Unidos, a população feminina na prisão cresceu 138% entre 1983 e 1989, enquanto que a população masculina aumentou cerca de 72,7% no mesmo período.<sup>143</sup>

Em relação à média de idade e o gênero dos internos verificou-se que a faixa etária prevalente tanto dos internos masculinos quanto das internas femininas é a de 40 a 49 anos (28% dos internos e 36,5% das internas). Segundo o teste Qui-Quadrado de independência, não houve associação estatisticamente relevante entre as variáveis gênero e faixas de idade ( $p=0,638$ ), as faixas etárias coincidem em ambos os gêneros.

Segundo Christoff ao analisar a idade dos internos no Instituto Psiquiátrico Forense

---

<sup>140</sup> TELLES, Lisieux Elaine de Borba. **Características Sociodemográficas Patológicas e Delitivas de Réus Submetidos a Exame de Responsabilidade Penal no Instituto Psiquiátrico Forense, em Porto Alegre, Brasil, durante o ano 2000**. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria Forense. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nacional de La Plata, 2004, p.62.

<sup>141</sup> Disponível em: < <http://www.sjs.rs.gov.br>>. Acesso em: 19 jan. 2006.

<sup>142</sup> ERONEM, M. HAKOLA, P. TIIHONEM, J. Mental Disorders and Homicidal Behavior in Finland. **Arch Gen Psychiatry**, 1987 May; 32 (4): 255-501.

<sup>143</sup> MENEZES, Ruben de Souza. **Esquizofrenia e Liberdade: Manicômios Judiciais, Reforma Psiquiátrica e a Era da Saúde Mental**. Porto Alegre: Armazém Digital, 2005.



Maurício Cardoso, em junho de 1996, as faixas etárias de ambos os gêneros compreendiam a faixa de 30 a 44 anos, diferentemente da população notadamente jovem dos presídios, que apresentava a maior parte da população entre 18 e 30 anos.<sup>144</sup>

A explicação para o relativo envelhecimento da população internada do Instituto se comparada à população carcerária pode estar na predominância da esquizofrenia paranóide entre eles. Esta doença normalmente manifesta-se entre os 20 e 40 anos, novos casos de esquizofrenia raramente ocorrem antes da puberdade e acima dos 50 anos. Quando o começo é insidioso, há uma dificuldade de se estabelecer o início da doença.<sup>145</sup>

Segundo Menezes, em estudo no Instituto Psiquiátrico Forense, quanto menor a idade de início da doença pior o resultado em termos de criminalidade. A esquizofrenia teria um efeito destrutivo sobre a educação e o funcionamento social. Também é possível que o início precoce esteja associado com anormalidades neurodesenvolvimentais.<sup>146</sup>

Com o objetivo de verificar a associação entre a idade de início da doença e a severidade do comportamento violento, 52 pacientes crônicos e institucionalizados foram investigados por um estudo realizado no Departamento de Psiquiatria do Albert Einstein College of Medicine, em Nova Iorque<sup>147</sup>. A média de idade foi de 32,8 anos. A idade de início foi julgada pela história do paciente como sendo aqueles onde os sintomas primeiro emergiram. Pacientes com esquizofrenia de início precoce tiveram um escore de beligerância

---

<sup>144</sup> CHRISTOFF, Margareth Uarth. **A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul: O Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, UFRGS, 2001. p.86.

<sup>145</sup> MARI, Jair J; LEITAO, Raquel J. A epidemiologia da esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, Mai. 2000, v. 22 suppl.1, p.15-7. ISSN 1516-4446.

<sup>146</sup> MENEZES, Ruben de Souza. **Esquizofrenia e Liberdade: Manicômios Judiciais, Reforma Psiquiátrica e a Era da Saúde Mental**. Porto Alegre: Armazém Digital, 2005

<sup>147</sup> SANDYK, R. **Agreeive behavior in schizophrenia: relationship to age of onset and cortical atrophy**. *Int. J Neurosci*, 1993 Jan; 68(1-2):1-10.

significativamente maior do que com aqueles com esquizofrenia de início mais tardio. Estes achados suportariam a hipótese de que haveria uma associação entre a idade de início precoce da esquizofrenia e o comportamento violento, e, além disso, de que os sintomas esquizofrênicos que emergem cedo podem predizer um alto risco de comportamento agressivo.

Na associação entre as variáveis gênero e grau de instrução, observa-se que o primeiro grau de instrução é prevalente tanto para os internos masculinos (74,1%) como para os femininos (78,8%). Aplicando-se o Teste Qui-Quadrado de Independência verificou-se que não há associação estatisticamente significativa entre as variáveis gênero e grau de instrução dos internos ( $p = 0,241$ ), tanto os internos masculinos como os internos femininos cursaram apenas o primeiro grau.

O estudo de Christoff demonstra que em 1996 a população do IPF era composta majoritariamente por internos com o primeiro grau de escolaridade, 67,3%, sendo que 24,10% dos internos eram analfabetos.<sup>148</sup> O Quadro 5 compara o grau de escolaridade dos internos nos anos de 1996 e 2005.

Ano/grau de escolaridade	analfabeto	1º grau	2º grau	3º grau
1996 <sup>149</sup>	24,1%	67,3%	5,1%	1,7%
2005 <sup>150</sup>	16,4%	74,6%	7,3%	1,6%

Quadro 5: Distribuição dos internos por grau de escolaridade nos anos de 1996 e 2005

<sup>148</sup> CHRISTOFF, Margareth Uarth. **A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul: O Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, UFRGS, 2001. p.86.

<sup>149</sup> Idem

<sup>150</sup> OSÓRIO, Fernanda Corrêa. **Inimputabilidade: estudo dos internos de um Instituto psiquiátrico Forense**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais, PUCRS, 2006.

O baixo grau de instrução dos internos do IPF pode ser explicado pelas suas condições de pobreza, agravadas pelo difícil acesso a tratamento especializados e pela limitada possibilidade para a aprendizagem, devido à doença.

Verifica-se, com o Teste Qui-Quadrado de Independência, que há uma associação estatisticamente relevante entre as variáveis, grau de instrução e existência de antecedentes criminais ( $p=0,014$ ). Observa-se que quanto maior o nível de escolaridade dos internos, menor são os índices de reincidência criminal: dentre os analfabetos, 49% possuem antecedentes criminais; com o primeiro grau de instrução, 41,9% possuem antecedentes; com o segundo grau de instrução 33,3% apresentam antecedentes criminais; com instrução superior nenhum dos dez internos analisados possuía antecedentes criminais.

Esse dado sustenta a hipótese de que quanto maior o nível de escolaridade, maior a condição sócio-econômica do interno e, conseqüentemente, maior as condições de acesso a tratamento psiquiátrico especializado o que diminui as chances de envolvimento em conflitos e práticas delituosas.

Relacionando as variáveis, gênero e existência de profissão definida, verifica-se que tanto os internos (72,4%) como as internas (80,8%) possuem profissão definida na sua maioria. Não há, portanto, segundo o Teste Qui-Quadrado, associação estatisticamente relevante entre o gênero e a existência de profissão definida ( $p = 0,192$ ), tanto o interno masculino quanto o interno feminino exercem algum tipo de atividade, ou possuem profissão definida.

Telles<sup>151</sup>, em estudo realizado no IPFMC em 2000, confirma a predominância de internos com profissão definida dentre os inimputáveis. O Quadro 6 a seguir compara os resultados.

<b>Ano</b>	<b>Com Profissão Definida</b>	<b>Sem Profissão Definida</b>
<b>2000</b> <sup>152</sup>	64,4%	35,6%
<b>2005</b> <sup>153</sup>	73,2%	26,8%

Quadro 6: Distribuição dos internos segundo a profissão nos anos de 2000 e 2005.

Cabe ressaltar que os internos, na sua grande maioria exerce atividades menos qualificadas, e geralmente com baixa remuneração, o que pode ser explicado pelo baixo grau de escolaridade, pela doença mental e pela própria condição estigmatizante de interno do IPF. Durante a pesquisa nos prontuários observou-se ainda ocupações mal definidas e de difícil classificação.

Na associação entre os gêneros e o estado civil verifica-se que tanto o interno masculino (83,3%) como o interno feminino (82,7%) não possuem companheiro(a). O Teste Qui-Quadrado de Independência demonstra que não há associação estatisticamente significativa entre o gênero e o estado civil dos internos ( $p=0,928$ ).

---

<sup>151</sup> TELLES, Lisieux Elaine de Borba. **Características Sócio-demográfica, Patológicas e Delitivas de Réus Submetidos a Exame de Responsabilidade Penal, No Instituto psiquiátrico Forense, em Porto Alegre, Brasil, durante o ano 2000.** Dissertação de Mestrado em Psiquiatria Forense. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nacional de La Plata, 2004, p.43

<sup>152</sup> Idem

<sup>153</sup> OSÓRIO, Fernanda Corrêa. **Inimputabilidade: estudo dos internos de um Instituto psiquiátrico Forense.** **Dissertação de Mestrado.** Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais, PUCRS, 2006.

Verifica-se uma maior incidência de internos sem companheira, 83,3% sobre os com companheira 16,8%. Christoff, em 1996, no IPF obteve resultados semelhantes: 73,24% internos solteiros.<sup>154</sup>

Telles verificou que dentre os inimputáveis que foram submetidos ao Exame de Responsabilidade Penal, no IPF, em 2000, 78,1% eram solteiros e 21,9% eram casados, viúvos, separados ou divorciados.<sup>155</sup>

Observou-se que no caso do infrator doente mental, a doença somada à violência dificulta ainda mais a possibilidade de estabelecer vínculos permanentes.

O cruzamento das variáveis, gênero e antecedentes criminais, de acordo com o Teste Qui-Quadrado, demonstra uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ( $p < 0,001$ ). Observa-se que a proporção de homens com antecedentes criminais (44,5%) é maior do que a de mulheres na mesma condição (13,5%). Comprovando então maior incidência de um passado violento entre os homens como se pode observar na preponderância do gênero masculino na população carcerária.

Moscattello estudando a ocorrência de comportamento criminal recidivo em uma população de internos do Manicômio Judiciário Franco da Rocha verificou que de 100 internos em cumprimento de Medida de Segurança, todos do sexo masculino, com idades variando de 26 a 80 anos, 59% cometeram mais de um crime e 41% deles cometeram somente

---

<sup>154</sup> CHRISTOFF, Margareth Uarth. **A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul: O Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, UFRGS, 2001, p.84.

<sup>155</sup> TELLES, Lisieux Elaine de Borba. **Características Sociodemográficas Patológicas e Delitivas de Réus Submetidos a Exame de Responsabilidade Penal, no Instituto Psiquiátrico Forense, em Porto Alegre, Brasil, durante o ano 2000**. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria Forense. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nacional de La Plata, 2004, p.22.

um crime. Refere ainda que entre os internos com recidiva criminal, os diagnósticos mais freqüentes foram as psicoses esquizofrênicas (55%), seguidas pelos transtornos de personalidade (38%).<sup>156</sup>

Telles<sup>157</sup>, no ano de 2000, no Instituto Psiquiátrico Forense, observou que 59,7% de 161 internos submetidos a Exame de Responsabilidade Penal, possuíam antecedentes criminais. Sendo que destes 161, 54 (33,5%) possuíam um antecedente delitivo e 42 (26,08%) possuíam dois ou mais antecedentes delitivos.

A existência de antecedentes criminais na população de internos do IPF pode ser explicada pelo caráter crônico da doença mental, mais especificamente, da esquizofrenia (diagnóstico preponderante na Instituição) afetando o pensamento (função importante do ego) e, conseqüentemente, a conduta do agente, tornando-o mais suscetível a agir de forma psicótica e por vezes violentamente.

Ressalta-se que 83,3% dos internos, ou seja, a maioria deles, não cumpriu medida de segurança anteriormente. Esse dado pode ser explicado pelo fato de que o interno só se beneficia da desinternação mediante laudo pericial, da cessação da periculosidade e, da autorização do juiz da execução, que revogaria a medida de segurança. Este processo de desinternação ou liberação fica condicionado à ausência de qualquer fato que indicasse a periculosidade durante um ano, somente se durante o período de liberdade vigiada não ocorresse nenhum incidente que indicasse perigo para a sociedade, ficava definitivamente

---

<sup>156</sup> MOSCATELLO, Roberto. Recidiva Criminal em 100 internos do Manicômio Judiciário Franco da Rocha. **Rev. Brs. Psiquiatr** 2001; 23(1):34-5.

<sup>157</sup> TELLES, Lisieux Elaine de Borba. **Características Sócio-demográficas Patológicas e Delitivas de Réus Submetidos a Exame de Responsabilidade Penal, No Instituto psiquiátrico Forense, em Porto Alegre, Brasil, durante o ano 2000.** Dissertação de Mestrado em Psiquiatria Forense. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nacional de La Plata, 2004, p.22.

extinta a medida de segurança. Por serem esses requisitos extremamente rígidos, apenas 16,7% apresenta cumprimento anterior de medida de segurança.

Relacionando as variáveis, gênero e internação prévia, em outras instituições psiquiátricas observa-se que 59,6% das mulheres e 54,8% dos homens internos no IPF já haviam sido internados em instituições psiquiátricas. Aplicando-se com o Teste Qui-Quadrado verifica-se que não há associação estatisticamente significativa entre o gênero e a ocorrência de internação em outras instituições ( $p=0,504$ ).

Dessa forma, observa-se que a maioria dos internos, homens ou mulheres, possuía um histórico prévio de internação psiquiátrica.

Tavolaro<sup>158</sup>, jornalista, ao retratar a “rotina insana” do Manicômio Judiciário Franco da Rocha, maior abrigo de doentes mentais criminosos do Brasil revela que, segundo levantamento interno realizado na colônia feminina em agosto de 1996, 52% dos delitos foram cometidos após surto psicótico agudo. Isso significa que, anteriormente, a família da paciente buscou socorro em hospitais e ambulatórios no momento da crise, mas não recebeu o tratamento capaz de controlar os atos de violência.

Estudos realizados na Dinamarca<sup>159</sup> em 1996 com pessoas nascidas em 1944 e 1947, que possuíam uma história de hospitalização psiquiátrica, tiveram uma probabilidade maior de serem condenadas por um delito do que pessoas sem história psiquiátrica, vivendo na

---

<sup>158</sup> TAVOLARO, Douglas. **A Casa do Delírio. Reportagem no Manicômio Judiciário Franco da Rocha**. São Paulo: SENAC, 2004.p.107.

<sup>159</sup> HODGINS, S. Mental Disorder, intellectual deficiency and crime: evidence from a birth cohort. **Arch Gen Psychiatry** 1996; 53:489-496.

mesma comunidade. O achado foi válido tanto para homens como para mulheres o que também se verificou no Instituto Psiquiátrico Forense.

Telles<sup>160</sup>, em pesquisa realizada em 2000, no Instituto Psiquiátrico Forense aponta que, entre os inimputáveis que foram periciados naquele ano, 65% já possuíam internação psiquiátrica prévia.

Christoff<sup>161</sup>, em 1996, em pesquisa realizada na mesma instituição, constatou que 75,1% dos internos já tinham passagem por algum hospital psiquiátrico antes da internação no instituto.

Segundo a autora:

Essa situação coloca em questão o tratamento prévio realizado em hospital psiquiátrico público, único acessível a essa população de doentes mentais pobres. Além disso, outras características aproximam o perfil da população do IPF à população dos hospitais psiquiátricos, em geral serem desterrados e desqualificados para enfrentar o mercado de trabalho. Tal evidência indica que a população internada no IPF é doente e necessita de tratamento.

Relacionando as variáveis, diagnóstico e internação prévia em instituições psiquiátricas, observa-se que: dentre os internos com diagnóstico de esquizofrenia, a maioria (60,9%) já possuía internação prévia, da mesma forma com o diagnóstico de Transtornos Relacionados a Substâncias (54,8%), com o diagnóstico de Retardo Mental e Transtornos de Comunicação (51,6%), Transtornos de Humor (62,9%), Transtornos Mentais causados por

---

<sup>160</sup> TELLES, Lisieux Elaine de Borba. **Características Sociodemográficas Patológicas e Delitivas de Réus Submetidos a Exame de Responsabilidade Penal, no Instituto Psiquiátrico Forense, em Porto Alegre, Brasil, durante o ano 2000.** Dissertação de Mestrado em Psiquiatria Forense. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nacional de La Plata, 2004, p.48.

<sup>161</sup> CHRISTOFF, Margareth Uarth. **A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul: O Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, UFRGS, 2001, p.93.



uma Condição Médica Geral (52,4%). Esse dado pode ser explicado pela gravidade destes distúrbios mentais que se caracterizam, na sua grande maioria, por uma desordem profunda nos processos psíquicos com graves sintomas mórbidos necessitando de abordagem terapêutica.

Ressalta-se que a existência de internação psiquiátrica prévia não foi observada nos diagnósticos de Transtornos de Personalidade e nos Transtornos Sexuais. Nos Transtornos de Personalidade observa-se que 64,5% dos internos, ou seja, a maioria, não possuía internação anterior. Nos Transtornos Sexuais observa-se que 89,5% dos internos também não possuíam internação anterior. A inexistência de internação psiquiátrica nestes dois casos pode ser explicada pelo fato de tratar-se de transtornos que se encontram na zona fronteira entre a normalidade mental e a doença mental, comprometendo determinadas estruturas psíquicas e mantendo íntegras outras partes mentais, sendo que, na maioria das vezes, seu diagnóstico ocorre somente após a prática de um fato criminoso.

No cruzamento entre as variáveis, internação prévia em outras instituições psiquiátricas e antecedentes criminais, observa-se uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $p=0.005$ ). Dentre os internos que possuíam internação prévia, 61,9% possuíam antecedentes criminais e 50,6% não possuíam antecedentes. Dentre os internos que não possuíam internação em outras instituições, 38,1% possuíam antecedentes criminais e 49,4% não possuíam antecedentes delitivos.

Pode-se inferir que aqueles internos que possuíam antecedentes criminais, ou seja, um histórico de comportamento violento, já haviam recebido tratamento psiquiátrico anterior.

Observa-se assim que a precariedade do sistema de saúde mental e a falta de vagas para a internação em rede pública favorecem este tipo de comportamento. Muitos delitos poderiam ser evitados se os pacientes fossem atendidos antes do surto.

Na análise do gênero com o delito gerador da inimputabilidade verifica-se uma preponderância de crimes cometidos contra pessoa, tanto no gênero masculino como no feminino. Entretanto, entre as mulheres a percentagem chega a 84,6%, enquanto que entre os homens os crimes contra a pessoa como delito gerador da inimputabilidade totalizam 59,9% dos casos. Verifica-se então que entre o gênero feminino o índice de criminalidade contra a pessoa é superior. Da mesma forma coloca Menezes acerca da esquizofrenia:

A diferença entre os gêneros quanto à criminalidade, com maiores índices gerais de crimes entre os homens, não se transporta diretamente para as populações com transtornos psíquicos, nos quais este perfil pode se alterar. Entre pessoas portadoras de esquizofrenia, as mulheres podem ter índices de criminalidade violenta superiores aos dos homens.<sup>162</sup>

Tavolaro<sup>163</sup> coloca que o manicômio Franco da Rocha abriga 76 mulheres com vários tipos de transtornos mentais, chamando a atenção à prevalência do delito de homicídio contra filhos, maridos e conhecidos:

Além dos delitos relacionados com drogas, o crime feminino mais comum está ligado à tragédia familiar. Assassinato de filhos, marido ou conhecido. Há um número impreciso de pacientes hospitalizadas por um tipo de enfermidade particular: a psicose pós-parto. É uma crise mental que ocorre após o parto e se caracteriza por delírios e depressão grave. Registra-se um caso a cada mil partos.<sup>164</sup>

---

<sup>162</sup> MENEZES, Ruben de Souza. **Esquizofrenia e Liberdade: Manicômios Judiciais, Reforma Psiquiátrica e a Era da Saúde Mental**. Porto Alegre: Armazém Digital, 2005.

<sup>163</sup> TAVOLARO, Douglas. **A Casa do Delírio. Reportagem no Manicômio Judiciário Franco da Rocha**. São Paulo: SENAC, 2004, p.107.

<sup>164</sup> TAVOLARO, op. cit. p. 107.

Casos de psicose pós-parto também foram encontrados na análise dos prontuários dos internos do IPF<sup>165</sup>.

Ao tratar da psicose puerperal coloca Palomba<sup>166</sup>:

O distúrbio mental mais grave que ocorre no puerpério, e não tão raro assim, é a psicose puerperal, quadro, via de regra grave que se inicia normalmente até a quarta semana do parto, com a presença de alucinações auditivas ou visuais, inquietação, agitação, períodos de confusão mental e estupor, intercalados com episódios de lucidez. É comum o humor estar deprimido, podendo associar-se à idéia delirantes paranóides, hipocondríacas e niilistas.

Christoff<sup>167</sup>, em pesquisa realizada no IPF no ano de 1996, também identifica os crimes contra a pessoa como o delito preponderante que conduziu à medida de segurança. Segundo a autora, os crimes cometidos contra pessoa perfazem um total de 68,50%. Em

---

<sup>165</sup> A seguir transcreveremos alguns trechos da história familiar e pessoal da paciente H.M.H.G, interna do IPF, que cumpre medida de segurança há dois anos por ter cometido o delito de homicídio, por enforcamento, de seu filho recém-nascido. Foi diagnosticado o Transtorno mental e de comportamento, grave, associado ao puerpério. “...Numa das viagens do marido, manteve relações sexuais com o leiteiro e ficou grávida. Por mais que a barriga crescesse, não pensava na gravidez. Aos quatro meses começou a ficar muito deprimida. Pensava em se matar. Alguma decisão tinha que ser tomada quando o bebê nascesse. Diz que psicologicamente, nunca conseguiu assumir essa gravidez. Aos cinco meses foi procurar alguém para fazer um aborto, embora sempre tivesse sido contra o aborto. Não foi possível porque a gravidez estava muito avançada. O tempo foi passando. Aos dois meses de gestação contou ao marido, que já desconfiava da situação. Dele, não recebeu nenhuma imposição, somente apoio moral conversando muitas vezes sobre o que fariam após o nascimento da criança, surgindo várias vezes a hipótese de adoção, pois ele dizia que não sabia se conseguiria criar um filho que não era seu. (...) Nunca procurou o pai porque era casado. Quis assumir toda responsabilidade sozinha e não suportou o peso. Quando chegou a hora não sabia o que fazer. Estava em casa e não sentiu nenhum sintoma, só cansaço. Foi para fora da casa e caiu. Quinze a vinte minutos depois a criança nasceu. Não teve o propósito de ganhar fora de casa, mesmo porque sempre teve muito medo do parto, mas foi tudo muito rápido, não teve condições de voltar para dentro de casa. Sentiu uma dor muito forte. Lembrou de coisas da infância. Fez o parto sozinha. Não lembra de muitas coisas, apenas que sentiu uma dor muito forte, ouviu um ronco de um carro, acha que tentou chamar o marido, mas não lembra se efetivamente o fez. Ouviu barulhos ao seu redor. Lembra de ter sentido quando a criança nasceu assim como lembra que ao tentar levantá-la estava presa ao cordão umbilical. Conseguiu retirar a placenta e depois disso levantou-se e olhou-a no chão. Tapou-a com um saco de adubo e entrou na casa, tomou um banho e deitou-se no sofá da sala. Pouco depois, saiu e enterrou a criança num buraco onde tinham retirado mudas de árvore. Quando o marido percebeu o que havia ocorrido, disse a ela que só restava fazerem o que tinham de fazer, ou seja, comunicar o fato à polícia e então dirigiram-se os dois para a Delegacia de Polícia. Diz que em nenhum momento pensou em matar a criança, nem antes e nem após o nascimento e não tinha condições de afirmar se a mesma havia nascido viva ou morta, mas o laudo foi de enforcamento. Quando soube do que havia ocorrido, passou a ter medo de fazer o mesmo com sua outra filha”.

<sup>166</sup> PALOMBA, Guido. **Tratado de Psiquiatria Forense – Civil e Penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p.207.

<sup>167</sup> CHRISTOFF, Margareth Uarth. **A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul: O Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, UFRGS, 2001, p.91.

segundo lugar, com a incidência de 14,42%, identifica como delito gerador da inimputabilidade, os crimes contra o patrimônio. Em terceiro lugar, identifica os crimes contra os costumes, com uma incidência de 9,30%. O Quadro 7 demonstra os resultados obtidos nos anos de 1996 e 2005.

<b>Delito/ Ano</b>	<b>Crimes contra a Pessoa</b>	<b>Crimes contra o Patrimônio</b>	<b>Crimes Contra os Costumes</b>
1996 <sup>168</sup>	68,5%	14,4%	9,3%
2005 <sup>169</sup>	62,1%	20,6%	16,2%

Quadro 7: Delitos geradores da inimputabilidade nos anos de 1996 (Christoff) e 2005 (Osório).

Associando-se as variáveis, gênero e diagnóstico, verifica-se a prevalência do diagnóstico de Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos, tanto no gênero masculino (61,4%) como no gênero feminino (59,6%).

A esquizofrenia é uma doença, ou grupo de transtornos com caráter crônico e que leva a uma degeneração mental dos indivíduos doentes, podendo levar a graves prejuízos para os seus funcionamentos individuais, familiares, profissionais e sociais. O paciente portador de esquizofrenia está sujeito a rupturas com a realidade, com manifestações tanto intrapsíquicas, como a presença de sintomas como delírios e alucinações, como interpessoais, com a ocorrência de condutas inadequadas ou mesmo violentas. Essas condutas alteradas podem gerar danos para os próprios pacientes, assim como para seus familiares e para a comunidade,

<sup>168</sup> CHRISTOFF, Margareth Uarth. **A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul: O Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, UFRGS, 2001, p.91.

<sup>169</sup> OSÓRIO, Fernanda Correa. **Inimputabilidade: estudo dos internos de um Instituto psiquiátrico Forense**. **Dissertação de Mestrado**. Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais, PUCRS, 2006.

podendo envolver desde agressões verbais ou contra objetos até agressões físicas contra si ou contra outras pessoas, as quais podem ser muitos graves ou até mesmo fatais.<sup>170</sup>

A literatura científica tem buscado investigar a relação entre doença mental, particularmente a esquizofrenia, e a violência. Há uma série de controvérsias, não havendo unanimidade dos autores a esse respeito. A maioria dos estudos epidemiológicos mostra que, em comparação com a população em geral, parece haver um risco consistentemente elevado de cometer atos violentos para pessoas sofrendo de doenças mentais, e, mais especificamente, esquizofrenia.

É importante observar que:

Delitos violentos cometidos por algumas pessoas com doença mental em situações particulares não devem levar a colocações generalizadas de que todos os indivíduos com doença mental são potencialmente mais violentos do que o resto da população. E este respeito é importante ter em mente que a doença mental séria é relativamente rara, e o excesso de risco, modesto. Assim a contribuição da doença mental para os níveis gerais de violência na sociedade é minúscula.<sup>171</sup>

Swanson<sup>172</sup>, em pesquisas acerca da correlação entre comportamento violento e doença mental, especialmente esquizofrenia, identificou uma sintomatologia psiquiátrica ativa, e, não, meramente uma história de hospitalização psiquiátrica, levando uma associação entre doença mental e comportamento violento maior do que a esperada, de forma que, para o autor, doença mental adquirida, inclusive, o valor de “fator significativo” na predição estatística de violência.

---

<sup>170</sup> MENEZES, Ruben de Souza. **Esquizofrenia e Liberdade: Manicômios Judiciais, Reforma Psiquiátrica e a Era da Saúde Mental**. Porto Alegre: Armazém Digital, 2005.

<sup>171</sup> SWANSON, J.; ESTROFF, S.; SWARTZ, M.; BORUM, R.; LACHICOTTE, W.; ZIMMER, C.; WAGNER, R.; Violence and several mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. **Psychiatry**, 1997 Sping; 60(14):1-22.

<sup>172</sup> SWANSON, JW. Mental disorder, substance abuse and community violence: an epidemiological approach. In: Monahan J, Steadman HJ (eds.). **Violence and Mental Disorder**. Chicago: University Chicago Press; 1994.

Diversos autores defenderam a presença de uma associação positiva entre esquizofrenia e comportamento violento. Lehman<sup>173</sup> se diz preocupado com a questão, relatando a ocorrência de 30 homicídios por parte de pacientes esquizofrênicos que examinou durante seus anos de prática psiquiátrica. Ele considerou o número assustador, já que provinha de cerca de 10.000 pacientes.

Monahan,<sup>174</sup> que inicialmente discordava dessa associação, terminou por defender a existência de uma “correlação positiva, embora modesta,” entre esquizofrenia (e outras doenças mentais) e crime/violência.

Sintetizando, os estudos epidemiológicos de base populacional trouxeram evidências mais consistentes entre a interligação de transtornos psíquicos com a criminalidade e a violência. Entretanto, a esquizofrenia não é a grande responsável pela violência, estando largamente suplantada pelos transtornos de personalidade e abuso de álcool e drogas.<sup>175</sup>

A pesquisa realizada no Instituto Psiquiátrico Forense demonstrou que 61,1% dos internos com o diagnóstico de esquizofrenia, ou seja, a maioria, não apresenta antecedentes delitivos, enquanto que nos Transtornos Relacionados a Substâncias 56,5% apresentavam antecedentes criminais e 59,7% dos internos com o Diagnóstico de Transtornos de Personalidade também apresentavam histórico de comportamento violento.

Na análise do cumprimento anterior de medida de segurança pelos internos do

---

<sup>173</sup> LEHMAN, Joseph. **Estudo psiquiátrico do homicídio**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, 1986.

<sup>174</sup> MONAHAN, J. Mental disorder and violent behavior: perceptions and evidence. **Am. Psychol.** 1992; 47: 511-21.

<sup>175</sup> MENEZES, Ruben de Souza. **Esquizofrenia e Liberdade: Manicômios Judiciais, Reforma Psiquiátrica e a Era da Saúde Mental**. Porto Alegre: Armazém Digital, 2005.

Instituto Psiquiátrico Forense, observou-se que 62,5% dos internos com o diagnóstico de Esquizofrenia não haviam cumprido medida de segurança anterior já os internos com o diagnóstico de Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos de Personalidade apresentavam maiores índices de cumprimento anterior de medida de segurança: com Transtornos de Personalidade 25,2% já haviam cumprido medida de segurança, enquanto que 9,9% não; com Transtornos Relacionados à Substância, 34,0% já haviam cumprido medida de segurança, enquanto que 26,3% não.

Dessa forma, pode-se concluir, em termos longitudinais, que os Transtornos de Personalidade e Transtornos Relacionados a Substâncias possuem uma maior interligação com a criminalidade e violência se comparados à esquizofrenia.

Verifica-se também a prevalência do diagnóstico de Transtornos Relacionados à Substâncias nos homens (29,2%) em relação às mulheres (9,6%).

O consumo inadequado do álcool e de outras drogas, seguramente, representa importante fator complicador. O Departamento de Justiça de Washington afirmou, em 1997, que cerca de 33% dos apenados das prisões estaduais e 22% das prisões federais admitiram ter feito uso de drogas no momento da atividade delitiva. O mesmo departamento informou, em 1996, que cerca de 16% dos apenados realizaram o crime com o objetivo de obter dinheiro para sustentar o vício<sup>176</sup>.

---

<sup>176</sup> STEPHENS, R. **The role of drugs in crime: insights from a group of incoming prisoners.** *Subst. Use Misuse* 2002; 37(1):121-131.

Alemagno<sup>177</sup> refere que dois terços das mulheres confinadas em prisões americanas fazem uso de drogas ilícitas.

Relacionando o abuso de substâncias com a criminalidade violenta Kraft-Ebing<sup>178</sup> identifica o *delírio de infidelidade conjugal*:

O marido, de conduta irregular, acaba causando um resfriamento da mulher, que sente repugnância quando o cônjuge volta para casa bêbado. Esse tem apetite sexual, mas está impotente e tende a atribuir a culpa do insucesso amoroso à mulher que, naquela situação, é pouco condescendente com ele. Como a situação se repete com frequência começa a suspeitar de adultério. Passa a desconfiar do guarda-noturno, do vendedor da esquina, e muito freqüentemente dos familiares, até dos próprios filhos. Para o doente a conduta condescendente da mulher é a maior prova da infidelidade. Escravizado pelo delírio de ciúmes, começa a impingir mortificante controle: volta para casa em horários que não os de hábito, procura escutar conversas telefônicas, fica escondido próximo à casa para ver se a surpreende em adultério: segue-a.<sup>179</sup>

Essa perturbação da consciência aumenta ainda mais o delírio de ciúmes e, havendo desinibição da atividade psicomotora, o paciente torna-se muito perigoso e pode cometer grave ato de violência contra a mulher ou contra o presumido amante dela. Vários casos como este foram encontrados durante a pesquisa realizada.<sup>180</sup>

Na análise dos Transtornos Relacionados ao álcool, *cannabis* e cocaína com o delito gerador da inimputabilidade, a pesquisa realizada nos Instituto Psiquiátrico Forense comprova a existência de uma relação entre a criminalidade violenta e os Transtornos Relacionados ao

---

<sup>177</sup> ALEMAGNO, S.A. Women in jail: is substance abuse treatment enough? **Am J Public Health**, 2001; 91 (5): 798-800.

<sup>178</sup> KRAFFT-EBING, Von R. Tratado di psicopatologia forense. Turim: Fratelli Bocca, 1897 apud PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p.398.

<sup>179</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p.399.

<sup>180</sup> Depoimento constante em um prontuário analisado (serão omitidos todos os dados que identifiquem o paciente): “*Eu me lembro que saí de lá, na hora que eu lembro não tinha ninguém do meu lado. No dia eu tinha bebido umas três cervejas nesse bar, daí pra frente eu não lembro de nada. Quando eu voltei o policial me disse que eu havia assassinado minha mulher*”. Consta da denúncia que o paciente aplicou violenta surra em sua esposa matando-a.



Álcool. Ao relacionar estas variáveis observa-se que 60,8% dos internos que cometeram delitos contra a pessoa possuíam um Transtorno Relacionado ao Álcool; 30,4% possuíam Transtorno Relacionado à Cocaína e 26,5% possuíam Transtorno Relacionado à *Cannabis*. Pode-se afirmar que os Transtornos Relacionados ao Álcool possuem relação com a criminalidade violenta contra a pessoa.

Nota-se ainda um maior número de casos de diagnóstico de Transtornos de Humor no gênero feminino (19,2%) em relação ao gênero masculino (9,2%). Pesquisas epidemiológicas norte-americanas apontam que:

O Transtorno Bipolar I é quase tão comum em homens quanto em mulheres (diferentemente do Transtorno Depressivo Maior, que é mais comum em mulheres). O gênero parece estar relacionado à ordem de aparecimento dos Episódios Maníaco e Depressivo Maior. O primeiro episódio em homens tende mais a ser um Episódio Maníaco. O primeiro episódio em mulheres tende mais a ser um Episódio Depressivo Maior. As mulheres com Transtorno Bipolar I têm um risco aumentado para o desenvolvimento de episódios subseqüentes (em geral psicóticos) no período pós-parto imediato. Algumas mulheres têm seu primeiro episódio durante este período. O especificador Com Início no Pós-Parto pode ser usado para indicar que o início do episódio ocorre dentro de 4 semanas após o parto. O período pré-menstrual pode estar associado com a piora de um Episódio Depressivo Maior, Maníaco, Misto ou Hipomaníaco em andamento<sup>181</sup>.

Verificou-se também que todos os 19 diagnósticos de Transtornos Sexuais envolveram o gênero masculino, por tratar-se de casos de estupro<sup>182</sup> na sua grande maioria. Entretanto é preciso notar que não existe um tipo de crime específico para um tipo específico de transtorno sexual, mas sim algumas manifestações patológicas do instinto genésico que mais freqüentemente se ligam a alguns tipos de crime.<sup>183</sup> Por exemplo: atentado ao pudor

---

<sup>181</sup> DSM IV-Transtornos de Humor in Psiqu Web Psiquiatria Geral. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/dsm/humor3>>. Acesso em: 12 jan. 2006.

<sup>182</sup> *Stuprum*, desonra, é a conjunção carnal com mulher, cometida com violência. Caracterizam-no juridicamente, três elementos essenciais: dolo específico, conjunção carnal e emprego de violência ou grave ameaça para a consumação do ato. Ou seja: realização do ato carnal, vaginal, sem o consentimento da vítima.

<sup>183</sup> A seguir transcreveremos trechos do laudo psiquiátrico legal de C.F.B.S, interno do Instituto Psiquiátrico Forense Mauricio Cardoso, com diagnóstico de Retardo Mental Leve e Pedofilia:

(exibicionistas do tipo neurótico); estupro (sodomasoquista, encefalopata e retardado mental); incesto (pedofilia).<sup>184</sup>

No cruzamento das variáveis, gênero a tempo de internação, verifica-se que em ambos os gêneros o tempo de internação prevalente oscila entre zero e 14 anos. No gênero feminino 30,8% tem o tempo de internação entre 0 a 4 anos, 32,6% entre 5 a 9 anos e 21,2% entre 10 a 14 anos. No gênero masculino 34,3% tem o tempo de internação entre 0 a 4 anos, 26,9% entre 5 a 9 anos e 18,4% entre 10 a 14 anos.

De acordo com o Teste Qui-Quadrado não há associação estatisticamente significante entre o gênero e as faixas de tempo de internação ( $p= 0,741$ ). O Quadro 8 mostra a distribuição dos internos por gênero e tempo de internação.

---

“O periciando realizou perícia de responsabilidade penal por ter cometido delito de rapto mediante fraude, atentado violento ao pudor, tentativa de estupro, vias de fato com menor de 14 anos (meninas de 5, 6 e 8 anos), delitos ocorridos de 07.06.2000 a 14.06.2000. No respectivo laudo psiquiátrico legal datado de 21 de dezembro de 2000, foi concluído que o examinado apresentava diagnóstico de Retardo Mental Leve e Pedofilia. Foi enquadrado no parágrafo único do artigo 26 do Código Penal. Foi julgado e lhe foi determinado cumprimento de Medida de Segurança de internação no IPF por período mínimo de um ano com início do cumprimento em 20.07.2001 e término em 19.07.2002. O laudo de cessação de periculosidade sugeriu prorrogação de sua medida de segurança em regime de Alta Progressiva que lhe foi concedida segundo carta de guia datada de 07.10.2002. (...) O paciente, neste último período de observação, a maior parte do tempo apresentou periculosidade atenuada culminando, nestes últimos meses, com aumento de sua periculosidade. Embora o paciente tenha cometido delito, a mãe do mesmo continua interessada na recuperação social do filho e, quando ele estiver em condições, propõe-se a levá-lo para casa e continuar supervisionando-o como antes. Sabe-se também que a longa permanência em hospitais psiquiátricos pode gerar uma cronificação do quadro psicopatológico do interno. Por tais motivos sugere-se que sua medida de segurança seja prorrogada em regime de Alta Progressiva. Tal regime consiste em saídas externas ao IPF na frequência que o caso exigir e de acordo com o estado emocional do paciente, sob supervisão específica da Instituição e vigilância adequada da família, não excluindo riscos secundários, podendo reinternar caso seja necessário”.

<sup>184</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p.609.

Tempo de Internação (anos) / Gênero	0 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos
Masculino	34,3%	26,9%	18,4%
Feminino	30,8%	32,6%	21,2%

Quadro 8: Distribuição dos internos por gênero e tempo de internação no IPFMC.

Cabe ressaltar que 81,5% ou 501 internos encontram-se sob Alta Progressiva<sup>185</sup>, regime adotado em meados da década de sessenta devido a mudança no referencial teórico da psiquiatria no Rio Grande do Sul, de um modelo mais repressivo para um modelo mais terapêutico de influência psicanalítica. Esse novo acontecimento reorganizou o tratamento no Manicômio, tanto no sistema de avaliação quanto na forma terapêutica de atendimento aos internos. A Alta Progressiva foi considerada, no campo da psiquiatria forense, um avanço no processo histórico da Instituição e tornou-se modelo para outros estados brasileiros – como São Paulo e Rio de Janeiro – que mais tarde optaram por essa modalidade. O objetivo do procedimento era proporcionar uma forma de tratamento que deixasse de ser restrito à noção segregadora e excludente da Medida de Segurança, para incorporar um caráter reabilitador.<sup>186</sup>

Segundo Tavolaro<sup>187</sup> analisando a situação dos internos do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, em São Paulo, que adotou o sistema da Alta Progressiva, o sucesso do programa é comprovado por números. Em onze anos de funcionamento, 478 pessoas, entre psicopatas, epiléticos e paranóicos, que um dia cometeram crimes porque foram “traídos” por um surto de doença mental, estão na rua trabalhando e sustentando suas famílias. Segundo o

<sup>185</sup> Configura-se como um serviço intermediário entre o confinamento e a liberdade visando atender àqueles internos do IPF que apresentam condições de readaptação social.

<sup>186</sup> CHRISTOFF, Margareth Uarth. **A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul: O Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, UFRGS, 2001, p.48.

<sup>187</sup> TAVOLARO, Douglas. **A Casa do Delírio. Reportagem no Manicômio Judiciário Franco da Rocha**. São Paulo: SENAC, 2004.p.177.

autor, dos quinhentos que já passaram pela colônia, três reincidiram e 132 fugiram, sendo que 90% dos que fugiram voltaram ao manicômio por vontade própria.

De acordo com Cardoso<sup>188</sup>, diretor do IPFMC, programa de Alta Progressiva<sup>189</sup>, iniciado em 1966, com a licença para dois pacientes circularem em área externa ao Instituto, mostrou-se exitoso e tem sido o alicerce para o programa de desinternação. Segundo o diretor da Instituição, de 1986 a 2005 houve um aumento das internações com uma tendência de 4,8% dos pacientes não alcançarem a desinternação, permanecendo no Instituto. Esses pacientes, segundo o autor, são pacientes não respondedores aos tratamentos, pacientes melhorados (com redução da periculosidade) sem condições sociais de receber desinternação, pacientes criminosos em série: homicidas e agressores sexuais, pacientes com personalidade Anti-sociais com carreira delinqüencial e com significativo risco de reincidência.

De acordo com a pesquisa realizada<sup>190</sup>, o restante dos pacientes, que não se encontram sob o regime da Alta Progressiva, estão na Unidade Fechada<sup>191</sup> (9,1% ou 56 internos) e

---

<sup>188</sup> CARDOSO, Rogério Göeter. **Relatório Anual 2005. Instituto Psiquiátrico Forense.**

<sup>189</sup> É digno de nota o fato de que o regime de Alta Progressiva não consta efetivamente no Código de Processo Penal Brasileiro, não configurando, portanto, uma figura jurídica de direito. Trata-se na realidade de um benefício de fato, resultado de entendimentos entre a Instituição e a Corregedoria. Muitas são as dificuldades que povoaram a evolução do processo, quer seja do ponto de vista da Instância Médica, ou pela persistência do mito da irrecuperabilidade do doente mental. O benefício da Alta Progressiva avançou no sentido de sua institucionalização, quando foi publicada a Portaria Estadual n.292 de 19 de setembro de 1977 que a regulamentava. Somou-se um total de 912 beneficiários entre 1966 e 1989, sendo que desse número, 568 pacientes vieram a ser desinternados. Justificou-se a utilização do recurso como uma forma de auxiliar no trabalho terapêutico e, ao mesmo tempo, como uma forma de escoamento do volume de internos que vinha crescendo a cada ano. (CHRISTOFF, Margareth Uarth. **A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul: O Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, UFRGS, 2001, p.49).

<sup>190</sup> OSÓRIO, Fernanda Corrêa. **Inimputabilidade: estudo dos internos de um Instituto psiquiátrico Forense.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais, PUCRS, 2006.

<sup>191</sup> As Unidades Fechadas são compostas pelas Unidades T de Admissão e Triagem, porta de entrada dos internos ao instituto, unidade de segurança máxima; Unidade A; Unidade E, feminina do IPF onde apenas algumas internas possuíam autorização médica para sair; Unidade F, de contenção com o tempo mínimo de permanência de 20 dias e Unidade G.

Unidade Aberta<sup>192</sup> (9,4% ou 58 internos).

A pesquisa realizada no Instituto Psiquiátrico Forense demonstra que na Unidade Fechada 60,7% dos internos possuem como delito gerador da inimputabilidade o crime contra a pessoa, 23,2% crime contra o patrimônio, 17,9% crimes contra os costumes, 3,6% crimes contra a incolumidade pública e 3,6% crime tipificado na Lei de Tóxicos. Quanto ao diagnóstico, 50% possuem Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos, 42,9% Transtorno relacionados a Substâncias, 32,1% Retardo Mental e Transtorno de Comunicação, 16,1% Transtornos de Personalidade, 10,7% Transtornos de Humor e 3,6% Transtornos Mentais causados por uma condição Médica Geral.

Na Unidade Aberta 44,8% dos internos possui como delito gerador da inimputabilidade crimes contra a pessoa, 25,8% crimes contra o patrimônio, 20,7% crimes contra os costumes, 6,9% crimes contra a incolumidade pública, 1,7% crimes tipificados na Lei de Tóxicos, 1,7% crimes contra a administração pública e 1,7% crimes tipificados na Lei de Contravenções Penais. Quanto ao diagnóstico, 51,7% possui Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos, 20,7% Transtornos Relacionados a Substâncias, 24,1% Retardo Mental e Transtorno de Comunicação, 10,3% Transtornos de Personalidade, 15,5% Transtornos de Humor, 6,9% Transtornos Mentais causados por uma Condição Médica Geral, 10,3% Transtornos Sexuais e 1,7% Demência.

No regime de Alta Progressiva 64,3% dos internos possuem como delito gerador da inimputabilidade crimes contra a pessoa, 19,4 crimes contra o patrimônio, 15,6 crimes contra os costumes, 3,0% crimes contra a incolumidade pública, 2,6% crimes tipificados na Lei de

---

<sup>192</sup> As Unidades Abertas são compostas pelas Unidades B e Unidade D. Os internos com autorização médica, poderiam inclusive deixar o Instituto.

Tóxicos, 2,6% crimes contra a administração pública, 0,8% crimes contra o sentimento religioso e respeito aos mortos, 0,4% crimes descritos na Lei de Contravenções Penais, 0,4% crimes descritos na Lei de Tortura e 0,4% crimes contra a fé pública. Quanto ao diagnóstico, 64,1% possuem o diagnóstico de Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos, 26,1% Transtornos Relacionados a Substâncias, 18,6% Retardo Mental, 12,2% Transtornos de Personalidade, 9,4% Transtornos de Humor, 3,0% Transtornos Mentais causados por uma Condição Médica Geral, 2,6% Transtornos Sexuais, 1,2% Demência, 0,2% Transtornos de Ansiedade, 0,2% Transtorno de Controle dos Impulsos e 0,2% Transtornos Dissociativos.

O Quadro 9 mostra o número de internos beneficiados pela Alta Progressiva no período de 1995 a 2004.<sup>193</sup>

Ano	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Pacientes Beneficiados pela Alta Progressiva	44	47	79	79	70	66	58	52	62	88

Quadro 9: Pacientes beneficiados pela Alta Progressiva no período de 1995 a 2004.

Segundo o Diretor da Instituição, no período de 1995 a 2004, 645 internos estão sob o Regime da Alta Progressiva.

De acordo com Christoff<sup>194</sup>, entre 1966 e 1989, na mesma instituição somou-se um total de 912 beneficiários.

---

<sup>193</sup> Henrique, W. Secretaria Técnica, Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. **Dados Administrativos, Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso e CARDOSO, Rogério Göeter. Relatórios Anuais. Instituto Psiquiátrico Forense.**

Em 2005, nesta pesquisa<sup>195</sup>, foram encontrados 501 internos beneficiados pelo regime da Alta progressiva. O quadro 10 compara os resultados.

<i>Autor/ Ano</i>	<i>Christoff<sup>196</sup> (1966 a 1977)</i>	<i>Cardoso<sup>197</sup> (1995 a 2004)</i>	<i>Osório<sup>198</sup> (presentes na Instituição no ano de 2005)</i>
<i>Beneficiados pela Alta Progressiva</i>	912	645	501

Quadro 10: Resultados obtidos nas pesquisas de Christoff, Cardoso e Osório acerca dos internos beneficiados pela Alta Progressiva.

Cabe ressaltar que, durante as pesquisas na Instituição, foram encontrados alguns casos de pacientes institucionalizados, que possuem condições para desinternação, mas que, por perderem o vínculo com a família e com a comunidade, preferem permanecer vinculados ao IPF<sup>199</sup>.

Quanto ao prazo mínimo<sup>200</sup> de cumprimento da medida de segurança, verificou-se que, em 56, 2% dos casos analisados, não ultrapassam dois anos e que em 40,7% este prazo varia

<sup>194</sup> CHRISTOFF, Margareth Uarth. **A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul: O Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, UFRGS, 2001, p.49.

<sup>195</sup> OSÓRIO, Fernanda Corrêa. **Inimputabilidade: estudo dos internos de um Instituto psiquiátrico Forense**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais, PUCRS, 2006.

<sup>196</sup> CHRISTOFF, Margareth Uarth. **A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul: O Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, UFRGS, 2001, p.49.

<sup>197</sup> Henrique, W. Secretaria Técnica, Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. **Dados Administrativos, Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso** e CARDOSO, Rogério Göeter. **Relatórios Anuais, Instituto Psiquiátrico Forense**.

<sup>198</sup> OSÓRIO, Fernanda Corrêa. **Inimputabilidade: estudo dos internos de um Instituto psiquiátrico Forense**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais, PUCRS, 2006.

<sup>199</sup> A seguir transcreveremos os comentários médicos-legais contidos no laudo psiquiátrico de verificação de cessação de periculosidade de uma das pacientes do IPF que se encontra nesta situação. “Esta paciente, embora pudesse ser desinternada por ter atingido um bom grau de estabilidade de sua situação clínica, tem optado por se manter vinculada ao IPF, que é por ela percebido como um local de tratamento melhor do que poderia obter na rede pública. Ela tem sistematicamente recusado ser desinternada, pois teme que ao não obter um tratamento adequado na rede pública possa ficar novamente doente. Prossegue, assim, indicada a manutenção da Alta Progressiva associada à Medida de Segurança.

de 2 a quatro anos.

Relacionando-se o gênero com o prazo mínimo da medida de segurança fixado na sentença, observa-se que entre os homens e as mulheres há uma preponderância dos intervalos de 0-2 anos e 2-4 anos. Aplicando-se o Teste Qui-Quadrado de Independência, verifica-se que não há associação estatisticamente relevante entre o gênero e o prazo mínimo de internação fixado na sentença ( $p = 0,191$ ).

Observa-se que o gênero do doente mental infrator não influencia na fixação do prazo mínimo de cumprimento da medida de segurança.

Em relação aos limites mínimos, disciplina o parágrafo primeiro do artigo 97, do Código Penal Brasileiro que o prazo para a perícia médica deverá ser de um a três anos, indicando que, antes do prazo de um ano, vedada restará a antecipação do exame para a constatação da periculosidade.

Dessa forma, no atual Código Penal Brasileiro não há uma norma expressa disciplinando sobre a inexistência de prazos mínimos obrigatórios de duração das medidas de segurança criminais. Muito ao contrário, a leitura de nossas normas penais conduz a existência de prazos mínimos obrigatórios de um a três anos de duração<sup>201</sup>.

---

<sup>201</sup> FERRARI, Eduardo Reale. Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2001. p.183.



Entretanto, durante a pesquisa nos prontuários dos internos do IPF, foram encontrados prazos superiores ao mínimo legal, pelo fato de serem anteriores a Reforma da Parte Geral de 1984, que limitou o prazo mínimo de internação<sup>202</sup>.

Ressalta-se que não foram encontrados estudos epidemiológicos que referissem o prazo mínimo de internação.

Quanto ao tipo de medida de segurança observa-se que 91,4% ou 562 internos cumprem medida de segurança detentiva<sup>203</sup> e 8,6% ou 53 internos dos 615 casos analisados, cumprem medida de segurança restritiva<sup>204</sup>.

Em relação ao diagnóstico e o tipo da medida de segurança, 93,1% dos internos que cumprem medida detentiva e 6,9% dos internos que cumprem medida restritiva possuem o diagnóstico de Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos.

Analisando-se a associação entre as variáveis gênero e tipo da medida de segurança observa-se nos dois gêneros a prevalência da medida de segurança detentiva, entre os homens 90,9% dos casos e entre as mulheres 96,2% dos casos. De acordo com o Teste Qui-Quadrado

---

<sup>202</sup> A seguir transcreveremos no histórico do Laudo Psiquiátrico Legal de Verificação de Cessação de Periculosidade do paciente A.T, de 78 anos, com sentença datada de 1970, anterior a Reforma da Parte Geral do Código Penal, em 1984 que limitou o prazo mínimo de internação. “O examinando baixou pela primeira vez neste instituto em 20 de dezembro de 1968, para fins de exame legal de Responsabilidade Penal, como incurso no artigo 121 do Código Penal Brasileiro (homicídio), cuja vítima foi a esposa. Em laudo datado de 28.01.1970, foi firmado o diagnóstico de Psicose Esquizofrênica, tendo sido aplicada Medida de Segurança pelo prazo de seis anos, para cumprir em Manicômio Judiciário, com término previsto para 23.03.1976. Em 27.12.1971, foi-lhe concedido o Regime de Alta Progressiva, que tem sido renovado anualmente, como sugestão dos exames de Verificação de Cessação de Periculosidade a que é submetido sempre que expira o prazo da Medida de Segurança. Registra uma fuga na Instituição, retornando antes de um mês, espontaneamente.”

<sup>203</sup> Internação em hospital de custódia e tratamento, aplicada àqueles indivíduos que praticaram um crime punido com reclusão.

<sup>204</sup> É facultada ao juiz, nos casos de crimes apenados com detenção, a aplicação de tratamento ambulatorial.

não há associação estatisticamente relevante entre o gênero e o tipo da medida de segurança ( $p= 0,198$ ), sendo preponderante a medida detentiva em ambos os gêneros.

Pode-se concluir que, na maior parte das decisões, tem optado os juízes pela medida de segurança detentiva ou de internação em hospital de custódia e tratamento, mesmo sendo esta um instrumento fragmentário e residual, aplicável apenas quando não eficaz outra modalidade de tratamento. Segundo Ferrari<sup>205</sup>:

A medida privativa exige meios de execução que legitimem os fins para sua aplicação, sob pena de transformar-se em absurdos depósitos de delinquentes doentes que, estigmatizados pela periculosidade criminal, permanecerão privados de sua liberdade por tempo muito superior ao dos próprios imputáveis.

Exner<sup>206</sup> assinala que o valor da medida de segurança criminal, mais do que o da pena depende da maneira quanto à sua execução, sob pena de se transformar em um meio de agressão à liberdade do indivíduo, sendo então, melhor evitá-la completamente.

Paulatinamente, com a deficiência assistencial das instituições, vem ganhando força o movimento contrário à internação psiquiátrica prolongada, com os inevitáveis danos causados aos doentes mentais, como o hospitalismo, a perda da iniciativa, vínculos familiares e com a comunidade.

O interesse da assistência psiquiátrica deve se deslocar para o atendimento ambulatorial, instalação de serviços modernos, a psiquiatria comunitária, limitando cada vez

---

<sup>205</sup> FERRARI, Eduardo Reale. Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2001. p.83.

<sup>206</sup> EXNER apud BRUNO, Aníbal. **Direito Penal, parte geral**. 2.ed. n.2. Rio de Janeiro: Forense, 1966, p.319.

mais o tempo de internação a fim de que o enfermo não perca o vínculo com a família e com o ambiente social.

O desenvolvimento da psicofarmacologia muito contribui na modificação do ambiente hospitalar, no entanto as grandes transformações introduzidas no campo da psiquiatria não chegam aos hospitais psiquiátricos forenses pela falta de interesse político nos doentes mentais inimputáveis.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos prontuários dos 617 internos do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, instituição destinada à internação e reabilitação do doente mental infrator, o presente estudo objetivou traçar um mapa dos agentes considerados inimputáveis no Rio Grande do Sul.

Optou-se, nessa dissertação pela interdisciplinaridade, como método de estudo. Saberes como a psiquiatria, psicologia, antropologia não “estão fora de lugar”, no sentido de que sirvam apenas para legitimar o poder punitivo. O crime, entendido como fenômeno complexo, não pode ser visto pelo prisma de uma ciência, tornando indispensável uma visão interdisciplinar.

Assim, a utilização da interdisciplinaridade na Ciência Penal implica num diálogo construtivo entre saberes que respeitam reciprocamente seus âmbitos: nem se apoderam do alheio, nem abandonam seus horizontes e funções. Na busca desse diálogo construtivo realizou-se essa pesquisa procurando atingir os objetivos propostos.

De acordo com os resultados observou-se que os inimputáveis possuem as seguintes

características: gênero masculino, idade média de 43,22 anos, com profissão definida, com o primeiro grau de escolaridade, sem companheira, crime contra a pessoa como gerador da inimputabilidade, com antecedentes criminais, prazo mínimo fixado na sentença de 1,76 ano, cumprindo medida de segurança detentiva, internado há 9,33 anos, sob o regime de Alta Progressiva, com internação prévia em outras instituições, não tendo cumprido medida de segurança anteriormente e com o diagnóstico de Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos.

No tocante ao gênero dos internos verificou-se a preponderância do gênero masculino (91,6% ), explicada na literatura como o resultado dos fatores biológicos, sociais e culturais que levam os homens a adotarem comportamento de maior risco e, por vezes, mais agressivos do que as mulheres.

Em relação à média de idade e o gênero dos internos verificou-se que a faixa etária prevalente tanto dos internos masculinos quanto da internas femininas é a de 40 a 49 anos (28% dos internos e 36,5% das internas).

Na associação entre as variáveis gênero e grau de instrução, observou-se que o primeiro grau de instrução é prevalente tanto para os internos masculinos (74,1%) como para os femininos (78,8%). O baixo grau de instrução dos internos do IPMF pode ser explicado pelas suas condições de pobreza, agravadas pelo difícil acesso a tratamento especializados e pela limitada possibilidade para a aprendizagem, devido à doença.

Verificou-se, com o Teste Qui-Quadrado de Independência ( $p < 0,05$ ), que há uma associação estatisticamente relevante entre as variáveis, grau de instrução e existência de

antecedentes criminais ( $p=0,014$ ): quanto maior o nível de escolaridade dos internos, menor são os índices de reincidência criminal: dentre os analfabetos, 49% possuem antecedentes criminais; com o primeiro grau de instrução, 41,9% possuem antecedentes; com o segundo grau de instrução 33,3% apresentam antecedentes criminais; com instrução superior nenhum dos dez internos analisados possuía antecedentes criminais.

Pode-se inferir que quanto maior o nível de escolaridade, maior a condição sócio-econômica do interno e, conseqüentemente, maior as condições de acesso a tratamento psiquiátrico especializado o que diminui as chances de envolvimento em conflitos e práticas delituosas.

Relacionando as variáveis, gênero e existência de profissão definida, observou-se que tanto os internos (72,4%) como as internas (80,8%) possuem profissão definida na sua maioria, ambos exercem algum tipo de atividade, ou possuem profissão definida.

Na associação entre os gêneros e o estado civil verifica-se que tanto o interno masculino (83,3%) como o interno feminino (82,7) não possui companheiro (a). Verificou-se uma maior incidência de internos sem companheira, 83,3% sobre os com companheira 16,8%. No caso do infrator doente mental, a doença somada à violência dificulta ainda mais a possibilidade de estabelecer vínculos permanentes.

O cruzamento das variáveis gênero e antecedentes criminais, de acordo com o Teste Qui-Quadrado, demonstra uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ( $p<0,001$ ). Observa-se que a proporção de homens com antecedentes criminais (44,5%) é maior do que a de mulheres na mesma condição (13,5%). Comprovando, então, a maior

incidência de um passado violento entre os homens como se pode observar na preponderância do gênero masculino na população carcerária.

A existência de antecedentes criminais na população de internos do IPFMC pode ser explicada pelo caráter crônico da doença mental, mais especificamente, da esquizofrenia (diagnóstico preponderante na Instituição) afetando o pensamento (função importante do ego) e, conseqüentemente, a conduta do agente, tornando-o mais suscetível a agir de forma psicótica e por vezes violentamente.

Verificou-se que 83,3% dos internos, ou seja, a maioria deles, não cumpriu medida de segurança anteriormente, uma das explicações possíveis seria aquela que trata da rigidez dos critérios de desinternação. Este processo de desinternação ou liberação fica condicionado a ausência de qualquer fato que indicasse a periculosidade durante um ano, o que torna difícil a extinção da medida de segurança.

Relacionando as variáveis, gênero e internação prévia em outras instituições psiquiátricas, observou-se que 59,6% das mulheres e 54,8% dos homens internos no IPFMC já haviam sido internados em instituições psiquiátricas. Aplicando-se com o Teste Qui-Quadrado não foram encontradas associações estatisticamente significantes entre o gênero e a ocorrência de internação em outras instituições ( $p= 0,504$ ), a maioria dos internos, homens ou mulheres, possuía um histórico prévio de internação psiquiátrica.

No cruzamento entre as variáveis, diagnóstico e internação prévia em instituições psiquiátricas, observou-se que: dentre os internos com diagnóstico de esquizofrenia, a maioria (60,9%) já possuía internação prévia, da mesma forma com o diagnóstico de Transtornos

Relacionados a Substâncias (54,8%), com o diagnóstico de Retardo Mental e Transtornos de Comunicação (51,6%), Transtornos de Humor (62,9%), Transtornos Mentais causados por uma Condição Médica Geral (52,4%). Uma das explicações para a existência de internação prévia pode ser a gravidade destes distúrbios mentais que se caracterizam, na sua grande maioria, por uma desordem profunda nos processos psíquicos com graves sintomas mórbidos necessitando de abordagem terapêutica.

Entretanto, verificou-se que existência de internação psiquiátrica prévia não foi observada nos diagnósticos de Transtornos de Personalidade e nos Transtornos Sexuais. Nos Transtornos de Personalidade observa-se que 64,5% dos internos, ou seja, a maioria, não possuía internação anterior. Nos Transtornos Sexuais observa-se que 89,5% dos internos também não possuíam internação anterior.

No cruzamento entre as variáveis, internação prévia em outras instituições psiquiátricas e antecedentes criminais, observa-se uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $p = 0.005$ ). Dentre os internos que possuíam internação prévia, 61,9% possuíam antecedentes criminais e 50,6% não possuíam antecedentes. Dentre os internos que não possuíam internação em outras instituições, 38,1% possuíam antecedentes criminais e 49,4% não possuíam antecedentes delitivos.

Infere-se que aqueles internos que possuíam antecedentes criminais, ou seja, um histórico de comportamento violento, já haviam recebido tratamento psiquiátrico anterior.

Na análise do gênero com o delito gerador da inimputabilidade verificou-se uma preponderância de crimes cometidos contra pessoa, tanto no gênero masculino como no



feminino. Entretanto, entre as mulheres a percentagem chega a 84,6%, enquanto que entre os homens os crimes contra a pessoa como delito gerador da inimputabilidade totalizam 59,9% dos casos.

Associando-se as variáveis, gênero e diagnóstico, verifica-se a prevalência do diagnóstico de Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos, tanto no gênero masculino (61,4%) como no gênero feminino (59,6%). 61,1% dos internos com o diagnóstico de esquizofrenia, ou seja, a maioria, não apresenta antecedentes delitivos, enquanto que nos Transtornos Relacionados a Substâncias 56,5% apresentavam antecedentes criminais e 59,7% dos internos com o Diagnóstico de Transtornos de Personalidade também apresentavam histórico de comportamento violento.

Na análise do cumprimento anterior de medida de segurança pelos internos do Instituto Psiquiátrico Forense, observou-se que 62,5% dos internos com o diagnóstico de Esquizofrenia não haviam cumprido medida de segurança anterior já os internos com o diagnóstico de Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos de Personalidade apresentavam maiores índices de cumprimento anterior de medida de segurança: com Transtornos de Personalidade, 25,2% já haviam cumprido medida de segurança, enquanto que 9,9% não; com Transtornos Relacionados a Substâncias, 34,0% já haviam cumprido medida de segurança, enquanto que 26,3% não.

Dessa forma, em termos longitudinais, os Transtornos de Personalidade e Transtornos Relacionados a Substâncias possuem uma maior interligação com a criminalidade e violência se comparados à esquizofrenia.

Demonstrou-se ainda a prevalência do diagnóstico de Transtornos Relacionados a Substâncias nos homens (29,2%) em relação às mulheres (9,6%).

Na análise dos Transtornos Relacionados ao álcool, *cannabis* e cocaína com o delito gerador da inimputabilidade, a pesquisa realizada nos Instituto Psiquiátrico Forense demonstrou a existência de uma relação entre a criminalidade violenta e os Transtornos Relacionados ao Álcool. Ao relacionar estas variáveis observou-se que 60,8% dos internos que cometeram delitos contra a pessoa possuíam um Transtorno Relacionado ao Álcool; 30,4% possuíam Transtorno Relacionado à Cocaína e 26,5% possuíam Transtorno Relacionado à *Cannabis*.

Notou-se ainda um maior número de casos de diagnóstico de Transtornos de Humor no gênero feminino (19,2%) em relação ao gênero masculino (9,2%). Todos os 19 diagnósticos de Transtornos Sexuais envolveram o gênero masculino, por tratar-se de casos de estupro na sua grande maioria, crime este que, por sua natureza, só pode ser praticado por homens.

No cruzamento das variáveis, gênero a tempo de internação, verifica-se que em ambos os gêneros o tempo de internação prevalente oscila entre zero e 14 anos. No gênero feminino 30,8% tem o tempo de internação entre 0 a 4 anos, 32,6% entre 5 a 9 anos e 21,2% entre 10 a 14 anos. No gênero masculino 34,3% tem o tempo de internação entre 0 a 4 anos, 26,9% entre 5 a 9 anos e 18,4% entre 10 a 14 anos. O Teste Qui-Quadrado não demonstrou associação estatisticamente significativa entre o gênero e as faixas de tempo de internação ( $p=0,741$ ).

No tocante a situação do interno na instituição observou-se que 81,5% ou 501 internos encontram-se sob Alta Progressiva, o restante dos pacientes, que não se encontram sob este regime, estão na Unidade Fechada (9,1% ou 56 internos) e Unidade Aberta (9,4% ou 58 internos).

A pesquisa realizada demonstrou que na Unidade Fechada 60,7% dos internos possuem como delito gerador da inimputabilidade o crime contra a pessoa, 23,2% crime contra o patrimônio, 17,9% crimes contra os costumes, 3,6% crimes contra a incolumidade pública e 3,6% crime tipificado na Lei de Tóxicos. Quanto ao diagnóstico, 50% possuem Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos, 42,9% Transtornos relacionados a Substâncias, 32,1% Retardo Mental e Transtorno de Comunicação, 16,1% Transtornos de Personalidade, 10,7% Transtornos de Humor e 3,6% Transtornos Mentais causados por uma condição Médica Geral.

Na Unidade Aberta 44,8% dos internos possuem como delito gerador da inimputabilidade crimes contra a pessoa, 25,8% crimes contra o patrimônio, 20,7% crimes contra os costumes, 6,9% crimes contra a incolumidade pública, 1,7% crimes tipificados na Lei de Tóxicos, 1,7% crimes contra a administração pública e 1,7% crimes tipificados na Lei de Contravenções Penais. Quanto ao diagnóstico, 51,7% possuem Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos, 20,7% Transtornos Relacionados a Substâncias, 24,1% Retardo Mental e Transtorno de Comunicação, 10,3% Transtornos de Personalidade, 15,5% Transtornos de Humor, 6,9% Transtornos Mentais causados por uma Condição Médica Geral, 10,3% Transtornos Sexuais e 1,7% Demência.

No regime de Alta Progressiva 64,3% dos internos possuem como delito gerador da inimputabilidade crimes contra a pessoa, 19,4 crimes contra o patrimônio, 15,6 crimes contra os costumes, 3,0% crimes contra a incolumidade pública, 2,6% crimes tipificados na Lei de Tóxicos, 2,6% crimes contra a administração pública, 0,8% crimes contra o sentimento religioso e respeito aos mortos, 0,4% crimes descritos na Lei de Contravenções Penais, 0,4% crimes descritos na Lei de Tortura e 0,4% crimes contra a fé pública. Quanto ao diagnóstico, 64,1% possuem o diagnóstico de Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos, 26,1% Transtornos Relacionados a Substâncias, 18,6% Retardo Mental, 12,2% Transtornos de Personalidade, 9,4% Transtornos de Humor, 3,0% Transtornos Mentais causados por uma Condição Médica Geral, 2,6% Transtornos Sexuais, 1,2% Demência, 0,2% Transtornos de Ansiedade, 0,2% Transtorno de Controle dos Impulsos e 0,2% Transtornos Dissociativos.

Quanto ao prazo mínimo de cumprimento da medida de segurança, verificou-se que, em 56, 2% dos casos analisados, não ultrapassam dois anos e que em 40,7% este prazo varia de 2 a quatro anos.

Na associação entre o gênero com o prazo mínimo da medida de segurança fixado na sentença, verificou-se que entre os homens e as mulheres há uma preponderância dos intervalos de 0-2 anos e 2-4 anos. Aplicando-se o Teste Qui-Quadrado de Independência, observou-se que não há associação estatisticamente relevante entre o gênero e o prazo mínimo de internação fixado na sentença ( $p = 0,191$ ).

Dessa forma, o gênero do doente mental infrator não influencia na fixação do prazo mínimo de cumprimento da medida de segurança. Ressalta-se que durante a pesquisa nos prontuários dos internos do IPF, foram encontrados prazos superiores ao mínimo legal, pelo

fato de serem anteriores a Reforma da Parte Geral de 1984, que limitou o prazo mínimo de internação.

Quanto ao tipo de medida de segurança, 91,4% ou 562 internos cumprem medida de segurança detentiva e 8,6% ou 53 internos dos 615 casos analisados, cumprem medida de segurança restritiva.

Em relação ao diagnóstico e o tipo da medida de segurança, 93,1% dos internos que cumprem medida detentiva e 6,9% dos internos que cumprem medida restritiva possuem o diagnóstico de Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos.

Analisando-se a associação entre as variáveis gênero e tipo da medida de segurança observou-se nos dois gêneros a prevalência da medida de segurança detentiva, entre os homens 90,9% dos casos e entre as mulheres 96,2% dos casos. De acordo com o Teste Qui-Quadrado não foram encontradas associações estatisticamente relevantes entre o gênero e o tipo da medida de segurança ( $p= 0,198$ ), sendo preponderante a medida detentiva em ambos os gêneros.

A pesquisa realizada permitiria uma série de outros cruzamentos e associações que deixaram de serem descritas em detalhes por não fazerem parte dos objetivos relacionados ao Projeto de Dissertação. A análise detalhada das associações estatisticamente relevantes que foram encontradas fica como sugestão para novos trabalhos a serem desenvolvidos.

Acredita-se que o presente estudo possa contribuir na formulação de políticas apropriadas para o aparelhamento dos serviços mentais na medida em que analisa o perfil dos

pacientes internados. Este estudo foi realizado nesta perspectiva da necessidade de investigações na área de interface da saúde mental e seus transtornos com a violência.

Por derradeiro, salienta-se, pela sua grande importância no processo de desinstitucionalização dos pacientes, a implementação, pelo Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, do regime da Alta Progressiva proporcionando uma forma de tratamento que deixa de ser restrito à noção segregadora e excludente da Medida de Segurança, para incorporar um caráter reabilitador permitindo que os doentes mentais retornem, gradativamente e com assistência, ao convívio social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEMAGNO, S.A. Women in jail: is substance abuse treatment enough? **Am J Public Health** 2001; 91 (5): 798-800.

ANDRADE, Haroldo da Costa. **Das Medidas de Segurança**. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2004.

BETTIOL, Giuseppe. Direito Penal. Tradução de Paulo José da Costa Júnior e Alberto Silva Franco. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, 1976.

BRANDÃO, Cláudio. **Teoria Jurídica do Crime**. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

BRITTO, Ricardo. **Interdisciplinaridade das Ciências Criminais**. Porto Alegre, PUCRS, 17 set. 2003. Palestra concedida aos alunos da Pós Graduação em Ciências Criminais da PUCRS.

CALDAS, Aulete. **Dicionário contemporâneo da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Delta, 1958.

CARDOSO, Rogério Göeter. **Relatório Anual 2005. Instituto Psiquiátrico Forense**.

CARVALHO, Salo. As reformas parciais no Processo Penal brasileiro: crítica aos projetos de informalização dos procedimentos e privatização dos conflitos. In: **Anuário do Programa de Pós - Graduação em Direito**. São Leopoldo, 2001.

\_\_\_\_\_. A Ferida Narcísica do Direito Penal (primeiras observações sobre as (dis)funções do controle penal na sociedade contemporânea. In: GAUER, Ruth M. Chittó (coord). **A Qualidade do Tempo: para além das aparências Históricas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

CENTURIÃO, Luiz Ricardo Michaelson; GAUER, Ruth Maria Chittó. A etnopsiquiatria e o mito das raças nos Brasil. In: SILVA, Mozart Linhares da (org.). **História, Medicina e Sociedade no Brasil**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003.

CHRISTOFF, Margareth Uarth. **A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul: O Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso**. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Programa de Pós-Graduação em Sociologia, UFRGS, 2001. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001.

DIAS, Jorge Figueiredo. **Questões Fundamentais de Direito Penal Revisitadas**. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 1999.

ELBERT, Carlos Alberto. **Manual básico de criminologia**. Traduzido por Ney Fayet Júnior. Porto Alegre: Ricardo Lenz, 2003.

ERONEM, M. HAKOLA, P. TIIHONEM, J. Mental Disorders and Homicidal Behavior in Finland. **Arch Gen Psychiatry**. 1987 May; 32 (4): 255-501.

FARIAS JÚNIOR, João. **Manual de Criminologia**. 2.ed. Curitiba: Juruá, 1996.

FERRAJOLI, Luigi. **Derecho e Razón**. 4.ed. Madri : Editorial Trotta, 2000.

FERRARI, Eduardo Reale. Os prazos de duração das medidas de segurança e o ordenamento jurídico português. **Revista dos Tribunais**. v.701, p.273, mar.1994.

FERREIRA. Aurélio Buarque de Holanda. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2003.

FONSECA, Paulo; SORDI, Rudyard; THOMAZ, Theobaldo. O Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso: aspectos de sua evolução nos últimos vinte anos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.4, n.2, p.96-104, mai/ago.1982.

FÖPPEL EL HIRECHE, Gamil. **A função da pena na visão de Claus Roxin**. Rio de Janeiro: Forense, 2004. p.107.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na idade clássica**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

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

GAUER, Ruth M. Chittó. Alguns Aspectos da Fenomenologia da Violência. In: GAUER, Gabriel Chittó; GAUER, Ruth M. Chittó (coord.). **A Fenomenologia da Violência**. Curitiba: Juruá, 1999.

\_\_\_\_\_. Interdisciplinaridade e Ciências Criminais. In FAYET Jr., Ney. **Ensaio Penais em Homenagem ao Professor Alberto Rufino Rodrigues de Souza**. POA: Lenz, 2003.

GOMES, Luiz Flávio. Duração das Medidas de Segurança. **Revista dos Tribunais**, 663/257, 1991.

\_\_\_\_\_. Luiz Flávio. **Acredite se Quiser: Febrônio, Índio do Brasil, Cumpriu 57 Anos de Medida de Segurança**. Disponível no site <[www.direitocriminal.com.br](http://www.direitocriminal.com.br)>. Acesso em 20/12/2005.

GOOFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2001.



HODGINS, S. Mental Disorder, intellectual deficiency and crime: evidence from a birth cohort. **Arch Gen Psychiatry**, 1996; 53:489-96.

HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal**. 4.ed. Rio de Janeiro: Forense: 1959.

LARRAURI, Elena. **La Herencia de la criminología crítica**. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, 2000.

LEHMAN, Joseph . **Estudo psiquiátrico do homicídio**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1986. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1986.

LEIRIA, Antônio José Fabrício. **Fundamentos da Responsabilidade penal**. Rio de Janeiro: Forense, 1980.

LOPER JÚNIOR, Aury. A Instrumentalidade Garantista do Processo Penal. In: CARVALHO, Salo de. (org.). **Crítica à Execução Penal**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2002

LYRA, Roberto. **A expressão mais simples do Direito Penal**. Edição Histórica. Rio de Janeiro: Rio, 1976.

MARI, Jair J.; LEITÃO, Raquel J. A epidemiologia da esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.22, suppl.1, Mai. 2000 p.15-7. ISSN 1516-4446.

MARQUES NE Diretor: Prof. Áttila Sá D'Oliveira TO, Agostinho Ramalho. Subsídios para pensar a possibilidade de articular Direito e Psicanálise. In: \_\_\_\_\_. **Direito e Neoliberalismo- Elementos para uma leitura interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Edibej, 1996.

MARQUES, José Frederico. **Tratado de direito penal**. v.III. ed.atualiz. Campinas: Millennium, 1999.

MENEZES, Ruben de Souza. **Esquizofrenia e Liberdade: Manicômios Judiciais, Reforma Psiquiátrica e a Era da Saúde Mental**. Porto Alegre: Armazém Digital, 2005.

MONAHAN, J. Mental disorder and violent behavior: perceptions and evidence. **Am. Psychol.** 1992; 47: 511-21.

MOSCATELLO, Roberto. Recidiva Criminal em 100 internos do Manicômio Judiciário Franco da Rocha. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, 2001; 23(1), p.34-5.

PALOMBA, Guido Arturo. **Loucura e Crime**. 2.ed. São Paulo: Fiúza, 1996.

PANCHERI, Ivanira. Medidas de Segurança. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. n.5, out.-dez., 1997. p.102/12.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e suas épocas**. São Paulo: Editora 34, 1994.

\_\_\_\_\_. **O Século dos Manicômios**. São Paulo: Editora 34, 2002.

PONTE, Antonio Carlos. **Inimputabilidade e Processo Penal**. São Paulo: Atlas, 2002.

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

SANDYK, R. Agreeive behavior in schizophrenia: relationship to age of onset and cortical atrophy. **Int. J Neurosci**, 1993 Jan; 68(1-2):1-10.

SENRA, Ana Heloísa. Inimputabilidade e loucura: os paradoxos da proteção e do tratamento. In: GAUER, Gabriel; MACHADO, Débora Silva (Org.). **Filhos e vítimas do tempo e da violência: a família, a criança e o adolescente**. Curitiba: Juruá, 2003,

SOUTO, Ronya Soares de Brito e Souto. A (I)Legitimidade do processo de Imposição das Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro. In: CARVALHO, Salo de. (org). **Leituras Constitucionais do Sistema Penal Contemporâneo**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2004.

SOUZA, Ricardo Timm. A Racionalidade Ética como Fundamento de uma Sociedade Viável: reflexões sobre soas condições de possibilidade desde a crítica filosófica do fenômeno da “corrupção”. In: GAUER, Ruth M. Chittó. **Qualidade do Tempo: para além das aparências históricas** (org). Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2004.

SORDI, Rudyard Emerson. Relatório Apresentado na Mesa Redonda “Psiquiatria Forense” no IX Congresso Brasileiro de Psiquiatria. **Anais**. Curitiba, out., 1986.

STEPHENS, R. **The role of drugs in crime: insights from a group of incoming prisoners**. *Subst. Use Misuse* 2002; 37(1):121-131.

SWANSON, J. ESTROFF, S. SWARTZ, M. BORUM, R. LACHICOTTE, W. ZIMMER, C. WAGNER, R. Violence and several mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, co morbidity, and lack of treatment. **Psychiatry**, 1997 Sping; 60(14):1-22.

SWANSON, JW. Mental disorder, substance abuse and community violence: an epidemiological approach. In: MONAHAN J.; Steadman HJ (eds.). **Violence and Mental Disorder**. Chicago: University Chicago Press; 1994.

TAVOLARO, Douglas. **A Casa do Delírio. Reportagem no Manicômio Judiciário Franco da Rocha**. São Paulo: SENAC, 2004.

TELLES. Lisieux Elaine de Borba. **Características Sociodemográficas Patológicas e Delitivas de Réus Submetidos a Exame de Responsabilidade Penal, No Instituto psiquiátrico Forense, em Porto Alegre, Brasil, durante o ano 2000**. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria Forense. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nacional de La Plata, 2004.

W. HENRIQUE. Secretaria Técnica, Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. Dados Administrativos, Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso e CARDOSO, Rogério Göeter. **Relatórios Anuais**. Instituto Psiquiátrico Forense.

WUNDERLICH, Alexandre. Os casos de Pierre Rivière e Febrônio Índio do Brasil como exemplos de uma violência Institucionalizada. In: GAUER, Gabriel J. Chittó; GAYER, Ruth M. Chittó (Coord.). **A fenomenologia da violência**. Curitiba: Juruá, 1999.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. Manual de Direito Penal Brasileiro – Parte Geral. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, 2002.

\_\_\_\_\_. **Criminología: Aproximación desde un margen**. Santa Fé de Bogotá: Editora Temis S.A, 1993.

**ANEXOS**

ANEXO A – Ofício 194/06 – Limite de Ética em Pesquisa da PUC/RS

ANEXO B – Instrumento de Coleta de Dados

## ANEXO C – Análise Estatística de Dados

ANEXO D – População Carcerária do Brasil nos anos de 2000 a 2004 –  
Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN